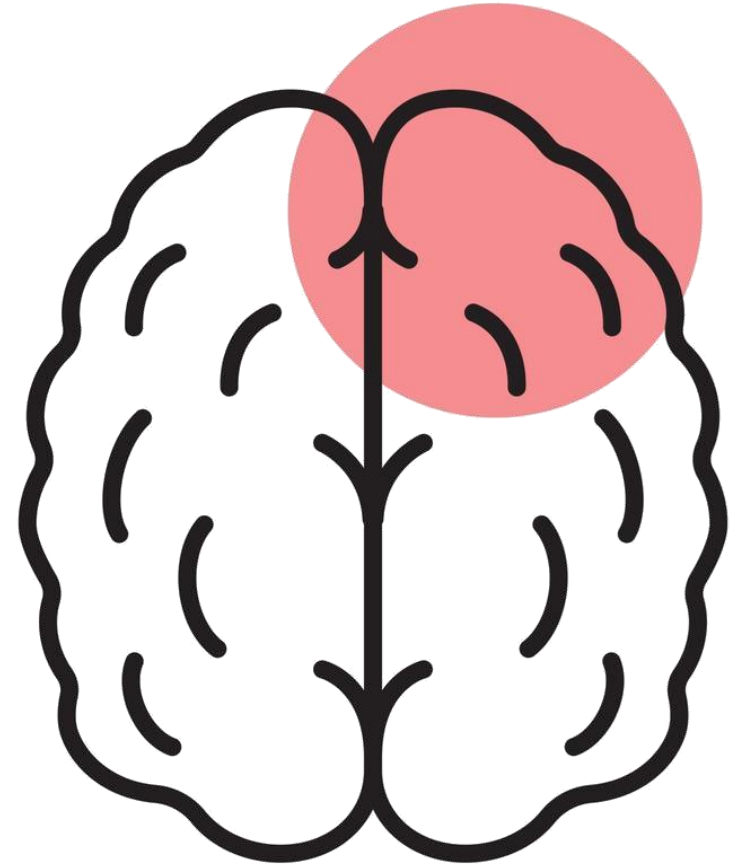


Infarto cerebral talámico con antecedentes de uveítis



CRISTINA CARRERAS TALAVERA

Residente de Pediatría y sus áreas específicas

Paula Donado – Mazarrón García

Carla Crous de Batlle

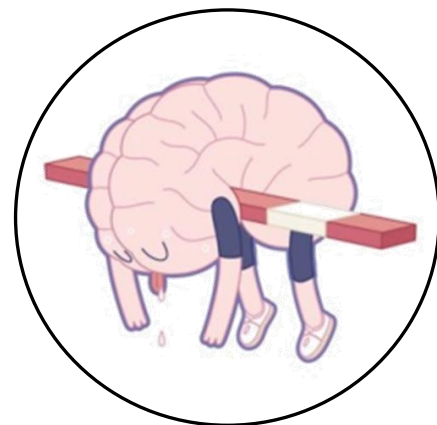
Emiliano Mora Muñoz

Ignasi Rodríguez Pintó

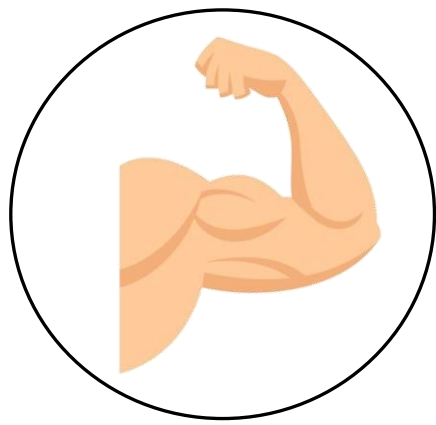


Hospital Universitari
MútuaTerrassa

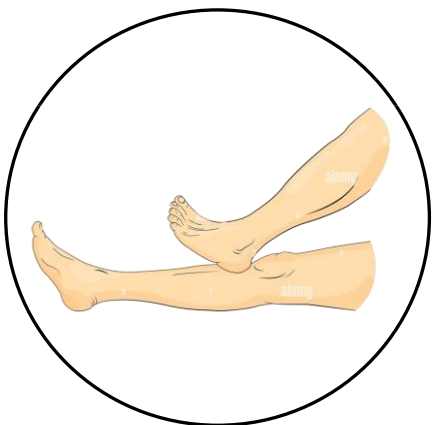
Adolescente de **14 años** acude al servicio de urgencias porque, **al despertar**, presenta:



Bradipsiquia



Pérdida de fuerza



Incoordinación motora



Inestabilidad

Tarde anterior

- Desviación de la comisura bucal
- Incontinencia urinaria



- Somnolencia
- Fiebre
- Diplopía
- Acúfenos
- Infecciones recientes
- Consumo de tóxicos

Antecedentes

Sin alergias medicamentosas conocidas
Calendario vacunal al día

Sospecha de **Síndrome de Vogt – Koyanagi – Harada** con **HLA B27 y B51 +**
► Uveítis aguda posterior bilateral con desprendimiento de retina seroso, 3 meses atrás
Viriasis → fiebre + ojo rojo + pérdida agudeza visual → corticoterapia

Síndrome de Vogt – Koyanagi – Harada



- Panuveítis granulomatosa bilateral asociada a desprendimiento de retina seroso.
- Etiología: mecanismo **autoinmune** con predisposición genética.



Fase aguda: Glucocorticoides



En caso de resistencia:

Ciclosporina A



Se puede acompañar de alteraciones:

- **Sistema nervioso central** (80% meningitis linfocitaria)
- **Auditivas**
- **Dermatológicas**



Buen pronóstico visual, generalmente

Exploración física en urgencias



Estable

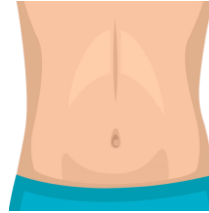
Constantes vitales (TA, FC, Temperatura): normales



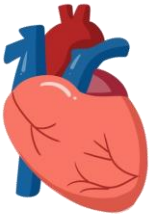
Buen aspecto general

Normohidratado

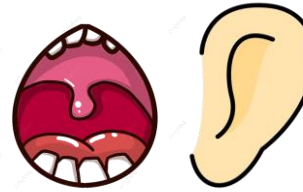
Normocoloreado



Normal



Normal



Normal



Normal



Desviación comisura bucal derecha (PC VII)
Ausencia reflejo nauseoso (PC IX)
Incoordinación motora y bradicinesia en brazos
Temblor a la marcha

Pruebas complementarias



Hemograma
Glucosa
Función renal + hepática
Ionograma
LDH + CK
PCR + PCT
Coagulación

Normal

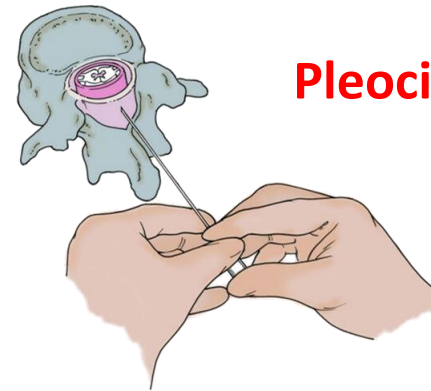


Normal



Tira reactiva
Tóxicos

Normal



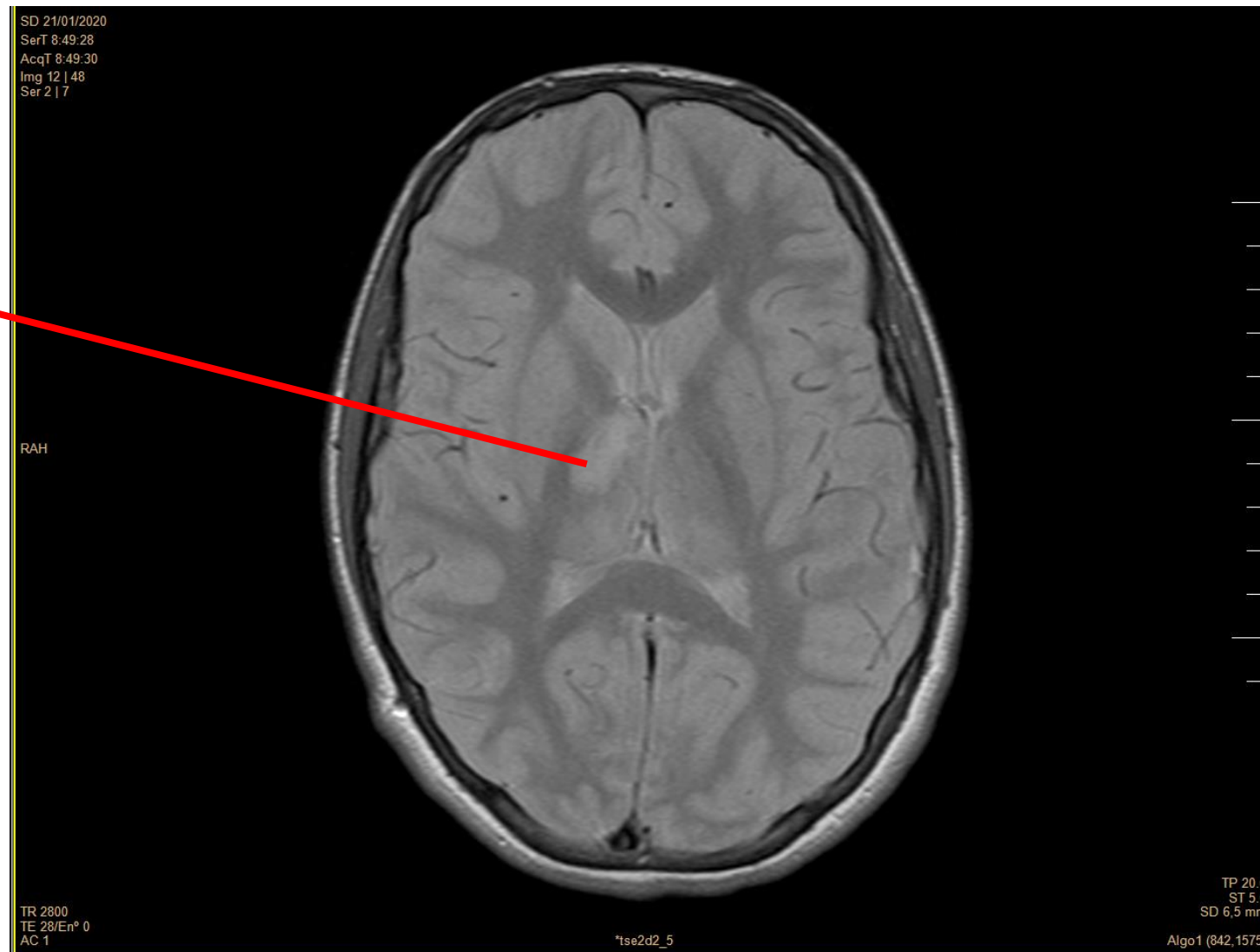
Pleocitosis leve (98% linfocitos)

Cultivo
PCR viral

negativos

Infarto talámico
derecho

RMN
CRANEAL

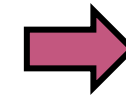


Se ingresa al paciente en la planta hospitalaria



Signos guía:

Uveítis
+
Meningoencefalitis
+
Infarto cerebral



**Incompatible
con Sd. VKH**

No asociado a infarto cerebral!

Se amplía el estudio...

► Ecocardiografía ➡ **normal**

► Se realiza **interconsulta** al servicio de:

Otorrinolaringología ➡ Exploración sistema vestibular y audiometría **normales**

Medicina Interna (autoinmunes) ➡ **DESCARTAR CAUSAS COMPATIBLES CON SIGNOS GUÍA**

Oftalmología ➡ Funduscopia característica ➡ Autofluorescencia: **placas hiperfluorescentes**

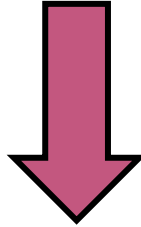
RX torácica ➡ **TC hiliar**

AS autoinmunidad + trombofilia

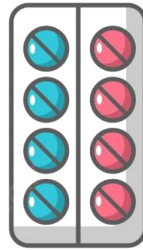
TRÍADA CLÍNICA + EXPLORACIÓN OFT

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
EPITELIOPATÍA PIGMENTARIA PLACOIDE POSTERIOR
MULTIFOCAL AGUDA ASOCIADA A INFARTO CEREBRAL

Corticoterapia ev
durante ingreso



ALTA DOMICILIARIA



- AAS diaria (100 mg/día) + Clopidogrel 3 semanas (74 mg/24h)
- Corticoterapia oral
- Seguimiento por Neuropediatría y Medicina Interna en consultas externas

SEGUIMIENTO CEX

Medicina interna
(autoinmunes)

STOP AAS + clopidogrel

Inicia **Azatioprina**

↓ Riesgo recidiva infarto cerebral

Epiteliopatía pigmentaria placoide posterior multifocal aguda



- Enfermedad **autoinmune rara** desencadenada, habitualmente, por una **viriasis** o **vacuna reciente**.
- Etiología: desconocida.



Si afectación NRL:

Glucocorticoides



En caso de resistencia:

Otros inmunosupresores



Puede cursar con:

- Afectación **ocular**
- **Meningoencefalitis**
- Enfermedades **vasculares cerebrales**
- **Vasculitis**



Generalmente:

**benigna y
autolimitada**

¡Muchas gracias!