

Limb shaking: ataque isquémico transitorio (AIT). A propósito de un caso

Otero-Soler M, Escamilla-Espínola M, Tolmos- Estefanía MT, Pérez-Pinto S, Grande-Sáez MC
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Otero-Soler M, Escamilla-Espínola M, Tolmos- Estefanía MT, Pérez-Pinto S, Grande-Sáez MC. *Limb shaking*: ataque isquémico transitorio (AIT). A propósito de un caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Jun); 1(0): 44-45.

Autor para correspondencia: Miguel Otero-Soler. miootso@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ *Limb shaking*
- ▷ AIT hemodinámico
- ▷ Estenosis carotídea

Resumen

El síndrome de *limb shaking* es una forma infrecuente de accidente isquémico transitorio (AIT) carotídeo, manifestado por movimientos involuntarios o sacudidas de un hemicuerpo o una extremidad. Habitualmente se presentan después de maniobras que causan hipoperfusión cerebral (ortostatismo, hiperextensión cervical...). A menudo se confunden con crisis motoras parciales, sin embargo, el electroencefalograma (EEG) no muestra actividad epileptiforme. Su reconocimiento es crucial dado que frecuentemente indica la existencia de una estenosis carotídea grave. En ocasiones, su manejo requiere revascularización quirúrgica¹⁻⁸. El reconocimiento de este síndrome clínico característico y su relación con la estenosis carotídea significativa permite un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Keywords

- ▷ *Limb shaking*
- ▷ Hemodynamic TIA
- ▷ Carotid stenosis

Abstract

Limb shaking transient ischemic (LS-TIA) is an uncommon type of carotid transient ischemic attack, characterized by involuntary limb movements or shaking, mainly precipitated by maneuvers which reduce cerebral perfusion, such as standing and hiperextending the neck. Often confused with focal motor seizures however EEG has failed to show epileptiform activity. This distinction is crucial as this form of TIA is often an indicator of severe carotid occlusive diseases and patients are at high risk of stroke. Recognition of these symptoms and their relationship to major carotid occlusive disease may lead to more prompt diagnosis an appropriate treatment.

Puntos destacados

- ▷ Aportamos un nuevo caso de esta entidad infrecuente, que constituye un síndrome clínico característico. Creemos que su reconocimiento es trascendental para evitar tratamientos innecesarios para otros síndromes como epilepsia y no retrasar el tratamiento de una estenosis carotídea significativa.

historia clínica detallada fue la clave principal para el reconocimiento y diagnóstico de este síndrome.

Historia clínica

Paciente de 58 años con antecedentes personales de traumatismo craneoencefálico con fractura temporal izquierda sin lesión parenquimatosa (1998). Dislipemia sin tratamiento. No hábitos tóxicos.

Introducción

Descrito por primera vez por Miller Fisher en 1962⁵, es un síndrome caracterizado por movimientos involuntarios de un hemicuerpo que son desencadenados por una hipoperfusión hemisférica contralateral, relacionada en la mayoría de los casos con oclusión o estenosis grave carotídea. Estos movimientos han sido denominados en la literatura anglosajona *limb shaking*, es decir, sacudidas de extremidades. Presentamos el caso de un paciente con un cuadro característico, que había sido etiquetado durante 12 años de epilepsia. Resaltar que la

Remitido desde consulta de Neurología por episodios que se inician hace 12 años, que según refiere siempre son desencadenados por giros cefálicos hacia abajo y a la derecha (p. ej., abrocharse la hebilla del cinturón, abrir con llave la puerta de casa...). Tras una latencia de pocos segundos, nota calor y hormigueo en la extremidad superior izquierda (ESI), seguido de sacudidas en la extremidad y en la mayoría de las veces parestesia de ESI. El paciente presenta recuperación en segundos, en ocasiones con cefalea leve holocraneal. En algunas ocasiones

además ha evidenciado sacudidas en pie izquierdo y pérdida del tono postural con caída al suelo. Nunca ha presentado pérdida de consciencia. Estos episodios le ocurren varias veces a la semana desde hace 12 años y, en ocasiones, se repiten en el mismo día. El paciente insiste en la consulta en que puede realizar maniobras cefálicas para desencadenar y objetivar estos síntomas. Hasta ahora había sido diagnosticado de crisis parciales motoras, sin mejoría a pesar de múltiples tratamientos anticomociales. En el último EEG de control presentó uno de estos episodios sin traducción en el registro, por lo que se inició la retirada de anticomociales.

En la exploración física presenta TA 130/77 mmHg, no soplos carotídeos, conserva pulsos en extremidades superiores con la movilización del cuello. La auscultación cardiopulmonar es normal y no presenta focalidad neurológica.

Pruebas complementarias

Aporta pruebas de imagen y EEG realizados durante los años previos:

- RM cerebral realizada en tres ocasiones: sin hallazgos.
- EEG basal y con privación de sueño sin alteraciones.
- Monitorización con vídeo EEG durante 48 horas en Unidad de epilepsia donde se registran múltiples eventos semiológicamente iguales que se describen con el siguiente informe: "gira la cabeza hacia la derecha y abajo, esto dura unos 10 segundos y comienza con sacudidas en el brazo izquierdo (pequeñas clonías) durante menos de 10 segundos. Si tiene algo en la mano se le suele caer. Enseguida se recupera y avisa. En dos ocasiones en las que está de pie se desestabiliza sin llegar a caer". En el EEG se registra actividad lenta en rango delta en región frontotemporal derecha.

En consulta de Medicina Interna se completa el estudio:

- Bioquímica sanguínea: colesterol total 292 mg/dl, LDL colesterol 212 mg/dl.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos.
- ECG: ritmo sinusal, 55 lpm, eje indeterminado, bloqueo de rama derecha del haz de His.
- Ecografía Doppler de troncos supraaórticos: moderada ateromatosis carotídea bilateral con predominio de placas blandas en tramo proximal de ambas arterias carótidas internas, de mayor tamaño en el lado derecho (placa de ateroma fibroadiposo en la raíz de ACI de 2,1 mm que condiciona estenosis morfológica no significativa del 45%), donde no hay evidencia de alteraciones hemodinámicas significativas, ni en condiciones basales ni con maniobras de movimientos cefálicos, a ambos lados y elevación de ESD.
- Angio-TC de arterias cerebrales: leve enfermedad ateromatosa en ambos ejes carotídeos sin estenosis significativas de la luz. No se observan estenosis de la luz de las arterias principales intracraneales.

Evolución

Se inició tratamiento antiagregante e hipolipemiente y se realizó retirada progresiva de su tratamiento anticomocional. En el momento actual ha disminuido la frecuencia de los episodios, presentando entre 0 y 2 episodios al mes.

Diagnóstico

AIT hemodinámico tipo síndrome de *limb shaking*, ateromatosis carotídea bilateral moderada. Dislipemia.

Discusión y conclusiones

Limb shaking es un síndrome que se caracteriza por movimientos hipercinéticos, involuntarios, regulares o irregulares, estereotipados de un hemicuerpo o una extremidad. Puede llegar a ocurrir varias veces en el día, con una duración que va desde segundos a minutos. La extremidad superior del hemicuerpo contralateral al hemisferio cerebral afectado suele estar implicada más frecuentemente que la inferior, sin marcha jacksoniana y respetándose los músculos faciales¹. En un 50% de los casos puede asociarse a hemiparesia ipsilateral que generalmente es leve y transitoria. Menos frecuente es la aparición de afasia^{1,2}.

Se considera que el mecanismo fisiopatológico subyacente es una hipoperfusión hemisférica contralateral⁴, y generalmente existe un evento desencadenante como incorporarse desde el decúbito o la extensión del cuello^{1,2,4}. Es característica la rápida recuperación del paciente al sentarse o tumbarse, y como insistía nuestro paciente, la capacidad para reproducir la sintomatología en la consulta, mediante las maniobras desencadenantes. La mayoría de los pacientes presentan factores de riesgo cardiovascular y aproximadamente la mitad han padecido un AIT o ictus previamente².

No se ha demostrado actividad epileptiforme en el EEG en los sujetos estudiados, incluso durante los episodios, aunque como en nuestro caso, puede aparecer actividad lenta contralateral². Las pruebas de imagen (TC, RM cerebral) son normales o muestran secuelas de enfermedad cerebrovascular previa.

Generalmente existe una oclusión de arteria carótida común o carótida interna, contralateral al *limb shaking*, en dos tercios de los pacientes y estenosis crítica en un tercio de ellos^{1,2}. Sin embargo, en la literatura se han comunicado algunos casos de angiografía carotídea normal³. En este aspecto es reseñable que en nuestro caso sólo se ha objetivado ateromatosis carotídea moderada. El tratamiento consiste en la revascularización de la arteria carotídea. En algunos casos se ha realizado tratamiento médico conservador con antiagregantes o anticoagulantes con distintos resultados.

Bibliografía

1. Saad A, Muhib AK, Bhojo K. Limb-shaking transient ischemic attacks: case report and review of literature. *BMC Neurology*. 2006; 6: 5.
2. Yanagihara T, Piepgras DG, Klass DW. Repetitive involuntary movement associated with episodic cerebral ischemia. *Ann Neurol*. 1985; 18(2): 244-50.
3. Gálvez-Jiménez N, Hanson MR, Hangreave MJ, Peirut P. Transient ischemic attacks and paroxysmal dyskinesia: an under-recognized association. *Adv Neurol*. 2002; 89: 421-32.
4. Tatemichi TK, Young WL, Prohovnik I, Gitelman DR, Correll JW, Mohr JP. Perfusion Insufficiency in Limb-Shaking Transient Ischemic Attacks. *Stroke*. 1990; 21: 341-47.
5. Fisher CM. Concerning recurrent transient cerebral ischemic attacks. *Can Med J*. 1962; 86: 1091-9.
6. Fisch BJ, Tatemichi TK, Prohovnik I, Pedley TA, Mohr JP. Transient ischemic attacks resembling simple partial motor seizures (abstract). *Neurology*. 1988; 38(suppl1): 264.
7. Baquis GD, Pessin MS, Scott RM. Limb shaking – a carotid TIA. *Stroke*. 1985; 16: 444-8.
8. Firlik AD, Firlik KS, Yonas H. Physiological diagnosis and surgical treatment of recurrent limb shaking: case report. *Neurosurgery*. 1996; 39: 607-11.