Presentaciones de casos

Infarto cerebral isquémico en un adulto joven: presentación de un caso

Ischemic Stroke in a Young Adult: a Case Report

Lilibet Muñoa Garrido[1] Julio Michel Arias Manganelly[1] Yuliel Varona Rodríguez[1] Olenis Alicia Aldana Ramos[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital General Docente Martín Chang Puga, Nuevitas, Cuba

Cómo citar este artículo:
Muñoa-Garrido L, Arias-Manganelly J, Varona-Rodríguez Y, Aldana-Ramos O. Infarto cerebral isquémico en un adulto joven: presentación de un caso. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Nov 4]; 15(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1550

Resumen

La enfermedad cerebrovascular tiene una incidencia entre 6 y 20 casos por cada 100 000 habitantes anualmente y se estima que hasta un 15 % ocurre en la población joven. Algunos reportes han demostrado que es más frecuente en mujeres entre las edades de 20 y 30 años y los hombres mayores de 35. Se presenta el caso de un paciente de 39 años de edad con antecedentes de ser fumador de 3 cajas de cigarros diarias, que acudió a urgencias refiriendo que, en horas de la mañana de forma súbita, comenzó con lenguaje incoherente y además de estar desorientado. Al examen físico inicial, según la Escala de Impacto del Accidente Cerebrovascular, se obtuvo un valor de 8/42, disartria y desorientación, signos vitales estables y sin déficit sensitivo. Se ingresó con diagnóstico de infarto cerebral isquémico aterotrombótico de la arteria cerebral posterior, se le indicaron exámenes complementarios hematológicos, hemoquímicos, eléctricos e imagenológicos. Se presenta el caso con el objetivo de describir la manifestación clínica de la enfermedad cerebrovascular en un adulto joven.

Palabras clave: ictus, accidente cerebrovascular isquémico, adulto joven, tabaquismo, prevención

Abstract

Cerebrovascular disease has an incidence of 6 to 20 cases per 100,000 inhabitants annually, and it is estimated that up to 15 % occurs in the young population. Some reports have shown that it is more common in women between the ages of 20 and 30 and men over 35. We present the case of a 39-year-old patient with a history of smoking three packs of cigarettes a day who presented to the emergency department reporting that, in the morning, he suddenly began to speak incoherently and was disoriented. The initial physical examination, according to the Stroke Impact Scale, revealed a score of 8/42, dysarthria and disorientation, stable vital signs, and no sensory deficits. He was admitted with a diagnosis of atherothrombotic ischemic stroke of the posterior cerebral artery. Additional hematological, hemochemical, electrical, and imaging tests were indicated. The case is presented with the objective of describing the clinical manifestation of cerebrovascular disease in a young adult.

Key words: stroke, ischemic stroke, young adult, tobacco use disorder, prevention

Recibido: 2025-04-08 12:05:11
Aprobado: 2025-06-02 17:15:23

Correspondencia: Lilibet Muñoa Garrido. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital General Docente Martín Chang Puga. Nuevitas. Camagüey. lilibet960@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La definición más generalizada de enfermedad cerebrovascular (ECV) es la que considera, como tal, a todas las afecciones que ocasionan un trastorno del encéfalo de carácter transitorio o permanente causado por isquemia o hemorragia. Estas constituyen un problema de salud a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad y discapacidad global, representan la tercera causa de muerte en los países desarrollados, además de ser la primera causa de discapacidad en el adulto y segunda causa de demencia. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que existe una incidencia de 200 casos por 100 000 habitantes y una morbilidad de alrededor de 40 casos por 100 000 habitantes, por lo que afecta alrededor del 10 % de las personas de 65 años y más, según un estudio realizado por Angarica Aguilar y cols. titulado: Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica en pacientes diabéticos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico General Calixto García, publicado en la revista Finlay.

Según este estudio, en Cuba, las enfermedades cerebrovasculares constituyen una de las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes y son una causa importante de discapacidad en adultos. Desde hace más de cuatro décadas se mantiene como la tercera causa de muerte y la tercera causa de años potencialmente perdidos.

La enfermedad cerebrovascular (ECV) tiene una incidencia de entre 6 y 20 casos por cada 100 000 habitantes por año y se estima que hasta un 15 % ocurre en la población joven. Se habla de paciente joven cuando abarca la edad entre 15 a 45 años, para algunos autores hasta los 50 años.[1,2] Algunos reportes han demostrado que la ECV es más frecuente en mujeres entre las edades de 20 y 30 años y hombres mayores de 35 años. Los casos de ECV, en general, han aumentado en las últimas décadas, este aumento se atribuye, en parte, al creciente número de casos de etiología isquémica en esta población y al aumento de los factores de riesgo tradicionales.[3]

La etiología, los factores asociados y el pronóstico del infarto cerebral en adultos jóvenes son diferentes a los adultos mayores, por lo que tienen incidencia y prevalencia distintas. La correcta clasificación es fundamental para indicar la causa, patogenia, severidad y la determinación de las estrategias terapéuticas apropiadas.[4]

El tabaquismo representa un problema socio-sanitario a escala global. En España se estima que el 23,3 % de la población es fumadora y que casi la mitad de los fumadores tienen menos de 30 años de edad. La asociación entre tabaquismo y enfermedad cerebrovascular ha sido ampliamente demostrada. Las personas fumadoras tienen el doble de riesgo de sufrir un ictus isquémico y entre dos y cuatro veces más de padecer una hemorragia subaracnoidea.[5]

La enfermedad cerebrovascular constituye una causa común de hospitalización y derivación a Servicios de Neurología de hospitales de tercer nivel. El principal desafío para el neurólogo en el manejo de un adulto joven es la identificación de la causa. Se decide presentar el caso de un paciente de 39 años con enfermedad cerebrovascular atendido en el hospital General Docente Martín Chang Puga de Nuevitas, Camagüey, con el objetivo de describir la manifestación clínica de la enfermedad cerebrovascular en un adulto joven.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente, mestizo, de sexo masculino, de 39 años de edad, con antecedentes de ser fumador, de aproximadamente 3 cajas de cigarros diarias, desde hacía 20 años. Este paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Docente Martín Chang Puga en Nuevitas, Camagüey y refirió que, en horas de la mañana, mientras se encontraba en su trabajo, de forma súbita, comenzó a hablar de manera incoherente, no sabía dónde estaba, ni quién era. Negó tener dolor precordial, cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de la fuerza muscular u otra sintomatología.

En el examen físico se comprobó que el paciente se encontraba ansioso, con una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, sin soplos, con frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 98 %, tensión arterial 120/70 mmHg, temperatura axilar 36,5 °C.

El paciente también presentó disartria, con dificultad para articular palabras. Se encontraba desorientado en espacio y persona al no poder reconocer su ubicación, ni su identidad. Manifestó una comprensión limitada con dificultad para seguir instrucciones simples, sin déficits motores en extremidades, no se apreciaron movimientos involuntarios, los reflejos

osteotendinosos estaban presentes y simétricos, con reflejos abdominales presentes, sensibilidad táctil y dolorosa intacta en extremidades, sensibilidad vibratoria normal. La Prueba de *Romberg* fue positiva. El paciente presentó inestabilidad al cerrar los ojos. Dificultad para realizar pruebas de coordinación. La evaluación de nervios craneales reveló disartria sin otros déficits focales, sin rigidez de la nuca, ni signos meníngeos positivos.

Se ingresó al paciente con diagnóstico de infarto cerebral isquémico aterotrombótico de la arteria cerebral posterior. Se le indicaron exámenes complementarios, que tuvieron resultados dentro de los rangos normales. (Tabla 1).

Tabla 1. Valores de los exámenes complementarios

Complementario	Resultado	Rango normal
Hematocrito	0,45 L/L	0,41 - 0,54 L/L
Leucograma	8,9 x10^9 /L	5 a 10 x10^9 /L
Polimorfonucleares	0,63 %	0,55 - 0,65 %
Linfocitos	0,35 %	0,28 - 0,40 %
Eosinófilos	0,02 %	0,01 - 0,03 %
Tiempo de coagulación	7 minutos	5 a 10 minutos
Tiempo de sangrado	1 minutos	1 a 3 minutos
Conteo de plaquetas	210 x 10^9 /L	150 - 350 x 10^9 /L
Glucemia	4,8 mmol/L	4,2 - 6,11 mmol/L
Creatinina	72 micromol/L	47,6 - 113 micromol/L
Triacilglicéridos	0,8 mmol/L	0,68 - 1,88 mmol/L
Colesterol	4,1 mmol/L	3,8 - 6,2 mmol/L
Proteínas totales	68 g/l	60 - 80 g/l

Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones que no mostró alteraciones eléctricas y una radiografía de tórax anteroposterior sin alteraciones. Se realizó una tomografía de cráneo simple donde se apreciaron signos de atrofia cortical, imagen hipodensa 28 UH parietooccipital izquierda de 24 x 31 mm próxima al asta occipital del ventrículo lateral de ese lado en relación con evento isquémico reciente. (Figs 1 y 2).

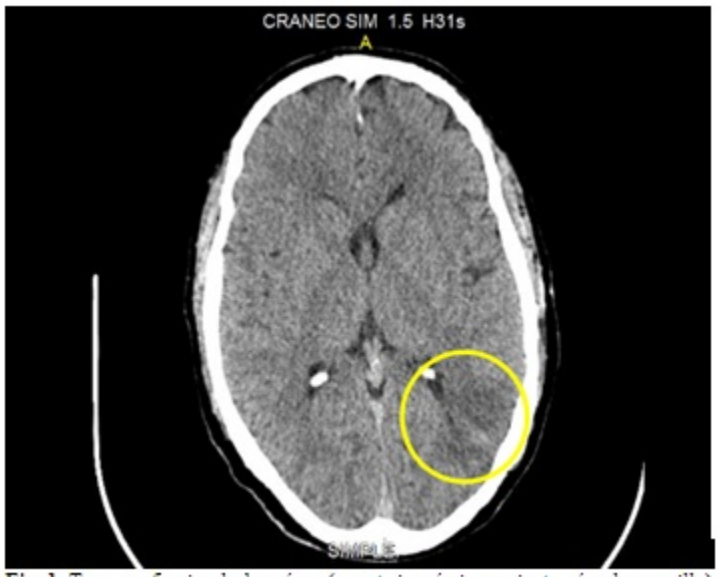


Fig. 1. Tomografía simple de cráneo (evento isquémico reciente: círculo amarillo)

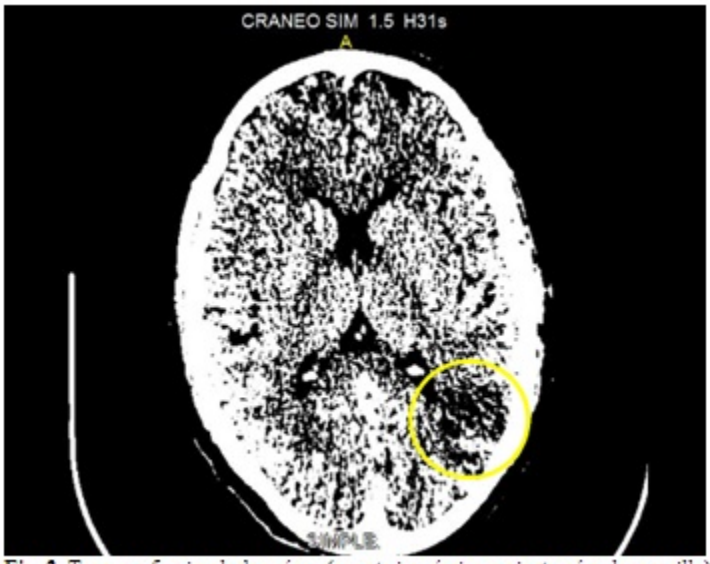


Fig. 2. Tomografía simple de cráneo (evento isquémico reciente: círculo amarillo)

DISCUSIÓN

Los pacientes jóvenes que sufren infarto cerebral presentan desafíos diagnósticos únicos debido a su inusual perfil de factores de riesgo, presentaciones clínicas menos evidentes y diversas etiologías como en el caso presentado.[6,7,8]

Para *Higgie J y cols.*[2] los factores de riesgo cardiovascular clásicos, como la diabetes mellitus (DM) y la dislipidemia tuvieron una baja incidencia, mientras que el tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA) fueron muy prevalentes, en su estudio se mostraron los resultados siguientes: HTA 31,2 %, DM 3,1 %, dislipemia 6,2 %, tabaquismo 56,2 %.

Los factores de riesgo más frecuentes en adultos jóvenes, son: el consumo de drogas ilícitas, el

uso de anticonceptivos orales y el tabaquismo, debido, principalmente, a sus efectos en el sistema cardiovascular con mecanismos claves que incluyen: aterosclerosis, hipercoagulabilidad, daño endotelial y elevación de la presión arterial.[3,9]

En adultos jóvenes, el hábito de fumar es uno de los factores de riesgo modificables de mayor importancia, a diferencia de poblaciones mayores, donde predominan la hipertensión, la diabetes o la fibrilación auricular. Estudios como el de *Framingham*, indican que el riesgo relativo de ECV en fumadores empedernidos, más de 40 cigarrillos al día, fue el doble que, en fumadores moderados, menos de diez cigarrillos al día. El riesgo de sufrir una ECV disminuyó significativamente a los dos años y se situó al nivel de los no fumadores cinco años después de dejar de fumar.[10]

En el estudio *INTERSTROKE*, un estudio casos-controles en más de 30 países de todos los continentes que incluyó a casi 30 000 participantes, mostró que el hábito de fumar estuvo asociado con un riesgo elevado de padecer cualquier forma de ECV con una *Odds Ratio* (OR) de 1,67 (intervalo de confianza (IC) al 95 %, 1,49 - 1,87), y alcanzó hasta el 1,93 (IC 95 %, 1,69 - 2,21) para el *ictus* isquémico.[5]

Tanto los pacientes como el personal médico pueden subestimar el riesgo, lo que causa retrasos en la búsqueda de atención, ya que los jóvenes tienden a minimizar sus síntomas. A menudo se cometen errores porque no se consideran causas menos comunes y se ignoran antecedentes familiares.

Entre sus principales retos está la forma de presentación atípica con síntomas que pueden ser confusos o subestimados como: cefalea, vértigo o cambios en el comportamiento que pueden llevar a un diagnóstico errado de migraña, ansiedad o uso de drogas.[6]

El diagnóstico diferencial se amplía considerablemente, debido a que las causas de infarto cerebral en personas jóvenes son más diversas que en la población mayor, entre las que se incluyen etiologías no ateroscleróticas que pueden ser ocasionadas por:

- Disección arterial cervical: traumática o espontánea.
- Embolia cardíaca: foramen oval permeable, endocarditis, miocardiopatías.
- Trombofilias: que pueden ser genéticas como el Factor V *Leiden* o el anticoagulante lúpico o adquiridas como el síndrome antifosfolípido.

Entre las vasculopatías se incluyen el vasoespasmo y la vasculitis como el *lupus* o la enfermedad de *Behçet*. Los hábitos o estilos de vida, como el consumo de drogas: cocaína o anfetaminas) y el hábito de fumar, también, son importantes. Este último fue el principal factor de riesgo en el paciente del caso presentado.

Las enfermedades metabólicas o genéticas, como la arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía, CADASIL (por sus siglas en inglés), la encefalomiopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios parecidos a un accidente cerebrovascular o síndrome MELAS (por sus siglas en inglés) y la homocistinuria, suman complicaciones a la situación.[7,3]

La tomografía sin contraste permite identificar signos tempranos de isquemia y resulta valiosa para descartar la presencia de hemorragia u otros padecimientos que puedan simular una ECV. Aunque la resonancia magnética con secuencias de difusión es examen diagnóstico de preferencia, su disponibilidad es limitada en Cuba.[3]

El infarto cerebral en personas jóvenes requiere un enfoque cuidadoso para evitar errores en el diagnóstico. Resulta fundamental considerar causas poco convencionales, realizar estudios complementarios exhaustivos y mantener un alto nivel de sospecha, incluso, cuando no existan factores de riesgo habituales.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría:

1. Conceptualización: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez.

2. Curación de datos: Lilibet Muñoa Garrido, Olenis Alicia Aldana Ramos.

3. Análisis formal: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez, Olenis Alicia Aldana Ramos.

6. Metodología: Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez.

7. Administración del proyecto: Lilibet Muñoa Garrido.

8. Recursos: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez, Olenis Alicia Aldana Ramos.

9. Software: Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez.

10. Supervisión: Lilibet Muñoa Garrido.

11. Validación: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Olenis Alicia Aldana Ramos.

12. Visualización: Lilibet Muñoa Garrido.

13. Redacción del borrador original: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez, Olenis Alicia Aldana Ramos.

14. Redacción revisión y edición: Lilibet Muñoa Garrido, Julio Michel Arias Manganelly, Yuliel Varona Rodríguez, Olenis Alicia Aldana Ramos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varona JF, Guerra JM, Bermejo F. Ictus en el adulto joven. Med Clin[Internet]. 2004[citado 10/3/25];122(2):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775304741457.

2. Higgie J, Urban L, Hackembruch HJ, Gaye A. Análisis de una cohorte de pacientes con ACV del joven: Hospital de Clínicas, Montevideo. Rev Urug Med Int[Internet]. 2018[citado 10/3/25];3(2):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v3n2/2393-6797-rumi-3-02-3.pdf.

3. Conde G, Medrano JC, Parada MD, Maldonado JM, Quintero ID, Yepes JA, et al. Enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes: aspectos claves de la literatura. Acta Neurol Colomb[Internet]. 2021[citado 10/3/25];37(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.actaneurologica.com/index.php/anc/article/download/1040/383/5575.

4. Enciso I, Pinto L, Calle P, Torres L. Etiología de infarto cerebral en adultos jóvenes de una serie de pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el periodo 2010 al 2013. Rev Neuropsiquiatr[Internet]. 2016[citado 10/3/25];79(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a03v79n1.pdf.

5. García A, López E, Rodríguez M, Alonso M, Amaro S, Arenillas JF, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología para la prevención del ictus. Actuación sobre los hábitos de vida y la contaminación atmosférica. Neurol[Internet]. 2021[citado 10/3/25];36(5):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302280/pdfft?md5=a886f0f54c74a87cf072aedd71731160&pid=1-s2.0-S0213485320302280-main.pdf.

6. Bonardo P, Micheli F, Fernández MM. Enfermedad cerebrovascular en pacientes adultos jóvenes en Argentina: Características clínico–epidemiológicas, tratamiento en agudo e impacto psicosocial[Internet]. Buenos Aires:Pontificia Universidad Católica Argentina;2021[citado 10/3/25]. Disponible en: https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/11824/1/enfermedad-cerebrovascular-pacientes.pdf.

7. Vidal S, Martin N, Faure AL, Vidal K. Aproximación al diagnóstico infarto cerebral isquémico en adultos jóvenes. Rev Inf Cient[Internet]. 2024[citado 10/3/25];103(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/pdf/ric/v103/1028-9933-ric-103-e4511.pdf.

8. Garzón LM, Iles JJ, Gómez JM, Tafur Y. Infarto cerebral en adultos jóvenes. Rev Navar Med[Internet]. 2021[citado 10/3/25];7(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/issue/view/30/29.

9. Bedolla A, Ortíz YG, García LE, Thirión I, Robles R, Hernández A, et al. Propuesta de abordaje terapéutico para el abandono del tabaco en pacientes hospitalizados. Neumol Cir Torax[Internet]. 2024[citado 10/3/25];83(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-202

4/nt242d.pdf.

10. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke The Framingham Study. JAMA. 1988;259(7):1025-9.