

Leucoencefalopatía posterior reversible: Reporte de un caso

Reversible posterior leukoencephalopathy: Case report

Jorge Luis Vélez Páez^{1,*}, Estefanía Belén Irigoyen Mogro^{2,+}, Paulina Cifuentes López^{3,++},
César Gerónimo Saad Galarza^{4,°}.

¹Universidad Central del Ecuador,

²Hospital Pablo Arturo Suárez,

^{3,4}Pontífica Universidad Católica del Ecuador

{¹jorgeluisvelez13@hotmail.com, ²tefa_2988@hotmail.com, ³paly_cifuentes5@hotmail.com,
⁴ceazulsaad@hotmail.com}

Fecha de recepción: 07 de Julio de 2018 - Fecha de revisión: 28 de Julio de 2018

Resumen

La leucoencefalopatía posterior reversible, es un síndrome clínico – imagenológico, de etiología heterogénea, con evolución benigna, reversible y subdiagnosticado, caracterizado por cefalea, confusión o disminución del nivel de conciencia, cambios visuales o convulsiones. La fisiopatología exacta es desconocida, pero se ha considerado como secundaria a pérdida de autorregulación cerebral por hipertensión arterial significativa. El caso reportado presenta signos y síntomas clínicos típicos en una paciente preecláptica, con cambios en tomografía simple de cerebro y recuperación completa del nivel de conciencia y agudeza visual.

Palabras clave (DeCS) - Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior, Encefalopatía Hipertensiva, Agudeza Visual.

Abstract

Posterior reversible leukoencephalopathy is a clinical-imaging syndrome of heterogeneous etiology, with benign, reversible and underdiagnosed evolution, characterized by headache, confusion or decreased level of consciousness, visual changes or seizures. The exact physiopathology is unknown but it has been considered as secondary to loss of cerebral autoregulation due to significant arterial hypertension. The reported case presents typical clinical signs and symptoms in a preeclamptic patient, with changes in simple brain tomography and complete recovery of the level of consciousness and visual acuity.

Keywords (MeSH) - Posterior Leukoencephalopathy Syndrome, Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome, Hypertensive Encephalopathy, Visual Acuity.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comprende los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, durante el cual hay cambios fisiológicos normales, sin embargo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios (1). Una de las principales complicaciones está relacionada a hipertensión durante el embarazo, definida como nuevo inicio de hipertensión arterial, después de las 20 semanas de gestación. Estos

trastornos hipertensivos son hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, de las cuales la hipertensión gestacional es la forma más frecuente de presentación, ocurre en 6 a 17 % de mujeres nulíparas sanas y 2 a 4% de mujeres multíparas. Los trastornos hipertensivos pueden tener complicaciones serias, como trastornos neurológicos, por ejemplo, convulsiones (eclampsia), encefalopatía hipertensiva (dentro de los que incluimos el síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible), e incluso accidentes cerebrovasculares.

La Leucoencefalopatía Posterior Reversible (LEPR), es un síndrome clínico de aparición insidiosa caracterizado por cefalea, confusión o disminución del nivel de conciencia, cambios visuales y convulsiones;

*Doctor en Medicina y Terapia Intensiva, Magíster en Investigación Clínica y Epidemiología.

+Médico, Médica cirujana

++Médico

°Médico

asociado a hallazgos imagenológicos caracterizados por edema cerebral en región posterior, y que se atribuyen a diferentes causas como encefalopatía hipertensiva, eclampsia, y el uso de fármacos citotóxicos e inmunosupresores. (2).

Los trastornos hipertensivos, la enfermedad renal y las terapias inmunosupresoras son factores de riesgo para este trastorno. (3) La forma más frecuente de presentación es la encefalopatía (50 – 80 %), pero puede tener otras presentaciones como convulsiones (60 – 75 %), cefalea (50 %), alteraciones visuales (33 %), déficit neurológico focal (10 – 15 %) y estatus epiléptico (5 – 15 %). (4)

Al tratarse de una patología poco frecuente, pero que representa un gran peligro para la vida y funcionalidad de los pacientes, hemos documentado el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años de edad con embarazo de 38 semanas de gestación, antecedentes de 2 gestas previas, de pareja diferente a la actual, las mismas que cursaron sin complicaciones. Período intergenésico de 9 años; usó anticonceptivo inyectable por tiempo prolongado. Antecedentes familiares: madre con aneurisma resuelto por vía endovascular. En embarazo actual 4 controles prenatales y 3 ecografías normales. Acude por clínica de náuseas que llegan al vómito por varias ocasiones, epigastria, cefalea de predominio fronto-temporal bilateral intensidad 9/10, se acompaña de visión borrosa con destellos luminosos. Se auto medica paracetamol sin ceder el cuadro, el mismo que se exacerba con confusión y amnesia por lo que es llevada al servicio de emergencia. A su llegada estupefactiva, desorientada, con reflejos osteotendinosos 3/5, se realizan dos mediciones de tensión arterial; la primera de 185/133 mmHg, y la segunda de 211/129mmHg, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, y frecuencia respiratoria de 20 por minuto; al examen físico: útero gestante, producto único, vivo, cefálico, actividad uterina irregular, frecuencia cardíaca fetal de 141 latidos por minuto. Es categorizada como preeclampsia con signos de severidad (por signos neurológicos), se inicia tratamiento antihipertensivo con hidralazina, sin embargo sus cifras tensionales no se lograron controlar, además se inició dosis de carga y mantenimiento con sulfato de magnesio. Se decide entonces la terminación del embarazo por cesárea. Recibe anestesia general, con tiempo anestésico

de 1 hora y tiempo quirúrgico de 45 minutos; los hallazgos quirúrgicos fueron: líquido amniótico claro con grumos, feto único, vivo, masculino, APGAR 7 – 9, peso 1940 gramos, placenta fúndica posterior completa, anexos macroscópicamente normales, sangrado aproximado de 500 ml. Se realiza salpingectomía parcial bilateral. En postquirúrgico inmediato ingresa a terapia intensiva para su manejo.

A su ingreso, orointubada con apoyo de bolsa mascarilla. Despierta, confusa, escala de Glasgow de 10T (M6 O3 V1T), isocoria, de 2 mm de diámetro, reactivas a la luz, sin lateralidad neurológica, reflejos osteotendinosos 3/5, sensibilidad no valorable, fuerza de extremidades conservada. Se valora agudeza visual, encontrándose disminuida. Además se evidencia hipertensión de 220/140mmHg, tensión arterial media: 166mmHg, frecuencia cardíaca de 122 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 por minuto. Se considera emergencia hipertensiva y se administra nitroprusiato 50 miligramos en infusión, contralando la tensión arterial, concomitantemente se inicia nifedipino a razón de 10 miligramos cada 6 horas. Se realiza tomografía simple de cerebro (Figura 1), donde se evidencia áreas hipodensas en lóbulos temporo-parieto-occipital.

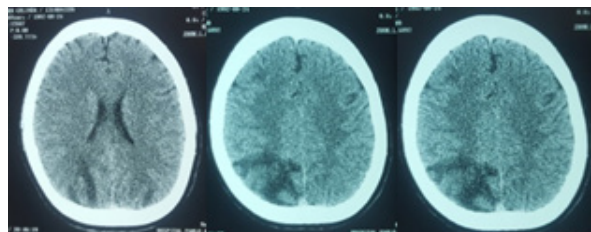


Figura 1. Tomografía simple de cerebro, donde se evidencia hipodensidades en lóbulos occipital, temporal y parietal.

A las 40 horas de evolución, la paciente en estado de alerta, orientada en tiempo, espacio y persona, obedece órdenes simples y complejas, Glasgow de 15. Movilidad ocular conservada, con visión periférica conservada en 4 cuadrantes, persiste alteración de agudeza visual proximal y distal, en menor grado, refiere haber recuperado en un 90 % su capacidad visual. A las 72 horas se realiza un nuevo examen visual el cual se encuentra sin alteraciones, se pide valoración por oftalmología quienes reportan agudeza visual 20/20 en ambos ojos, con fondo de ojo sin lesiones.

DISCUSIÓN

Se describe el caso de una paciente con LEPR, que tenía como factor de riesgo embarazo con

preeclampsia, siendo una de las etiologías descritas en la literatura mundial. Aunque su incidencia es baja, se considera una patología subdiagnosticada, de evolución benigna y reversible, con pocos casos de recurrencia, especialmente cuando es desencadenado por el uso de inmunosupresores.

La presentación clínica difiere en cada paciente, se espera encontrar cefalea, alteración de estado de conciencia y alteraciones visuales con amplio rango de posibilidades, nuestra paciente inició con cefalea, visión borrosa y alteración de estado de conciencia.

El test diagnóstico de elección en la resonancia magnética nuclear cerebral, sin embargo, en este caso la imagen tomográfica junto a un comportamiento clínico típico determinó el diagnóstico. (5)

La fisiopatología exacta es desconocida pero se han planteado dos posibilidades, en el caso de tener como factor desencadenante una crisis hipertensiva o alteración hipertensiva del embarazo, la hipótesis más aceptada es la pérdida de la capacidad de autorregulación cerebral con presión arterial media por encima de 120 mmHg (la de nuestra paciente fue de 166mmHg), lo que causa vasodilatación arteriolar, hipervolemia intravascular, disrupción de la barrera hematoencefálica y trasudación capilar, de preferencia en la sustancia blanca debido a la laxitud de sus componentes; es de predominio posterior debido a que la circulación vertebrobasilar tiene menor inervación simpática lo que explica la reacción menos efectiva ante el incremento agudo de la presión arterial media.

Revisiones del tema y reportes de caso refieren reversibilidad total del cuadro clínico y hallazgos imagenológicos con pronóstico adecuado si el tratamiento de la causa, se inicia en el menor tiempo posible, evitando daños permanentes del tejido cerebral, situación replicada en nuestro caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1. Organización Mundial de la Salud. [En línea] [Citado el: 29 de 08 de 2018.] <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.
- 2. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, Pessin MS, Lamy C, Mas JL, Caplan LR. 8, Boston : s.n., 1996, N Engl J Med, Vol. 334, pág. 494.
- 3. Terry A Neill, MD. Uptodate. [En línea] 2018. [Citado el: 27 de 08 de 2018.] <https://www.uptodate.com/contents/reversible->

posterior-leukoencephalopathy-syndrome?search=leucoencefalopat%C3%ADa%20posterior%20reversible&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

- 4. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. Jennifer E Fugate, Alejandro A Rabinstein. 2015, Rochester : s.n., 2015, Lancet Neurol, Vol. 14, págs. 914- 925.
- 5. Neuroimaging in posterior reversible encephalopathy syndrome. Lamy C, Oppenheim C, Méder JF, Mas JL. 2, 2004, J Neuroimaging, Vol. 14, págs. 89 - 96.