

PRESENTACIÓN DE CASO: LEUCOENCEFALOPATÍA POST-HIPÓXICA TARDÍA.

Autores: María del Mar ASTORGA LAHOZ, Eduardo Nicolás MENDES, Macarena ALOISI, Joaquín MARTÍNEZ PEREIRA, María Asunción AROCENA, Jorge Amilcar FUNES.



La Leucoencefalopatía Post-Hipóxica Tardía (DPHL) es un síndrome desmielinizante poco frecuente, caracterizado por un inicio agudo de síntomas neuropsiquiátricos días a semanas después del evento inicial hipóxico-isquémico, con períodos intermedios relativamente lúcidos. Para el diagnóstico se debe excluir otras posibles causas de delirio y a su vez presentar el antecedente clínico de intoxicación por monóxido de carbono, sobredosis de narcóticos, infarto de miocardio u otro evento hipóxico cerebral global.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 19 años sin antecedentes de relevancia, deportista, que presentó **paro cardíaco con asistolia** en contexto de actividad física (rugby). Se realizó reanimación cardiopulmonar (RCP) básica con posterior RCP avanzada.

Luego ingresó a terapia intensiva y a los 9 días presentó **episodios de excitación** con distonías, movilización de cuatro miembros sin respuesta clara a órdenes simples asociados a sudoración, taquicardia e hipertensión. Lo que motivó la indicación de **Resonancia Magnética (RM) de encéfalo**.

HALLAZGOS EN LA RM DE ENCÉFALO

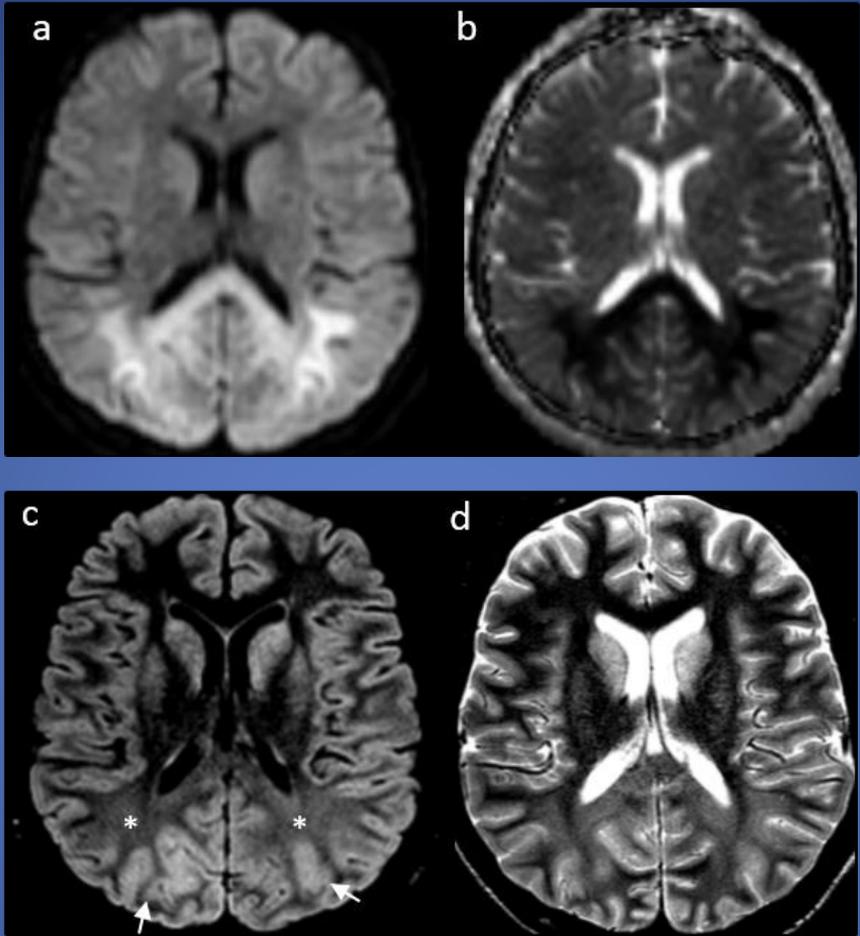


Figura 1: RM de encéfalo que muestra la sustancia blanca subcortical bihemisférica, a predominio de la región posterior, con restricción de la secuencia ponderada para difusión (a) con caída en el mapa de ADC (b) y leve hiperintensidad de señal en FLAIR (* en c) y T2 (d). Además se visualiza edema giral (flecha en c) sugestivo de lesión hipóxica-isquémica en relación a antecedente de paro cardíaco.

HALLAZGOS EN LA RM DE ENCÉFALO

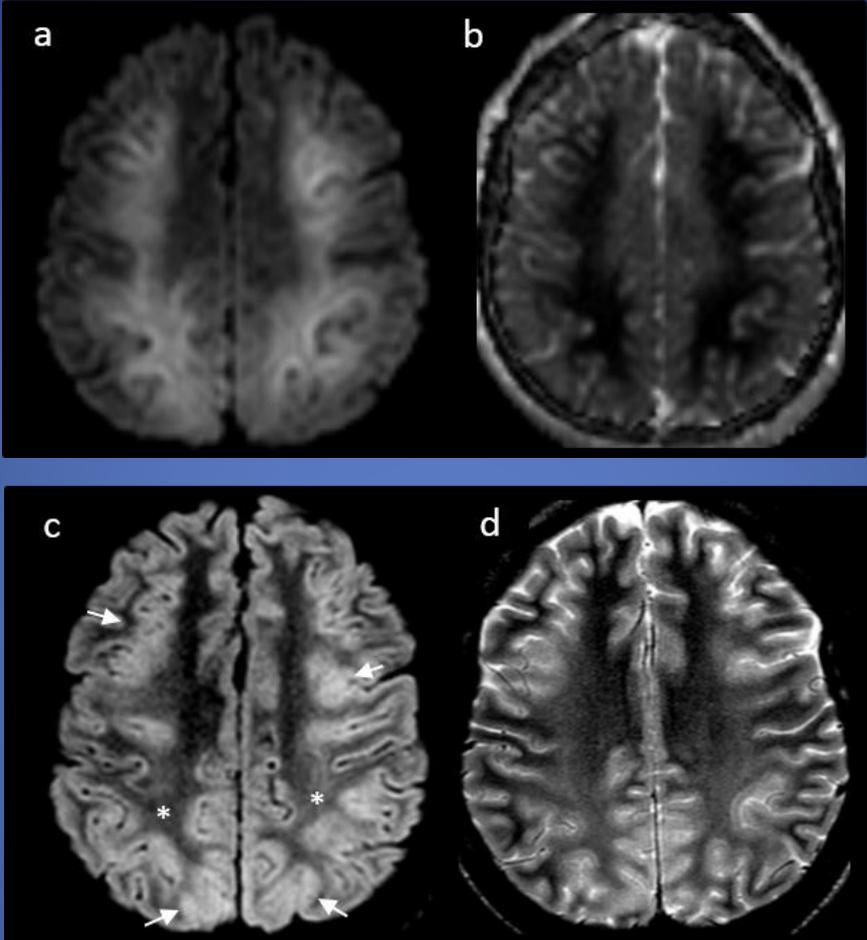


Figura 2: RM de encéfalo en cortes superiores a la figura 1, se observan hallazgos similares a nivel de centros semioviales, con restricción de la difusión (a) y caída en el mapa de ADC (b) asociado a hiperintensidad de señal en FLAIR (* en c) y T2 (d). Además se visualiza edema giral (flecha en c) sugestivo de lesión hipóxica-isquémica en relación a antecedente de paro cardíaco.

HALLAZGOS EN LA RM DE ENCÉFALO

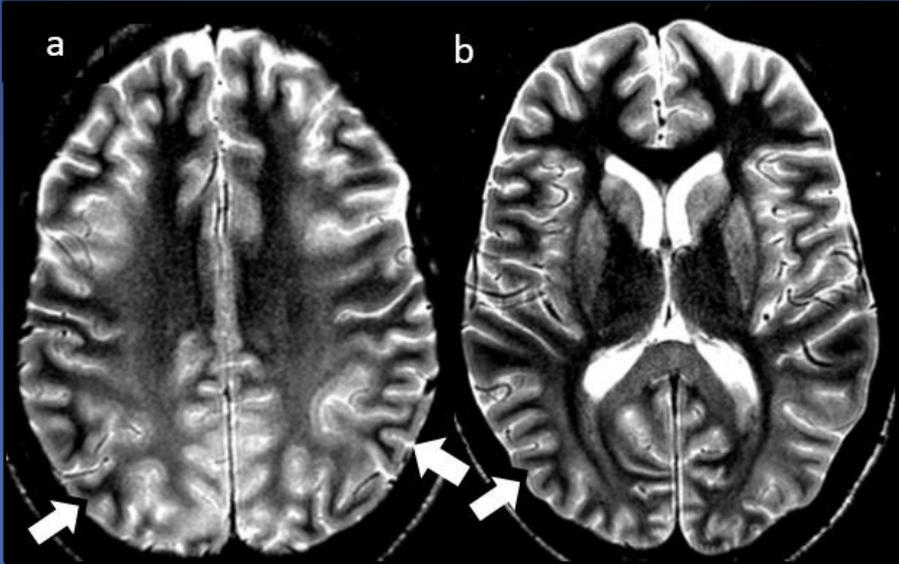


Figura 3: RM de cerebro, secuencia ponderada en T2. Se visualiza hiperintensidad de la sustancia blanca subcortical bihemisférica, a predominio de los centros semiovais (a) y de la región posterior (b) con las fibras U respetadas (flechas), un hallazgo típico de DPHL.

DISCUSIÓN

DPHL es un síndrome desmielinizante poco frecuente caracterizado por un inicio agudo de síntomas neuropsiquiátricos días a semanas después del evento inicial con períodos intermedios relativamente lúcidos.



- Excluir otras posibles causas de delirio.
- Presentar antecedente clínico de intoxicación por monóxido de carbono, sobredosis de narcóticos, infarto de miocardio u otro evento hipóxico cerebral global.

Clásicamente se ajusta a una de dos categorías generales de presentación clínica: parkinsonismo o mutilación acinética.

Además de hallazgos motores parkinsonianos característicos (facie enmascarada, rigidez, paso corto, alteración en la marcha), postura distónica, agitación, apatía, alucinaciones o comportamientos extraños también pueden estar.

DISCUSIÓN

Histopatología

↳ Desmielinización generalizada con preservación axonal.

Hallazgos Imagenológicos

RM

- 1) **Hiperintensidad** extensa y confluyente en T2 y FLAIR → Sustancia blanca periventricular y centros semiovais, bilateralmente y de forma simétrica.
- 2) **Restricción** en la secuencia ponderada para difusión con caída en el mapa de ADC.
- 3) Las lesiones de la sustancia blanca suelen ser generalmente **confluentes y homogéneas**, aunque también puede tener una distribución simétrica general.
- 4) **Respetan las fibras U** y se limitan al cerebro supratentorial.



Tal patrón es claramente diferente del que se observa en la lesión hipóxica-isquémica aguda



Ésta involucra predominantemente las estructuras de materia gris. En DPHL no se visualiza edema giral, ni borramiento de los surcos.

DISCUSIÓN

DIAGNÓSTICO

Neuroimágenes

LCR

Desmielinización
hemisférica
difusa

Respeto los
tractos
cerebelosos y
tronco cerebral



Proteína
básica de
mielina

El oxígeno estándar o hiperbárico después del envenenamiento por CO puede reducir la probabilidad de DPHL u otras secuelas neurológicas.

El reposo en cama y la evitación de procedimientos estresantes durante los primeros 10 días después de un evento hipóxico prolongado también pueden disminuir el riesgo.

La recuperación gradual durante un período de 3 a 12 meses es común, pero la atención deteriorada o la función ejecutiva, el parkinsonismo o los signos del tracto corticoespinal pueden persistir.

CONCLUSIÓN

La leucoencefalopatía post-hipóxica tardía es una entidad infrecuente y poco reconocida.

En el entorno clínico apropiado, las anomalías bilaterales y simétricas de la señal de la sustancia blanca confinadas a la materia blanca supratentorial sin edema ni realce, que respetan la fibras U, son altamente sugestivas de DPHL.



Por este motivo el médico radiólogo debe conocer la variedad de síntomas neurológicos que presenta el DPHL y así tenerlo presente entre sus diagnósticos diferenciales ya que con el reconocimiento inmediato del mismo se pueden utilizar servicios de rehabilitación y atención de apoyo apropiados.