

ENCEFALITIS LIMBICA DE ORIGEN AUTOINMUNE, NO NEOPLASICO

Autores: Santisteban, Ma. Adela;
Silva, Roberto; Medina, Jennifer;
Paulazzo, Ma. Emilia; Cariola,
Carolina; Cappa, Gustavo.:
Hospital Clemente Álvarez
Rosario, Santa Fe

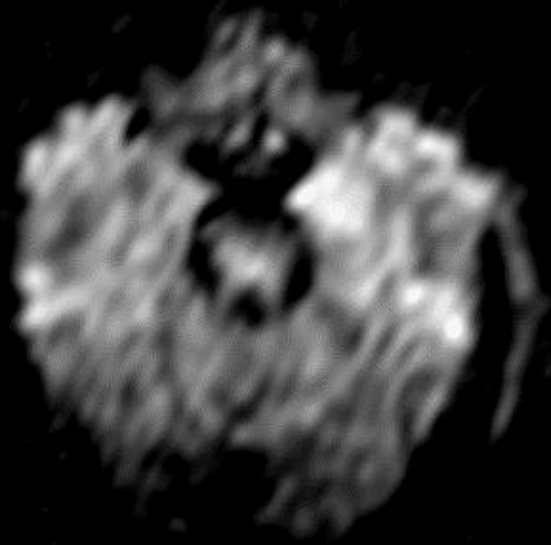
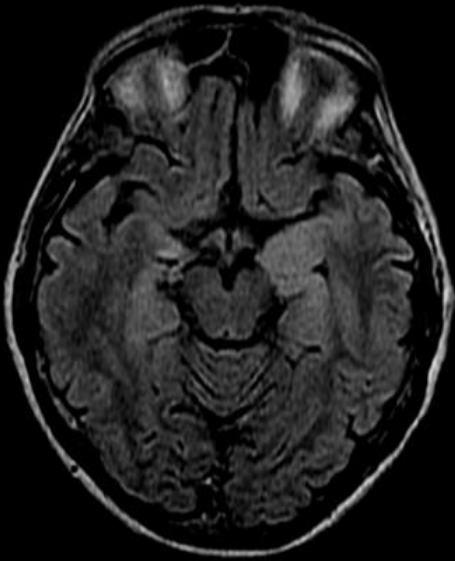
CASO CLINICO IMAGENOLOGICO

Paciente de 53 años con antecedentes de histerectomía por miomas (2014) y crisis de pánico. Cursa internación por convulsiones autonómicas temporales, manifestadas con piloerección en miembro superior izquierdo y un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado.

Laboratorio: hiponatremia.

Se solicita RMI de cráneo y posteriormente Panel de anticuerpos siendo positivo anticuerpo LGI1.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Secuencias T2 y difusión: Hiperintensidad de región hipocámpal bilateral, a predominio izquierdo.

DISCUSION:

- La encefalitis límbica es una entidad clínica neurológica descrita por primera vez en 1960.
- Se caracteriza por un cuadro clínico de presentación subaguda con alteraciones cognitivas, principalmente alteración de la memoria a corto plazo, crisis convulsivas, confusión, trastornos del sueño y trastornos psiquiátricos.
- El desarrollo subagudo de déficit de memoria a corto plazo es el hallazgo clínico característico de esta entidad.

DISCUSION:

Clasificación etiológica de EL:

VIRAL:

- Es la más frecuente, siendo el VHS-1 el germen más común.
- Las manifestaciones clínicas progresan más rápidamente que en otros tipos de EL llevando a un deterioro rápido del nivel de conciencia.
- El procedimiento diagnóstico de elección es la amplificación del genoma del VHS mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) en muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR), cuya sensibilidad y especificidad son de 94% y 98% respectivamente. La valoración del LCR también mostrará pleocitosis y elevación de proteínas como hallazgos poco específicos.

AUTOINMUNE:

- Causado por la interacción de autoanticuerpos con antígenos neuronales específicos.
- EL autoinmune se clasifica en:
PARANEOPLASICA Y NO PARAEOPLASICA.

DISCUSION:

ENCEFALITIS LIMBICA PARANEOPLASICA

- Ciertas neoplasias expresan antígenos que son expresados por células neuronales, generando anticuerpos que tienen como objetivos el tumor y sitios específicos encefálicos.
- 60-70%, el cuadro neurológico precede a la detección del tumor.
- Los tumores más frecuentemente asociados son el carcinoma de pulmón (50%), tumores testiculares (20%), el carcinoma de mama (8%).
- Antígenos asociados: Anti-NMDA, Anti-AMPA, Anti-GABA, Anti-Hu, Anti-CV2/CRMP-5, Anti-Ma2.

ENCEFALITIS LIMBICA NO PARANEOPLASICA

- Existen pacientes en los que no se llega a demostrar la existencia de tumor subyacente.
- *Antígenos asociados: Anti-GAD, Anti-Antígenos del complejo de canales de potasio dependientes de voltaje.*
- La tríada clínica clásica es pérdida de memoria, confusión y convulsiones.
- Criterio muy útil para el diagnóstico es la presencia de hiponatremia.

DISCUSION:

- El método diagnóstico radiológico “Gold Standard”, es la resonancia magnética (RM).
- Los hallazgos imagenológicos incluyen la presencia de hiperintensidad en secuencias T2 y FLAIR en región temporal interna, hipocampo y amígdala en forma uni o bilateral.
- La secuencia de difusión es sensible en estadios iniciales de esta patología y presenta valor pronóstico al mostrar la caída del Coeficiente de Difusión Aparente (ADC) en los casos que evolucionarán a la necrosis
- En las encefalitis límbicas paraneoplásicas no se identifican refuerzos en las secuencias post inyección de gadolinio.
- EL de etiología viral pueden cursar con aumento de tamaño del hipocampo y presentar discreto realce postcontraste.

CONCLUSION

- La RM constituye la herramienta principal en el diagnóstico de encefalitis límbica.
- El conocimiento de los antecedentes clínicos del paciente, los hallazgos imagenológicos en RM, y la utilización de secuencias de difusión permiten un diagnóstico precoz de esta patología; y consecuentemente, una terapéutica precoz y oportuna que contribuya a una evolución favorable de los pacientes.