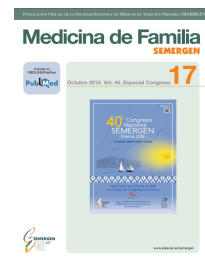




Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/1981 - SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO SECUNDARIO A HIPERNATREMIA AGUDA

J. Perona Caro^a, Á. Pérez Jiménez^a, M. Torcal Baz^b y A. Polanco Martínez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de las Viñas. Tomelloso. Ciudad Real. ^bMédico de Familia. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General de Valdepeñas. Ciudad Real. ^cMédico de Urgencias. Centro de Salud Virgen de las Viñas. Tomelloso. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años con antecedentes personales de craneofaringioma intervenido a la edad de 9 años con radioterapia posterior y panhipopituitarismo secundario, presenta episodio de desconexión del medio con ausencia de respuesta a estímulos externos y posible desviación oculocefálica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/84. FC 89. SatO₂ 94%. Apertura ocular espontánea con parpadeo presente. ROC presentes. Reflejo de amenaza y ocular conservados bilateralmente. No moviliza miembros al dolor. RCP indiferentes. ROTs hipoactivos. Analítica: Hb 14,9, leucos 18.800 (N 73,6). Pla. 238.000. Creat. 0,84, GPT 66, Gluc 87, Na⁺ 180 mEq/L, K⁺ 2,6 mEq/L. Urocultivo: más de 100.000 UFC/ml Enterobacter cloacae. TAC craneal: normal. Estudio LCR: líquido acelular con glucorraquia normal y proteínas levemente elevadas (59 mg/dl). Presión de apertura normal. EEG: registro EEG basal globalmente lentificado compatible con encefalopatía difusa sin actividad epileptiforme.

Orientación diagnóstica: Se estableció el diagnóstico de mielinolisis pontina por hipernatremia aguda secundario a ITU como posible desencadenante, instituyéndose un síndrome de cautiverio.

Diagnóstico diferencial: Intoxicaciones (alcohol, drogas, tóxicos...), metabólicas (hipoglucemia, coma hiperosmolar, cetoacidosis diabética...), isquémicas (ACVa, PCR), traumatismos, infecciones del SNC...

Comentario final: El síndrome de enclaustramiento (locked-in syndrome) es una patología infrecuente, caracterizada por la presencia de tetraplejía y anartria con nivel de consciencia conservado. Su diagnóstico es clínico aunque se apoya en pruebas complementarias (EEG, RMN...) para realizar diagnóstico diferencial. El tratamiento es etiológico y sintomático, procurando la rehabilitación precoz y la prevención de complicaciones. El pronóstico suele ser sombrío, porque la mayoría de los pacientes no recuperan funciones motoras significativamente.

Bibliografía

1. Sohn MK, Nam JH. Locked-in Syndrome due to Central Pontine Myelinolysis: Case Report. Ann

- Rehabil Med. 2014;38(5):702-6.
2. Espay AJ. Neurologic complications of electrolyte disturbances and acid-base balance. *Handb Clin Neurol*. 2014;119:365-82.
 3. Koul PA, Khan UH, Jan RA, et al. Osmotic demyelination syndrome following slow correction of hyponatremia: Possible role of hypokalemia. *Indian J Crit Care Med*. 2013;17(4):231-3.
 4. Notario-Leal MJ, Arauz-Carmona LM, Granados-Matute AE, et al. Care plan for patients with locked-in syndrome. *Enferm Clin*. 2011;21(2):104-9.

Palabras clave: Mielinolisis pontina. Síndrome de cautiverio. Locked-in syndrome.