Caso clínico

Talleres integrados III 2017. Hospital General Universitario de Elda Virgen de la Salud

Validado por el Dr. Javier Mallada

Xana Fernández Álvarez

Motivo de consulta: SÍNDROME CONFUSIONAL

Enfermedad actual: Mujer de 31 años acude a Urgencias con deterioro neurológico subagudo de 2-3 semanas de evolución. El cuadro comenzó con cefalea y decaimineto, progresando a alteraciones en el nivel de conciencia, torpeza motora generalizada y confusión mental. Refiere febrícula en domicilio.

Antecedentes relevantes:

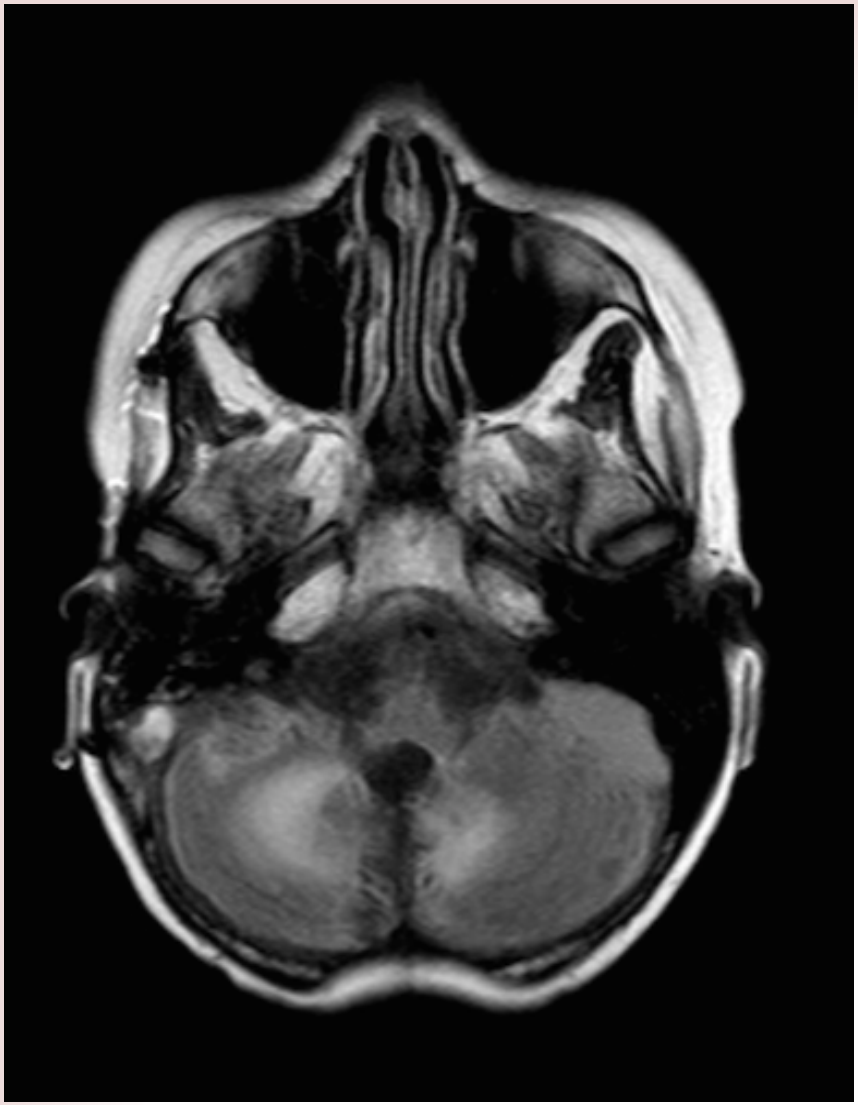
- Hipogonadismo secundario e hipotiroidismo
- Meduloblastoma intervenido en 1995 y tratado con quimio y radioterapia craneal. Portadora de válvula de derivación ventrículo-peritoneal (DVP).
- Autotrasplante de médula ósea en 1996.
- Tratamiento habitual: Bonviva (ácido ibandrónico), Natecal D (carbonato cálcico y colecalciferol), Eutirox (levotiroxina), orfidal (lorazepam).
- Vida previa activa con limitaciones.

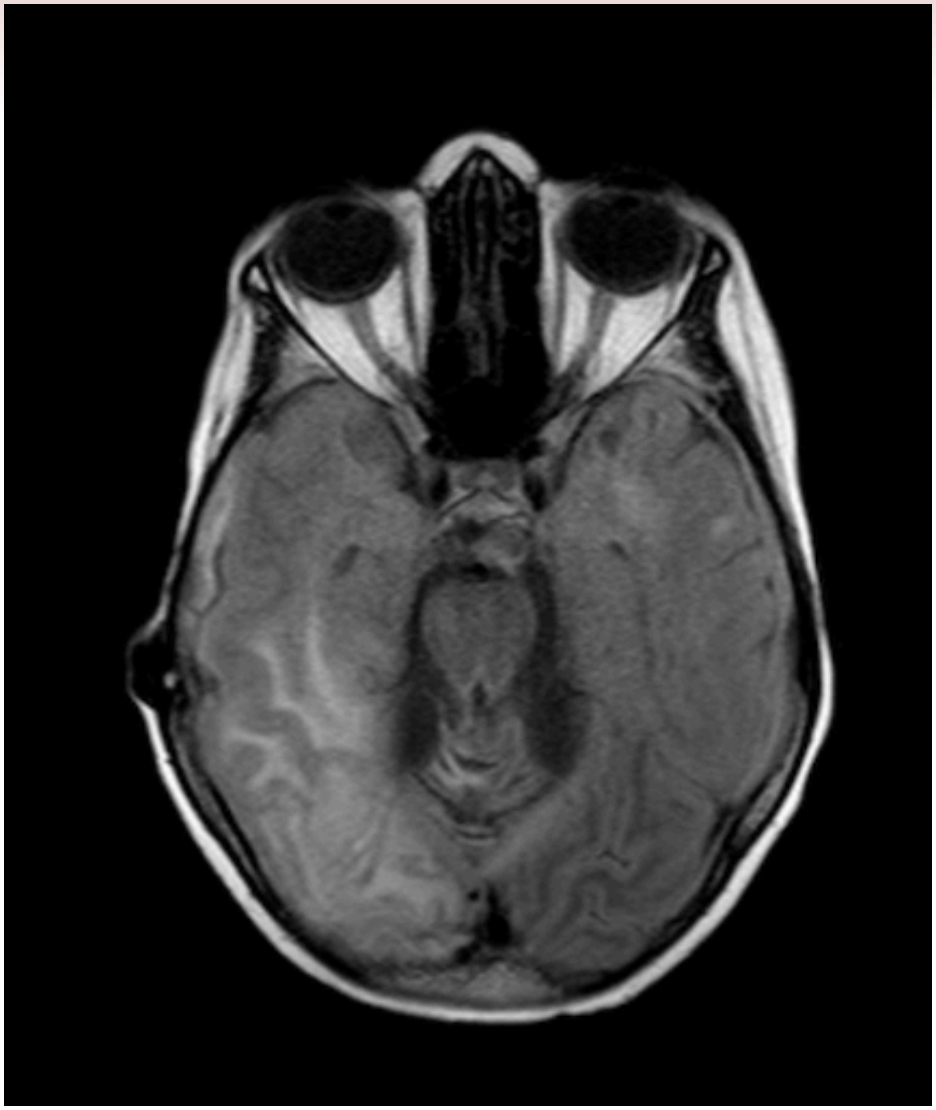
Datos relevantes de la exploración física:
Constantes vitales y ACP normales. Afebril. REG.
Exploración neurológica: consciente y parcialmente orientada. Lenguaje escaso con disartria moderada. Paciente poco colaboradora y agitada. Obedece a órdenes simples. No reconoce adecuadamente a su familia. Paresia facial izquierda y hemiparesia izquierda leve de predominio braquial. Hemianopsia izquierda. Reflejo cutáneo plantar izquierdo extensor. No signos meníngeos. Resto normal.

Analítica: GOT 88 UI/L, GPT 94 UI/L, PCR 2,4 mg/L, procalcitonina persistentemente normal. Leucocitos 14.000/mm3. Resto normal.

RMN cerebral (en las siguientes diapositivas): se aprecian cambios postquirúrgicos en fosa posterior, en relación con meduloblastoma intervenido.

Análisis de LCR (extraído del reservorio)**:** LCR transparente y cultivo negativo.



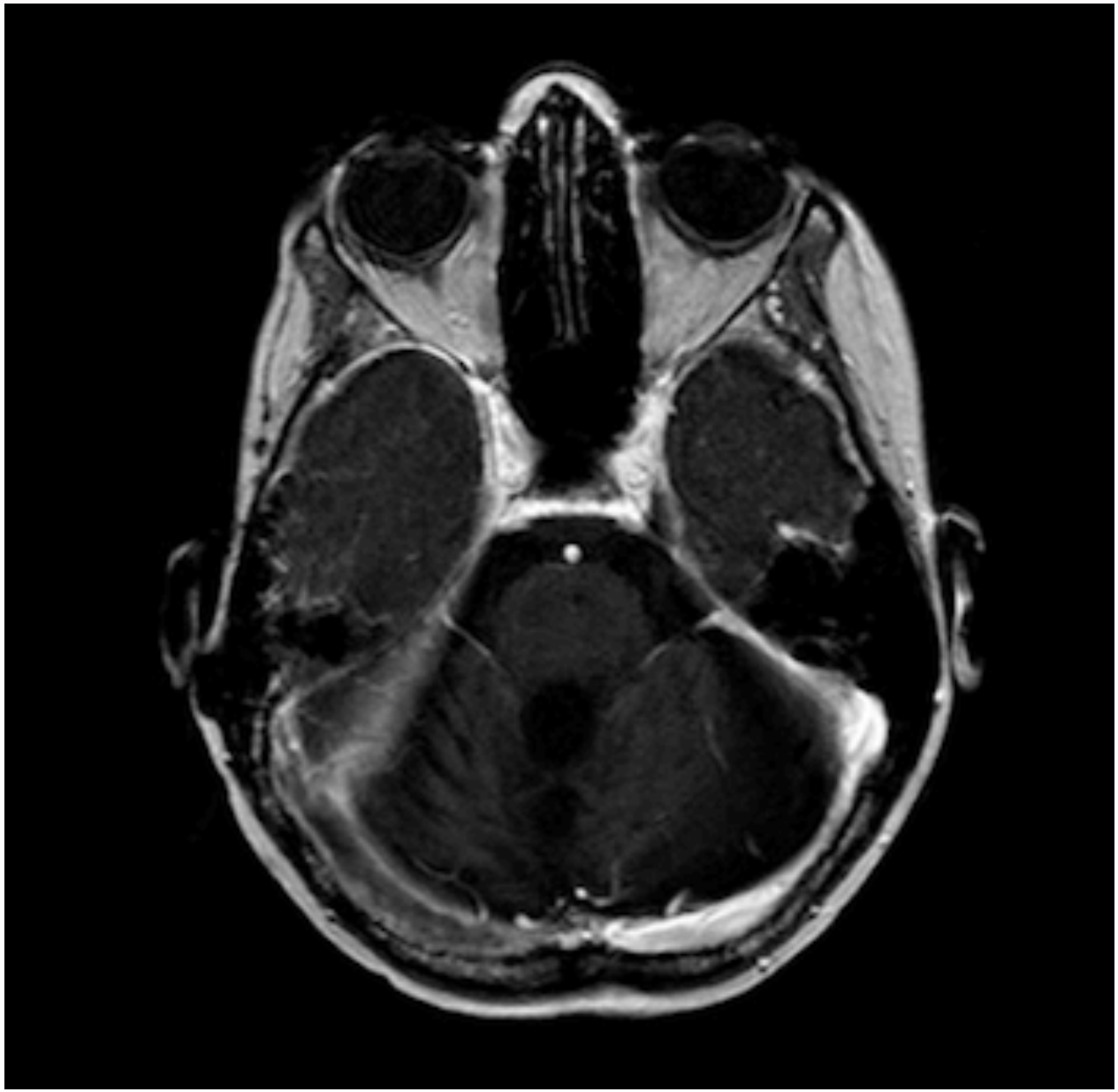


RMN cerebral, cortes axiales en secuencia FLAIR:

Se observa hiperintensidad córtico-subcortical a nivel témporo-occipital derecho, compatible con infarto.

RMN cerebral, corte axial y ponderada en T1 con contraste:

Defecto en la repleción en senos sigmoideo y transverso derechos tras administración de gadolinio. Se observa como el lado izquierdo sí capta el contraste. Se aprecia captación meníngea muy sugestiva de hipotensión licuoral.



Trombosis del seno sigmoideo y transverso derecho con **infarto venoso témporo-occipital derecho secundario**. Se plantea como posible origen una hipopresión del LCR por hiperdrenaje de una DVP malfuncionante.

Tratamiento :

- Remitir al Servicio de Neurocirugía para revisión de la vávula de DVP y posiblemente recambio por una válvula programable.
- Anticonvulsivantes (levetiracetam) si crisis epilépticas
- Anticoagulación