

T'has passat amb la sal!

Verónica Enguita⁽¹⁾; Adrian Steinherr⁽¹⁾; Sara Rubio⁽²⁾; Neus Robert⁽³⁾; Josep Maria Mòdol⁽⁴⁾
⁽¹⁾Resident Medicina Interna, ⁽²⁾Resident Neurologia, ⁽³⁾Adjunta d'Urgències, ⁽⁴⁾Director Mèdic
Hospital Germans Tries i Pujol. Badalona

Nom autora: Verónica Enguita

Lloc de treball: Hospital Germans Tries i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: venguita.17@gmail.com

Forma citació: Enguita V, Steinherr A, Rubio S, Robert N, Mòdol JM. *T'has passat amb la sal!*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):36-37

Motiu de consulta

Parèsia braquio-crural dreta de 48 hores d'evolució

Antecedents personals rellevants.

Es tracta d'una dona de 33 anys, amb hàbit enòlic sever (30 UBE) consum de cànnabis i cocaïna ocasional, afecta de trastorn de conducta alimentària tipus bulímia nerviosa (restricció dietètica, consum de diürètics i vòmits), amb antecedent d'ingrés a UCI 2 mesos abans, per traumatisme cranioencefàlic (TCE) amb hematoma epidural occípit-parietal dret a causa de síncope en context de diselectrolitèmia severa (hiponatrèmia, hipokalèmia, hipomagnesèmia) atribuïda a ús de diürètics crònics i vòmits de repetició.

Malaltia actual.

La pacient consulta per episodi de 48h d'evolució de parèsia braquio-crural dreta, sense alteració de llenguatge, ni de la sensibilitat. Durant els dies previs la pacient reconeix disàrtria i sialorrea. Nega consum enòlic en els últims dies, sense febre, ni altra simptomatologia infecciosa. No explica caigudes, ni TCE associat

Exploració física.

TA 103/79 mmHg, 122 bpm, 36° C, 100% Sat Ox. Basal. Conscient, orientada, destaca pal·lidesa cutània. Sense alteracions de l'auscultació cardiopulmonar. Abdomen tou i depressible, no dolorós a la palpació. Sense signes d'irritació peritoneal. No es palpen masses ni megàlies. Extremitats inferiors amb discrets edemes bimaleolars, sense signes de trombosis venosa profunda. A l'exploració neurològica presenta pupil·les isocòriques, normoreactives. Campimetria per confrontació sense déficits. Oculomotricitat conservada. Sense alteració de parells cranials. Hemiparèsia braquio-crural 4/5 de predomini distal a l'extremitat superior dreta (ESD) i de predomini proximal a l'extremitat inferior dreta (EID). Sense alteració de la sensibilitat, ni del llenguatge, destaca lleu disàrtria. Reflex cutani plantar extensor dret i indiferent esquerra.

Proves complementàries realitzades a Urgències.

• Analítica: Hemograma: leucocits $7.700 \times 10^9/\text{mL}$ (N69% L18% M8.5%) Hb 9.8g/dl Htc 27.5% Plaquetes $417.000 \times 10^9/\text{mL}$. Coagulació: INR 1.18 Temps de Quick 78% TTPA 27.5segons Fibrinogen 626mg/dL. Equilibri: pH 7.37 HCO₃ 24.3mmol/L EB -1.0mmol/L. Bioquímica: Glucosa 89mg/dL, Urea 17mg/dL, Creatinina 0.93mg/dL, Sodi 143mmol/L, Potassi 3.8mmol/L, Clorur 110mmol/L, Osmolalitat 298mOsm/kg, Proteïna 66.8g/L, Calci 9.6mg/dL, Magnesi 1.94mmol/L Bilirrubina 0.52mg/dL, ALT 13U/L, PCR 1.30mg/L, CK 29U/L, Etanol <10mg/dL.

Tòxics en orina: positius per a cànnabis, negatius per a la resta de drogues.

TC cranial simple urgent s'informa oralment durant la guàrdia sense sagnats, ni lesions agudes, artefacte a zona protuberancial, pendent d'informe definitiu

Diagnòstic diferencial a Urgències.

Davant una pacient amb aquesta focalitat neurològica hem de tenir en compte els antecedents abans descrits, pel que dins el diagnòstic diferencial ens haurem de plantejar causes tòxico-metabòliques (consum de substàncies estupefaents, alteracions hidroelectrolítiques agudes), TCE associat a sagnat intraparenquimatós o lesions ocupants d'espai cerebrals d'origen infecciosos o bé neoplàsic. Com a causa vascular ens plantejaríem també la dissecció carotídea donada l'edat de la pacient. D'altra banda, una opció a considerar donat el recent ingrés a UCI per diselectrolitèmia severa seria la malaltia osmòtica desmielinitzant secundària a una correcció abrupta de la hiponatrèmia.

En últim terme, havent descartat totes les causes orgàniques podríem assumir el trastorn conversiu, donat el context de malaltia psiquiàtrica de la pacient.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'Urgències.

Davant les troballes clíniques la pacient ingressa al servei de Neurologia per a estudi d'aquesta focalitat neurològica. En el moment de l'ingrés presenta una

puntuació en l'escala de Barthel de 20 (dependència severa), amb dèficit ESD musculatura distal 2/5 i dèficit EID proximal 3/5.

Es realitza una ressonància magnètica que evidencia una àrea hipointensa a T1 i homogèniament hiperintensa a T2/FLAIR que ocupa la part central del bulb, conservades les zones més externes compatible amb desmielinització osmòtica en el context clínic de la pacient.

Durant l'ingrés s'obté el resultat definitiu de la TC realitzada a Urgències que informa de presència d'hipodensitat bilateral i simètrica a la regió central del bulb i protuberància amb conservació de les zones més externes, sense efecte de massa suggestiu de mielinolisis cerebral pontina.

Revisant l'anterior ingrés a UCI, la reposició de la natrèmia es va realitzar a raó de 19 mmol/L durant les primeres 24h. Es tracta doncs d'una correcció abrupta; que justifica l'actual malaltia osmòtica desmielinitzant.

Progressivament, amb rehabilitació i suplementació de dèficits nutricionals (vitamina D, C, seleni, A i anèmia ferropènica) la pacient assoleix millora del balanç muscular, amb deambulació amb fèrula AFO. La pacient pot ser finalment donada d'alta a domicili amb una puntuació a l'escala de Barthel de 65 (dependència lleu).

Diagnòstic final.

Mielinolisis cerebral pontina

Discussió

De vegades, es perd la importància de l'anamnesi, la semiologia i els signes clínics. Aquest cas fas palès que les dades bàsiques de l'acte mèdic sempre han de guiar les nostres decisions mèdiques i no les proves complementàries.

El reflex cutani extensor dret va ser el signe clínic que donava congruència i validesa a la parèsia braquicrural dreta, en contra de la prova d'imatge inicial. Aquesta troballa tradueix dany a la primera motoneurona, i ens permet apuntar a l'origen orgànic del quadre. Guiats per això, els metges d'urgències van ingressar a la pacient per a estudi neurològic.

El cas exemplifica les greus complicacions tant de la hiponatrèmia com de la seva reposició incorrecta. No hem d'oblidar que és un motiu de consulta molt freqüent als serveis d'urgències, que en la majoria de casos, es tracta de manera efectiva i sense complicacions. Tot i això, hem de recordar que per evitar aquest tipus de complicacions greus, hem de parar molta atenció als controls analítics horaris. En els casos d'hiponatrèmia simptomàtica greu, no s'ha de suplementar un valor superior a 5 mmol/L a la primera hora, i posteriorment no superar el límit de 10 mmol/L en les primeres 24h. Evolutivament, els augments no han de ser superiors de 8 mmol/dia fins a assolir una natrèmia de 130 mmol/L.

Amb relació a la malaltia osmòtica desmielinitzant secundària a hiponatrèmia els principals factors de risc són l'abús d'alcohol i/o la desnutrició. Així doncs la nostra pacient era especialment vulnerable a aquesta complicació. Concloem doncs que tot i que és una complicació infreqüent (0.3-1,1%); donat que la

hiponatrèmia és una entitat molt habitual en els serveis d'urgències hem de tenir-la present per la seva gravetat, especialment, a la població amb abús de tòxics, amb risc de desnutrició, hem de ser especialment curosos en el tractament dels trastorns hidroelectrolítics.

Bibliografia

Sterns RH, Cappuccio JD, Silver SM, et al. Neurologic sequelae after treatment of severe hyponatremia: a multicenter perspective. *J Am Soc Nephrol* 1994;4.

Spasovski et Al. Hyponatraemia diagnosis and treatment clinical practice guidelines. *Nefrología*, 2017 37(4), 370–380.

Lambeck J, Hieber M, Dreßing A, Niesen WD: Central pontine myelinosis and osmotic demyelination syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 600–6.

Micieli, A., Najeeb, U., & Kingston, W. (2019). *Central pontine (and extrapontine) myelinolysis despite appropriate sodium correction. Practical Neurology, practneuro-2019-002347.*

Imatges

