

Síndrome de Encefalopatía posterior reversible, ¿Siempre reversible ?

Posterior reversible encephalopathy, ¿Always reversible?

Guillermo González

El 22 de febrero de 1996 Hinchey y colegas (1) describieron un cuadro clínico – radiológico que llamaron leucoencefalopatía posterior reversible. El tiempo y la observación han permitido aclarar que su compromiso no se limita solamente a la sustancia blanca y que hay pacientes con compromiso de la sustancia gris. De manera similar aunque el predominio posterior es el más frecuente, este síndrome puede afectar los núcleos de la base y otras áreas de la corteza cerebral (2). De esta manera esta entidad se conoce ahora como síndrome de encefalopatía posterior reversible; sin embargo algunos observadores consideran que el cuadro no siempre reversible y alertan sobre el pronóstico ominoso de no diagnosticarse y tratarse a tiempo incrementándose el riesgo de morbilidad y mortalidad (3). En otras palabras estamos esperando un nombre para esta entidad que sea capaz de resumir lo que hemos aprendido de ella; por ejemplo: encefalopatía de predominio posterior potencialmente reversible.

Las características clínicas (4) de este cuadro de inicio agudo o subagudo son: cefalea, náuseas, vómito, alteraciones del estado de conciencia, convulsiones y frecuentemente desórdenes visuales con hallazgos neuroradiológicos donde predominan anomalías de la sustancia blanca de la región parietooccipital que respeta la cisura calcarina y que tienen como característica que

desaparecen con la mejoría del cuadro clínico. Un 75% de los pacientes tienen hipertensión arterial afectándose con mayor frecuencia el género femenino. (5).

Se ha encontrado asociado con las diversas condiciones clínicas (1-9) (Tabla 1).

En este número Grillo – Ardila y cols presentan una revisión de la literatura en mujeres gestantes en la cual a pesar de las estrategias de búsqueda empleadas no se encontraron estudios analíticos o de mayor complejidad en diseño que permitan inferir correlación etiológica o resultados de tratamientos. Urge por lo tanto diseñar y ejecutar investigaciones que permitan resultados con estas características.

Este manuscrito constituye la segunda publicación en esta revista, sobre este síndrome. Lizarazo y colaboradores (10) en el 2005 presentaron 9 casos estudiados en un período de 31 meses y 6 de estos correspondieron a mujeres con eclampsia.

La revisión actual muestra en detalle las características clínicas, radiológicas y hace una justa síntesis de lo conocido actualmente en la fisiopatología y tratamiento de la encefalopatía posterior reversible en la mujer embarazadas.

Los neurólogos hemos seguido con atención el desarrollo histórico de la preeclampsia y eclamp-

Recibido: 17/08/10. Revisado: 17/08/10. Aceptado: 18/08/10.

Guillermo González Manrique. MD. Neurólogo Clínico – Especialista en Gerencia de Salud y Seguridad Social. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Profesor Asistente Medicina Interna. Facultad de la Salud. Universidad Surcolombiana, Neiva. Grupo Neuropsy.

Correo electrónico: feevon@hotmail.es

TABLA 1.

- Encefalopatía Hipertensiva.
- Preeclampsia – Eclampsia – Síndrome de HELLP.
- Medicamentos citotóxicos e inmunosupresores (ciclosporina, antineoplásicos, interferon α , terapia antiretroviral).
- Enfermedad renal aguda o crónica (glomerulonefritis, síndrome de desequilibrio asociado a diálisis).
- Púrpura Trombocitopénica Trombótica – Síndrome Urémico Hemolítico.
- Terapia con alta dosis de esteroides.
- Falla hepática (inducida por drogas) – Trasplante
- Disfunción endocrina (Aldosteronismo primario, feocromocitoma)
- Hipercalcemia – Hipoparatiroidismo.
- Trasplante de médula ósea
- Transfusión masiva de sangre – Terapia con eritropoyetina.
- Porfiria.
- Lupus eritematoso sistémico – Enfermedad del colágeno.
- Otras causas (Globulina Intravenosas, exposición a medios de contraste, envenenamiento a picadura de escorpión, abuso de estimulantes, intoxicación por digitoxina, ingestión de Averrhoa carambola) y otros.

sia por ser una patología que nos concierne de manera directa, nos preguntamos hasta encontrar respuestas válidas sobre la utilidad del sulfato de magnesio en esta patología (11) y la utilización del labetalol, nicardipina, nimodipino e hidralazina como antihipertensivos de primera elección y el efecto deletéreo y las contraindicaciones de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (12-14).

En el momento actual, las Unidades de Cuidados Intensivos Obstétrico o Materno son una realidad en los hospitales de III y IV nivel de todo el mundo y esta es una tendencia que va a aumentar; cuadros clínicos como el de la encefalopatía posterior reversible, muestran una necesidad de trabajo en equipo e interdisciplinario entre ginecoobstetras y neurólogos con el fin de llegar a un diagnóstico rápido, correcto, haciendo énfasis en los diagnósticos diferenciales y tener en la correcta interpretación de las tomografías y resonancias magnéticas del cerebro un apoyo indispensable para ello.

Se requiere un seguimiento clínico y radiológico a corto, mediano y largo plazo para estimar el real impacto de este cuadro clínico en este grupo de pacientes: trastorno del afecto, alteración cognitiva transitoria o permanente y efectos específicos sobre el recién nacido.

Como vemos se hace camino al andar y es mejor estar despiertos con el único propósito de ofrecer lo mejor a nuestros pacientes con este síndrome.

REFERENCIAS

1. HINCHEY J, CHAVES C, APPIGNANI B, BREEN J, PAO L, WANG A, ET AL. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med* 1996; 334:494-500.
2. CASEY SO, SAMPAIO RC, MICHELE, TRUITT CL. Posterior reversible encephalopathy syndrome: utility of fluid-attenuated inversion recovery MR imaging in the detection of cortical and subcortical lesions. *Am J Neuroradiol* 2000; 21: 1199-206.
3. BARTYUSKI WS. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome, part 1: fundamental Imaging and clinical features. *Am J Neuroradiol* 2008; 29: 1036-42.
4. GARG RK. Posterior leukoencephalopathy syndrome. *Postgrad Med J* 2001; 77: 24-8.
5. STATT VL, HURRELL MD, ANDERSON TJ. Reversible Posterior Leukoencephalopathy syndrome: a misnomer reviewed. *Int Med J* 2005;35:83-90
6. GRIVÉ E, ROVIRA-CAÑELLAS A, ACEBEDO G, ÁLVAREZ-SABÍN J. Leucoencefalopatía reversible relacionada con el tratamiento con ciclosporina. *Rev Neurol* 1997; 25: 471-3.
7. BENNET B, BOOTH T, QUAN A. Late on set seizures, Hemiparesis and blindness in Hemolytic

Uremic Syndrome. *Clin Nephrol* 2003; 59: 196-200.

8. SERVILLO G, BIFULCO F DE ROBERTS, PIAZZA O, STRIANO P, TORTORA F ET AL. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome in intensive care medicine. *Intensive care Med* 2007; 33: 230-236.

9. XING ZHANG Y, REN LIU J PING DING M, HUANG J, ZHANG M, JANSEN O, ET AL. Reversible Posterior Encephalopathy Syndrome in Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis. *Inter Med* 2008; 47: 867-75.

10. LIZARAZO J, TIBASOSA D, ALCUDETE S. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. *Acta Neurol Colomb* 2005; 21:289-298.

11. ALTMAN D, CARROLI G, DULEY L ET AL.

Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The magpie trial: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359:1877-90.

12. POWELL ES, GOLDWAY MJ. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a thirty-six-week gestation eclamptic. *J Emerg Med* 2007; 33:377-9.

13. O'HARA MCCOY H. Posterior reversible encephalopathy syndrome: an emerging clinical entity in adult, pediatric and obstetric critical care. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20: 100-6.

14. HAGNES R, KELSEY J. Pregnancy in the ICU: Drug implications. *Critical Connections* 2010; 9:10-11