



Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



CASO CLÍNICO

Infarto de la PICA, síndrome de Wallenberg; a propósito de un caso

Pilar Sánchez-Camacho-Maroto*, José Andrés Borralló-López, Estela Sanjuán-Menéndez, Verónica Cruz-Díaz, Mercedes Cepeda-Bautista y Joana Rodrigo-Gil

Diplomadas en Enfermería, Unidad de Ictus, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, España

Recibido el 17 de septiembre de 2010; aceptado el 2 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Infarto bulbar;
Síndrome de
Wallenberg;
Complicaciones;
Disfagia

Resumen

El síndrome de Wallenberg es un conjunto de síntomas ocasionados por la oclusión de la arteria cerebelosa posterior. Nuestro paciente cursa con una clínica de náuseas, vómitos, ataxia y otros signos cerebelosos como síndrome de Horner. Se presenta el caso de un varón de 67 años que por su clínica y resultados de pruebas complementarias es diagnosticado de síndrome de Wallenberg. Se procede al ingreso en la unidad de ictus, donde se proporcionan cuidados especializados de enfermería mediante la monitorización de las constantes vitales y de la función neurológica. El tratamiento en esta patología es sintomático, y es muy importante la vigilancia para detectar las posibles complicaciones y recurrencias. En nuestro caso clínico, el paciente, pese a la vigilancia intensiva que recibió en la unidad de ictus, presentó vómitos, lo que derivó en una broncoaspiración y requirió el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Por ello, debemos resaltar la importancia del papel de enfermería para evitar las posibles complicaciones.

© 2010 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Bulbar infarction;
Wallenberg Syndrome;
Complications;
Dysphagia

PICA infarction, Wallenberg Syndrome; presentation of a case

Abstract

Wallenberg syndrome is a group of symptoms caused by occlusion of the posterior-inferior cerebellar artery (PICA). Our patient presented with a clinical picture of nausea, vomiting, ataxia, and other cerebellar signs, such as Horner syndrome. A case is presented of a 67 year-old male who, due to his clinical symptoms and results of complementary tests, was diagnosed with Wallenberg syndrome. He was admitted to the Stroke Unit, where specialised nursing care was provided, including monitoring of vital signs and neurological function. The treatment for this

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: psanchezcamacho.girona.ics@gencat.cat (P. Sánchez-Camacho-Maroto)

condition is symptomatic, and observation is very important in order to detect possible complications and recurrences. In our clinical case, in spite of the intensive surveillance in the Stroke Unit, began vomiting which resulted in bronchoaspiration and required admittance to the Intensive Care Unit. It is for this reason we must underline the importance of the role of nursing in preventing possible complications.

© 2010 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

La arteria cerebelosa posterior inferior (PICA) es la principal rama de la arteria vertebral que irriga gran parte del bulbo raquídeo y la porción inferior de los hemisferios cerebelosos. Un infarto en esta zona puede provocar el inicio del síndrome de Wallenberg. El infarto se produce en la médula y el cerebelo. La médula controla funciones tan importantes como la deglución, la articulación del habla, el gusto, la respiración, la fuerza y la sensibilidad. El cerebelo es importante para la coordinación motora. El suministro de sangre a estas zonas se produce a través de las arterias vertebrales y de la PICA.

El síndrome de Wallenberg es un conjunto de síntomas ocasionados por la oclusión de la arteria cerebelosa posterior, lo que ocasiona una serie de alteraciones sensoriales y simpáticas. La enfermedad se inicia con la aparición de un vértigo súbito, seguido por náuseas, vómitos, ataxia ipsilateral, hipertonicidad muscular y otros signos cerebelosos, como el síndrome de Horner, que provoca ptosis, anhidrosis, hundimiento del globo ocular y/o midriasis. Los pacientes también pueden presentar dificultad para deglutir. En general, afecta a personas mayores de 40 años de edad. Normalmente se debe a factores de riesgo vascular como la hipertensión, cardiopatías, colesterol elevado y diabetes mellitus. El síndrome de Wallenberg también puede ocurrir en personas más jóvenes, pero las causas subyacentes son diferentes.

Este síndrome es poco frecuente, por lo que hay pocos estudios al respecto y escasos resultados.

Su tratamiento es principalmente sintomático, ya que el calibre de la arteria afectada no permite una desobstrucción mecánica. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y la prevención de las posibles complicaciones y recurrencias, iniciando así la fase de prevención secundaria.

Son de gran importancia tanto el diagnóstico como el tratamiento precoz, así como el ingreso en unidades de ictus especializadas para el control y la vigilancia de este tipo de pacientes, con personal de enfermería especializado, ya que reducen en gran medida las posibles complicaciones que se puedan presentar.

Desarrollo

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 67 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus en tratamiento con antibióticos orales, síndrome depresivo, enolis-

mo habitual y ex fumador, que el día 30 de abril de 2009, y de manera súbita, presenta un cuadro de intenso mareo, desviación de la comisura bucal, alteración en la articulación del habla, dismetría moderada, síndrome de Horner izquierdo incompleto y signo de Babinski derecho, por lo que acude al servicio de urgencias del Hospital Josep Trueta de Girona.

Se le realizan las siguientes pruebas complementarias: tomografía computarizada craneal, analítica general, electrocardiograma, radiografía de tórax y Doppler transcraneal y subaórtico, mediante las cuales se objetiva una lesión isquémica en la PICA. Se procede al ingreso en la unidad de ictus y se inician los cuidados enfermeros basados en el protocolo de cuidados de enfermería de esta unidad.

En el momento del ingreso el paciente mantenía las constantes vitales dentro de la normalidad, excepto la saturación de oxígeno, que era inferior a 90% por lo que requirió la administración de oxígeno. Neurológicamente, estaba consciente, orientado, presentaba paresia facial central derecha, alteración de la articulación del habla, dismetría moderada de las extremidades superiores, inestabilidad en la marcha y disfagia total a líquidos, con una puntuación de 9/10 en la Escala Canadiense.

En la valoración inicial por parte de enfermería se observaron las siguientes necesidades alteradas:

- Respiración y oxigenación: manifestado por un patrón respiratorio ineficaz con saturaciones de oxígeno inferiores al 90% y limpieza ineficaz de las vías aéreas con abundantes secreciones purulentas.
- Necesidad de alimentación: presencia de náuseas y vómitos y deterioro de la deglución manifestado por disfagia total a líquidos.
- Eliminación: modificación del patrón de eliminación por cambios en los hábitos intestinales (estreñimiento).
- Movilización: se observó inestabilidad en la marcha y precisaba ayuda en la deambulación.
- Reposo/sueño: manifestado por una alteración del patrón sueño-vigilia.
- Seguridad: presencia de dolor, temor y ansiedad.

Plan de cuidados

Tras la valoración inicial por parte de enfermería se procedió a la planificación de los objetivos para realizar las actividades acordes con las necesidades alteradas.

En la tabla 1 se recogen la planificación de cuidados enfermeros durante el ingreso en la unidad de ictus.

Tabla 1 Planificación de cuidados enfermeros durante el ingreso en la unidad de ictus

Necesidades alteradas	Valoración inicial	Objetivos	Actividades	Evaluación en el momento del alta (15/06/2009)
Respiración	Patrón respiratorio ineficaz Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Mantener las vías aéreas permeables Mantener niveles de saturación de oxígeno correctos	Posición de Fowler Oxigenoterapia Aspiración de secreciones Monitorización de signos vitales Ventilación mecánica (05/ 05/ 2009) Limpieza y cuidados de la cánula traqueal Curas del estoma traqueal Fisioterapia respiratoria	El paciente mantiene: — Una saturación basal correcta — Limpieza eficaz de las vías aéreas — Cierre completo del estoma traqueal
Alimentación	Deterioro de la deglución Disfagia	Conseguir aporte nutricional adecuado Prevenir broncoaspiración	Control de test de disfagia en c/ turno Colocación de SNG para NET Mantener en Posición de Fowler EPS r/ c autocuidado y manejo de la SNG	En el momento del alta el paciente presenta disfagia parcial. Alta a socio sanitario con SNG para continuar con NET
Eliminación	Modificación en el patrón de la eliminación, cambios en hábitos intestinales: estreñimiento	Se evitará estreñimiento durante el ingreso Balance hídrico correcto	Dieta adecuada a las necesidades del paciente: nutrición entreal hiperproteica rica en fibra Colocación de sondaje vesical por sedación y para registro del balance hídrico Colocación, mantenimiento, control de permeabilidad y retirada de sonda vesical (durante estancia en la UCI) Control de diuresis Educación sanitaria r/ c hábitos alimenticios	El paciente presenta: — Continencia urino fecal — Patrón de eliminación correcto
Movilización	Inestabilidad de la marcha	El paciente conseguirá durante el ingreso autonomía para la deambulación	Realización de movimientos activos-pasivos. Rehabilitación Educación sanitaria r/ c riesgo de caídas	Persiste ataxia e inestabilidad en la marcha, por lo que precisa ayuda para la deambulación
Reposo/ Sueño	Alteración del patrón sueño-vigilia	El paciente conseguirá descanso y sueño satisfactorio	Proporcionar ambiente adecuado	Precisa medicación para dormir
Seguridad	Dolor, cefalea mantenida Temor Ansiedad, nerviosismo	Conseguir autocontrol de la ansiedad durante el ingreso Control del dolor. Nivel del dolor	Manejo del dolor. Escala EVA c/ turno Apoyo emocional	Ausencia de dolor EVA al alta de 0/ 10 tanto en reposo como en movimiento

Por parte del equipo de enfermería fue necesaria una exhaustiva atención en cuanto al registro de los signos vitales y signos de alarma para poder evitar posibles complicaciones, principalmente la disfagia, que podría desencadenar una broncoaspiración, con el consiguiente empeoramiento respiratorio. Para ello fue imprescindible realizar el test de

disfagia en el momento del ingreso, en la valoración inicial y en los sucesivos turnos de trabajo.

Durante la hospitalización el paciente experimentó un empeoramiento respiratorio progresivo, con desaturaciones de oxígeno inferiores al 75% probablemente debido a una broncoaspiración por los vómitos que continuamente pre-

sentaba. Debido a la dificultad respiratoria aguda, requirió el traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del mismo hospital, donde se le practicó una intubación orotraqueal para ventilación mecánica y se le realizó una traqueostomía posterior.

Una vez estabilizado hemodinámicamente (25 días de estancia en la UCI) volvió a ser ingresado en la unidad especializada de ictus para control neurológico y evolución clínica. En el segundo ingreso en la unidad de ictus el paciente estaba consciente, orientado, no presentaba alteración del habla ni déficits motores, aunque mantenía paresia facial. Presentaba disfagia total a líquidos, por lo que requería nutrición enteral por sonda nasogástrica. Precisaba oxigenoterapia por la traqueostomía para mantener saturaciones de oxígeno correctas y necesitaba aspiración de secreciones por abundante mucosidad. También mantenía una inestabilidad en la marcha.

La evolución del paciente en este segundo ingreso fue estable, el patrón respiratorio iba mejorando y mantenía una buena oxigenación, por lo que se procedió a la retirada de la cánula traqueal y el cierre del estoma.

En el momento del alta el paciente fue remitido a un centro sociosanitario para terminar el proceso terapéutico, ya que presentaba las necesidades de alimentación y de movilización alteradas. Fue dado de alta con sonda nasogástrica con nutrición enteral por disfagia parcial a líquidos y necesitaba ayuda para la deambulaci3n.

Tras un período de 6 meses en el centro sociosanitario se cita al paciente a la consulta de neurología, donde se observa una mejoría en su déficit neurológico (obtiene la máxima puntuaci3n en la Escala Canadiense: 10/ 10). Según la escala de discapacidad funcional, obtiene un puntuaci3n de 3 en la escala de Rankin modificada. El índice de Barthel para el pronóstico funcional del paciente es del 95% y precisa ayuda en el baño y para las actividades relacionadas con la higiene.

Persiste la disfagia parcial a líquidos, pero mantiene la alimentaci3n por vía oral y no precisa sonda nasogástrica. También mantiene la ataxia, y necesita ayuda para la deambulaci3n.

Discusi3n

El síndrome de Wallenberg requiere una valoraci3n constante por parte del personal de enfermería especializado para poder detectar una de las complicaciones más importantes de esta patología: la disfagia, que puede desencadenar problemas respiratorios graves, como la broncoaspiraci3n. Debe realizarse el test de disfagia en cada turno y así constatar un control estricto de las posibles complicaciones.

En nuestro caso, cabe destacar que pese a todos los cuidados preventivos para evitar complicaciones, el paciente

tuvo vómitos en varias ocasiones que desencadenaron una broncoaspiraci3n, lo que empeoró su cuadro respiratorio y tuvo que ingresar en la UCI.

La zona cerebral afectada en este síndrome es la arteria cerebelosa posterior, en el cerebelo, donde se controlan funciones tan importantes como la respiraci3n. Por ello, es precisa la monitorizaci3n de las constantes vitales de estos pacientes para un continuo control de saturaciones de oxígeno y poder así detectar lo antes posible un fallo neurológico a este nivel.

Conclusiones

El síndrome de Wallenberg es una patología neurológica poco conocida por su escasa frecuencia y no por ello se le debe restar importancia. La prevenci3n de complicaciones y recurrencias es fundamental para un buen manejo de la enfermedad. Esto se consigue en gran medida con una adecuada valoraci3n, unida a una buena planificaci3n de los cuidados. Por ello es importante que el personal de enfermería conozca esta patología y las complicaciones más frecuentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Bogousslavsky J, Caplan L. Medular de infartos y hemorragias. Cap. 41. Nueva York, NY: Cambridge University Press; 2001.
- Bradley WG, Daroff FB, Fenichel FM, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice. Principles of Diagnosis and management. http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_4_00/med06400.htm [consultado: 01/ 10/ 09].
- Martínez-Vila E, Riverol Fernández M, Irimia Seira P. Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Síndrome Vestibular Central.
- Mumenthaler M, Mattle H, Taub E. Fundamental of Neurology. Thieme; 2006.
- Parker JN, Parker PN. The Official Patient's Sourcebook on Wallenberg's Syndrome: A Revised and Updated Directory for the Internet Age. San Diego, CA: ICON Health Publications; 2002.
- Roldán-Valadez E, Juárez-Jiménez H, Corona-Cedillo E, Martínez-López M. Unidades de Resonancia Magnética y de Neurología, Fundaci3n Clínica Médica Sur, México, D.F., México. La enfermedad oclusiva vertebrobasilar. Síndrome de Wallenberg [consultado: 01/ 10/ 09]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/primerono/anatomia/CasosNeuro/1988/CASO1/sndrome.htm>