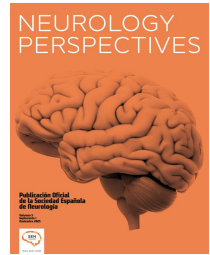




Neurology perspectives



21741 - MIELINÓLISIS CENTRAL EXTRAPONTINA Y VASOESPASMO BICAROTÍDEO E INTRACRANEAL EN CONTEXTO DE HIPERNATREMIA AGUDA GRAVE POR DIABETES INSÍPIDA CENTRAL TRAS CIRUGÍA DE MENINGIOMA SELAR

García Granado, J.¹; Sánchez Ortega, J.²; Pérez Hernández, P.¹; Vázquez Espinar, M.¹; Pérez Vieitez, M.¹; Alemany Rodríguez, M.¹; González Hernández, A.¹; López Santana, A.¹; Cegarra Sánchez, J.¹; Relloso de la Fuente, A.¹; Rodríguez Santana, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; ²Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Resumen

Objetivos: La mielinólisis central extrapontina (MCE) es una complicación neurológica grave asociada a correcciones rápidas del equilibrio osmótico. Presentamos un caso de MCE y vasoespasmo bicarotídeo e intracraneal por hipernatremia aguda secundaria a diabetes insípida central (DIC) tras cirugía de meningioma selar.

Material y métodos: Mujer de 38 años, con neuropatía óptica bilateral progresiva en contexto de meningioma selar, intervenida mediante resección tumoral subtotal endoscópica. Tras retirada de sedación con propofol, la paciente presenta ausencia de respuesta a estímulos y tetraparesia rígida.

Resultados: Analíticas seriadas con hipernatremia brusca grave (142-173 mEq/l) en menos de 24 horas y poliuria hipotónica, precisando fluidoterapia y desmopresina intravenosas. Se realiza TC craneal urgente evidenciando hemorragia intraventricular con hidrocefalia obstructiva aguda secundaria y edema cerebral difuso, precisando derivación ventricular externa urgente y corticoterapia intravenosa. Arteriografía con vasoespasmo grave de ACM y ACI supraclinoidea bilaterales, intervenida mediante nimodipino intraarterial y angioplastia, con lesiones isquémicas diferidas en ambas ACM, talámica, cerebral anterior y hemisferio cerebeloso derechos por RM craneal. EEG con estatus epiléptico generalizado que requirió politerapia anticrisis y sedorrelajación. Presenta una evolución neurológica tórpida con encefalopatía desmielinizante-osmótica bilateral y simétrica en núcleos caudados y lenticulares en RM craneal de control a los 14 días.

Conclusión: La aparición del síndrome desmielinizante-osmótico/MCE por RM puede ser retardado respecto a la presentación clínica. El caso presentado resalta la complejidad y los riesgos asociados a la corrección rápida de la hipernatremia en pacientes con DIC. La combinación de complicaciones neurológicas múltiples refleja la importancia del abordaje multidisciplinar del paciente neurocrítico.