

CARTAS AL EDITOR

Manifestaciones neurológicas en la púrpura de Schönlein-Henoch: ¿vasculitis cerebral o leucoencefalopatía posterior reversible?

Púrpura de Schönlein-Henoch; **Vasculitis cerebral; Leucoencefalopatía.**

Sr. Editor: Hemos leído con interés el caso publicado recientemente en su revista¹. La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis de pequeño vaso, caracterizada por lesiones cutáneas purpúricas, nefritis, artritis y dolor abdominal. Como señalan los autores, la afección neurológica es conocida desde 1914, año en el que Osler describió a un niño con «púrpura alérgica» y hemiplejía, y se ha considerado como excepcional hasta que la exhaustiva revisión de Belman mostró una infraestimación del cuadro neurológico². Consideramos muy importante la reflexión que Ortega et al presentan acerca de la patogenia de las manifestaciones neurológicas en esta entidad. Aportamos un caso en el que una exploración complementaria (Doppler transcraneal) permitió orientar el diagnóstico, responder a la cuestión etiológica del proceso y facilitar, por tanto, la elección del tratamiento más adecuado.

Mujer de 38 años de edad, que tras un cuadro catarral de vías respiratorias altas presenta artritis en tobillo y lesiones purpúricas en extremidades inferiores; a esto se añade dolor abdominal con rectorragia por lo que ingresa. El quinto día presenta cefalea y fotopsias que precedieron la aparición de una crisis tónico-clónica generalizada de la que se recuperó sin secuelas neurológicas. Presión arterial (PA) 160/100 mmHg. En la TC-craneal realizada tras el episodio se observaron imágenes hipodensas corticosubcorticales parietooccipitales bilaterales. La biopsia cutánea demostró una vasculitis leucocitoclástica. Se administraron 3 bolos de 1 g de metilprednisolona. Posteriormente, persistió con hematuria y proteinuria con valores de síndrome nefrótico por lo que se practicó una biopsia renal en que se apreció una glomerulonefritis con depósitos de IgA. Requirió tratamiento con ciclofósfamida. La evolución clínica fue favorable y en una RM craneal de control se comprobó la desaparición de las imágenes hipodensas parietooccipitales.

Es tentador pensar que las lesiones multifocales isquémicas del parénquima cerebral y su resolución radiológica tras tratamiento con glucocorticoides apoyan el diagnóstico de vasculitis cerebral. Sin embargo, una ecografía Doppler transcraneal realizada tras el episodio neurológico demostró una aceleración muy importante del flujo de las arterias cerebrales posteriores, de forma difusa a lo largo del trayecto de ambas arterias (fig. 1A). Esta aceleración difusa es sugestiva de vasospasmo, a diferencia de las aceleraciones segmentarias que se producen en las estenosis de arterias intracerebrales y es un hallazgo que puede encontrarse en la encefalopatía hipertensiva³. La leucoencefalopatía posterior reversible (LPR), «una vieja entidad con un nuevo nombre», corresponde realmente a una encefalopatía hipertensiva con predominio de la afectación por el territorio cerebral posterior; recientemente se está describiendo en otras entidades clínicas que cursan con aumento transitorio de la PA⁴. Si bien estas elevaciones de la PA no son tan importantes como las de la encefalopatía hipertensiva, ocurren en lechos vasculares previamente sanos y, por tanto, más sensibles a los incrementos tensionales. Habitualmente suelen tratarse de pacientes jóvenes, no hipertensos.

En esta enferma una ecografía Doppler-TC de control tras la mejoría de la clínica neurológica reveló la normalización de las velocidades de las arterias cerebrales posteriores (fig. 1B).

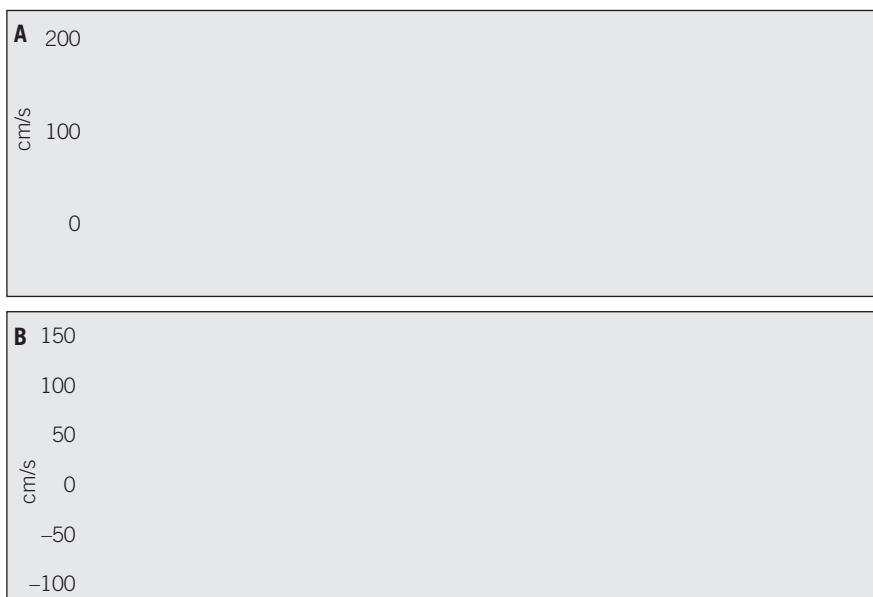


Fig. 1. A: aceleración difusa del flujo de las arterias cerebrales posteriores (P1), sugestiva de vasospasmo; B: normalización de las velocidades tras el tratamiento.

El caso de Ortega et al presentaba una arteriografía normal, sin la imagen de «arosamiento» típica de las vasculitis del SNC. Éstas suelen afectar a segmentos más distales de las arterias cerebrales, por lo que no son fáciles de detectar mediante Doppler-TC. En su paciente, al igual que en la nuestra, existía una tendencia a la hipertensión arterial, por lo que pensamos que en ambos casos es más probable el diagnóstico de LPR en el contexto de una púrpura de Schönlein-Henoch, si bien sólo un estudio anatopatológico podría descartar definitivamente el diagnóstico de vasculitis cerebral. Dada la agresividad de dicho estudio, en la práctica clínica habitual recomendamos la realización de una ecografía Doppler-TC y una RM-craneal para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que supone. De los 79 casos de PSH con manifestaciones neurológicas descritos en la bibliografía hasta 1985, la mayoría presentaron crisis, seguidos en orden de frecuencia por depresión del nivel de conciencia, déficit focal, cambios conductuales, cefalea, mononeuropatías y polineuropatías. Es muy probable, por tanto, que una gran parte de los pacientes reportados previamente sufrieran una LPR.

Joan Montaner, Carlos Molina,
José Álvarez-Sabín y José Ordí¹

Unidad Cerebrovascular. Servicio de Neurología.
¹Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

1. Ortega M, Trejo O, Perea M, Agirreolea N. Manifestations neurologicas en la púrpura de Schönlein-Henoch. *Med Clin (Barc)* 2000; 9: 356.
2. Belman AL, Leicher CR, Moshé SL, Mezey AP. Neurologic manifestations of Schönlein-Henoch Purpura: Report of three cases and review of the literature. *Pediatrics* 1985; 75: 687-692.
3. Heaton EB, Brust JC, Fienfeld DA, Thomson GE. Hypertensive encephalopathy and the neurologic manifestations of malignant hypertension. *Neurology* 1982; 32: 127-132.
4. Hinche 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.

Derrame pleural tras laparoscopia ginecológica por un endometrioma ovárico

Sr. Editor: La cirugía laparoscópica es una técnica que reduce la estancia hospitalaria y el período de convalecencia¹. Esta técnica se aplica tanto en la cirugía abdominal como en la cirugía ginecológica o urológica. Entre las complicaciones más frecuentes destacan las infecciones, hemorragias, neumotórax, neumomediastino y atelectasias, entre otras. Presentamos un caso de derrame pleural como complicación de una laparoscopia ginecológica.

Paciente de 40 años, con antecedentes de hipotiroidismo subclínico que no precisó tratamiento. Ingresó en otro centro para intervención quirúrgica mediante laparoscopia de un endometrioma ovárico. El estudio preoperatorio (incluida la radiografía de tórax) era estéticamente normal. Se practicó una anexectomía izquierda y quistectomía de ovario derecho con adhesiólisis. La duración de la intervención quirúrgica fue superior a 2 h. Al despertar de la anestesia presentó disnea y desaturación de oxígeno. En la radiografía de tórax en ese momento se evidenció un derrame pleural derecho y se realizó una toracocentesis evacuadora de 600 ml de un líquido serohemático, con lo que la paciente mejoró. La analítica del líquido pleural correspondió a un exudado con 1.500 leucocitos/ μ l (75% de neutrófilos), proteínas de 4 g/l, glucosa de 98 mg/dl, lactatodeshidrogenasa (LDH) 121 U/l, pH 8 y adenosindesaminasa 18 U/l. Los cultivos y la citología resultaron negativos. Se instauró tratamiento antibiótico con cefalosporinas de tercera generación y fue remitida a nuestro centro para completar el estudio, con la intención fundamental de descartar la tromboembolia pulmonar. En la exploración física destacaba una hipofonesis basal derecha. El hemograma y la coagulación fueron normales, con unas proteínas totales de 61 g/l y LDH de 157 U/l. En la radiografía de tórax se comprobó una disminución del derrame pleural. En la ecografía abdominal y pélvica no se observaron alteraciones y no había ascitis. Mediante una gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión se descartó embolia pulmonar. En el ecocardiograma se comprobó la buena función ventricular. A los 7 días del episodio la radiografía de tórax resultó normal, procediéndose a alta hospitalaria de la paciente. A los 2 meses del episodio la paciente está asintomática y se mantiene la resolución radiológica del derrame pleural.