

CASO CLÍNICO DE LA WEB

SEGUNDA PARTE

Las patologías probables son:

- Síndrome centromedular de Schneider
- Infarto de la arteria espinal anterior
- Síndrome de Parsonage-Turner bilateral
- Mielinosis central pontina
- Síndrome del “Hombre en el Barril”

El síndrome centromedular consiste en una lesión medular, normalmente precedida de un traumatismo, que se expresa como debilidad en brazos pero con fuerza conservada en piernas así como pérdida de sensibilidad. Para el diagnóstico se utiliza la RMN, ya que es difícil encontrar lesiones en radiología convencional o en la TAC. En la RMN observaríamos un área de hemorragia o edema en la médula, afectando la sustancia gris central y los haces espinotalámicos. La ausencia de traumatismo previo nos ayudaría a descartar la lesión centromedular¹.

La clínica del infarto de la arteria espinal anterior consiste en debilidad por debajo del nivel de lesión con pérdida de la sensibilidad térmica y nociceptiva con conservación relativa de la propiocepción y la sensibilidad vibratoria. La arteria espinal irriga los 2/3 ventrales de la médula espinal. Se puede asociar a arteriosclerosis o disección de la arteria aorta. Mediante RMN encontraríamos unas lesiones de engrosamiento medular en secuencias T1 mientras que en secuencias T2 hallaríamos lesiones hiperintensas longitudinales².

El síndrome de Parsonage-Turner consiste en una inflamación del plexo braquial que provoca dolor grave en el miembro afecto acompañado de debilidad y pérdida de sensibilidad. Suele estar asociado a enfermedades víricas, autoinmunes, cirugía y abuso de heroína. Se diagnostica mediante estudio neurofisiológico, es característico la pérdida de amplitudes motoras y sensoriales con conservación de la velocidad. Con la EMG de aguja encontraríamos denervación (fibrilaciones, ondas positivas, cambios en el potencial de unidad motora) de los músculos afectados. Con la RMN hallaríamos aumento de señal en la secuencia T2 en los músculos supraespinoso, infraespinoso y deltoides; mediante la secuencia eco-gradiente se pueden visualizar lesiones inflamatorias en el plexo braquial. Descartamos este diagnóstico debido a la ausencia de dolor y a que resulta extremadamente raro que sea bilateral³.

La mielinosis central pontina se caracteriza por un cuadro agudo de tetraparesia, disartria y disfagia, producida por desmielinización en el tronco de encéfalo con preservación de los axones y las neuronas asociado a hiponatremia, fallo hepático, pancreatitis, neoplasias, quemaduras graves, hemodiálisis y sepsis. En las imágenes de RMN aparecen lesiones hiperintensitas en T2 afectando el puente de encéfalo que demuestra el aumento del contenido de agua en estas regiones⁴.

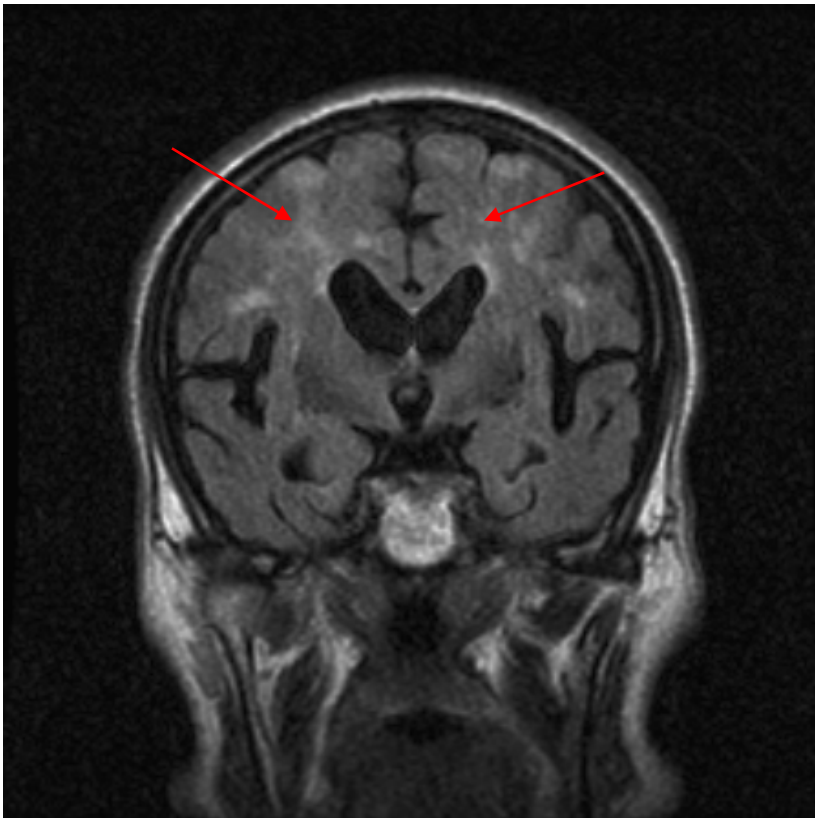
El síndrome del “hombre en barril” consiste en una paresia de miembros superiores con preservación de fuerza en miembros inferiores debido a lesiones hipóxicas cerebrales supratentoriales del área prerolándica cortical y subcortical.

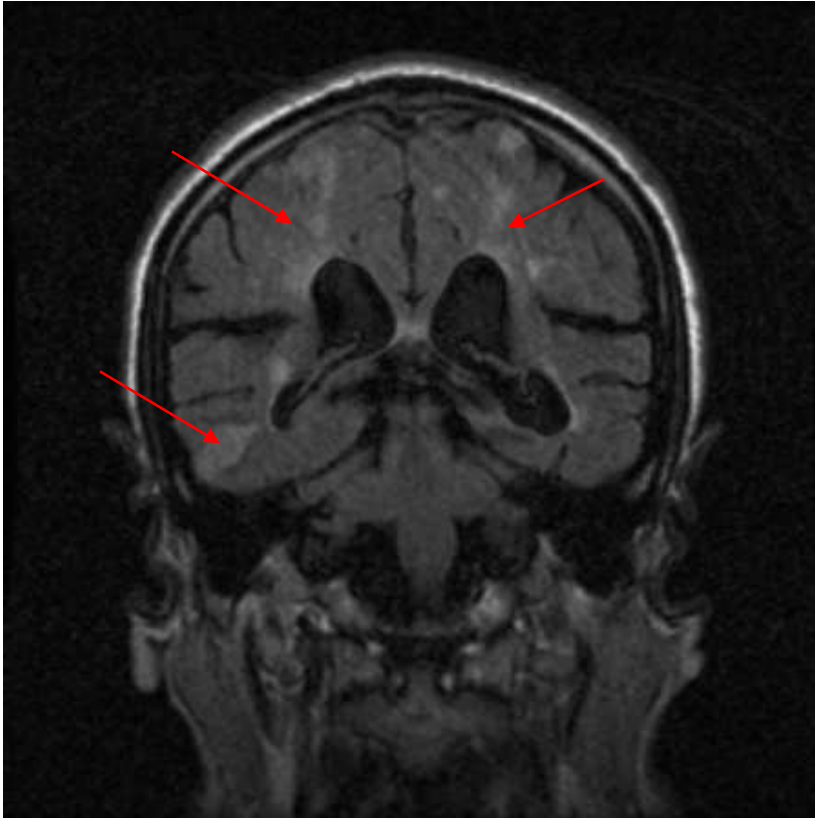
Las pruebas a Solicitar son:

- RMN Cerebral
- RMN Medular
- EMG y ENG

Al paciente se le solicitó estudio mediante RNM cerebral en la que se observaron múltiples infartos bilaterales y bastante simétricos infra y supratentoriales a nivel de ambos hemisferios cerebelosos, así como a nivel de lóbulos frontales, parietales, occipitales y temporal derecho, delimitando en todo momento territorio limítrofe de la circulaciones media, anterior y posterior.

Ante estos hallazgos de la RMN producidos muy probablemente a hipoxia debida a factor hemodinámico creemos que el diagnóstico más probable del paciente sea el de *Síndrome del “Hombre en Barril”*.





El paciente pasó, tras su estabilización, al servicio de neurología, donde se completó estudio. Posteriormente el paciente se trasladó al servicio de medicina física y rehabilitación donde realizó terapia física en gimnasio y terapia ocupacional. Finalmente fue dado de alta de forma satisfactoria con discreta paresia residual de MSI.

DISCUSIÓN

El término “*Síndrome de Hombre en barril*” Fue introducido por Sage en 1983⁵ para definir un síndrome donde aparecía la impotencia funcional de miembros superiores , dejando intactos los miembros inferiores dando así la apariencia de un hombre atrapado en un barril. En el artículo de Sage, él mismo hace referencia a que el término “síndrome del hombre en barril” es originario de J.P. Mohr⁶, el cual lo describió en 1969 como un infarto en zona distal limítrofe de la arteria cerebral anterior y media causado por estados de hipoperfusión cerebral. El paciente dse este caso presentó hipoperfusión cerebral durante la realización de la coronariografía.

Sage⁵ en la primera descripción de este síndrome señalaba la elevada mortalidad del mismo, siendo ésta de hasta un 93%, considerando de manera generalizada este dato como pronóstico definitivo de este cuadro. Al revisar la literatura publicada posteriormente observamos que este pronóstico varía según el nivel de conciencia del paciente, de manera que los pacientes comatosos siguen teniendo un pobre pronóstico⁷⁸ con pequeñas excepciones⁹, pero en los pacientes no comatosos la evolución suele ser favorable con una excelente recuperación funcional¹⁰ al igual que sucede en el caso que presentamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz-Ayán MP, Rodríguez-Palero S, Garzón-Márquez FM, Sánchez-Callejas S, Pérez-Navales D. Síndrome del Hombre en barril. A propósito de un caso. *Rehabilitación (Madr)* 2008;42:256-259.
2. Berg D, Mullges W, Koltzenburg M, Bendszus M, Reiners K. Man-in-the-barrel syndrome caused by cervical spinal cord infarction. *Acta Neurol Scand* 1998 Jun;97(6):417-419.
3. Luengo-Alvarez J, Ramirez-Moreno JM, Falcon-Garcia A, Casado-Naranjo I. Bilateral symmetrical amyotrophic neuralgia mimicking 'man-in-the-barrel' syndrome. *Rev Neurol* 2006 Jul 16-31;43(2):123-124.
4. Paulin M, de Seze J, Wyremblewski P, Zephir H, Leys D, Vermersch P. Man-in-the-barrel syndrome caused by a pontine lesion. *Neurology* 2005 May 24;64(10):1703.
5. Sage JI. "Man-in-the-barrel Syndrome" alter cerebral hypoperfusion: clinical description, incidence and prognosis. *Ann Neurol* 1983;14:131.
6. Mohr JP. Distal field infarction. *Neurology* 1969;19:279.
7. López JE, La Salle Toro R, Morantes Hernández G, López Salazar JE. Síndrome del hombre en el barril. *Gac Méd Caracas* 2002;110(3):395-398.
8. Elting JW, Haaxma R, Sulter G, De Keyser J. Predicting outcome from coma: man-in-the-barrel syndrome as potential pitfall. *Clin Neurol Neurosurg* 2000 Mar;102(1):23-25.
9. Segura Bruna N, Munteis Olivas E, Galvez Ruiz A, Pont Sunyer C, Rodriguez Campello A. Reversible "man-in-the-barrel" syndrome caused by hypoxic-ischemic encephalopathy. *Neurologia* 2009 Mar;24(2):133-135.
10. Olejniczak PG, Ellenberg MR, Eilender LM, Muszynski CT. Man-in-the-barrel syndrome in a noncomatose patient: a case report. *Arch Phys Med Rehabil* 1991 Nov;72(12):1021-1023.