

## Cartas al Director

# Leucoencefalopatía posterior reversible: un caso recurrente y atípico en hemodiálisis

## Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome: A recurrent and atypical case in hemodialysis

Sr. Director:

La leucoencefalopatía posterior reversible (LEPR) es un síndrome clínico-radiográfico descrito en 1996. Su patogénesis todavía no está clara y existen 2 teorías: 1) por hiperperfusión cerebral y 2) por intenso vasoespasmo<sup>1-3</sup>. Se asocia con HTA maligna, eclampsia y condiciones que coexisten en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) como HTA, enfermedades vasculares o autoinmunes, inmunosupresores, eritropoyetina y trasplante<sup>2</sup>.

Se han descrito más casos en mujeres, su presentación clínica incluye convulsiones (93%), alteraciones visuales (67%), pérdida de conciencia (53%) y cefalea (47%). Entre un 7-13% presentan: afasia, hemiplejía, hemiparesia o alteración mental<sup>1</sup>.

En 2010, se publicó una gran serie de casos (113 adultos), y solo el 6% fueron recurrentes<sup>4</sup>, entre 2 semanas a 36 meses después del episodio inicial<sup>4,5</sup>.

La RMN es el *gold standard*, muestra anomalías simétricas parieto-occipitales de la sustancia blanca (edema subcortical o cortical), reversibles tras días o semanas de tratamiento<sup>1-5</sup>.

Solo el rápido y adecuado control de los desencadenantes evita complicaciones irreversibles; en ocasiones deben administrarse antiepilépticos, anestesia general y ventilación mecánica, todavía no se ha confirmado que los corticoides disminuyan el edema vasogénico<sup>2</sup>. No existe asociación entre la severidad de la HTA y las secuelas<sup>5</sup>.

Múltiples enfermedades deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales<sup>2</sup> (tabla 1).

Describimos un caso que por su inusual presentación clínica y, luego, recurrencia, nos parece de interés:

Varón de 34 años, en HD con ERC secundaria a uropatía obstructiva (*verum montanum*). La HTA fue tratada con atenolol 50 mg/día. Acude a urgencias por afasia y agitación. Presenta fiebre (38,8°C), TA: 232/124 mmHg. Exploración física sin

**Tabla 1 – Diagnósticos diferenciales de la LEPR**

Enfermedad vascular	Enfermedad no vascular
Trombosis del seno venoso cerebral	Encefalitis infecciosa
Hemorragia intracraneal	Encefalitis autoinmune
Ictus de la circulación posterior	Encefalopatía metabólica/tóxica
Vasculitis primaria del sistema nervioso central	
LEPR: leucoencefalopatía posterior reversible.	

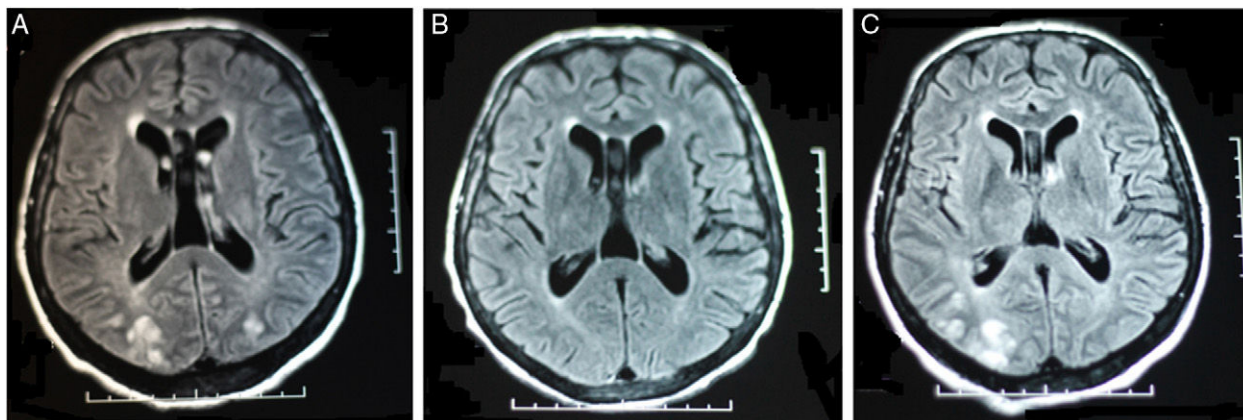
hallazgos relevantes. El hemograma: leucocitos normales, ligera neutrofilia y linfopenia. La TAC cerebral y punción lumbar: normales. Los hemocultivos, cultivos de LCR y serologías negativas. El fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado III. Ingresa en infecciosas por sospecha de meningoencefalitis e inician tratamiento empírico con ampicilina, vancomicina, aciclovir, rifampicina e isoniazida.

Mantuvo HTA de difícil control (TAS: 150-200 mmHg, TAD: 90-120 mmHg) tratada inicialmente con bomba de labetalol, IECA y calcio-antagonistas, que precisó añadir minoxidil 10 mg y atenolol 100 mg orales y ajuste de peso seco.

Pasa a la UVI por disminución progresiva del nivel de conciencia hasta un índice 4 de Glasgow, solicitan RMN cerebral que evidenció hallazgos sugestivos de LEPR: hiperintensidad de sustancia blanca subcortical parietooccipital bilateral en secuencias potenciadas T2 y FLAIR. A los 10 días, la RMN de control fue normal (fig. 1).

Después de 22 días en la UVI no presenta secuelas neurológicas y se traslada a nefrología con diagnóstico de LEPR, probablemente hipertensiva. Al alta se ajustó el tratamiento antihipertensivo manteniendo TAS  $\leq$  150 mmHg.

Seis meses después reingresa por hemiparesia derecha y disartria secundarias a urgencia hipertensiva (280/120 mmHg) con TAC normal. Ingresa en la UVI por disminución del nivel



**Figura 1** – Hallazgos de la RMN: A) Hiperintensidad de sustancia blanca subcortical parietooccipital bilateral. B) De control, la RMN después de 10 días de tratamiento con resolución completa de las lesiones. C) Seis meses después del primer episodio presenta recurrencia del cuadro.

de conciencia, agitación motriz y mal control tensional. La RMN mostró alteraciones similares en la localización previa confirmando la LEPR recidivante en contexto de urgencia hipertensiva.

Se optimizó el tratamiento farmacológico con irbesartán 150 mg (0-0-1), carvedilol 25 mg (1/2-0-1/2), Carduran neo® 4 mg (1-0-1), enalapril 20 mg (1/2-0-1/2).

Nuestro caso es infrecuente por tratarse de un varón, que debutó con fiebre y alteraciones neurológicas en contexto de urgencia hipertensiva y con recidiva a los 6 meses.

En la literatura se relacionan las crisis hipertensivas, la ERC y los cambios bruscos de presión y volumen en HD como desencadenantes de la recurrencia<sup>5</sup>. El diagnóstico precoz mediante la RMN y tratamiento de los factores de riesgo, en este caso el control de la tensión arterial son esenciales para la reversibilidad del cuadro y evitar la recurrencia, que si persiste puede ser fatal o dejar graves secuelas neuropsicológicas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med.* 1996;334:494-500.
2. Hobson E,V, Craven I, Blank SC. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A truly treatable neurologic illness. *Perit Dial Int.* 2012;32:590-4.

3. Abe T, Tokuda Y. Recurrent posterior reversible encephalopathy syndrome of the brainstem in a hypertensive patient with end-stage renal disease. *J Emerg Trauma Shock.* 2014;7:242-3.
4. Fugate JE, Claassen DO, Cloft HJ, Kallmes DF, Kozak OS, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: Associated clinical and radiologic findings. *May Clin Proc.* 2010;85:427-32.
5. Ergün T, Lakadamyali H, Yılmaz A. Recurrent posterior reversible encephalopathy syndrome in a hypertensive patient with end-stage renal disease. *Diagn Interv Radiol.* 2008;14:182-5.

María Anthoanet Palacios-Parada\*, María I. Acosta-Ochoa, Jesús M. Núñez-García, Carmen Aller-Aparicio, Sandra Sanz-Ballesteros y Alicia Mendiluce-Herrero

Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dra.anthoanet.palacios@gmail.com](mailto:dra.anthoanet.palacios@gmail.com) (M.A. Palacios-Parada).

0211-6995/© 2015 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.09.002>