

MIELINOLISIS PONTINA CENTRAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO

ARIEL J. SILES VASQUEZ³, MATÍAS CARDONATTI¹, ÁLVARO A. BELEÑO²,
ALEJANDRA CALIZAYA², MARIO E. DONATELLI³

¹Servicio de Terapia Intensiva, ²Servicio de Hepatología, ³Servicio de Gastroenterología,
Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

E-mail: ASILES@cas.austral.edu.ar

Varón de 57 años con antecedentes de cirrosis secundaria a OH/MASLD (esteatosis hepática), trombosis portal y encefalopatía hepática recurrente, diabético insulino-requiriente e hipotiroideo. Ingresó para trasplante órgano cadavérico con técnica de *piggyback* y ligadura de *shunt* esplenorrenal. Evolución inicial estable y extubado a las 24 h. El quinto día presentó episodio de encefalopatía progresiva por infección por Influenza A, sin hiperamoniemia (70 mg/dL), con suspensión momentánea de inmunosupresión, con mejoría tras inicio de oseltamivir. Intercurrió con episodio de encefalopatía Glasgow 7/10 que requirió asistencia respiratoria mecánica. Laboratorio: sodio 156 mEq/L (prequirúrgico: 136 mEq/L) y resonancia magnética cerebral en secuencias T2 y FLAIR (Fig. 1), en la

que se observó imagen hiperintensa, simétrica y bien delimitada en la protuberancia, sin efecto de masa, edema circundante ni realce con gadolinio, compatible con mielínolisis pontina central (MPC). Se interpretó como desmielinización osmótica secundaria a hiperosmolaridad y pérdida de agua libre. Biopsias hepáticas descartaron rechazo agudo, mostrando daño centrolobulillar y ductal progresivo, con reinicio gradual de tacrolimus y micofenolato. Requirió traqueostomía por ventilación prolongada y presentó reactivación de citomegalovirus tratado con ganciclovir. Al día 40 de evolución se encontraba en *weaning* ventilatorio con traqueostomía. La MPC se asocia a correcciones rápidas de sodio, hiperosmolaridad, trasplante hepático, desnutrición y alcoholismo.

Figura 1 |

