

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN TRONCO ENCEFÁLICO

IGNACIO SAGUIER PADILLA, CINTHYA REZNIK, RAFAEL AGUIRRE, GONZALO PUENTES GARRIDO,
JUAN I. CAO, CAROLINA SIRACUSA, CAROLINA PALEKA, FLAVIO MERCADO

División Neurología, Hospital de Clínicas José de San Martín,
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignaciosaguierp@gmail.com

Mujer de 40 años, con antecedentes personales de infección por HIV. Consultó por cefalea holocraneana, foto y sonofobia asociadas a mareo e inestabilidad para la marcha con caídas de 40 días de evolución. Al examen físico se encontraba vigil, bradipsíquica, con abulia y apatía, movimientos oculares sacádicos hipotérmicos en todas direcciones, disartria leve. Dismetría en miembro superior izquierdo y adiadococinesia. Ataxia de tronco, marcha a pasos cortos con aumento de la base de sustentación.

En el laboratorio se halló leve leucopenia (3910), la carga viral HIV fue de <40 /ml y recuento CD4 +: 149 cel/ μ l y CD8 +: 1229 cel/ μ l. La punción lumbar mostró

ligera hiperproteinorraquia, celularidad, 2 mononucleares. La Resonancia magnética de encéfalo con gadolinio informó hiperintensidad difusa T2/FLAIR e hipointensidad en T1 en tronco encefálico y cerebelo bilateral (Figs. 1 y 2). Imágenes puntiformes a nivel bulbotuberancial con realce luego de la administración de contraste, y atrofia cerebelosa (Fig.3). La detección por PCR de virus JC fue positiva en líquido cefalorraquídeo. El compromiso aislado de fosa posterior en los pacientes con LMP-HIV es menor al 10% de los casos. La presencia de atrofia cerebelosa, hace sospechar cambio de tropismo del virus desde el oligodendrocito a células en grano del cerebelo.

Figura 1 | RMN T2/FLAIR

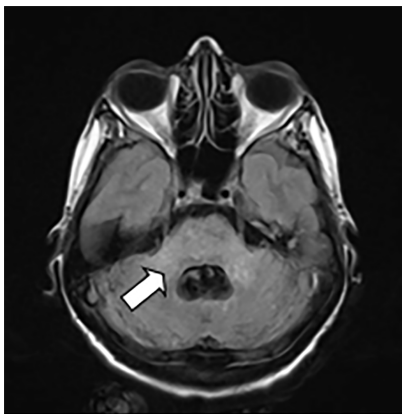


Figura 2 | RMN T2/FLAIR

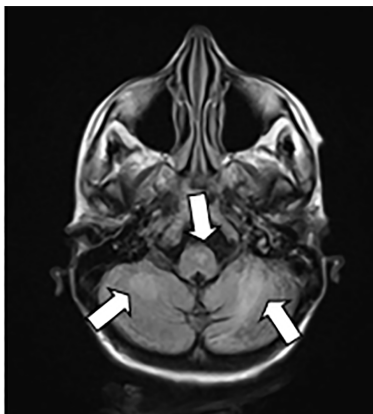


Figura 3 | RMN T1 c/gadolinio

