

SINDROME TALAMICO DE DEJERINE-ROUSSY. A PROPOSITO DE UN CASO

* Dr. José de Jesús Jiménez Olavarrieta

** Dra. Rosa Miguelina Ureña

Estamos presentando este caso por múltiples motivos; por lo poco común en nuestro medio de Santiago, por la sintomatología florida y la importancia semiológica. Además de que ya podemos confirmar el diagnóstico por medio de la Tomografía Axial Computrizada (TAC).

Tálamo Optico.-

Somera descripción anatómica y función.-

Los tálamos ópticos (Figura No. 1) son dos voluminosos núcleos de sustancia gris situados a los lados de la cavidad del ventrículo medio. Tienen la forma de un ovoide y miden unos 4 cm de longitud.

Están constituidos por sustancia gris, cubiertos por una fina capa de sustancia blanca. Se reconoce un polo anterior y otro posterior más abultado, que se denomina pulvinar.

En el pulvinar encontramos eminencias denominadas cuerpos geniculados externo e interno. El externo está relacionado con la vía óptica, el interno con la vía auditiva. Su cara interna forma parte de las paredes laterales del tercer ventrículo, su cara externa mira hacia el segmento posterior de la cápsula interna.

Su cara superior forma parte del suelo del ventrículo y su cara inferior mira al hipotálamo y al subtálamo.¹

La sustancia gris central del tálamo está dividida por un septum vertical y anteroposterior "lamina medular interna" como podemos ver en la figura No. 1, la cual se bifurca en su parte anterior, limitando de esa forma al "núcleo anterior del tálamo".²

Esta lamina divide pues al tálamo en una serie de núcleos mediales y ventrolaterales. Dentro de estos últimos tenemos de delante hacia atrás: el ventroanterior, el ventrolateral y el ventro-posterolateral.

Como señalan Manter y Gatz³ "el tálamo sirve como una estación de paso donde, después de una interrupción sináptica, impulsos de todos los tipos son retransmitidos a la corteza cerebral. Así como el tálamo proyecta fibras a regiones específicas de la corteza cerebral, también recibe aferentes (fibras corticotálamicas) de la misma región cortical. Correlación e integración de informaciones ocurren en el tálamo, pero la interrupción consciente de los estímulos sensoriales periféricos, excepto para el dolor, no ocurren a este nivel". Fin de la cita.

Radiaciones talamocorticales.-

La corteza cerebral recibe sus aferentes exclusivamente de los núcleos talámicos. Todas las sensibilidades hacen escala a nivel del

* Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baez, Santiago, República Dominicana

** Residente de primer año (RI) de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baez, Santiago, República Dominicana

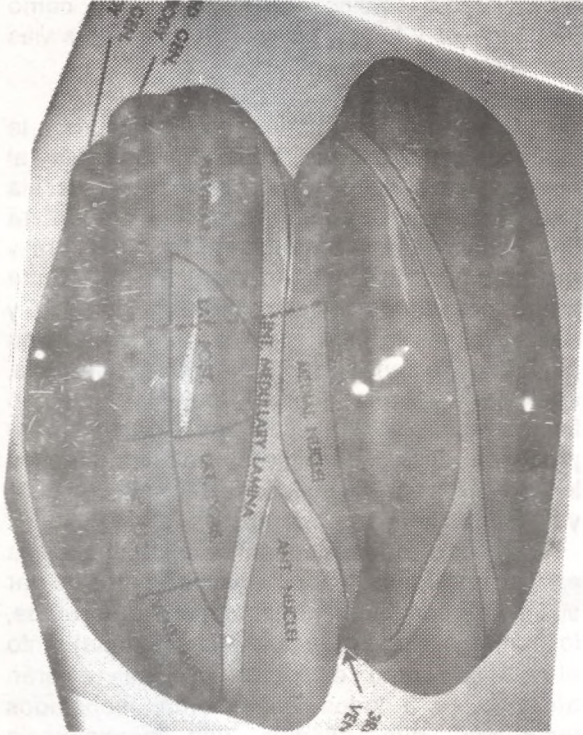


FIGURA No. 1.- REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LOS TALAMOS OPTICOS, UNIDOS ENTRE SI POR LA DENOMINADA MASA INTERMEDIA O COMISURA GRIS.

núcleo ventro-postero-lateral. Las sensibilidades térmica y dolorosa así como la táctil, se cruzan en la médula. La sensibilidad profunda (cordón posterior) se cruza en el bulbo (decusación del lemnisco medio).

Las fibras del trigémino que determinan la sensibilidad de la cara, también se cruzan en el bulbo (lemnisco trigeminal), haciendo todas estas, escala en el mencionado núcleo talámico

Los impulsos acústicos hacen escala en el cuerpo geniculado externo, en su camino hacia la cisura calcarina (sexta circunvolución occipital). Los impulsos cerebelosos alcanzan al núcleo ventral lateral y son proyectados a la corteza motora precentral. Las diferentes sensibilidades mencionadas anteriormente se proyectan a la circunvolución parietal ascendente (área somestésica). La audición termina en la primera circunvolución temporal. El núcleo ventroanterior recibe mensajes del pallidum y se proyecta al área premotora.²

El pulvinar transmite sus relaciones a los lóbulos parietal y temporal. El núcleo anterior del

tálamo, envía sus radiaciones a la circunvolución del cuerpo calloso.

Vascularidad del tálamo óptico.-

Cita el Dr. Houston Merrit en su tratado "A



FIGURA No. 2.- LA DRA. GLORIA AZCONA EXAMINA LA SENSIBILIDAD DEL PACIENTE J L F, CON UN SINDROME TALÁMICO DE DEJERINE-ROUSSY EN EL HOSPITAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ . DICIEMBRE DE 1996

Textbook of Neurology" lo siguiente:

"La arteria cerebral posterior se desprende generalmente de la división del tronco de la basilar y suministra la vascularidad del tálamo por la denominada arteria tálamo-geniculado y por ramos tálamo-perforantes. Su rama terminal, la arteria calcarina, nutre la parte inferior y media de los lóbulos temporal y occipital incluyendo el área visual (sexta occipital y cisura calcarina).

Síndrome talámico de Dejerine-Roussy.-

Este síndrome fue descrito en 1906 por los médicos franceses Joseph Dejerine, neurologo de París y el patólogo Gustave Roussy.

Etiología.-

Cita Pedro Pons:⁵

"La etiología de las lesiones talámicas es variada. Las lesiones vasculares son las más frecuentes (hemorrágicas o de reblandecimiento).

En los procesos de desintegración senil es frecuente el hallazgo de pequeñas lagunas en la región talámica. Lhemitte ha observado la rápida desaparición de los trastornos motores y la considerable intensidad de los fenómenos dolorosos, tras la fase apopléptica inicial. Los gliomas del tálamo pueden destruir la región casi silenciosamente. Las encefalitis y los traumatismos pueden afectar el tálamo y ocasionar dicho síndrome". Fin de la cita.

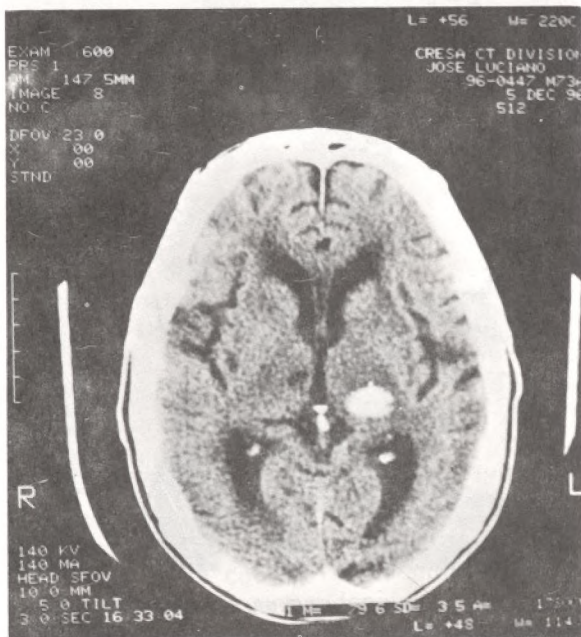


FIGURA No. 3.- TAC DEL CEREBRO DEL PAC J L F MOSTRANDO HEMORRAGIA SUBCORTICAL IZQUIERDA A NIVEL TALAMICO, ASOCIADA A EDEMA. INFARTO LACUNAR DE APROXIMADAMENTE 1 CM, SUBCORTICAL DERECHO A NIVEL TALAMICO, SIN EFECTO DE MASA.

Sintomatología.-

1.- Síntomas motores.-

Puede aparecer una hemiplejía fugaz contralateral, sin signo de Babinski o con pequeños signos de piramidalismo (por la vecindad de la capsula interna, irrigada por las arterias lenticuloestriadas, ramas profundas de la arteria cerebral media).

La lesión de las arterias tálamo-perforantes pueden resultar en reblandecimiento de la porción anterior del tálamo (nucleo anterior, ventroanterior

y ventrolateral) produciendo contralateralmente movimientos coreicos atetósicos, así como hemitemblor y hemiataxia por afectarse las vías que corren por dichos núcleos.

2.- Síntomas sensitivos.-

Cuando la arteria afectada es la talamogeniculada, que irriga mayormente al nucleo ventro-postero-lateral, donde hacen escala todas las sensibilidades, el paciente presentará una hemianestesia contralateral total de cara y miembros (hemianestesia directa). No solamente habrá pérdida de las sensibilidades térmica y dolorosa mas la táctil, sino que habrá también pérdida de la sensibilidad profunda (abatiestesia, apalestesia y astereognosia.) Conjuntamente con la anestesia o independientemente de ellas se producen crisis hemiálgicas, dolores intensos influenciados por las emociones, a nivel de la cara y miembros hemianestesiados.^{5,6}

En otro orden, cuando es el tronco de la arteria cerebral posterior el afectado antes de dar sus ramas señaladas (arteria talamogeniculada, los ramos perforantes y la arteria calcarina) tanto el tálamo como el lóbulo occipital estarán afectados y a todos los síntomas señalados tendremos que añadirle una hemianopsia homónima contralateralmente, por afectación de la vía visual.

Presentación del caso.-

Paciente J L F, masculino de 73 años de edad, raza negra, admitido en el Hospital José María Cabral y Baez el 2 de diciembre de 1996, sin antecedentes mórbidos conocidos, estando previamente asintomático.

Varios días antes de su admisión notó pérdida paulatina de las fuerzas en el lado derecho del cuerpo, motivo por el cual sus familiares le trajeron a este hospital.

Niega antecedentes patológicos. No hay historia de hipertensión arterial. No es fumador ni tomador de café. No hay antecedentes quirúrgicos. El paciente no es diabético.

Examen Físico

A su llegada al hospital estaba consciente, orientado hidratado, con T A de 140/80, pulso 80 lpm, regular.

Cabeza

Pupilas simétricas, movimientos oculares intactos en todas direcciones. Presentó una ligera parestesia facial tipo central derecha, la cual desapareció pocos días después de admitido.

Cuello

No había rigidez de nuca, ni congestión

venosa, aunque a la palpación los vasos del cuello mostraban cierto grado de esclerosis.

Tórax.

Pulmones claros, ruidos cardiacos normales

Abdomen

Depresible, sin visceromegalia.

Examen neurológico

A su llegada encontramos ligera hemiparesia derecha con reflejos abolidos y sin signo de Babinski, pero con los días el paciente comenzó a recuperar las fuerzas del lado derecho.

Lo que si quedó claramente establecido fue que el paciente presentó una hemiparestesia total del lado derecho, incluyendo la cara.

La sensibilidad profunda estaba afectada en el lado derecho (abatiestesia, apalaestesia y astereognosia).

La rutina de laboratorio fue normal.

Diagnostico Clínico:

Síndrome Talámico de Dejerine- Roussy

Una tomografía axial computarizada del cráneo mostró una hemorragia subcortical izquierda a nivel del tálamo. Ver Fig No. 3.

Reporte de tomografía.

Santiago Dic 9, 1996

Estas imagenes tomográficas no fueron realizadas en el Centro de Diagnosis, pero el Dr. Jimenez Olavarrieta pide mi opinión al respecto y es la siguiente:

Paciente J L F:

Imagen hiperdensa de contornos regulares, con densidad de hemorragia, que se localiza a nivel subcortical izquierdo a nivel de tálamo, rodeado de un halo hipodenso en relación a edema, que en el presente solo está produciendo efecto compresivo sobre el aspecto posterior del tercer ventrículo.

Zona hipodensa de aproximadamente 1.0 cm talámico derecha, sin efecto de masa.

A nivel cortical no existen densidades patológicas.

Conclusión:

Hemorragia subcortical izquierda a nivel talámico, asociada a edema, que en el presente estudio solo está produciendo mínimo efecto compresivo sobre el aspecto posterior del tercer ventrículo.

Infarto lacunar de aproximadamente 1.0 cm, subcortical derecho a nivel talámico, sin efecto de masa.

Atte

Dra. Jacqueline Almonte
Radiólogo

El paciente fue tratado con corticoesteroides y oxigenadores cerebrales.

En los días que el paciente permaneció en el hospital, no mostró movimientos coreoatéticos derechos.

Sus reflejos tendinosos profundos aparecieron a medida que mejoraba.

El nunca mostró indicios de presentar una hemianopsia homónima derecha.

REFERENCIAS

- 1.- Rouviere H. Anatomía humana, descriptiva y topográfica. Tomo III: Miembros y sistema nervioso central. Editora Bailly-Bailliere, Madrid, España 1953; 557
- 2.- Netter F. Nervous system. Ciba Collection, Vol 1. 4th ed, 1958; 48, 72
- 3.- Manter & Gatz. Essentials of Clinical Neuroanatomy and Neurophysiology. 6th ed, F A Davis & Co. Philadelphia 1982; 165-66
- 4.- Merrit H. A textbook of neurology. 3rd ed. Lea & Febiger, Philadelphia 1963; 203
- 5.- Pons P A. Enfermedades del Sistema Nervioso. 3rd ed. Salvat editores S A. Barcelona 1974; 113-14
- 6.- Dassen & Fustinoni. Sistema Nervioso. 7ma ed. Biblioteca de Semiología. Librería El Ateneo, Buenos Aires 1959; 333
- 7.- Rowland L. Merrit's Textbook of Neurology. 7th ed. Lea & Febiger, Philadelphia 1984; 165