

Síndrome del “hombre dentro de un barril”

Reporte de un caso

Luis Torres Ramírez^{1,a}, Luis Céspedes Hernández^{1,2},
Miriam Vélez Rojas^{1,a}, Martha Flores Mendoza^{1,a}

Resumen

Introducción: La diplejía braquial bilateral a predominio proximal conocida como síndrome del “hombre dentro de un barril” tiene múltiples causas, entre ellas las post infecciosas, vasculares y neurodegenerativas. **Caso clínico:** Varón de 75 años que dos semanas antes de su ingreso al servicio presentó en forma brusca sensación de “electricidad” y severa dificultad para movilizar miembros superiores. **Examen físico:** Fuerza muscular bíceps derecho 1+/5, izquierdo 1-/5, tríceps derecho 2-/5, izquierdo 2+/5, arreflexia bicipital y tricipital, e hipotrofia supra e infra escapular bilateral. **Exámenes auxiliares:** anticuerpos Ig G anti-CMV en suero: reactivo > 500UI/ml, anticuerpos Ig G anti-Herpes 1 en suero: reactivo 153U/ml, electromiografía evidenció signos de compromiso radicular crónico C5 a C8 bilateral, resonancia magnética de columna cervical mostró lesiones desmielinizantes que comprometían principalmente los cordones anteriores desde C3 a C6 con realce posterior a la administración del contraste. **Conclusión:** Se presenta un caso poco frecuente de diplejía braquial por mielitis post herpética.

Palabras clave: Diplejía braquial, mielitis post herpética, síndrome “Hombre dentro de un barril”.

Abstract

Introduction: Bilateral brachial diplegia with proximal predominance known as “man in a barrel” syndrome has multiple causes, including post infectious, vascular and neurodegenerative. **Clinical case:** A 75-year-old-patient who 2 weeks before its entry into the service presented suddenly like-electricity feelings and severe difficulty upper limbs movements. **Physical exam:** Muscle strength: Right biceps 1+/5, left 1-/5, right triceps 2-/5, left 2+/5, bilateral biceps and triceps areflexia and scapula muscles hypotrophy. **Ancillary tests:** Ig G serum anti-CMV: reactive > 500UI/ml, Ig G serum anti-Herpes 1: reactive 153U/ml, electromyography showed bilateral chronic involvement from C5 to C8 roots, MRI cervical spinal cord showed demyelinating lesions in anterior spinal cord column from C3 to C6 with enhancement after contrast administration. **Conclusion:** We present a rare of post herpetic myelitis brachial diplegia case.

Key words: Brachial diplegia, post herpetic myelitis, “Man in a barrel” syndrome.

Introducción

El Síndrome del “Hombre dentro de un barril” (SHB), fue descrito como un cuadro poco frecuente de diplejía braquial proximal bilateral, con preservación de la movilidad de los miembros inferiores y de la sensibilidad conservada⁽¹⁾. En 1969, J. Mohr, usó el término “infarto del campo distal” para describir los infartos limítrofes causados por hipoperfusión u obstrucción de la arteria carótida, donde se presentó una paresia braquial bilateral como síntoma predominante⁽²⁾. En 1983, J. Sage fue el primero en utilizar el término síndrome del “hombre dentro de un barril”, para describir la condición clínica de los pacientes que parecen estar confinados en un barril⁽³⁾. Posteriormente más casos de SHB han sido publicados teniendo causas tan diversas como lesiones bilaterales del

plexo braquial, esclerosis lateral amiotrófica y mielitis post herpética⁽⁴⁾.

Caso clínico

Varón de 75 años con antecedente de prostatectomía e intercurencia de cuadro herpético en miembro superior derecho en el 2013. Dos semanas antes de su ingreso presentó en forma brusca sensación de “electricidad”, que se inicia en miembros superiores y que luego de unos minutos abarca miembros inferiores, acompañado de severa dificultad para movilizar las cuatro extremidades. Después de 30 minutos recupera movilidad en miembros inferiores persistiendo disminución de fuerza muscular a predominio proximal en

¹ Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú. ² Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú. ^a Médico Neurólogo - Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas. ^b Médico Residente de Neurología.

miembros superiores. Examen Físico: aparente regular estado general, presión arterial: 110/70mmHg, pulso: 88 latidos/minuto, peso: 85,1k, talla: 1,74m, IMC: 28,1k/m². Fuerza muscular: Bíceps derecho: 1+/5, izquierdo: 1-/5, tríceps derecho: 2-/5, izquierdo: 2+/5, arreflexia bicipital y tricpital e hiperreflexia suprarotuliana y patelar, hipotrofia muscular supra e infra escapular (Figura 1). No se evidenciaron alteraciones motoras en extremidades inferiores ni alteraciones sensitivas en extremidades.

Exámenes auxiliares: Hemograma, glucosa, úrea, creatinina, perfil lipídico, examen completo de orina, antígeno prostático específico, dosaje de vitamina B12, VIH y HTLV1-2 en suero, citoquímico y ADA en líquido cefalorraquídeo y potenciales evocados visuales, fueron normales o no reactivos. TGO: 38 U/L, TGP: 64 U/, TSH: 2.890 μ U/ml. Los resultados de los anticuerpos anti-Citomegalovirus IgG: > 500UI/mL y anti-Herpes I IgG: 153U/mL fueron reactivos. La electromiografía-velocidad de conducción nerviosa evidenció signos de compromiso radicular crónico desde C5 a C8 bilateral con signos de denervación activa (reagudización) a nivel de C5-C6 bilateralmente. La resonancia magnética de columna cervical panorámica mostró lesiones desmielinizantes que comprometían principalmente los cordones anteriores desde el nivel C3 a C6 con realce posterior a la administración del contraste (Figuras 2 y 3). Con el diagnóstico de mielitis post herpética el paciente recibió metilprednisolona, aciclovir y prednisona evidenciándose leve mejoría en la fuerza muscular.

Discusión

La infección por el virus de la varicela zoster que causa varicela y herpes zoster, afecciones comunes en la población general, puede permanecer latente en los ganglios craneales o en los ganglios dorsales y reactivarse varias décadas después produciendo la erupción de vesículas y neuralgia post herpética. La mielitis por virus de la varicela zoster frecuentemente se presenta en paciente mayores o inmunocomprometidos⁽⁵⁾. El paciente presentó antecedente de infección herpética durante una hospitalización por prostatectomía en 2013.

Otra afección descrita es la neuritis del plexo braquial por infección del virus del herpes zoster. Se sostiene que la alteración motora es producida probablemente por una extensión de la inflamación de los ganglios dorsales y podría afectar a varios dermatomas. El virus afecta de manera antidrómica a través de los axones sensitivos de los nervios periféricos y permanece en estado latente en los núcleos de los nervios craneales o en los ganglios dorsales, así como en los ganglios autonómicos o en todo el neuroeje. También podría alcanzar estos lugares por vía hematogena durante el estado de viremia en la infección inicial⁽⁶⁾. Probablemente el paciente ha tenido la infección en estado latente lo que explica que después de un año presente el cuadro clínico descrito.

Las mielitis post herpéticas han sido descritas en la literatura, siendo afecciones infrecuentes. Lee et al.



Figura 1. Hipotrofia muscular supra e infra escapular.

comunicaron el caso de una paciente de 35 años inmunocompetente, que desarrolló una mielitis cervical un mes después de la erupción de vesículas, con pérdida de la sensibilidad a nivel de C2 a T1 que posteriormente progresó a pérdida de la sensibilidad en miembros inferiores con disfunción de esfínteres. Además, presentó una alteración de la función motora a predominio de miembro superior derecho con una fuerza muscular de 3/5. A pesar del rápido deterioro neurológico, mejoró después de 5 días con la administración de aciclovir y esteroides por vía endovenosa y rehabilitación, concluyendo que el tratamiento temprano es necesario para una mejor recuperación⁽⁷⁾. En el caso que comunicamos, el paciente acudió a consulta después de 16 días de iniciado el cuadro clínico por lo que a pesar del tratamiento con corticoides y aciclovir, no llegó a presentar una gran mejoría, como se reporta en el caso anterior.

Ismail et al., describieron el caso de un paciente de sexo masculino de 78 años, que presentó una historia de dos

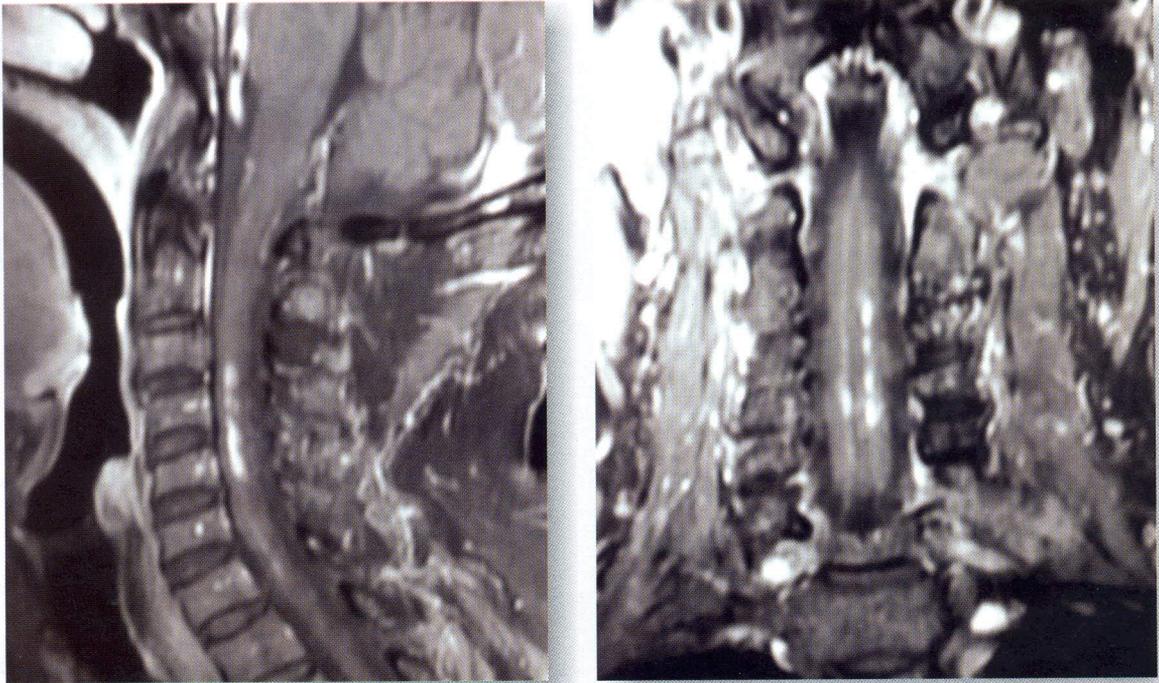


Figura 2. Lesiones desmielinizantes que comprometen principalmente los cordones anteriores del segmento medular desde el nivel C3 - C4 hasta C5 - C6 y presentan realce posterior a la administración del contraste.

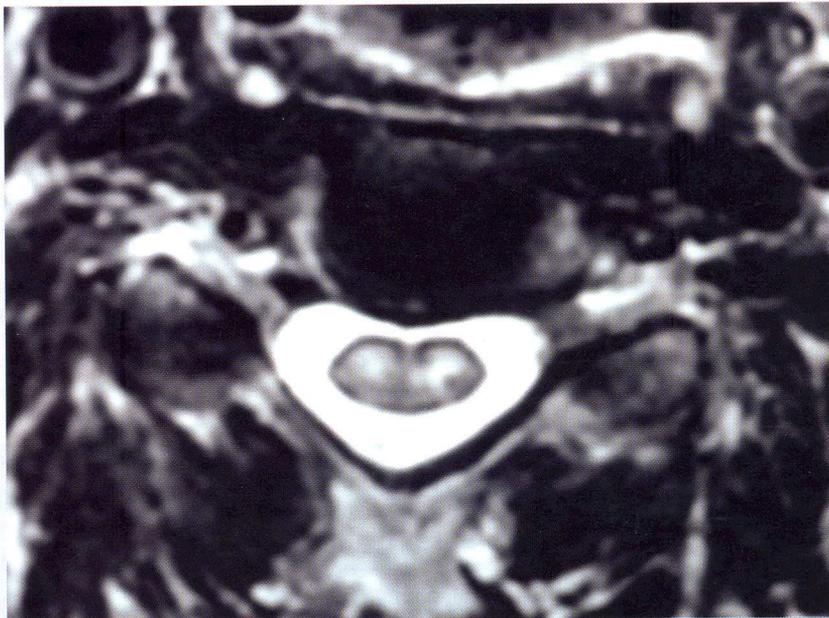


Figura 3. Signo de los "ojos de serpiente", descritos en cuadro de mielitis.

semanas con eritema, prurito y dolor tipo urente en la cara lateral del brazo derecho. Cinco días antes de su ingreso tuvo debilidad en el mismo brazo. Al examen presentaba un erupción vesicular que involucraba los dermatomas C4 a C6, con severa debilidad para la abducción del hombro con fuerza muscular 1/5, además para la flexión del codo 3/5 para la extensión de la muñeca 3/5 y ROT normales. EMG mostró neuritis del plexo braquial derecho con fibrilaciones. El paciente fue tratado con aciclovir durante 2 semanas y aunque la erupción desapareció completamente persistió con una alteración leve de la función motora además de atrofia del miembro superior derecho. Se realizó seguimiento a los 6 y 12 meses sin evidencia de mejoría. En este caso los hallazgos neurofisiológicos se deben probablemente a una extensión de la infección viral desde los ganglios dorsales a las raíces anteriores después de la reactivación viral ⁽⁶⁾. El paciente

presentó una mielitis post herpética confirmada por laboratorio así como la resonancia magnética. En pacientes adultos mayores la evolución de este tipo de cuadros es desfavorable con recuperación incompleta como se puede ver en el caso clínico que describimos.

El síndrome del "hombre dentro de un barril", además de ser poco frecuente, tiene una serie de posibles causas por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo. En el caso de nuestro paciente es difícil concluir con una Etiología específica, pero por el antecedente de infección por herpes virus y la confirmación serológica de contacto con dicha enfermedad puede atribuirse a esta causa. Es necesaria la identificación de esta entidad, con la finalidad de iniciar un tratamiento precoz y evitar la presencia de secuelas mayores.

Referencias bibliográficas

1. Elía JM, Ibañez E, Valero JC, D'Ors C, Torrealba F, Sancho-Miñana L. Síndrome del "hombre en barril" (diplejía braquial como variante de esclerosis lateral amiotrófica): a propósito de un caso, Rehabilitación (Madrid). 2012;46(3):236-238.
2. Mohr JP. Distal field infarction. Neurology. 1969;19:279.
3. Orsini M, Mello MP, Nascimento OJM, Melo Reis CH, de Freitas MRG. Man in the barrel syndrome: history and different etiologies, Rev Neurocienc 2009;17(2):138-140.
4. Antelo MJ, Facal TL, Sánchez TP, Facal MS, Nazabal ER. Man in the Barrel. A case of Cervical Spinal Cord Infarction and Review of the Literature. Open Neurol J. 2013; 7:7-10.
5. Sharman S, Murgain A, Nair PP, Ramesh A. Teaching Neuroimages: Snake eyes appearance. En: MRI in patient with ALS. Neurology 2013;81(5):e29.
6. Barth A, Bogousslavsky J, Caplan LR. Spinal stroke síndromes. En: Bogousslavsky J, Caplan L, editors. Stroke síndromes. Cambridge: Cambridge University Press; 1995:395-402.
7. Lee CC, Wu JC, Huang WC, Shih YH, Cheng H. Herpes Zoster Cervical Myelitis in a Young Adult. J Chin Med Assoc 2010;73(11):605-610.
8. Ismail A, Rao DG, Sharrack B. Pure motor Herpes Zoster induced brachial plexopathy. J Neurol 2009;256:1343-1345.



CORREO ELECTRÓNICO:

alafarpe@alafarpe.org.pe

WEB:

www.alafarpe.org.pe