



# HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA Y HEMORRAGIA PETEQUIAL COMO CAUSAS DE HEMICOREA EN UNA PACIENTE NO DIABÉTICA PREVIAMENTE. UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE

OSTOS RUIZ, ANA ISABEL; HIDALGO JIMÉNEZ, ALICIA; CARRASCO SÁNCHEZ; FRANCISCO JAVIER;  
LEYVA PRADO, CHRISTIAN; VÁZQUEZ GARCÍA, IRENE.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

# INTRODUCCIÓN

## ▶ Triada:

1. movimientos unilaterales involuntarios,
2. anomalías en el núcleo estriado contralateral
3. rápida remisión de los síntomas tras corrección de la hiperglucemia.

- ## ▶ Manifestaba en pacientes diabéticos con pobre control glucémico. Pero cada vez más, existen casos en los que se presenta como debut en pacientes no diabéticos.

# INTRODUCCIÓN

## ▶ La patogénesis:

1. la reducción del flujo sanguíneo puede contribuir a la disminución de ácido gammaaminobutírico (GABA) a nivel estriatal, favoreciendo un incremento a nivel del pálido que causa el trastorno discinético
2. la hiperglucemia puede directamente inducir alteraciones en la actividad dopaminérgica en el núcleo estriado de pacientes predispuestos, además se ha descrito que la hiperglucemia e hiperviscosidad podría provocar disrupción de la barrera hematoencefálica y causar acidosis intracelular reduciendo el flujo sanguíneo regional y causando isquemia.

- ## ▶ En los estudios de neuroimagen se observan lesiones en el estriado de naturaleza petequiral. En nuestro caso la evidencia de hemorragia petequiral apoya la hipótesis de que la isquemia es la causa de esta enfermedad con proliferación de gemistocitos reactiva y depósitos de minerales

# CASO CLÍNICO

- ▶ Mujer de 55 años, No RAMC. No hábitos tóxicos.
- ▶ Hemiparesia izquierda connatal y talasemia menor.
- ▶ No realizaba tratamiento en domicilio previo.
- ▶ Consulta por un cuadro de 10 días de evolución de movimientos bruscos e incoordinados en el hemicuerpo derecho.
- ▶ A la exploración constantes normales
- ▶ Destaca cuadro piramidal izquierdo residual, el resto de la exploración neurológica era normal. Presentaba ocasionales movimientos coreicos que afectaban a la hemicara y a los miembros derechos. Resto de exploración e inspección fue normal.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▶ Analítica: glucemia de 423 mg/dl con osmolaridad sérica calculada normal. Resto de parámetros dentro de la normalidad. Además de coagulación, hormonas tiroideas, paratohormona, el protinograma-EEF y, los ANA, la vitamina B12 y el ácido fólico que fueron normales.
- ▶ La radiografía de torax, el EKG, el EEG no mostraron alteraciones.
- ▶ El estudio ecocardiográfico mostró un ligero prolapso de la válvula mitral.
- ▶ El estudio doppler de los troncos supraaórticos indicó pequeñas placas de ateroma en ambas bifurcaciones carotídeas.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▶ TC craneal demostró una lesión hiperdensa que afectaba tanto el putamen como la cabeza del núcleo caudado izquierdos, así como una imagen hipodensa en los ganglios basales derechos en relación probable con su lesión connatal., por lo que se indicó la realización de una RM craneal. Dicha prueba evidenció una lesión estriatal, hiperintensa en fase T1. E hipodensa en fase T2.
- ▶ JUICIO CLÍNICO: hemicorea secundario a hiperglucemia no cetósica y hemorragia petequiral estriatal.

# EVOLUCIÓN

- ▶ La evolución de la paciente fue excelente con cese del cuadro hemicoreico en pocos días gracias al tratamiento insulínico establecido, sin precisar ningún otro tratamiento farmacológico.
- ▶ Dos meses más tarde se practicaron una nueva TC y una RM craneal y se observó la resolución completa de la lesión estriatal izquierda.

# CONCLUSIONES

- ▶ En el estudio realizado por Hichman et al con 25 pacientes la rápida instauración de la terapia insulínica y el control metabólico consiguieron remitir en 23 de dichos pacientes los síntomas en un intervalo de 7.4 a 9.5 días.
- ▶ El tratamiento produce una rápida remisión de los síntomas y estos pacientes tienen un pronóstico excelente, se basa en el control de la hiperglucemia de forma exhaustiva.
- ▶ Nuestro paciente respondió de forma inmediata a la terapia insulínica bolo-basal instaurada durante su ingreso y su posterior evolución en domicilio. Suelen tener un curso benigno con cese del cuadro coreico tras el control metabólico.

# CONCLUSIONES

- ▶ Para concluir decir que en pacientes que comiencen con movimientos coreicos involuntarios de inicio súbito, se deberá tomar una medida de glucemia aún sabiendo que no son diabéticos previamente.
- ▶ Las anomalías radiológicas se encuentran clásicamente en el área estriada pero su ausencia no excluye esta patología.
- ▶ El tratamiento insulínico de rápida instauración resuelve de forma casi inmediata la sintomatología en la mayoría de los casos.