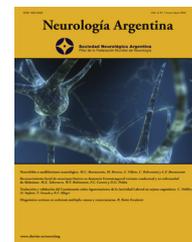




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Síndrome Foix-Chavany-Marie vascular: abordaje del constructo de ESUS

Jorge López-Esparza^{a,*}, Carlos D. Castillo^c, Priscila Verduzco^b, Marco Santos^a,
Fernando Flores^{b,c}, Erwin Chiquete^b, Minerva Lopez-R^a, Olivia Pech^a,
Hugo Tobón^a y Carlos Cantú-Brito^b

^a Servicio de Neurología, Hospital General de México, Ciudad de México, México

^b Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Neurología y Psiquiatría, Ciudad de México, México

^c Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de septiembre de 2016

Aceptado el 14 de noviembre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Disociación autónomo-volitiva

Embolismo

Embolitic Stroke Undetermined Source

Foix-Chavany-Marie

Infarto cerebral

Síndrome opercular anterior bilateral

R E S U M E N

Aún hay pocos casos publicados de síndrome de Foix-Chavany-Marie. Presentamos un caso clínico para posteriormente realizar una revisión breve y una discusión sobre el abordaje del constructo Embolic Stroke of Undetermined Source (ESUS, por sus siglas en inglés), concepto relativamente reciente, aún con incógnitas sobre la terapéutica empleada. Hombre de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, tabaquismo y alcoholismo, quien se presenta con diplegia facio-faringo-gloso-masticatoria de forma súbita, es decir, un síndrome opercular anterior bilateral. El síndrome opercular bilateral anterior descrito por Charles Foix, J.A. Chavany y Julien Marie en 1926 se caracteriza por diplegia facio-faringo-glosomasticatoria con disociación «autónomo-volitiva»; esto debido a que las fibras proyectadas desde el opérculo anterior hacia los núcleos del tronco encefálico de los nervios craneales v, vii, ix, x y xii, al lesionarse de forma bilateral, conllevan a pérdida súbita del control volitivo de la musculatura facial, faríngea, lingual y masticatoria. Esto no ocurre con el control automático de la expresión como el bostezo, la risa o el llanto, debido a que las fibras que los controlan provienen de la amígdala y del hipotálamo lateral. El presente caso cumple con los criterios de ESUS. En este artículo revisamos brevemente los criterios definitorios, el abordaje en búsqueda de etiología y la terapéutica actual.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: neurogeorge@gmail.com (J. López-Esparza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.11.005>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Foix-Chavany-Marie vascular syndrome: Approach to ESUS construct

A B S T R A C T

Keywords:

Volitional-autonomous dissociation
 Embolism
 Embolic Stroke Undetermined Source
 Foix-Chavany-Marie Stroke
 Bilateral anterior opercular syndrome

There are still few published cases of Foix-Chavany-Marie syndrome. In this paper, we present and discuss a clinical case exemplifying the ESUS construct (Embolic Stroke of Undetermined Source), a relatively recently developed concept, whose approach and treatment still poses unanswered questions. 62 year-old male patient with a history of DM2, HBP, dyslipidemia, smoking and heavy drinking. He presented with sudden glosso-masticatory-pharyngo-facial diplegia and volitional-autonomous dissociation. The bilateral opercular syndrome was first described in 1926 by Charles Foix, J.A. Chavany & Julien Marie. This clinical syndrome is due to the different origin of the volitional (anterior operculus) and autonomous (laughing/crying/yawning; amygdalar-hypothalamic) motor neurons that project unto the V, VII, IX, X and XII cranial nerves' nuclei in the brainstem. This case fulfills the criteria for ESUS—a construct we discuss briefly herein.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Foix-Chavany-Marie fue descrito por primera vez en 1926 por los franceses Charles Foix, J. A. Chavany y Julien Marie, refiriéndose a una diplegia facio-faríngeo-glosomasticatoria con disociación de movimientos voluntarios y automáticos (fig. 1). Designa una sola condición clínica caracterizada por parálisis supranuclear (seudobulbar), causada por lesiones operculares anteriores; que puede ser de causa congénita o adquirida, y de presentación persistente o intermitente (tabla 1).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso con síndrome Foix-Chavany-Marie secundario a infarto opercular bilateral anterior.

Caso clínico

Hombre de 62 años, lateralidad manual diestra, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, tabaquismo y alcoholismo. Dos meses antes de su valoración inicial refiere haber cursado con paresia facial izquierda y pérdida de fuerza en el miembro torácico del mismo lado, con recuperación ad integrum en 20 días. El día de su presentación en el hospital refirió movimientos involuntarios de la extremidad superior derecha de aproximadamente 20 a 30 s de duración; 30 min después

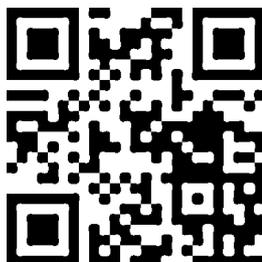


Figura 1 – Vídeo clínico (disociación autónomo-volitiva).

Tabla 1 – Etiologías típicas del síndrome Foix-Chavany-Marie

Clasificación	Características
Isquémico	También llamado clásico. El más frecuente. Se presenta secundario a infartos cerebrales múltiples que afectan directamente a los opérculos rolándicos. Típicamente con paresia secuelar de la extremidad superior. Las lesiones son habitualmente simétricas y sincrónicas
Infecioso	Más frecuente en niños. Presentación subaguda. Causado por infecciones del sistema nervioso central (virus del herpes simple). Se presenta con inicio agudo de debilidad de la musculatura masticatoria, facial, faríngea y lingual, acompañados de fiebre, cefalea y crisis epilépticas parciales motoras. Las lesiones son bilaterales
Asociado a trastornos del neurodesarrollo	Secundario a desórdenes de la migración neuronal y disgenesia de la corteza opercular. En estos casos el curso es crónico y progresivo, pudiendo presentar de alteraciones del lenguaje, epilepsia secundaria y retraso mental dependiendo de la patología basal (Worster-Drought)
Asociado a epilepsia	Reversible. Principalmente en niños con epilepsia rolándica benigna
Relacionado a enfermedades neurodegenerativas	Poco frecuente. Entre las patologías causales atrofia cerebral progresiva de etiología desconocida y algunas variantes de enfermedad de motoneurona

Adaptado de Peredo, Aleu, Mellado. Síndrome de Foix-Chavany-Marie. Syllabus de la Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://medicina.uc.cl>. Chile: Medicina. uc. cl, 2007.

presentó caída súbita de la mandíbula, imposibilidad para la deglución, para la protrusión de la lengua y para los movimientos voluntarios de la misma, así como anartria. El examen físico mostró anartria, apertura espontánea de la mandíbula e incapacidad para la retracción lingual. Nervios craneales:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689234>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689234>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)