

“Mi niño ya no es mi niño”. A propósito de un caso de Síndrome disejecutivo secundario a higroma bifrontal

My child is no longer my child”. A case of dysexecutive syndrome secondary to bifrontal hygroma

Gloria Celeste Samudio Domínguez¹, Lidia María Ortiz Cuquejo¹, Landdy González¹, José Kusley², Claudia Almirón², Karen Leguizamón²

RESUMEN

Introducción: el síndrome disejecutivo, conocido también como síndrome prefrontal, se caracteriza por trastornos del área cognitiva, de memoria y de la conducta, presentando manifestaciones de agresividad, falta de atención y pérdida de inhibiciones, entre otras. Su etiología es diversa. **Caso clínico:** se presenta a un adolescente con higroma prefrontal secundario a traumatismo craneoencefálico que desarrolló síndrome disejecutivo, con mejoría posterior al acto quirúrgico. **Conclusión:** el síndrome disejecutivo debe ser un diagnóstico obligado en pacientes con lesión en región prefrontal, que presenta cambio de personalidad.

Palabras clave: Síndrome disejecutivo, síndrome prefrontal, higroma.

ABSTRACT

Introduction: dysexecutive syndrome, also known as prefrontal syndrome, is characterized by cognitive, memory and behavioral disorders, manifesting as aggressiveness, a lack of attention and loss of inhibitions, among other symptoms. Its etiology is diverse. **Case report:** a teenager with prefrontal hygroma secondary to craniocerebral trauma who developed dysexecutive syndrome is presented, with improvement after surgery. **Conclusion:** dysexecutive syndrome should be a diagnosis in patients with prefrontal region injury and who presents personality changes.

Keywords: dysexecutive syndrome, prefrontal syndrome, hygroma.

INTRODUCCIÓN

La función ejecutiva se refiere a la función directiva, gerencial y rectora del cerebro. Podría definirse como un conjunto de funciones que incluyen aspectos de la programación y ejecución de las actividades cerebrales; corresponderían, a las capacidades mentales necesarias para formular un objetivo, planificar y ejecutar acciones para lograr ese objetivo e intervendrían, además, en la realización de tareas complejas. Las lesiones de los lóbulos frontales, en especial de las regiones prefrontales se asocian con alteraciones en estas funciones^(1,2).

La corteza prefrontal actuaría cuando se requiere procesos de control del comportamiento, y dependerían de tres funciones cognitivas: El “*shifting*” o cambio entre diferentes tareas o procesos mentales, la inhibición de respuestas automáticas no pertinentes y la actualización de las representaciones mentales mantenidas en memoria de trabajo⁽³⁾.

La lesión del área frontal cerebral podría traer aparejada muchos trastornos, conocidos como síndromes disejecutivos.

¹ Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugua Guazú. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay

² Servicio de Neurocirugía. Hospital Nacional de Itaugua Guazú. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay

Correspondencia: Gloria Celeste Samudio Domínguez. Correo: gsamudio.samudio@gmail.com

Conflicto de interés: Los autores declaran no poseer conflicto de interés

Recibido: 19/07/2019 **Aceptado:** 30/10/2019

Doi: <https://doi.org/10.31698/ped.46032019009>



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Hay tres grandes síndromes dis-ejecutivos relacionados con alteraciones en diferentes regiones de los lóbulos frontales: síndrome prefrontal dorsolateral, síndrome orbitofrontal y síndrome mediobasal o cingular. Las lesiones de la región prefrontal dorsolateral producen un síndrome pseudodepresivo, alteración de la flexibilidad expresada como conductas de perseveración, conductas de utilización y trastornos de la memoria de trabajo y de la memoria de contexto. El síndrome prefrontal orbital se asocia a lesiones o disfunciones de la región orbital de los lóbulos frontales. Se manifiesta como un comportamiento desinhibido, pueril, egocéntrico y a veces maniaco pareciéndose a un síndrome pseudopsicopático. El síndrome medio basal o cingular produce alteraciones de la memoria emocional, en las tareas de supervisión atencional y en la toma de decisiones^(4,5).

El síndrome disejecutivo, conocido también como síndrome frontal, es el conjunto de alteraciones que implican lesión de la zona frontal que afecte la lesión de la CPF y sus implicaciones sobre la corteza motora, premotora y otras áreas cerebrales con las que mantiene estrecha conexión. Por esto la manifestación puede ser tan variada, afectando el área cognitiva, de atención, movimientos oculares, memoria y trastornos conductuales⁽⁶⁾.

Fue descrito por Harlow, en el año 1868 describiendo por primera vez los cambios de personalidad experimentados por Gage, un empleado de ferrocarril, tras sufrir una lesión en la zona frontal, luego de la cual su personalidad cambió de afable, inteligente y responsable, a un individuo con características totalmente opuestas a las mencionadas^(7,1).

La etiología del síndrome disejecutivo puede estar ocasionada por traumatismos, degeneración o tumores, entre otras causas^(2,8-10).

A continuación, se presenta un caso de paciente de 14 años de edad con diagnóstico de síndrome de disejecutivo ocasionado por higroma bifrontal post traumático.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, sexo masculino. Hijo de

padres no consanguíneos, sin antecedentes patológicos personales de valor.

Ingresó con historia pre hospitalaria de accidente automovilístico ocurrido 15 días antes, siendo golpeado por automóvil y despedido varios metros adelante en el pavimento. No hubo pérdida de conocimiento ni déficit motor o sensitivo.

Con el correr de los días el paciente presentó alteración de la conducta manifestada por abulia, irritación, mutismo acinético, alteración de la marcha, marcha frontal, pérdida de la memoria y conducta agresiva hacia sus progenitores. Los padres refieren, "que su hijo ya no es el mismo, pareciera ser otra persona". Se agregó al cuadro agitación psicomotriz, coprolalia y ataxia de la marcha.

Se realizó Resonancia Magnética Nuclear (RMN) del cerebro (Figura 1, 2 y 3), visualizándose múltiples microcontusiones hemorrágicas en proceso de reabsorción sobre todo a nivel bifrontal y biparietal. Sin conducta quirúrgica.



Figura 1. RMN de cerebro en T2: se puede observar la presencia de higroma bifrontal y microcontusiones en proceso de absorción.



Figura 2. RMN en T1. Corte sagital. Se observa importante presencia de líquido en la región frontal. Vista lateral.

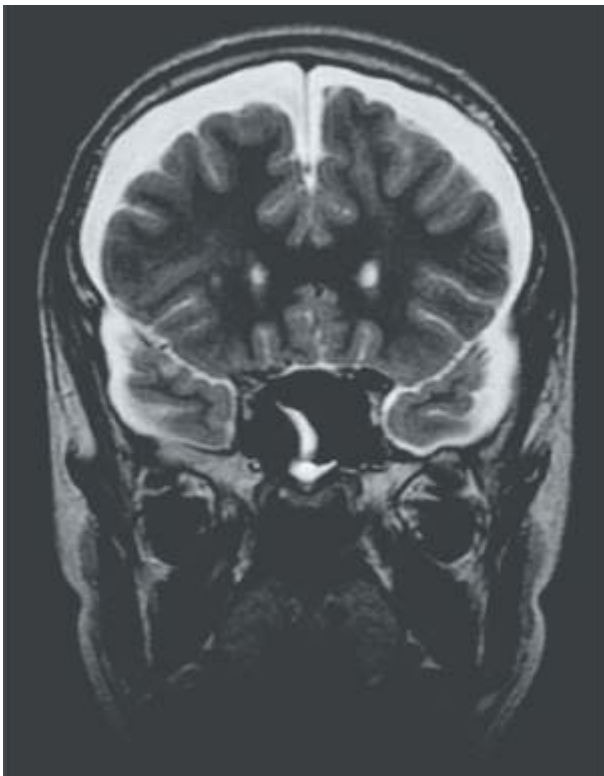


Figura 3. RMN de cerebro en T2, corte coronal. Puede observarse la presencia de líquido con espesor mayor de 3 mm.

Durante la internación persisten y empeoran trastornos conductuales. Se agregó dificultad para conciliar el sueño, por lo que se lo trató con clonazepan, biperidona y risperidona, con escasa mejoría de los síntomas.

La agresividad, conductas desinhibidas, además de la falta de conexión permanente con el medio y lagunas de memoria se agravaron drásticamente, siendo incontrolable clínicamente.

Se realizó nueva RMN (Figura 4) en donde se visualizó higroma subdural frontal bilateral con importante efecto de masa.

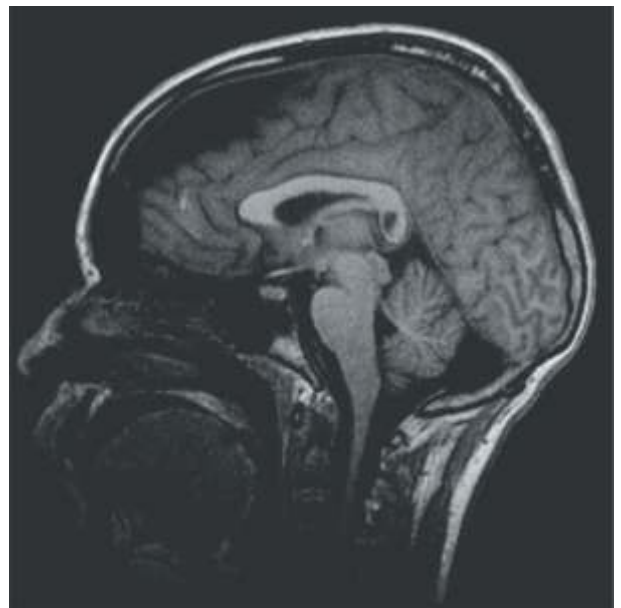


Figura 4. RMN de cerebro en T1. Puede observarse importante crecimiento del higroma con efecto de masa.

Debido a ello, el paciente fue sometido a trepanación y drenaje del higroma con instalación de sonda subdural al declive. Los síntomas disejecutivos mejoraron tras la cirugía.

Fue dado de alta con mejoría de la conducta, sin pérdida de adquisiciones y con mejoría de las funciones ejecutivas.

DISCUSIÓN

Un porcentaje de pacientes con lesiones de los lóbulos frontales causados por un traumatismo

craneoencefálico presentan el llamado clásicamente síndrome del lóbulo frontal⁽⁹⁾.

Nuestro paciente presentó casi todos los efectos clínicos de las lesiones del lóbulo frontal: trastornos conductuales, acinesia, apatía, abulia, apraxia de la marcha, desinhibición de la conducta y agresividad; produciéndose cambios de la personalidad y la conducta^(4,5).

Si bien el paciente presentaba otras lesiones importantes además del higroma subdural (microcontusiones hemorrágicas a nivel bifrontal y biparietal, lesión axonal en el esplenio del cuerpo calloso, así como hemorragia subaracnoidea traumática), la sintomatología del paciente fue mejorando luego del drenaje de la colección subdural.

El higroma subdural se define como la acumulación de líquido cefalorraquídeo en el espacio subdural; si bien es una patología casi exclusiva del traumatismo craneoencefálico, suele aparecer también posterior a una hemorragia subaracnoidea. Es más frecuente en adultos. Algunos autores diferencian entre higroma subdural (LCR puro) y efusión subdural (líquido xantocrómico o teñido en sangre); en la práctica son conocidas conjuntamente como colecciones

subdurales o simplemente higroma subdural, éstas colecciones conjuntamente representan aproximadamente el 5-10% de las lesiones ocupantes de espacio post traumáticas.

Ante un paciente con traumatismo craneoencefálico, que presenta síndrome prefrontal o disejecutivo con el correr de los días, debe plantearse la posibilidad de higroma prefrontal con efecto de masa, por lo cual se requiere hacer el diagnóstico por imágenes e implementar el tratamiento quirúrgico temprano.

En los casos en que la colección subdural no causa sintomatología al paciente, la recomendación es observar y esperar conducta quirúrgica⁽¹¹⁾, en los casos sintomático, como lo fue nuestro paciente, se impone la cirugía y drenaje. En nuestro hospital preferimos la trepanación, drenaje del higroma y la instalación de una sonda al declive por 24 a 72hs, que es retirada posterior al control tomográfico que muestre mejoría o resolución de la colección; si el higroma no se resuelve con éste tratamiento, se realiza la instalación de una válvula subduroperitoneal.

En el seguimiento el paciente presentó mejoría, pero no desaparición del síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Navas-Collado E, Muñoz-García JJ. El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Rev Neurol.* 2004; 38(6): 582-590. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3806.2003551>
2. Meza Dávalos E, Soriano Pérez A. Síndrome prefrontal: estudio psiconeurológico y psiquiátrico de un caso. *Rev de Especial Med quirurg.* 2003; 9(1):62-65.
3. García-Molina A. Phineas Gage y el enigma del córtex prefrontal. *Neurología.* 2012; 27(6):370-375.
4. Macmillian M. Phineas Gage: A case for all reason. En: Code C, Wallesch C, Joannette Y, Roch Lecours A, editors. *Classic Cases in Neuropsychology.* Hove: Psychology Press; 1996. p. 243-262.
5. Fonseca LM, Yokomizo JE, Bottino CM, Fuentes D. Frontal Lobe Degeneration in Adults with Down Syndrome and Alzheimer's Disease: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2016; 41(3-4):123-136.
6. Slachevsky-Ch A, Pérez-J C, Silva-C J, Orellana G, Prenafeta ML, Alegria P, et al. Córtex prefrontal y trastornos del comportamiento: modelos explicativos y métodos de evaluación. *Rev Chil Neur-Psiquiat.* 2005; 43(2):109-121.
7. Lopera Restrepo FJ. Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias,* 2008; 8(1):59-76.
8. Metin Ö, Tufan AE, Cevher Binici N, Saraçlı Ö, Atalay A, Yolga Tahiroğlu A. Executive Functions in Frontal Lob Syndrome: A Case Report. *Turk Psikiyatri Derg.* 2017; 28(2):135-138.

9. Shan S, Fang L, Huang J, Chan RCK, Jia G, Wan W. Evidence of dysexecutive syndrome in patients with acromegaly. *Pituitary*. 2017; 20(6):661-667.
10. Alexander MP. Mild traumatic brain injury: Pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology*. 1995; 45(7):1253-1260.
11. Lee HC, Chong S, Lee JY, Cheon JE, Phi JH, Kim SK, et al. Benign extracerebral fluid collection complicated by subdural hematoma and fluid collection: clinical characteristics and management. *Childs Nerv Syst*. 2018; 34(2):235-245.