

Síndrome de Wallenberg y consumo de cannabis**Wallenberg syndrome and cannabis consumption**

Sr. Editor:

El síndrome de Wallenberg es una de las entidades clínicas más frecuentemente reconocidas como parte de la enfermedad vascular del tallo cerebral.

La tríada típica de síntomas que ocasiona esta entidad es síndrome de Horner, ataxia ipsilateral e hiperalgia contralateral.

Se ha documentado un vínculo entre infartos agudos y abuso de sustancias.

A continuación se describe un caso de síndrome de Wallenberg en relación con consumo de cannabis, ya que aunque sea una manifestación rara podría ser un motivo de consulta en el servicio de urgencias, dado que el consumo de cannabis es relativamente frecuente en la sociedad actual.

Varón de 45 años, con antecedentes personales de hepatitis C crónica, exconsumidor de heroína por vía parenteral desde hacía 18 años, hábito tabáquico (20 cigarros/día) y enólico (5 cervezas/día) importantes y consumidor habitual de cannabis. No presentaba ningún otro antecedente (ni hipertensión ni diabetes ni dislipidemia) por lo que el riesgo cardiovascular según la tabla score era menor del 1%.

Acudió al servicio de urgencias hospitalario por referir un cuadro de 12 h de evolución e inicio brusco de parestias e hipoestesia en hemifacies izquierda, disfagia y odinofagia, diplopía y sensación de mareo con giro de objetos e inestabilidad en la marcha, con importante cortejo vegetativo. Asimismo, reconoció un gran consumo de cannabis en las horas previas a la instauración del cuadro.

A la exploración se observaba un síndrome de Horner izquierdo (ptosis y miosis izquierda), nistagmo rotatorio, asimetría facial izquierda, dismetría del miembro superior izquierdo y una marcha lateralizada a la izquierda.

En el servicio de urgencias se realizó un electrocardiograma, en el que se observaba un ritmo sinusal a 48 lat/min, sin corrientes de lesión ni trastornos de repolarización; una analítica con hemograma, bioquímica y gasometría venosa normales; se extrajeron tóxicos en sangre y orina, y el test inmunoenzimático fue positivo para cannabis (valor de 0,095 µg/ml); y se realizó una tomografía computarizada cerebral, con sospecha de síndrome vertiginoso de origen central. El resultado de esta prueba fue normal, aunque dada la instauración brusca del cuadro y la clínica, se decidió ingresar al paciente por sospecha de ictus isquémico agudo de territorio posterior. A continuación se realizó una resonancia magnética, en la que apareció un infarto bulbar lateral izquierdo, congruente con la clínica, y se diagnosticó al paciente de síndrome de Wallenberg. El estudio neurosonológico mostraba ambos ejes carotídeos con flujos normales, vertebrales permeables y principales arterias intracraneales con flujos normales y simétricos, tanto en territorio anterior como posterior, incluido el territorio vertebrobasilar. El ecocardiograma transtorácico, los autoanticuerpos y la inmunoglobulina fueron normales.

Tras 1 semana de ingreso, con tratamiento sintomático (sulpiride, metoclopramida y diazepam, además de antiagregantes y heparina subcutánea a dosis profilácticas), el paciente presentó una importante mejoría clínica, casi por completo toda la

sintomatología, por lo que se decidió darle el alta hospitalaria con tratamiento antiagregante y recomendación de abandonar los hábitos tóxicos.

Se han documentado diversos factores de riesgo¹⁻³ además de los ya conocidos, como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes y tabaquismo. En el presente caso, el paciente presentaba importante hábito tabáquico y enólico y consumo de cannabis, además de hepatitis C. El consumo de alcohol es un fenómeno frecuente y bien documentado, que actúa como factor de riesgo para enfermedades cerebrovasculares en todos los grupos de edad. Este fenómeno es dependiente de la dosis, por lo que a grandes dosis produce vasoconstricción y reducción del flujo de sangre al cerebro, igual que el tabaco^{4,5}.

El paciente consumía semanalmente 35 unidades básicas estandarizadas (UBE) y se estima un consumo de riesgo para un varón una ingesta mayor de 28 UBE.

En cuanto al cannabis que consumía el paciente, este tipo de sustancia es a menudo considerada una droga blanda y, sin embargo, se han documentado casos de infarto asociados con el abuso excesivo de cannabis, incluso horas después de haber consumido marihuana, cuando aún persisten sus efectos⁶⁻¹⁰.

Bibliografía

- Chen YL, Hsu YD, Lee JT. Fibromuscular dysplasia of the vertebral artery presenting with lateral medullary syndrome: A case report. *Acta Neurol.* 2004;13:198-202.
- Giannopoulos S, Markoula S, Kosmidou M, Pelidou S-H, Kyritsis AP. Lateral medullary ischaemic events in young adults with hypoplastic vertebral artery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78:987-9.
- LIN H-C, Chen M-J, Chou C-H, Young Y-H. Lateral medullary syndrome in a woman after ovulation induction. *Auris Nasus Larynx.* 2007;34:383-5.
- Mathew RJ, Wilson WH. Substance abuse and cerebral blood flow. *Am J Psychiatry.* 1991;148:292-305.
- Schuckit MA. Alcohol y alcoholismo. En: Mc Graw-Hill Interamericana editores. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 16 ed. 2005. p. 2821-7.
- Lawson TM, Rees A. Stroke and transient ischaemic attacks in association with substance abuse in a young man. *Postgrad Med J.* 1996;72:692-3.
- McCarron MO, Thomas AM. Cannabis and alcohol in stroke. *Postgrad Med J.* 1997;73:448.
- Borne J, Riascos R, Cuellar H, Vargas D, Rojas R. Neuroimaging in drug and substance abuse part II: Opioids and solvents. *Top Magn Reson Imaging.* 2005;16:239-45.
- Neiman J, Haapaniemi HM, Hillbom M. Neurological complications of drug abuse: Pathophysiological mechanisms. *Eur J Neurol.* 2000;7:595-606.
- Mathew RJ, Wilson WH, Tant SR. Acute changes in cerebral blood flow associated with marijuana smoking. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79:118-28.

Teresa Escolar Martínez-Berganza^{a,*}, Beatriz Sierra Bergua^b,
Francisco José Ruiz Ruiz^b y Miguel Rivas Jiménez^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Medicina Interna, Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresaescolar@yahoo.es
(T. Escolar Martínez-Berganza).