



Figura. A) La resonancia magnética (RM) axial potenciada en T1 con gadolinio muestra el realce simétrico de los cuerpos mamilares (puntas de flechas). B) Vista axial ampliada de la región del hipotálamo que muestra el realce de los cuerpos mamilares (puntas de flechas). C) Vista coronal ampliada del realce de los cuerpos mamilares (puntas de flechas). D) La hiperintensidad en FLAIR (inversión-recuperación con atenuación de líquido) del hipotálamo se puede ver en una toma axial (flechas). E) Hiperintensidad en FLAIR de la materia gris periacueductal (flechas). F) Hiperintensidad en FLAIR del tálamo dorsomedial (flechas). G) Hiperintensidad en FLAIR del suelo del cuarto ventrículo (flechas). H) La hiperintensidad en FLAIR se aprecia en toda la parte inferior de la médula (flechas).

### Variante clínica y radiográfica del síndrome de Wernicke-Korsakoff en una paciente no alcohólica

A. C. Flint, MD, PhD; Y. Anziska, MD; M. E. Rausch, MD; T. J. Herzog, MD, y O. Williams, MD, MS, San Francisco, California (A. C. F.), y Nueva York, Nueva York, (Y. A., M. E. R., T. J. H., O. W.), Estados Unidos

El síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) es producto de un déficit de tiamina y su presentación típica se acompaña de encefalopatía, ataxia y oftalmoparesia.

Una mujer de 57 años sin antecedentes de alcoholismo presenta distensión abdominal durante los últimos cuatro meses, así como incapacidad de comer. La tomografía computarizada (TC) abdominal y pélvica descubrió una gran masa en la línea media. Se sometió a la paciente a una histerectomía total abdominal y salpingoovariectomía bilateral con citorreducción quirúrgica de un adenocarcinoma endometrial metastásico en estadio IV. Nueve días después de la operación, la paciente comenzó a experimentar letargo y desorientación, así como incapacidad para recordar tres objetos. Había nistagmo en todas las direcciones, pero no oftalmoparesia.

Doce horas más tarde presentaba oftalmoparesia, que no se solucionó con la maniobra oculocefálica. La ataxia simétrica de las extremidades y una leve debilidad avanzaron hasta convertirse en tetraparesia extensa.

La TC craneal no reveló ninguna anomalía. La resonancia magnética (RM) cerebral mostró varios hallazgos característicos del SWK (figura). La concentración de tiamina en sangre total fue de 1,0 mg/dl (normal: 1,6 a 4,0  $\mu$ g/dl).

Después del examen inicial, se trató a la paciente con tiamina por vía intravenosa. Cuatro días más tarde, estaba totalmente despierta y atenta, con movimientos extraoculares normales, sin nistagmo ni ataxia y su fuerza era normal. Lamentablemente, persistió un síndrome amnésico de Korsakoff.

Lo inusual de este caso es que hubo una tetraparesia extensa<sup>1</sup>, con afectación medular central y anterior. Esta paciente, que no era alcohólica, contrajo el SWK por desnutrición relacionada con el cáncer<sup>2</sup>.

1. Kinoshita Y, Inoue Y, Tsuru E, Yasukouchi H, Yokota A. Unusual MR findings of Wernicke encephalopathy with cortical involvement. No To Shinkei 2001;53:65-68.
2. Ogershok PR, Rahman A, Nestor S, Brick J. Wernicke encephalopathy in nonalcoholic patients. Am J Med Sci 2002;323:107-111.