

ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD EN UN CASO DE SÍNDROME DE CAUTIVERIO

Autores : González Alted C , Bombín González I, Casado Romo Mª P, Gangoiti Aguinaga L. CEADAC

e- mail : pिकासado@yahoo.es



EL SÍNDROME DE CAUTIVERIO (Locked- in Syndrome) se caracteriza clínicamente por presentar tetraplejía , afectación de pares craneales bajos, anartria , preservación de la mirada vertical y normal estado de conciencia (1,2).

Se origina por afectación de la región ventral de la protuberancia , en general causada por ACVA isquémico o hemorrágico , en el territorio de la arteria basilar. Otra etiología menos frecuente es la traumática o tumoral (3).

Se han descrito diversas alteraciones en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes como son: enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información, dificultad en la atención-concentración, en tareas de organización e integración visual, ineficacia para aprender nueva información verbal (amnesia anterógrada), y alteración en las funciones ejecutivas (flexibilidad mental, perseveración), incluyendo alteraciones emocionales y conductuales como labilidad emocional y pobre control de impulsos (2).

Caso clínico :

Varón de 36 años que presentó una hemorragia cerebelosa izquierda y pontina en relación a posible malformación vascular. En el momento del ingreso en nuestro Centro su evolución era de 18 meses, habiendo recibido previamente tratamiento rehabilitador (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia)

Exploración física :

- tetraparesia** espática conservando una cierta movilidad en los dedos de la mano izquierda (pinza , inicio de presa digitopalmar, flexión de dedos(3/5), interóseos (2/5) y en el MII .
- afectación parcial de los movimientos horizontales de la **mirada** , paresia de **VII y XII** par, anartria , **disfagia** para líquidos y sólidos.
- limitación del **balance articular** de ambos hombros, abd de caderas, y flexión dorsal de tobillos , con equino irreducible BL.
- doble **incontinencia** de esfínteres ; **UPP** en trocánter izquierdo y posible afectación **visual** .

Se plantean como **objetivos terapéuticos** :

- Resolución de la **UPP**
- Adaptación de una **silla de ruedas eléctrica**
- Sistema de Comunicación Alternativo** proporciona una mayor funcionalidad e independencia
- Adaptación y ayudas técnicas en **domicilio**

Valoración funcional :

- **Movilidad** : sedestación con apoyo posterior y lateral; desplazado en silla de ruedas manual que no propulsa , transferencias con grúa.
- AVD básicas** : totalmente dependiente.
- Alimentación**: por VO, textura triturada , espesantes para líquidos.
- Comunicación**: buena comprensión; expresión: mediante parpadeo , apertura - cierre de la boca , tablero de comunicación y SAC en PC (sistema Predwin en PC de mesa)

Resultados

Se adapta una **silla eléctrica** con elemento de control cefálico, control lateral de tronco y cincha, taco abductor, precisando un adaptación especial del mando de control (aproximándolo al reposabrazos e invirtiendo la disposición habitual del botón de encendido - apagado) .

Consigue realizar desplazamiento en interiores con supervisión aunque sin una clara iniciativa para iniciarlo.



En relación a la comunicación no conseguimos una buena adaptación al **comunicador** tipo Lightwriter de barrido, posiblemente por problemas de visión. Finalmente se optó por un **sistema de barrido** (Predwin) incorporado a un **ordenador portátil** que puede adaptarse mediante un tablero a la silla de ruedas.



En el aspecto neuropsicológico se encuentra una alteración moderada a severa en el funcionamiento ejecutivo, con dificultad para autorregular la conducta en función de las demandas del ambiente (marcada tendencia a la perseveración), pensamiento disgregado, dificultad de abstracción y labilidad emocional.

Discusión

En lesiones a nivel del tronco del encéfalo/ protuberancia y cerebelo(4,5) es frecuente encontrar alteraciones en el funcionamiento cognitivo, especialmente del sistema ejecutivo. Las estructuras y mecanismos implicados son diversos: cambios neuroquímicos, interrupción de las vías que atraviesan el TE (cortico-cerebelosas), núcleo tegmentario pedúnculo pontino , sistemas colinérgicos pontinos, cerebelo, tractos corticobulbares(2).

Es necesario tener en cuenta dichas alteraciones en el manejo y planificación del tratamiento de estos pacientes. En nuestro caso las principales interferencias en la independencia funcional fueron la lentificación en la respuesta, dificultades con el pensamiento abstracto y resolución de problemas para el empleo del Sistema de Comunicación y la dificultad para plantear estrategias y alternativas en situaciones cambiantes (silla eléctrica). Así mismo, es preciso abordar las consecuencias emocionales y conductuales del síndrome disejecutivo, como la labilidad emocional.

Conclusiones

El síndrome de cautiverio presenta severas alteraciones tanto físicas como cognitivas que exigen una minuciosa valoración para la toma de decisiones en la adaptación de ayudas técnicas complejas, pudiendo ser necesarios varios ensayos antes de encontrar las más adecuadas para las capacidades residuales preservadas.

Bibliografía :

1. León Carrión J, Van Eeckhout P, Domínguez MR . The locked- in syndrome : a syndrome looking for a therapy . Brain inj 2002 ; 16 : 555-69.
2. New P, Clin M, Thomas S . Cognitive impairments in the locked- in Syndrome: a case report . Arch Phys Med Rehabil 2005 ; 86 : 338-43.
3. Patterson JR, Grabis M. Locked -in syndrome : a review of 139 cases . Stroke 1986;17 : 758-64.
4. Barrios M, Guardia J. Relación del cerebelo con las funciones cognitivas : evidencias neuroanatómicas , clínicas y de neuroimagen. Rev Neurol 2001 ; 33(6) : 582-591
5. Chafetz MD, Friedman AL, Kevorkian CG, Levy JK . The cerebellum and cognitive function: implications for rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1996 ; 77 : 1303-8.