

## ECOLALIA COMO ÚNICO SÍNTOMA

Dra. Lucia Martínez Barredo / Dr. Alberto Murillo Martín / Dra. Ruth Caballero Asensio

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

La ecolalia consiste en la repetición involuntaria de una palabra o frase que se acaba de escuchar. Presentamos un caso clínico en el que una paciente mostraba esta alteración neurológica de manera única secundaria a un neumoencéfalo a tensión de origen poco habitual.

### PALABRAS CLAVE

Ecolalia, neumoencéfalo, trépano

### ABSTRACT

Echolalia is the involuntary repetition of a word or a phrase that the patient have just listened. We present a clinical case of a patient that showed this neurological alteration as the only manifestation of a tension pneumocephalus of unusual origin.

### KEY WORDS

Echolalia, pneumocephalus, trepan

### CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, fibrilación auricular permanente, angiodisplasias colónicas y gástricas, parkinsonismo y fístula de líquido cefalorraquídeo a seno esfenoidal tras traumatismo en la juventud.

Es evaluada en el programa crónico complejo por lumbalgia incoercible con medicación oral tras traumatismo sobre su propia altura. Se realiza prueba de imagen que demuestra fractura-estallido por compresión axial de D11 a L1 con retropulsión de fragmentos a canal medular, por lo que contactamos con servicio de traumatología que decide traslado a su servicio para artrodesis.

Dos días más tarde se interviene, y tras el postoperatorio en reanimación donde precisó ventilación mecánica no invasiva para la recuperación anestésica ese mismo día, nos encontramos a la paciente vigil, manteniendo atención pero con ecolalia y con ausencia completa de sensación de enfermedad. Resto de la exploración neurológica sin alteraciones reseñables. Realizamos TAC de cráneo (Fig. 1 y 2) en el que se observa neumoencéfalo a tensión que diseca ambos lóbulos frontales, ensancha el espacio interhemisférico anterior, surcos silvianos, cisterna supraselar, perimesencefálica y tienda del cerebelo en lado derecho. Produce hipertensión endocraneal con colapso ventricular y borramiento de surcos de la convexidad. Se contacta con neurocirugía de guardia que realiza trépano con drenaje canalizado a tercer ventrículo (Fig. 3), con recuperación completa desde el punto de vista clínico y radiológico en el periodo de 10 días, pudiendo retirar el drenaje. La paciente continua su ingreso a cargo de traumatología y rehabilitación, para reiniciar la deambulaci3n tras la artrodesis dorsal, y tras un mes y medio de ingreso es dada de alta a residencia para continuar con la rehabilitaci3n.

# Diagnóstico por imagen

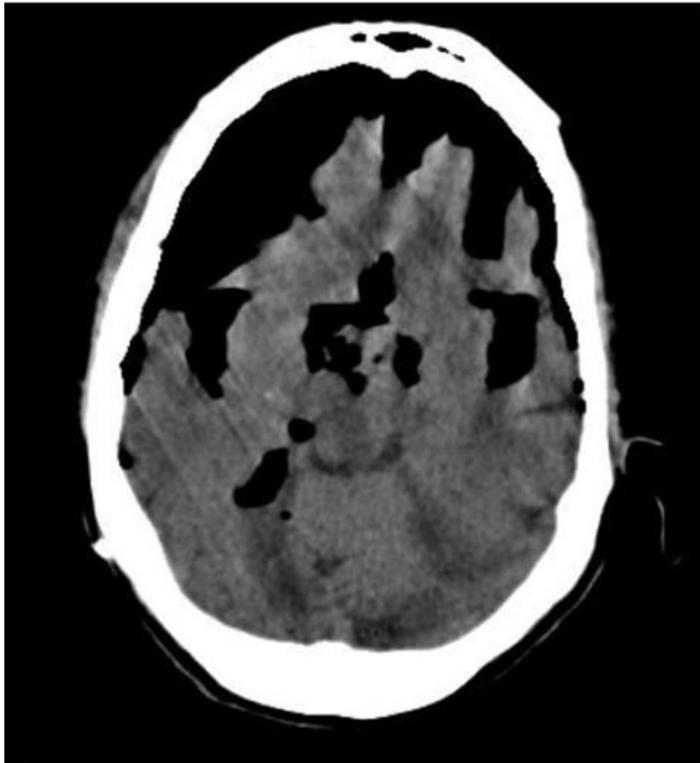


Fig. 1. Neumoencéfalo a tensión que diseca ambos lóbulos frontales, signo del Monte Fuji.

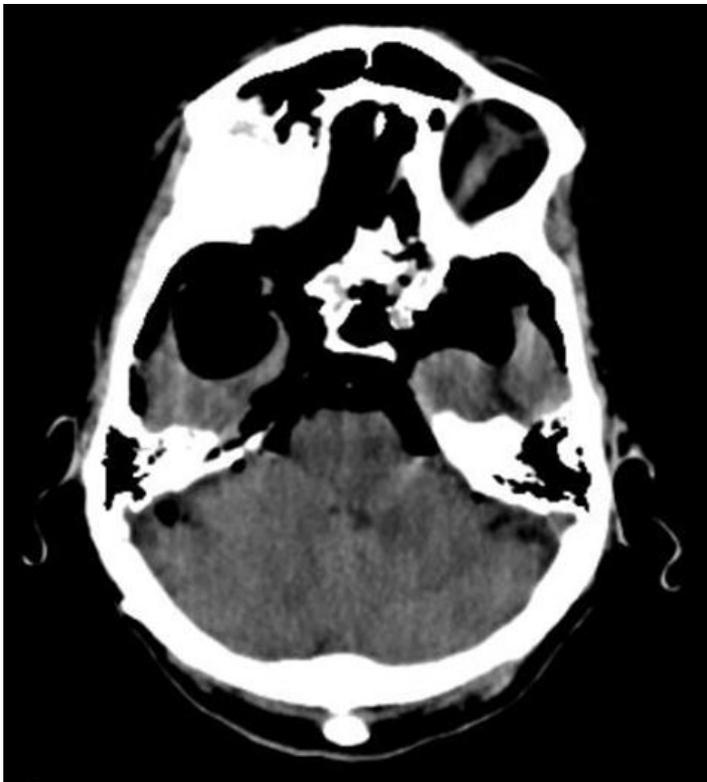


Fig. 2. Neumoencéfalo en surcos silvianos, cisterna supraselar y tienda del cerebelo.

## CONCLUSIÓN

El neumocéfalo es la acumulación de aire en el interior de la cavidad craneal<sup>1</sup>, en la mayoría de circunstancias, creado por un mecanismo de válvula que permite al aire entrar en el cráneo, pero que impide su salida<sup>2</sup>. Se asocia generalmente con traumatismos cráneoencefálicos en los que existe una pérdida de continuidad de los tejidos, posterior a procedimientos otorrinolaringológicos o neuroquirúrgicos, barotrauma y de manera espontánea como causa menos probable<sup>2</sup>.

Entre los signos radiológicos que destacan para su reconocimiento, se encuentra el signo del Monte Fuji, descrito por Ishiwata<sup>3</sup> y que consiste en la acumulación de aire entre los lóbulos frontales. Signo que en nuestro caso se puede observar en la Fig. 1.

Esta lesión se comporta como una lesión intracraneal ocupativa y expansiva, incremen-

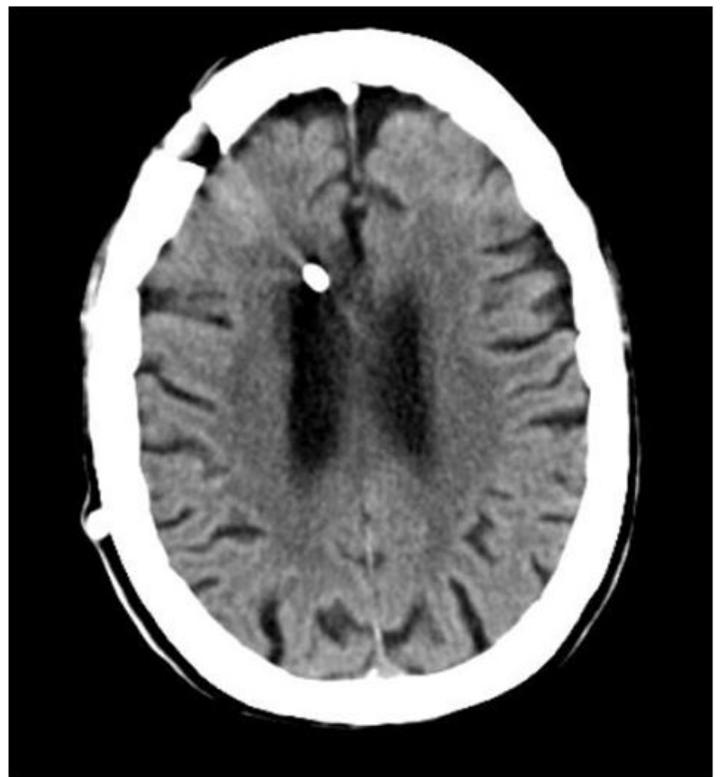


Fig. 3. Trépano frontal con drenaje en tercer ventrículo.

## Diagnóstico por imagen

tando la presión intracraneal, pudiendo causar herniación cerebral y/o embolismos aéreos<sup>2</sup>, por lo que el tratamiento precoz es lo más indicado. Si no hay clínica y la cantidad de aire es mínima, el tratamiento es conservador. Pero si existe clínica, como en nuestro caso, está indicado la retirada del aire, ya sea mediante drenaje lumbar o craniotomía descompresiva.

En el caso de nuestra paciente podemos asumir que la presencia de neumoencéfalo es secundaria a la fístula de líquido cefalorraquí-

deo a seno esfenoidal que presentaba, y que el uso de ventilación mecánica no invasiva, actuó como una válvula unidireccional de entrada. La presencia de ecolalia está descrita como alteración, dentro de todas las manifestaciones neurológicas que puede generar el neumoencéfalo a tensión. Como curiosidad en nuestro caso se presentó de manera única y aislada, lo que al principio nos dificultó llegar al diagnóstico correcto al que finalmente llegamos mediante las pruebas de imagen.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ágreda Moreno B, Artal Sánchez R, Urpegui García A. Neumoencéfalo y neumoventrículo secundarios a una fístula de líquido cefalorraquídeo tras un traumatismo craneoencefálico. ORL Aragón. 2009; 12 (2) 15-17.
2. Carrilo-Esper R, Zepeda A, Carrilo-Córdova CA. Neumoencéfalo. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Invest Med Sur Mex. 2013; 20 (4): 246-249.
3. Ishiwata Y, Fujitsu K, Sekino T, Fujino H, Kubokura T, Tsubone K, Kuwabara T. Subdural tension pneumocephalus following surgery for chronic subdural hematoma. J Neurosurg 1988; 68:58-61.