Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):1

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3 - ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)

Á. Peña Irún[a], M. Martínez Pérez[b] y E. Bengochea Botín[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Santoña. Cantabria. [b]Enfermera. Residencia de Mayores Virgen del Faro. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años con FIS conservadas, HTA y dislipemia. Tras 12 horas de cefalea holocraneal de intensidad progresiva, náuseas y confusión sufre pérdida de conciencia con convulsiones tónico-clónicas. A su llegada a Urgencias se objetiva agitación psicomotriz y ceguera cortical. Se constatan cifras de tensión arterial muy elevadas, y se procede a la perfusión de nitroprusiato sódico y levetirazetam iv, con lo que se consigue buen control de tensión arterial y remisión del cuadro clínico. Un mes antes había abandonado el tratamiento antihipertensivo.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 13, agitada. Afebril. TA 190/120 mmHg. Meníngeos negativos. ACP normal, exploración abdominal y de extremidades sin hallazgos de interés. No focalidad neurológica. Hemograma, bioquímica completa y pruebas de coagulación: normales. Troponina: 0 ng/ml. Procalcitonina, lactato y PCR normal. Rx de tórax y ECG sin hallazgos. Eco-doppler renal: descarta HTA de origen vasculo-renal. EEG: encefalopatía de difusa de grado moderado sin focos epileptiformes. TAC craneal: no se objetivan signos de patología isquémica o hemorrágica aguda. RMN craneal: múltiples focos de edema yuxtacortical a nivel parieto-occipital. Se da alta a la paciente con la indicación de control estricto de la TA. La RMN de control demostró reversibilidad de los cambios en la neuroimagen.

Juicio clínico: Encefalopatía posterior reversible de origen hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: Ictus en territorio de arteria cerebral posterior. Trombosis venosa cerebral. Enfermedad desmielinizante. Vasculitis. Encefalitis.

Comentario final: El PRES se considera un síndrome clínico-radiológico caracterizado por cefalea, confusión, crisis epilépticas y pérdida de visión producido por edema principalmente a nivel parieto-occipital. Se desencadena principalmente por HTA (80%), eclampsia, fracaso renal agudo, ciertos fármacos y enfermedades autoinmunes. En general, todo factor que produzca alteración en la hemodinámica cerebral o daño en las estructuras que lo regulan. La RMN es la técnica de elección para el diagnóstico. Se describen áreas de edema vasogénico corticosubcortical que se observan como hiperintensidades en T2. La característica principal es la reversibilidad de los hallazgos. El pronóstico es bueno. Depende del diagnóstico preciso, identificación de factores desencadenantes y su rápido tratamiento con el fin de lograr la remisión del cuadro. Las recurrencias son excepcionales.

Bibliografía

1. Fugate JE. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology and outstanding questions. Lancet Neurol. 2015;14:914-25.
2. Rabinstein AA. Blood pressure fluctuations in posterior reversible encephalopathy syndrome. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2012;21:254-8.

3 Avecillas-Chasín JM, Matías-Giui JA, Bautista-Balbás L. Encefalopatía posterior reversible: más allá de la descripción original. Rev Neurol.

Palabras clave: *Encefalopatía. Hipertensión arterial. Edema cerebral. Reversibilidad.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.