



20639 - PARÁLISIS AISLADA DEL NERVIO HIPOGLOSO SECUNDARIA A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Campos Jiménez, M.; Mena García, N.; Pastor González, R.; Cabañas Engenios, G.; Vera Lechuga, R.; García Madrona, S.; Cruz Culebras, A.; de Felipe Mimbrera, A.; Masjuan Vallejo, J.; Matute Lozano, M.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Resumen

Objetivos: La parálisis del nervio hipogloso aguda aislada es infrecuente. Su etiología puede variar, incluyendo causas traumáticas, infecciosas, tumorales o vasculares.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Varón de 46 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial sin tratamiento. Acude al servicio de urgencias por un cuadro detectado al despertar por la mañana de dificultad para articular el lenguaje y sensación de alteración de la movilidad lingual, sin otros síntomas asociados. En la exploración física presenta a la protrusión de la lengua desviación de la misma hacia la derecha. Se realiza TC craneal multimodal sin alteraciones. Durante el ingreso se completa el estudio con una RMN craneocervical que evidencia prominencia de estructuras vasculares rodeando el bulbo raquídeo. Se realiza arteriografía que muestra fístula arteriovenosa a nivel del foramen magno con aferencias arteriales desde arteria cerebelosa posteroinferior derecha y arteria espinal anterior con drenaje venoso a región peribulbar-perimedular. Se decide cierre de la fístula tras valoración con los Servicios de Neurocirugía y Radiología Intervencionista, con mejoría posterior de la clínica.

Conclusión: La afectación aislada del nervio hipogloso es muy infrecuente. Este caso resalta la importancia de considerar causas vasculares inusuales en pacientes con síntomas neurológicos aparentemente simples, así como la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su manejo.

21427

LA INCANSABLE BÚSQUEDA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

González Sarmiento, R.¹; Díaz Pollán, B.²; Marcelo, C.²; Prieto Moriche, E.³; Ramírez, U.⁴; Hernández, B.⁵; Navia, P.⁶; Fuentes, B.¹; Rigual, R.¹; Hervás, C.¹

¹Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ³Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁴Servicio de Cirugía Cardiaca. Instituto de

Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid;⁵ Servicio de Neurocirugía. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁶Servicio de Radiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas importantes. Frecuentemente su forma de presentación es atípica y su diagnóstico certero, elusivo.

Material y métodos: Describimos el caso de un paciente con presentación clínica atípica de EI, requiriendo técnicas avanzadas para su diagnóstico.

Resultados: Un varón de 47 años con antecedente de recambio valvular aórtico percutáneo dos años atrás acude a Urgencias por fiebre, cefalea y rigidez de nuca de una semana de evolución. La analítica presenta PCR 18,2 mg/l y el LCR muestra presión de apertura 25 cm H₂O, 10 linfocitos y proteínas 53,7 mg/dl. *FilmArray* y cultivos de LCR son negativos. Al día siguiente desarrolla súbitamente hemianopsia homónima derecha, objetivando en imagen un extenso hematoma occipital izquierdo dependiente de un pseudoaneurisma distal de la ACP. Sospechando un pseudoaneurisma micótico de origen cardiaco, se realizan cultivos, serologías, ecocardiograma transtorácico y transesofágico de repetición, TC toracoabdominopélvico buscando signos de embolia sistémica y estudio ampliado para descartar otras posibles causas, siendo todo ello negativo. La repetición de serología para *Coxiella burnetii* (primera determinación errónea) fue positiva a títulos altos. La PET-FDG-TC cardiaca demuestra hipermetabolismo en la válvula aórtica protésica y la TC cardiaca objetiva un absceso perivalvular. Tras recambio valvular se realiza PCR de *C. burnetii* en la misma, siendo positiva.

Conclusión: La EI es una entidad de diagnóstico esquivo. La negatividad de las pruebas iniciales, incluso ecocardiograma transesofágico, no excluye el diagnóstico si existe una sospecha clínica justificada. La PET-FDG-TC y la TC cardíacas pueden aportar datos cruciales para el diagnóstico.