

**Objetivos:** Presentar un cuadro de vasculopatía lenticuloestriada mineralizante (VLM) como causa infrecuente de código ictus pediátrico.  
**Material y métodos:** Se realiza una descripción de un caso clínico de esta entidad atendido como código ictus pediátrico en un hospital de referencia y se realiza una breve revisión de la patología.

**Resultados:** Paciente femenina de 13 meses de edad traída por padres al Servicio de Urgencias Pediátricas por cuadro de debilidad hemicorporal derecha y alteración del comportamiento de 20 horas de evolución. Habían acudido inicialmente por traumatismo craneal leve, siendo dada de alta por ausencia de lesiones traumatológicas y TC craneal sin contraste normal. Ante persistencia de los síntomas, consultan de nuevo y se activa el Código Ictus. Se realiza RM cerebral urgente en el que se observa lesión isquémica en región de arterias lenticuloestriadas de ACM izquierda establecida. Se inicia antiagregación simple con AAS (5 mg/kg/día) e ingresa en UCI pediátrica. Se realiza estudio vascular, cardiológico, metabólico y de trombofilias siendo todos ellos normales. Dada la presencia de calcificaciones en neuroimagen, la distribución de la lesión, el antecedente de traumatismo y la normalidad del resto de pruebas complementarias, se establece el diagnóstico de VLM.

**Conclusión:** La VLM es una causa infrecuente de ictus isquémico en pacientes pediátricos relacionada con traumatismos craneoencefálicos menores. Se desconoce la fisiopatología subyacente, aunque se ha hipotetizado la ferropenia como factor predisponente. El riesgo de recurrencia disminuye con la edad y no se ha observado eficacia de la antiagregación en estos casos.

## 21221. CLÍNICA INUSUAL EN ICTUS DE ARTERIA VERTEBRAL

Acuña Enríquez, K.; Parra Martínez, J.; Domingo Monge, F.; Guarner Rodríguez de Sanabria, J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de una paciente con un ictus embólico de arteria vertebral que presenta un debut clínico inhabitual.

**Material y métodos:** Descripción de un caso clínico.

**Resultados:** Paciente de 82 años, con antecedentes de fibrilación auricular y valvulopatía mitral anticoagulada con acenocumarol, que presentó episodio brusco de dolor cérvico-occipital con pérdida de fuerza en miembros superiores. A la exploración neurológica destacó paresia de miembro superior izquierdo 1/5 y paresia miembro superior derecho 4/5, sin alteración del lenguaje, afectación sensitiva ni cerebelosa. En analítica sanguínea presentó un INR de 2,45 sin más alteraciones. En la TC craneal y angioTC destacó oclusión de salida de la arteria vertebral izquierda con relleno parcial en su segmento V1 y oclusión completa V2 y V3. Tras la valoración en conjunto, la paciente fue desestimada para el tratamiento con fibrinólisis debido a su estado anticoagulante, así como para el tratamiento endovascular. Finalmente, la RM cerebral y cervical demostró signos de isquemia aguda en territorio de la PICA y a nivel de la arteria medular anterior.

**Conclusión:** La clínica descrita de dolor cérvico-occipital con diparesia de miembros superiores es una semiología infrecuente en un ictus embólico de arteria vertebral, que debe tenerse en cuenta para un diagnóstico precoz para evitar el retraso del tratamiento en fase aguda de un ictus.

## 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.

**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 fistula 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 fistula 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.<sup>1</sup>; Díaz Pollán, B.<sup>2</sup>; Marcelo, C.<sup>2</sup>; Prieto Moriche, E.<sup>3</sup>; Ramírez, U.<sup>4</sup>; Hernández, B.<sup>5</sup>; Navia, P.<sup>6</sup>; Fuentes, B.<sup>1</sup>; Rigual, R.<sup>1</sup>; Hervás, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid;

<sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid;

<sup>4</sup>Servicio de Cirugía Cardiaca. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid;

<sup>5</sup>Servicio de Neurocirugía. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>6</sup>Servicio 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 H<sub>2</sub>O, 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