

20127. ILUMINANDO LO INVISIBLE: SÍNDROME DE ANTON-BABINSKI TRAS UN ICTUS OCCIPITAL BILATERAL

Hernández Ramírez, M.; González Gómez, M.; Villamor Rodríguez, J.; Sánchez García, F.; Celi Celi, J.; Sánchez-Migallón Díaz, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El síndrome de Anton-Babinski es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por ceguera cortical, anosognosia y confabulación, cuya etiología principal es debida a isquemia parietooccipital. Nuestro objetivo fue revisar esta entidad tan infrecuente mediante la historia clínica de un paciente con dicha enfermedad y la realización de una búsqueda bibliográfica.

Material y métodos: Se trata de un varón de 80 años, con antecedentes de hipertensión y cardiopatía crónica, que fue trasladado a Urgencias por deterioro de nivel de conciencia de 24-48 horas de evolución.

Resultados: En Urgencias, se detectó una fibrilación auricular no conocida. Se solicitó una TC craneal, objetivándose una gran hipodensidad confluyente de sustancia blanca temporooccipital bilateral, con extensión a cerebelo, de naturaleza indeterminada. El paciente fue ingresado en Neurología y, durante su estancia en planta, manifestó ceguera cortical, anosognosia y confabulación. Se completó estudio con RM cerebral, donde se confirmaron lesiones correspondientes a áreas de infartos isquémicos agudos con transformación hemorrágica. Al tratarse de un origen cardioembólico, se inició posteriormente anticoagulación. Finalmente, fue derivado a un centro residencial rehabilitador, dada su situación de dependencia al mantener dicho déficit visual.

Conclusión: El síndrome de Anton-Babinski es una patología infrecuente con características clínicas claramente establecidas, el cual debe sospecharse ante una pérdida atípica de la visión y evidencia de daño en el lóbulo occipital. Su reconocimiento precoz facilita un adecuado abordaje multidisciplinar y, por tanto, un mejor pronóstico. En nuestro paciente, la edad avanzada y la extensión de la lesión dificultaron una favorable recuperación.

20192. PARESTESIAS EN BANDA EN PACIENTE CON CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR

González Antón, D.; Ruiz López, C.; Contreras Peña, J.; Barcenilla López, M.; de la Cruz Fernández, N.; Martínez López, E.; Novillo López, M.; Martín Llorente, M.; Cantador Pavón, E.; Arribas Ballesteros, B.; de la Torre Pérez, A.; Colligris Micheralaki, P.; Rosón González, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: La cavernomatosis múltiple familiar (CMF) es un trastorno de herencia autosómica dominante, con afectación de predominio supratentorial en lóbulo parietal. Se debe a mutaciones en genes implicados en uniones intercelulares y angiogénesis (CCM1 (KRIT1), CCM2 (MGC4607) y CCM3 (PDCD10). Produce clínica de lesiones vasculares cutáneas, cefaleas, crisis epilépticas o focalidad secundaria a sangrado o compresión. Su diagnóstico se realiza con resonancia magnética (RM) y estudio genético.

Material y métodos: Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

Resultados: Varón de 42 años, con antecedentes familiares de hemorragias intracraniales, valorado por episodios de emisión del lenguaje transitorios. A la exploración física, angioqueratoma en rodilla derecha. Electroencefalograma sin alteraciones. En RM craneal, 9 lesiones intraaxiales compatibles con cavernomas, sin signos de complicaciones. Tras 2 meses, presenta sensación de parestesias en banda en región D6-D8, sin otra focalidad. En RM cervical, lesión de 5 mm en región posterior derecha de médula cervical a nivel C4, compatible con cavernoma. Además, microsangrado crónico en platillo superior. Se inicia pregabalina 75 mg. Evoluciona favorablemente hasta la resolución de la clínica. Se realiza exoma, detectándose variante intrónica

en heterocigosis en KRIT1 (NM_194456.1): c.2143-1G>A. p.(?), descrita como patogénica.

Conclusión: La afectación medular es poco frecuente en CMF. Se debe sospechar sangrado por ruptura de cavernoma en cuadros de instauración brusca en pacientes con antecedentes compatibles, siendo el manejo conservador de elección en pacientes asintomáticos o con poca expresividad clínica como en el caso, reservando la cirugía para lesiones muy sintomáticas y quirúrgicamente accesibles.

Neurología crítica e intensivista + Neuroquímica y neurofarmacología P

20366. ROTURA INTRAVENTRICULAR DE ABSCESOS CEREBRALES (IVROBA). A PROPÓSITO DE UN CASO

del Valle Vargas, C.¹; Autet Bagaria, B.²; Cortés Rivera, M.³; Boronat García, P.²; Santana Moreno, D.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ³Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: La rotura intraventricular espontánea de abscesos cerebrales (IVROBA) es una complicación rara y grave de los abscesos piógenos. Presentamos un caso atendido en nuestro centro.

Material y métodos: Caso clínico de IVROBA.

Resultados: Varón de 67 años, portador de traqueostomía por carcinoma ORL, consulta por disminución del nivel de conciencia, fiebre y secreciones purulentas por traqueostomía. TC craneal inicial sin hallazgos patológicos significativos. Progresó con estupor e insuficiencia respiratoria aguda procediéndose a intubación orotraqueal. Por coma persistente, se realiza estudio de LCR obteniendo franca piorraquia, con 53.000 células (98% neutrófilos). Se completa estudio con RM craneal que muestra dos abscesos parietooccipitales izquierdos abiertos a ventrículo lateral (IVROBA) y un tercero en pedúnculo cerebeloso izquierdo con pioventrículo tabicado e hidrocefalia obstructiva. Se aisló *Streptococcus intermedius*, comensal del área ORL. Pese a intensificación de antibioterapia y manejo de la hidrocefalia, la evolución es tórpida siendo finalmente *exitus*.

Conclusión: El diagnóstico de abscesos cerebrales requiere una alta sospecha, por cursar con clínica neurológica larvada y afectar incluso a población inmunocompetente. Las infecciones del área ORL o la sepsis son su principal origen. El retraso diagnóstico puede llevar a condiciones como el IVROBA, con elevada mortalidad. No existen guías para el manejo del IVROBA. Series de casos sugieren un abordaje proactivo con neuroimagen y estudio de LCR precoces y seriados, sugiriendo incluso aspiración estereotáctica lesional para aislamiento microbiológico. La antibioterapia empírica sugerida es cefalosporinas de 3.ª generación y metronidazol, en base al foco más común. Otros abordajes incluyen instilación de antibiótico local/intratecal y drenaje lesional mediante DVE.

20370. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN HEMORRAGIA INTRACEREBRAL PROFUNDA: APLICABILIDAD Y RESULTADOS DE LOS CRITERIOS DEL ENSAYO SWITCH EN UNA COHORTE POBLACIONAL DE CATALUÑA

Coronel Coronel, M.; Lambea Gil, Á.; Domine, M.; Blanco Sanromán, N.; Martínez Domeño, A.; Prats Sánchez, L.; Guasch Jiménez, M.; Camps Renom, P.; Ezcurra Díaz, G.; Martí Fàbregas, J.; Ramos Pachón, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.