

## 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.<sup>1</sup>; Autet Bagaria, B.<sup>2</sup>; Cortés Rivera, M.<sup>3</sup>; Boronat García, P.<sup>2</sup>; Santana Moreno, D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>3</sup>Servicio 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.*

**Objetivos:** Comparamos la tasa poblacional de pacientes con hemorragia intracerebral (HIC) candidatos a craniectomía descompresiva (CD) según criterios del ensayo SWITCH con la tasa poblacional real de tratamiento en Cataluña. Además, comparamos la mortalidad y los resultados funcionales de los pacientes sometidos a CD vs. tratamiento conservador (no-CD).

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de pacientes incluidos en el registro poblacional prospectivo de HIC de Cataluña (HIC-CAT) entre 2020-2022. Se obtuvo la tasa poblacional aplicando los criterios SWITCH: HIC profunda supratentorial de < 72 h, 18-75 años, mRS < 2, volumen 30-100 ml, GCS 8-13 y NIHSS 10-30. Posteriormente realizamos un análisis descriptivo y comparativo.

**Resultados:** De los 1.898 pacientes incluidos en el HIC-CAT, 916 (48,3%) presentaron una HIC profunda. De estos, 37 (4%) cumplían criterios SWITCH (7 (19%) mujeres, mediana de edad 59 (54-69) años, volumen mediano 54 (37,5-71,5) ml). En cambio, se realizaron solo 15 CD (1,7%), de las cuales 6 cumplían los criterios SWITCH. A los 3 meses, en los pacientes candidatos a CD según criterios SWITCH, encontramos una reducción de mortalidad en los pacientes intervenidos (16,7% en grupo CD vs. 51,6% en grupo no-CD;  $p = 0,12$ ). No obstante, el 100% de los intervenidos tuvieron un mRS  $\geq 4$ , sin encontrar diferencias significativas con el tratamiento conservador ( $p = 0,43$ ).

**Conclusión:** Aplicando los criterios SWITCH, un 4% de la población de Cataluña con HIC profunda sería tributario a CD; 2,4 veces más que la tasa poblacional de tratamiento actual. Además, encontramos que la craniectomía descompresiva disminuye la mortalidad, sin mejora en el pronóstico funcional.

## 20561. LA ECLAMPSIA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO QUE PRECISA CONOCIMIENTO MULTIDISCIPLINAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alcobendas Liern, I.<sup>1</sup>; Lucio Ceballos, B.<sup>1</sup>; Botía Barberá, J.<sup>1</sup>; Cango Picoita, N.<sup>2</sup>; Frías Gatell, C.<sup>2</sup>; de la Casa Fages, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Objetivos:** La incidencia de eclampsia oscila entre 1,5 y 140 casos por 10.000 habitantes, dependiendo del contexto socioeconómico del país. Asocia una elevada morbilidad materna y perinatal, requiriendo de un rápido diagnóstico y tratamiento. Según los nuevos criterios, no se requiere la presencia de preeclampsia previa, hipertensión o proteinuria para confirmar el diagnóstico.

**Material y métodos:** Exponemos el caso de una mujer primigesta con eclampsia de presentación atípica.

**Resultados:** Mujer primigesta de 42 años, gestante de 33 semanas, sin antecedentes médicos de interés, con buen control gestacional hasta la fecha. Es traída a urgencias por bajo nivel de conciencia. A su llegada, presentaba TA de 150/90 y fiebre de 38,5 °C. En la analítica de sangre se objetivó leucocitosis y en el análisis de orina se evidenció proteinuria leve sin criterios de preeclampsia para Ginecología. Una radiografía de tórax mostró consolidación sugestiva de neumonía. La TAC y angioTAC cerebrales y la ecografía fetal fueron normales. Se completó estudio con punción lumbar objetivando leve proteinorraquia. Se administró dosis de carga de levetiracetam, con mínima mejora clínica, por lo que se procedió a sedación, a intubación orotraqueal, se administró sulfato de magnesio y se llevó a cabo cesárea urgente. Un EEG posterior objetivó estatus no convulsivo. La paciente mejoró clínicamente en los días sucesivos, quedando asintomática desde el punto de vista neurológico.

**Conclusión:** La eclampsia puede debutar como estatus no convulsivo. Se trata de una urgencia de difícil diagnóstico si no presenta los criterios clásicos. Requiere una detección temprana y finalización del embarazo de forma urgente.

## 20388. COMPLICACIONES CEREBROVASCULARES EN UN PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

del Valle Vargas, C.; Vargas Verdaguer, A.; Vázquez Flores, C.; García Amor, G.; Santana Moreno, D.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Objetivos:** Describir un caso de endocarditis infecciosa (EI) atendido en nuestro centro que cursó con diversas complicaciones cerebrovasculares. Revisión de recomendaciones actuales.

**Material y métodos:** Caso clínico de EI.

**Resultados:** Varón de 47 años con EI sobre válvula mitral nativa por *S. gordonii*. Como complicaciones precoces presenta aneurismas micóticos en la arteria mesentérica superior. Durante el ingreso en la UCI presenta súbitamente afasia y debilidad braquial derecha. La TC craneal evidencia un hematoma parietal izquierdo de 15 cc. Se realiza arteriografía, que muestra un arrosamiento circunferencial en segmento distal de la arteria angular izquierda, compatible con aneurismas micóticos en el seno del hematoma. Adicionalmente, se objetivó una oclusión distal de la rama angular de la ACM derecha con llenado retrógrado en relación con embolismo séptico. Se decidió control aneurismático sacrificando la arteria nutricia mediante *coiling*, previo a sustitución valvular quirúrgica. El paciente presentó recuperación funcional completa.

**Conclusión:** Las complicaciones cerebrovasculares de la endocarditis incluyen entidades isquémicas por émbolos sépticos y hemorrágicas, secundarias a la rotura de aneurismas micóticos o transformación hemorrágica de áreas isquémicas. Ante la sospecha de complicaciones neurológicas, es necesario realizar un estudio exhaustivo parenquimatoso. En caso de hallazgos patológicos, debemos ahondar en el estudio vascular, incluso con arteriografía de entrada, como fue nuestro caso. La alta sospecha clínica y el conocimiento de las complicaciones neurológicas condicionan el manejo terapéutico y desempeñan un papel fundamental en el pronóstico, la morbilidad y la mortalidad de la endocarditis.

## 21345. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES): SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cuenca Relinque, A.; Ortega Ortega, F.; de Torres Chacón, R.; Calle Serrano, M.; Carmona Bravo, V.; Loscertales Castaño, J.; Barragán Prieto, A.; Gamero García, M.; Pérez Sánchez, S.; Montaner Villalonga, J.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

**Objetivos:** El PRES es una entidad clínico-radiológica, potencialmente reversible, que se caracteriza por síntomas neurológicos agudos en el contexto de diversos desencadenantes: hipertensión, ERC, diversos fármacos, enfermedades autoinmunes, etc.

**Material y métodos:** Presentamos tres casos clínicos con diagnóstico de PRES que fueron atendidos durante el mes de septiembre 2023 en el Servicio de Neurología de un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** En el primer caso, presentamos una mujer de 54 años, hipertensa con mal control y ERC en hemodiálisis. Ingresa por confusión y una primera crisis generalizada tónico-clónica (CGTC), seguido de alteración visual en contexto de HTA. Segundo caso, varón de 57 años, alcoholismo crónico y mal control de TA. Ingresado por pancreatitis aguda necrotizante, asocia una primera CGTC en contexto de crisis HTA. Tercer caso, mujer de 68 años con mieloma múltiple con trasplante autólogo (TPH) en tratamiento con lenalidomida y ERC en hemodiálisis. Tras hemodiálisis inicia confusión, alucinaciones visuales, incoordinación y déficit focal sensitivo motor del MSI, en contexto de HTA. En todos los casos, la RMN craneal mostró edema vasogénico de predominio parietooccipital bilateral sin restricción en difusión. Se