

**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