



P-432 - PRES (POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY SYNDROME) AL FINAL DE UN PROCEDIMIENTO DE CRS + HIPEC-MITOMICINA

Ruiz Moreno, Cristina; Seisdedos, Leticia; Morote, Melani; Pascual, Pablo; Lozano Lominchar, Pablo; Palencia, Natividad; Vasquez, Wenceslao; González Bayón, Luis Andrés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad poco frecuente que se caracteriza por presentar cefalea, alteraciones del nivel de conciencia, alteraciones visuales y convulsiones. Se puede desencadenar por múltiples causas como pueden ser la HTA maligna, la eclampsia, la ERC, entre otras y por fármacos, habitualmente inmunosupresores y quimioterápicos.

Caso clínico: Mujer de 61 años que presentó una obstrucción intestinal en enero 2020 por adenocarcinoma de apéndice cecal estadio IV con carcinomatosis peritoneal. Se realizó una hemicolectomía derecha urgente con confirmación anatomopatológica de adenocarcinoma de células caliciformes (goblet cell) pobemente diferenciado de origen apendicular (pT4a pN2 pM1b). Posteriormente recibe tratamiento quimioterápico esquema FOLFOX 5 ciclos. Se presenta en comité multidisciplinar de Patología Peritoneal y se decide citorreducción con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). La intervención se realiza en junio 2020; se calcula un PCI intraoperatorio de 14. Se realiza hysterectomía, doble anexectomía, omentectomía, resección de anastomosis ileocólica previa con reconstrucción posterior. Se administra mitomicina C intraperitoneal 35 mg/m², en 3 dosis, a una temp de 42-43 °C, durante 90 minutos. Se alcanzó una temperatura central de 39 °C. Terminado el procedimiento, en el quirófano, se procede a reducción de dosis de sedación y se extuba. La paciente presenta una crisis tónico clónica generalizada con bajo nivel de conciencia que requiere de reintubación. Se contacta con servicio de neurología y se solicita TAC craneal con evidencia de edema en regiones parietooccipitales, tálamo, tronco encéfalo y cerebelo sugestivo de PRES. La paciente desarrolla dos episodios más de crisis comiciales tónico-clónicas con desconexión del medio que requieren de tratamiento con midazolam y levetiracetam a dosis anticonvulsivas. A la exploración presencia de reflejos corneares y pupilares (con visión borrosa), emisión de palabras de forma reiterativa y paresia de miembros inferiores y superiores. En días posteriores se realiza EEG compatible con encefalopatía difusa sin actividad epileptiforme; así como, RMN craneal que confirma la sospecha de PRES. La paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios, con recuperación progresiva de movilidad en miembros, consciente y alerta, con campimetría por confrontación sin alteraciones. A partir del día 8 presenta pancitopenia grave de las 3 series (grado 3) que tarda en recuperarse al menos 1 semana. La paciente es dada de alta al mes de la cirugía sin secuelas neurológicas.

Discusión: El conclusión, el PRES es un edema vasogénico de sustancia blanca en área occipital y parietal principalmente cuya etiopatogenia no es bien conocida. Existe una descripción en la literatura de PRES en HIPEC-oxaliplatino. En nuestra serie de > 1.000 HIPEC, es el primer caso que hemos tenido. Es importante el diagnóstico precoz para iniciar tratamiento eficaz temprano y así evitar el desarrollo de secuelas.