



Imagen en medicina

Síndrome de encefalopatía posterior reversible

Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome

Antonio Rosales-Castillo ^{a,*} y María Dolores Fernández-Pérez ^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

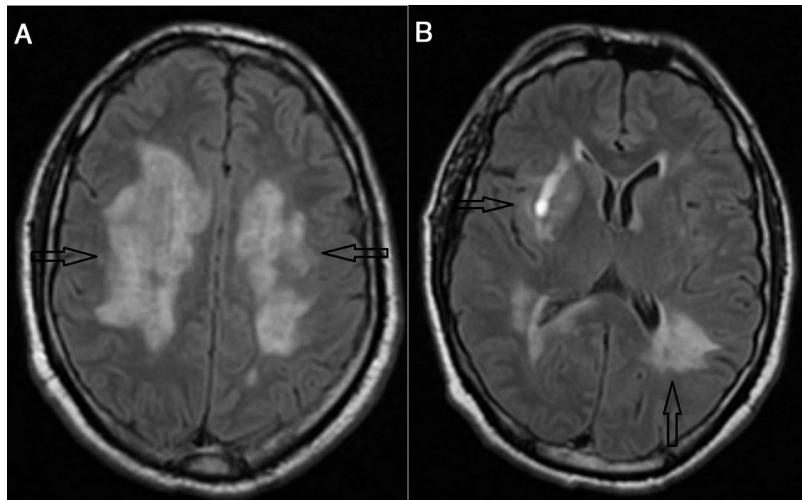


Figura 1.

Varón de 44 años de edad que acudió a Urgencias por cefalea holocraneal y retroocular no pulsátil de inicio siete días antes, con empeoramiento progresivo y sin respuesta a analgesia junto a diplopía horizontal y náuseas. Refería importante consumo de benzodiacepinas y de cocaína en las últimas semanas. En la exploración, se encontró elevación de presión arterial (251/171 mmHg) de difícil control, bradipsiquia y diplopía horizontal a la infraverisión. Analíticamente se detectó una elevación de urea (55 mg/dL) y creatinina (2,08 mg/dL). La tomografía computarizada (TC) de cráneo urgente evidenció discreta hipodensidad occipital. Se ingresó para control de presión arterial y estudio de hipertensión secundaria, el cual resultó negativo. La resonancia magnética (RM) craneal

mostró extensas alteraciones de señal en sustancia blanca en cerebelo, tronco y confluentes parcheadas hemisféricas (**figs. 1A y B**), compatibles con encefalopatía posterior reversible (PRES). Se decidió controlar la tensión arterial con tres fármacos.

El PRES es una entidad clínico-radiológica de patogenia multifactorial, hallazgos similares en neuroimagen y múltiples etiologías: Hipertensión, eclampsia, drogas, enfermedades autoinmunes, entre otras. Afecta más frecuentemente a regiones cerebrales posteriores y suele manifestarse con cefalea moderada-severa sin respuesta a analgesia. Es de elección la resonancia, mostrando áreas de hiperintensidad T2 en zonas parieto-occipitales bilaterales.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anrocas90@hotmail.com (A. Rosales-Castillo).