

<b>Caso</b>	(498) No todo es ICTUS. Síndrome de encefalopatía posterior reversible como causa de clínica neurológica aguda.
<b>Autores</b>	Cristina Flores Rodríguez , Cristina Flores Rodríguez, Pablo Fernández Armendáriz, Bárbara Saiz Abad, Laura Abelairas López, Nilfa Milena Cruz Sánchez, Claudia Fontenla Martínez.
<b>Centro</b>	Complejo Hospital Universitario De Coruña (chuac)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 65 años, en su 25º día de ingreso tras trasplante unipulmonar izquierdo por EPID crónica, en tratamiento con tacrólimus.

De manera brusca, presenta desviación de la mirada y pérdida de visión bilateral, sin otras alteraciones en la exploración neurológica. Se activa código ictus y se solicita TC urgente. En la sala de TC la paciente presenta un episodio convulsivo asociado a crisis hipertensiva 220/120.

La TC sin contraste (imagen1) pone de manifiesto lesiones hipodensas confluentes bilaterales y simétricas en la sustancia blanca subcortical parietooccipital bilateral.

Ante estos hallazgos se sugiere un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y la paciente inicia tratamiento anticonvulsivo con control estricto de tensión arterial.

Se realiza una RM cerebral que muestra áreas de alteración de señal, hiperintensas en las secuencias potenciadas en T2-flair (imagen 2), afectando tanto a la sustancia blanca subcortical como al córtex, de forma bilateral y asimétrica en ambos lóbulos occipitales y región posterior del parietal derecho. Además, muestran difusión facilitada (imagen 3 y 4) y no realzan tras la administración de contraste, hallazgos que apoyan un probable PRES.

La paciente se mantiene con tratamiento anticomitial durante el ingreso, con mejoría progresiva de la clínica, estando asintomática al alta.

## DISCUSIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible, o síndrome PRES, es una entidad que debemos tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de cuadros clínicos neurológicos agudos que pueden confundirse con un ictus.

Habitualmente cursa con alteración del nivel de conciencia, cefalea, convulsiones y trastornos visuales, aunque también puede producir hemiparesia, síndrome cerebeloso, ceguera cortical, e incluso coma.

Existen diferentes cuadros clínicos asociados al PRES como son; la toxemia del embarazo y el puerperio, post-transplantados e inmunosuprimidos (como en nuestro caso), cuadros de sepsis/shock, enfermedades autoinmunes o tratamiento con quimioterapia.

Radiológicamente se describe un patrón clásico que se caracteriza en TC por áreas hipodensas confluentes en la sustancia blanca subcortical de predominio en las regiones cerebrales posteriores (parietal y occipital) de distribución bilateral y simétrica. En los estudios de RM se corresponden con áreas de alteración de señal parcheadas coalescentes, hiperintensas en las secuencias potenciadas en T2-Flair, hipointensas en las potenciadas en T1 y típicamente con difusión facilitada; reflejo de edema vasogénico. Los cambios hemorrágicos se objetivan en hasta un 50% de los casos a lo largo de la evolución de la enfermedad y el realce se encuentra presente en torno en un tercio de los estudios de imagen, siendo los más habituales los aspectos giriforme cortical o leptomeníngeo.

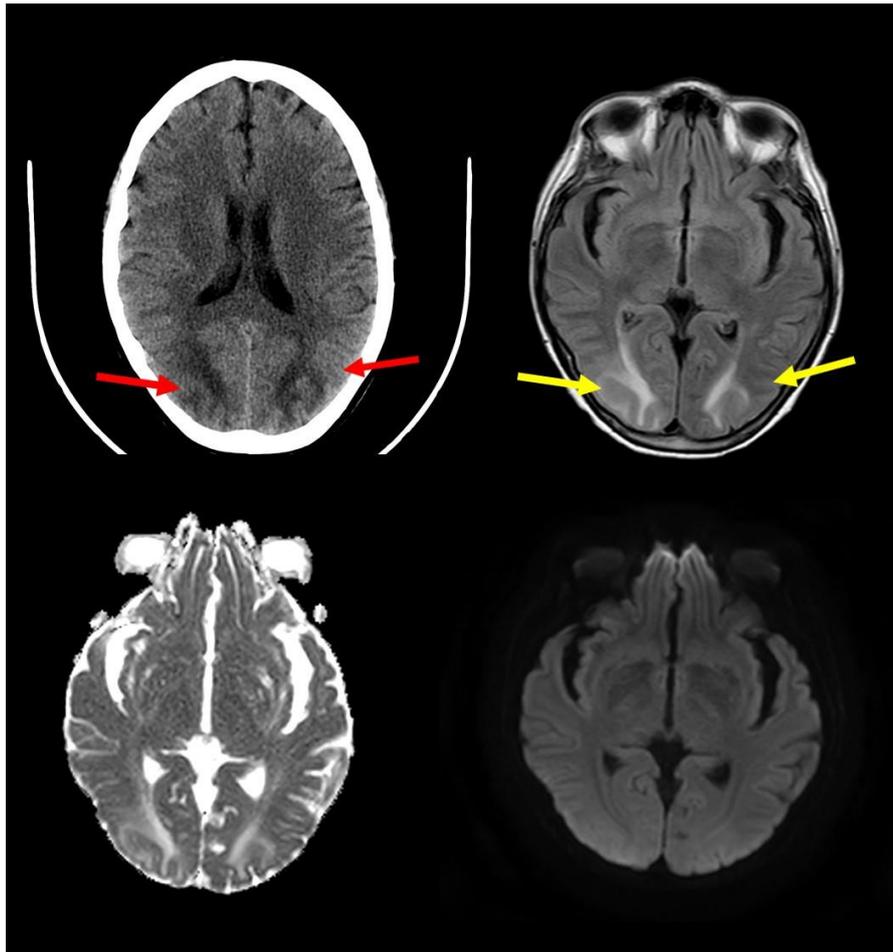
Existen no obstante otros patrones frecuentes de PRES como serían el holohemisférico (afectación de los lóbulos frontal, parietal y occipital, así como a los territorios frontera) y el del surco frontal superior (compromiso frontal superior y parieto-occipital, con respeto de los polos frontales anteriores).

Son menos habituales los casos que interesan a la sustancia blanca profunda, ganglios de la base y tálamos. Aún más raras serían las presentaciones unilaterales o limitadas al tronco del encéfalo.

En la mayoría de los casos los síntomas y hallazgos en imagen son reversibles.

## **CONCLUSIÓN**

El Síndrome encefalopatía posterior reversible, es una entidad que debemos tener presente ante una clínica neurológica aguda brusca, sobre todo en pacientes con escenarios clínicos propensos, como en nuestro caso un trasplante pulmonar en tratamiento inmunosupresor. Radiológicamente la afectación suele predominar en lóbulos parietales y occipitales, aunque existen casos atípicos. Y recordar que en la mayoría de los casos son reversibles tanto en la clínica como en los hallazgos de imagen.



*IMAGEN 1: TC axial cerebral sin contraste. Áreas hipodensas en la sustancia blanca subcortical de ambos lóbulos occipitales (flechas rojas). IMAGEN 2: Imagen de RM axial potenciada en T2-Flair en la misma zona, demostrando lesiones hiperintensas confluentes en la sustancia blanca subcortical y córtex, de distribución bilateral simétrica (flechas amarillas). IMÁGENES 3 y 4: Mapa de ADC y factor b 1000 de la secuencia de difusión en los que se objetiva la difusión facilitada de las lesiones con altos valores de coeficiente de difusión aparente e hiposeñal en el factor b alto.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rykken, Jeffrey B.; McKinney, Alexander M. (2014). Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*, 35(2), 118-135. doi:10.1053/j.sult.2013.09.007
2. Tetsuka S, Nonaka H. Importance of correctly interpreting magnetic resonance imaging to diagnose posterior reversible encephalopathy syndrome associated with HELLP syndrome: a case report. *BMC Med Imaging*. 2017 May 25;17(1):35. doi: 10.1186/s12880-017-0208-6. PMID: 28545408; PMCID: PMC5445265.
3. Zelaya JE, Al-Khoury L. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome. 2021 Apr 28. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 32119379.
4. Wagih A, Mohsen L, Rayan MM, Hasan MM, Al-Sherif AH. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES): Restricted Diffusion does not Necessarily Mean Irreversibility. *Pol J Radiol*. 2015 Apr 25;80:210-6. doi: 10.12659/PJR.893460.