

Elena	Nombre:
López Banet	Apellido:
Juan Francisco Martínez, Diego Páez Granda, Santiago Ibañez Caturla, Andrés Francisco Jiménez Sánchez, Adelaida León Hernández.	Otros Autores:
eloba3@hotmail.com	E-mail:
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	Hospital:
Murcia	Ciudad:
SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) SIMULANDO UN CÓDIGO ICTUS	Título:
Varón de 63 años que se trasladó desde otro centro como Código Ictus. Como antecedentes personales destacaba cáncer de recto en tratamiento quimioterápico. Se realizó tomografía computarizada (TC) de cráneo simple y se identificaron múltiples lesiones córtico-subcorticales fronto-parietales y occipitales. Se completo estudio con TC con contraste intravenoso visualizando una tenue captación de las lesiones. Ante los hallazgos en imagen y la ausencia de clínica isquémica aguda se sospechó un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). Se rehistorió a los familiares que revelaron historia de crisis tónico-clónicas los días previos. El paciente ingresó en planta para estudio donde presentó múltiples crisis que requirieron ingreso en UCI. Durante el ingreso se realizó TC y resonancia magnética para descartar la presencia de metástasis y confirmar el diagnóstico de PRES. Finalmente, el paciente vuelve a planta con mejoría significativa de los síntomas y posterior reversión del cuadro.	Presentación:
El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) engloba un conjunto de síntomas causados por isquemia reversible, normalmente de la circulación posterior. Aunque su etiopatogenia es controvertida, se conoce su relación con la inmunosupresión en pacientes trasplantados, quimioterápicos, enfermedades autoinmunes o eclampsia. Los pacientes suelen referir cefalea de varios días de evolución, aunque no son raros los casos que se presentan como código ictus por sospecha de isquemia en territorio posterior. Los hallazgos típicos en imagen incluyen lesiones córtico-subcorticales o en sustancia blanca profunda, de distribución bihemisférica y dominancia posterior. Pueden presentar realce tras la administración de contraste y asociar edema vasogénico y citotóxico en secuencias de difusión.	Discusión :
El radiólogo de urgencias debe tener amplios conocimientos clínico-radiológicos acerca del PRES ya que a veces puede imitar un proceso isquémico agudo. La sospecha diagnóstica precoz con imagen es crucial porque cambia radicalmente el manejo terapéutico e influye directamente en el pronóstico neurológico.	Conclusión:
1. Bartynski WS, Boardman JF. (2007). Distinct imaging patterns and lesion distribution in posterior reversible encephalopathy syndrome. AJNR; 28 (7): 1320-7. 2. Bartynski WS. (2008). Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 1: fundamental imaging and clinical features. AJNR; 29 (6): 1036-42. 3. Bartynski WS. (2008). Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 2: controversies surrounding pathophysiology of vasogenic edema. AJNR; 29 (6): 1043-9.	Bibliografía:
Imágenes axiales de TC simple al diagnóstico (a) y una semana después (b). Se visualizan tenues hipodensidades bilaterales en sustancia blanca subcortical fronto-parietal (flechas en a). En el TC de control (b) se evidencia una progresión radiológica	Pie de foto:

de las lesiones que muestran disminución de su densidad y aumento de tamaño. Imagen axial de resonancia magnética con secuencia FLAIR (c) en la que se observan múltiples y extensas lesiones hiperintensas, homogéneas, que afectan predominantemente a la sustancia blanca subcortical bilateral de ambas convexidades fronto-parietales. También se identificaban lesiones similares en lóbulos occipitales (no mostradas). Algunas lesiones tenían un aumento de señal en difusión (d), sin caída de señal en mapas de ADC (no mostrado), compatible con edema vasogénico. No presentaban microsangrados. Tras la administración de contraste se apreciaba un realce parcheado de las lesiones (no mostrado).