



## 242/1516 - ¿DÓNDE ESTÁ SU NARIZ, CABALLERO?

I. Moreno Martínez<sup>a</sup>, L. Calvo García<sup>b</sup>, S. Redondo de Pedro<sup>c</sup> y J. Calvo Pascual<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Madrid.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud M<sup>a</sup> Ángeles López Gómez. Madrid.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud M<sup>a</sup> Ángeles López Gómez. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años sin alergias, sin factores de riesgo cardiovascular, fumadora de un paquete al día durante más de 30 años y consumo de alcohol ocasional. Con antecedente de masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con múltiples adenopatías en estudio desde hace 2 meses y en seguimiento por Neumología. Independiente y trabajadora en la limpieza, sin tratamiento médico. Acude por tres días de progresiva alteración en la visión con fosfenos y visión borrosa. Sin mareo, cefalea, pérdida de consciencia o disminución de sensibilidad o fuerza. Sin disartrias ni asimetrías faciales. Niega fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general, nerviosismo, hipertensión arterial, taquipnea, normocoloreada. Masa adenopática supraclavicular derecha y en región submandibular derecha. Auscultación cardiopulmonar con algún crepitante aislado bilateral. Abdomen sin hallazgos. Miembros inferiores normales. A la exploración neurológica, consciente y orientada, lenguaje fluido y coherente, pupilas isocóricas y normorreactivas. Extinción visual intermitente en campo izquierdo. Prosopagnosia. Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad normales. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones. Se realizó estudio analítico, radiografía de tórax y TAC craneal con hallazgo de lesiones hipodensas an ambos lóbulos occipitales, sin captación de contraste.

**Juicio clínico:** Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) en relación con hipertensión arterial no conocida.

**Diagnóstico diferencial:** Ictus isquémico, metástasis de tumor primario no filiado.

**Comentario final:** Durante su ingreso hospitalario la paciente presentó focalidad neurológica fluctuante, pasando de no reconocer los rostros de sus familiares y de referir ausencia de la nariz en todos los presentes hasta la recuperación con alteración de la visión en campo derecho. El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una entidad poco frecuente pero que como médicos de Atención Primaria debemos tener en mente para poder reconocerla ya que puede aparecer en pacientes con mal control de la tensión arterial o con hipertensión arterial no conocida.

## Bibliografía

1. Sudulagunta SR, Sodalagunta MB, Kumbhat M, Nataraju AS. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). Oxford Medical Case Reports. 2017;4:43-6.
2. Corrow SL, Dalrymple KA, Barton JS. Prosopagnosia: current perspectives. Eye and Brain. 2016;8:165-75.

**Palabras clave:** Prosopagnosia. Encefalitis. Hipertensión.