

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PÓSTER CON DEFENSA

Minimizar
mejorar
Avanzar

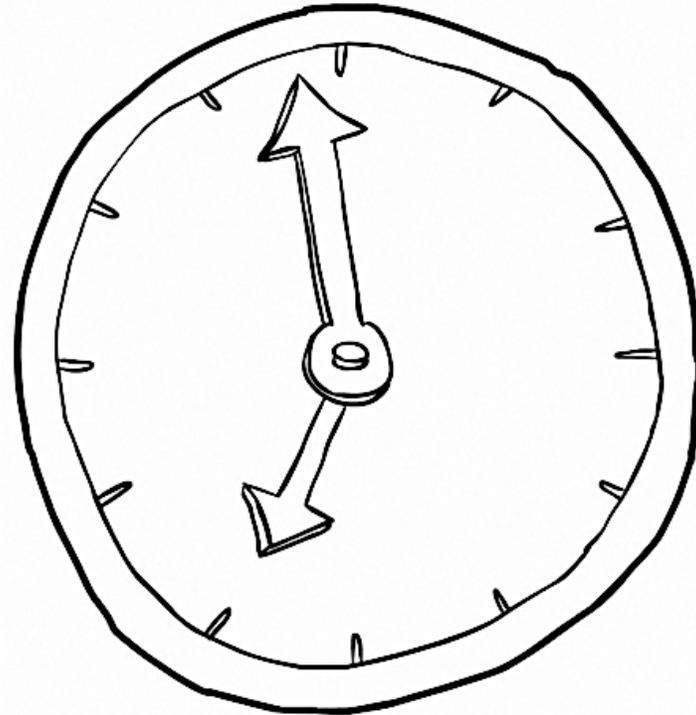
Pérdida de visión tras traumatismo: ¿causa o consecuencia?

Muñoz Lozón A, Sanjurjo Jiménez I, Sanavia Morán E, Muñoz López MC, González Vives ML, Romero Moreno L.

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Déficit motor agudo



Diagnóstico diferencial

Rápida actuación en urgencias

Mejor pronóstico y evolución

CASO CLÍNICO



Niño 5 años

TEP: estable

S: pérdida visión ojo derecho y ptosis palpebral 24 horas evolución

A: no alergias conocidas

M: no medicación habitual

P: no antecedentes personales de interés

L: última ingesta oral 4h

E: TCE (sien izquierda) día previo.

No pérdida de conocimiento ni vómitos. Cefalea 4 días de evolución.

Exploración física

Constantes normales.
Consciente y orientado. Glasgow 15/15.
Midriasis arreactiva.
No diplopía. Dismetría y disdiacocinesia.
Roomberg negativo.
Tendencia a lateración izquierda en la marcha.
Resto EF por aparatos normal.

Manejo urgencias

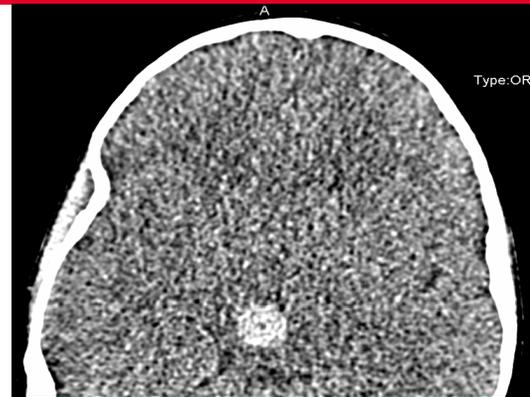
Canaliza VVP.
Analítica sanguínea normal
Monitorización continua (constantes vitales normales).
Traslado a HGUGM (neurocirugía)

Hospital receptor

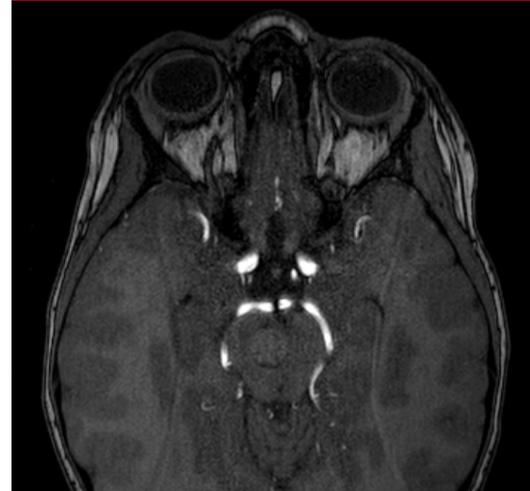
RM craneal

No susceptible resección QX (por localización). No se espera secuelas permanentes graves.

Seguimiento clínico-radiológico.



Lesión hiperdensa homogénea, márgenes definidos en tronco encéfalico. No edema vasogénico periférico ni efecto masa. Hematoma agudo y / o angioma cavernoso.



Lesión mesencefálica sugestiva de malformación venosa cerebral tipo 1, con sangrado reciente y edema perilesional.

COMENTARIOS



Los cavernomas son malformaciones vasculares con una incidencia del 0,5-1% de la población general, siendo poco frecuente en edad pediátrica.

Habitualmente permanecen asintomáticos hasta la edad adulta, produciendo manifestaciones en el 50-70% de los casos y permitiendo su diagnóstico. Los casos sintomáticos en la infancia son más raros.



La expresividad clínica es variable pudiendo aparecer convulsiones, sangrado intracraneal agudo, cefalea o déficit neurológico focal.



La RM es la prueba diagnóstica de elección



El tratamiento depende del riesgo de hemorragia y la localización de la lesión.

Actitud expectante, radiocirugía estereotáxica o cirugía.