



22764 - ENCEFALITIS AUTOINMUNE (EA): NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Guerra Huelves, A.¹; Martín Gallego, I.¹; García Sánchez, C.¹; Gómez-Pintado Cano, L.¹; Pérez García, P.¹; Mata López de Castro, I.¹; Suárez Plaza, A.¹; Eguilior Caffarena, I.¹; Rodríguez Alonso, B.²; Cleary Catalina, M.²; Sáez Pinel, R.¹; Esteban Fernández, L.¹; Zamarbide Capdepon, I.¹; Herranz Bárcenas, A.¹; Montojo Villasanta, M.¹

¹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ²Servicio de Documentación Clínica. Fundación Jiménez Díaz.

Resumen

Objetivos: Describir características epidemiológicas y clínicas de pacientes con EA y establecer su clasificación según los criterios de 2016.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de EA ingresados del 01 de enero de 2016 al 31 de marzo de 2025 en un hospital terciario.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, edad media: 57 años (26-85), mujeres/hombres: 17/11. Antecedentes: autoinmune 21% y oncológicos 43%; 39% infección reciente. Debut clínico: focalidad neurológica (87%), alteración del estado mental (61%), síntomas psiquiátricos (54%), crisis (39%). Tiempo medio hasta el inicio del estudio: 17 días. Pruebas diagnósticas: en LCR, 68% presentó hiperproteinorraquia y 29% leucocitosis. El 79% asoció alteraciones en RMN cerebral, el 29% actividad epileptiforme y el 21% lentificación sin foco epileptógeno. Anticuerpos: 18% intracelulares, 14% sinápticos, 4% de superficie. Se diagnosticó lesión tumoral en 14%. Tratamiento: 86% recibió corticoides, 18% plasmaférésis y 36% inmunoglobulinas. Un 14% además, antiCD20 y un paciente ciclofosfamida. El 39% requirió ingreso en UCI. El 21% falleció. El 32% cumplía criterios de EA posible, 7% EA definitiva, 7% EA probable con anticuerpos negativos, 7% EA límbica definitiva, 7% encefalitis antirreceptor-NMDA y 7% encefalitis de Bickerstaff posible. El 14% planteaban dudas diagnósticas y un 18% no cumplía criterios.

Conclusión: En nuestra serie, predominaban mujeres, con amplio rango etario y antecedentes oncológicos. La clínica más común fue focalidad neurológica y alteración del estado mental asociando retraso diagnóstico desde el inicio del cuadro. En LCR la alteración más habitual fue hiperproteinorraquia y en la mayoría no se detectaron anticuerpos. Pese a tratamiento, hubo mortalidad elevada. Hasta un 32% no cumpliría criterios de EA, siendo EA posible el diagnóstico más frecuente.