

neficios en la rehabilitación de las personas con LM. El aumento de fuerza muscular implica una mejora de la independencia funcional.

19374. OSTEOPOROSIS Y LESIÓN MEDULAR. ESTUDIO DE UN CASO

Milian Alonso, M.; Cascante Gutiérrez, L.

Servicio de Fisioterapia. Fundación Lesionado Medular.

Objetivos: Relacionar la pérdida de densidad de masa ósea con el riesgo de fractura. Estudiar la relación entre el tratamiento de fisioterapia y la prevención en la pérdida de la densidad de masa ósea.

Material y métodos: Hombre de 35 años con una lesión medular D4 ASIA A (completa) que tras 11 años poslesión (2012), tiene un accidente de paracaídas presentando fracturas en ambas cabezas femorales. Realiza tratamiento conservador y se incluyen ejercicios de carga parcial. En 2022 se realiza un estudio de diagnóstico por imagen para conocer el estado del hueso. Se tiene en cuenta la guía clínica de osteoporosis y LM presentada en 2019 por la Sociedad Española de Paraplejía.

Resultados: Radiografía 2012: disminución de la densidad ósea femoral, irregularidad de los techos acetabulares. Fractura empotrada subcapital bilateral. Radiografía 2022: No se visualizan las cabezas femorales, la morfología de los acetábulos está alterada. Desplazamiento craneal de ambos fémures.

Conclusión: Tras 10 años post fractura, se aprecia una absorción de cabezas femorales, probablemente secundaria a una necrosis de las mismas debido a la fractura y a la falta de movilidad asociada a la LM. Según la guía clínica, la bipedestación, la marcha y la realización de ejercicio físico 2-3h al día, 2 veces por semana, no revierten la pérdida de densidad de masa ósea. La contracción muscular inducida por electroestimulación resulta parcialmente efectiva en la preservación de masa ósea tras la LM siempre y cuando se realice un programa largo (12 meses), de alta frecuencia (5 días semana).

18742. MANEJO DE LA ESTIMULACIÓN TRANSCRANEAL POR CORRIENTE DIRECTA (TDCS) EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO CRÓNICO

Martínez Amate, M.; Campos Martínez, J.

Servicio de Neurofisioterapia. Centro de Neurorrehabilitación Aferenta.

Objetivos: Mostrar, observar y analizar los datos obtenidos tras el manejo y uso de la estimulación transcraneal por corriente directa (tdCS) como técnica complementaria en el tratamiento de neurofisioterapia del paciente neurológico crónico.

Material y métodos: Con permiso de los pacientes, se graban actividades funcionales motoras y de marcha antes de comenzar la estimulación. De igual modo, se presenta un cuestionario de sensaciones, dolor (numerado del 1 al 10) y objetivos del paciente, según patología, previo a la aplicación de la tdCS. Posteriormente, tras 10 sesiones, se vuelve a repetir el cuestionario y la grabación. En los casos de lesión medular se añade la escala ASIA.

Resultados: Mejora de las sensaciones del paciente durante el tratamiento con tdCS. Todavía no existen resultados concluyentes ya que el estudio no se ha completado.

Conclusión: La tdCS es una técnica complementaria al tratamiento de neurofisioterapia con resultados prometedores. Los pacientes tratados mediante tdCS refieren mejoras en los diferentes aspectos evaluados.

19433. TELE-TO: UNA NUEVA HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN PARA FACILITAR EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES CON ICTUS

Baladas Ortí, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la intervención de terapia ocupacional (TO) a través de NORA-app holística.

Material y métodos: A los pacientes con ictus altados a domicilio con necesidades de TO se les ofreció una visita telemática a través de NORA para resolver dudas relacionadas con el ictus, la adaptación del domicilio y de las actividades de la vida diaria promoviendo la autonomía y el autocuidado. Se recogió una encuesta de satisfacción de la visita de Tele-TO (PREM).

Resultados: Durante dos años, 993 pacientes fueron incluidos en el seguimiento y se reportaron PROM a los 7 y los 30 días. 147 pacientes presentaron necesidades de TO y fueron incluidos en nuestra intervención de Tele-TO. 61 fueron hombres con una edad media de 68,5 y la media del mRS fue de 2 al alta hospitalaria. Los pacientes de Tele-TO reportaron peores PROM que el resto: en HADS, 40,8% ansiedad y el 34,2% depresión y en PROMIS-10 el 89,3% tenían alteraciones en la salud mental y el 82,1% tenían alteraciones en la salud física, comparadas con el 13,1%, 17,7%, 64,7% y 54,8% respectivamente ($p < 0,001$). 108 pacientes respondieron la encuesta de Tele-TO. La media de utilidad de la intervención (0-10) fue de 8,2 y el 65% reportaron estar "muy satisfechos" con la visita.

Conclusión: La intervención de Tele-TO es factible y se considera útil para la mayoría de pacientes con necesidades de TO. Peores PROM pueden ayudar en la elección de pacientes para la intervención de Tele-TO.

Neuroimagen P1

19778. SIRINGOMIELIA CON CLÍNICA DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA CUBITAL

Laviana Marín, Á.; Viguera Romero, J.; Bocero García, A.; Montero Ramírez, E.; Pérez Vizuete, I.; Torres Moral, A.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

Objetivos: La siringomielia es una patología consistente en la presencia de cavidades rellenas de LCR en la médula espinal. En función de los segmentos medulares afectados, puede producir clínica de tipo motor, sensitivo o disautonómico. Presentamos un caso que, por sus características, obligó a realizar diagnóstico diferencial con otras etiologías.

Material y métodos: Se trata de un varón de 36 años, sin antecedentes relevantes, que es derivado a consultas de Neurología por pérdida de fuerza en 4º y 5º dedos de mano derecha, con dolor en eminencia hipotenar y signos de inflamación en la zona. Se había realizado resonancia magnética y ecografía sin signos de patología tendinosa, y un electroneurograma sin signos de neuropatía cubital.

Resultados: A la exploración destacaba una actitud en flexión de ambos dedos, sin atrofia, e hipoestesia termoalgésica en territorio del nervio cubital. Se realizó un nuevo electromiograma, sin signos de atrapamiento de nervio cubital ni de radiculopatía, aunque con afectación leve de las vías corticoespinales de los miembros superiores. Una resonancia magnética de columna demostró una cavidad siringomielica a nivel de C6-C7. Posteriormente una resonancia de cráneo descartó alteraciones estructurales.

Conclusión: La alteración en ese paciente incluye de forma probable a las fibras espinotalámicas y corticoespinales de localización anterolateral en el cordón medular. Este caso muestra cómo, dentro de su espectro clínico, la siringomielia puede producir un cuadro que remeda inicialmente una neuropatía periférica.

18940. TIEMPO ES CEREBRO: INFARTO TALÁMICO BILATERAL POR OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA DE PERCHERON, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ POR RM CEREBRAL PARA PODER TRATAR PACIENTES

Salvador Sáenz, B.¹; García García, M.¹; Piquero Fernández, C.¹; Romero Plaza, C.¹; Díaz del Valle, M.¹; Terrero Carpio, R.¹; Sáenz Lafourcade, C.¹; Escolar Escamilla, E.¹; Méndez Burgos, A.¹; Pinel González, A.¹; Pagliarini Gil, P.²; Landa Marín, L.²; Martín Ávila, G.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Presentar un infarto talámico bilateral diagnosticado precozmente y con buena evolución tras fibrinólisis.

Material y métodos: Mujer de 53 años que presenta un cuadro de mareo, inestabilidad, vómitos y diplopía binocular de inicio al despertar. A la exploración destaca disartria leve, restricción a la ABD de OD y nistagmo vertical en supravisión (NIHSS 1). Se activa código ictus, realizándose estudio multimodal sin alteraciones. Una hora después de la valoración inicial, presenta un deterioro del nivel de conciencia brusco (GCS 8; NIHSS 12 afasia, reflejo amenaza negativo bilateral, mirada desconjugada y nistagmo vertical). Se solicita nuevo TC y angioTC sin cambios y se realiza RM urgente que objetiva una restricción en secuencias en difusión en tálamo bilateral sin alteración de señal en FLAIR ni T2, sugerente de lesión isquémica aguda sin infarto establecido. Se decide entonces realizar fibrinólisis intravenosa.

Resultados: Dentro del estudio etiológico, se realizó estudio cardiológico completo, estudio de autoinmunidad, estudio para descartar patología tumoral con PET-TC y estudio de trombofilia todos normales. Fue diagnosticada de diabetes mellitus (HbA1c > 10%) con afectación microvascular retinopática y polineuropática. Se realizó estudio neurológico que mostró ateromatosis carotídea bilateral leve sin estenosis. Neurológicamente evolucionó favorablemente, con mejoría franca del nivel de conciencia, quedando como síntomas residuales apatía, limitación de supravisión y esotropía de OD (NIHSS 1, ERm 1).

Conclusión: El diagnóstico precoz del infarto bitalámico por oclusión de la arteria de Percheron es fundamental para poder indicar tratamiento reperforador. La realización en fase aguda de RM permitió indicar tratamiento en nuestra paciente.

19775. MENINGIOMA COMO ETIOLOGÍA HABITUAL DE ICTUS

Laviana Marín, Á.; Montero Ramírez, E.; Loscertales Castaños, J.; Bocero García, A.; de Torres Chacón, R.; Pérez Sánchez, S.; Montaner Villalonga, J.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

Objetivos: Las neoplasias pueden ser causa de un ictus isquémico a través de diferentes mecanismos. Presentamos un caso por mecanismo compresivo de la arteria cerebral media por meningioma.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 45 años, con HTA como único antecedente conocido, con clínica del despertar de afasia y hemiparesia derecha, activándose código ictus a su llegada al hospital.

Resultados: En neuroimagen se identifica lesión ocupante de espacio de 28 x 27 mm en región frontobasal y fosa temporal izquierda, compatible con meningioma. Ocasiona efecto masa, con compresión de ACI supraclinoidea y segmento M1 izquierdo. En el territorio de la ACM izquierda se evidencian varias lesiones isquémicas en distinto grado de evolución, destacando una en la región superficial frontal superior (M5), más aguda y compuesta en su mayoría por penumbra, y varias establecidas en los territorios tanto superficial (opérculo frontal, parietal posterior y temporal posterior) como profundo. La ACA es asimismo desplazada por la lesión, aunque con adecuado relleno distal. Ingresa en unidad de ictus, presentando fluctuación presumiblemente hemodinámica de la clínica, oscilando entre NIHSS 3 y 10, que se estabiliza con sueroterapia intensiva y corticoterapia. Actualmente está asintomática y se ha decidido actitud quirúrgica de manera programada.

Conclusión: Presentamos un caso de ictus de etiología inhabitual, presentando clínica de gran vaso originada por mecanismo compresivo por neoplasia. Al valorar la neuroimagen es importante tener en cuenta la posibilidad de compresión extrínseca como etiología de ictus, por las particularidades que entrañan su manejo agudo y su pronóstico.

18769. SÍNDROME SMART, ATROFIA CEREBRAL Y OTRAS COMPLICACIONES TARDÍAS DE LA RADIOTERAPIA CRANEAL EN UN PACIENTE CON MÁS DE 40 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Benetó Andrés, H.; Ruiz Nieto, N.; Zahonero Ferriz, A.; Monclús Bleuca, A.; Fortanet García, M.; Soriano Soriano, C.; Campillo Alpera, M.

Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló.

Objetivos: La radioterapia induce daño tanto a nivel parenquimatoso como a nivel neurovascular que puede manifestarse años después del tratamiento en forma de complicaciones poco frecuentes dado el mal pronóstico de las neoplasias cerebrales en las que se aplica. Presentamos el caso de un paciente con > 40 años de seguimiento tras resección y radioterapia de un astrocitoma en la adolescencia que ha presentado a lo largo de su evolución varias complicaciones derivadas de su tratamiento.

Material y métodos: Varón de 58 años con antecedente de astrocitoma frontal derecho a los 15 años que se trató con resección quirúrgica seguida de radioterapia. 36 años después, presenta episodios recurrentes de hemiparesia y hemihipoestesia izquierdos que condicionan su ingreso en otro centro en varias ocasiones descartándose recidiva de su enfermedad. En uno de ellos, se acompaña además de convulsiones y cefalea de características migrañosas. En el último año, presenta un nuevo episodio de hemiparesia derecha brusca.

Resultados: Se muestran imágenes de RM: síndrome de SMART, atrofia progresiva, ictus isquémico lacunar en el seno del área tratada.

Conclusión: Estas complicaciones son raras dado el mal pronóstico de las entidades en las que se aplica. Presentamos un caso singular de un paciente con > 40 años de seguimiento durante los cuales ha presentado varias de las complicaciones tardías de la radioterapia. Llama la atención la marcada atrofia cerebral y leucoaraiosis observada en RM teniendo en cuenta el buen control de los factores de riesgo vascular. Estos hallazgos podrían estar también relacionados con la radioterapia.

18717. HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO; MÁS ALLÁ DE UN VÉRTIGO

Hernández Ramírez, M.; Celi Celi, J.; González Gómez, M.; Villamor Rodríguez, J.; Sánchez García, F.; González Sánchez, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Los hemangioblastomas son tumores benignos y altamente vasculares, de localización predominantemente infratentorial. Representan el 1-2% de todas las neoplasias intracraneales y un 30% se asocian con la enfermedad de Von Hippel-Lindau. Nuestro objetivo es revisar esta entidad infrecuente, así como su diversa presentación clínica.

Material y métodos: Mediante la revisión de la historia clínica de un paciente y una búsqueda bibliográfica. Se trata de un varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por cuadro vertiginoso posicional de dos semanas de evolución, sugiriendo inicialmente un origen periférico. En la exploración, únicamente nistagmus horizontorrotatorio y lateropulsión izquierda. Valorado por Otorrinolaringología, descartaron patología cocleovestibular.

Resultados: Se solicitó TC craneal, objetivándose lesión quística cerebelosa izquierda con nódulo mural asociado, de 4 x 4,5 x 3 cm, que condicionaba efecto de masa significativo, sugiriendo hemangioblastoma. Fue derivado a Neurocirugía y, tras completar estudio con RM

cerebral, se realizó evacuación del mismo mediante craneotomía retrosigmoidea, sin incidencias. La anatomía patológica confirmó nuestra sospecha y el paciente presentó evolución clínica y radiológica favorables.

Conclusión: Las manifestaciones clínicas de los hemangioblastomas son inespecíficas y dependen de la localización y patrón de crecimiento, estando generalmente precedidas por una historia de 6-10 meses de evolución. En aquellos localizados en fosa posterior, son frecuentes signos de HTIC y síntomas como ataxia de la marcha, dismetría y vértigo. En ocasiones, pueden simular patología vestibular, por ello es fundamental realizar una adecuada exploración otoneurológica y, ante ausencia de mejoría u otras incongruencias, solicitar pruebas de neuroimagen que permitan descartar patología central.

19925. NEUMORRAQUIS: HALLAZGO INCIDENTAL EN CRISIS ASMÁTICA

Bartolomé Yumar, A.; Hernández García, M.; García Álvarez, D.; Crespo Rodríguez, M.; Lobato González, M.; Owrang Calvo, I.; González Toledo, G.; Hernández Javier, C.; Rojo Aladro, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Canarias.

Objetivos: El neumorraquis es la presencia de aire en el canal raquídeo, siendo una rara complicación de traumatismos, cirugías, etc. Su aparición sin trauma torácico se ha descrito en crisis asmática, siendo poco frecuente su relación con el neumomediastino en las primeras décadas de la vida. Suele ser asintomática, si bien se puede asociar a dolor radicular y paraplejía.

Material y métodos: Presentamos un caso de neumorraquis epidural asociado a crisis asmática.

Resultados: Varón de 15 años, con antecedente de asma bronquial, que acude a urgencias por fiebre, tos progresiva y dificultad respiratoria. Exploratoriamente destacan crepitantes subcutáneos en supraclaviculares y laterocervicales. En la TC tórax se evidencia neumomediastino y neumorraquis. Sin focalidad neurológica en la exploración inicial, se solicitó TC cráneo que descartó neumocéfalo asociado. Presentó evolución favorable, con reabsorción progresiva del aire, permaneciendo neurológicamente asintomático.

Conclusión: El neumorraquis representa una asociación benigna con el neumomediastino y el enfisema subcutáneo. Fisiopatológicamente tiene su origen en aumentos o cambios bruscos de la presión intraalveolar, difundiendo aire del mediastino al canal raquídeo a través de los nervios intercostales. Como en nuestro caso, los síntomas neurológicos son raros y la mayoría presentan una reabsorción del aire en 2-3 semanas sin complicaciones a largo plazo. El abordaje incluye analgésicos y reposo, evitando maniobra de Valsalva y ejercicios intensos.

19757. INFECCIÓN PARECE, LINFOMA SÍ ES

del Álamo Díez, M.; Amarante Cuadrado, C.; González Arbizu, M.; García-Bellido Ruiz, S.; Montabes Medina, P.; Petronila Cubas, C.; Herrero San Martín, A.; Martínez Salio, A.; Guerrero Molina, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Retratar la complejidad para el diagnóstico radiológico del linfoma primario de SNC debido a sus características en pacientes inmunosuprimidos, pudiendo simular otras lesiones como infecciones del SNC, provocando un retraso diagnóstico-terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo de dos casos etiquetados inicialmente como infección del SNC.

Resultados: El primer caso es una mujer de 80 años trasplantada hepática, que debutó con estatus epiléptico focal. En imagen dos lesiones corticales parietales bilaterales, multinodulares, hipointensas en T2, con captación de contraste y edema asociado, que fueron interpretadas como tuberculomas, iniciando tratamiento antituberculoso. Tras resultados microbiológicos negativos y evolución en una segunda neu-

roimagen se realizó biopsia, llegando al diagnóstico de linfoma. La segunda es una mujer de 50 años con lupus eritematoso sistémico, inmunosupresión y abscesos mamarios previos. Debutó con hemiparesia y hemihipoestesia braquiocrural derecha progresiva de una semana de evolución, sin otra focalidad. En imagen lesiones focales supratentoriales bilaterales con captación anular de contraste e importante edema vasogénico asociado junto con múltiples captaciones puntiformes supra e infratentoriales, sugestivas de origen infeccioso, asumidas como nocardiasis. Tras fracaso terapéutico se realizó biopsia con diagnóstico de linfoma cerebral primario. Ambos casos eran virus de Epstein-Barr positivo. El tratamiento correcto se retrasó 1 y 5 meses respectivamente.

Conclusión: Presentamos dos casos representativos de linfomas primarios del SNC que fueron diagnosticados erróneamente debido a las características de la neuroimagen. En pacientes inmunosuprimidos los linfomas pueden tener características atípicas, incluida la afectación multicéntrica. Es crucial conocerlo para realizar el diagnóstico y tratamiento correctos lo antes posible.

19776. RESOLUCIÓN DE TROMBO MÓVIL CAROTÍDEO GRACIAS A LA ANTICOAGULACIÓN

Laviana Marín, Á.; Loscertales Castaños, J.; de Torres Chacón, R.; Carmona Bravo, V.; Banda Ramírez, S.; Sánchez Fernández, F.; Pérez Sánchez, S.; Montaner Villalonga, J.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

Objetivos: Los embolismos arterioarteriales son una causa infrecuente de ictus asociados a estados protrombóticos. Presentamos un caso de ictus por trombo móvil que se resolvió con anticoagulación.

Material y métodos: Se trata de un varón de 57 años, exfumador, hipertenso y con carcinoma vesical localmente avanzado (T3b-N0), en tratamiento neoadyuvante con cisplatino y gemcitabina, con cuadro de inicio agudo compatible con ictus isquémico de ACM izquierda con 24 puntos en la escala NIHSS, no candidato a medidas de perfusión por encontrarse fuera de ventana terapéutica.

Resultados: Se realiza estudio sonológico con hallazgo de placa ulcerada y móvil de gran tamaño de características mixtas en ACC-I, con flujos arteriales de hasta 340 cm/s, sugestivos de estenosis grave, que se confirma posteriormente con angioTAC. Asimismo, se evidencian oclusión de subdivisión superior de ACM izquierda e isquemia en evolución en territorios M2, M5, M6 e insular. Durante ingreso presenta mejoría progresiva a nivel motor y se descartan cardiopatía embolígena y metástasis. Revisando distintas opciones terapéuticas, se opta por monoantiagregación y anticoagulación con enoxaparina y se realiza control sonológico 6 días después que muestra desaparición completa del trombo y ausencia de signos de estenosis. Es dado de alta con NIHSS 12, programado para actitud quirúrgica respecto de su neoplasia.

Conclusión: Se trata de un caso de trombo móvil en ACC que produjo ictus por mecanismo embólico arterioarterial, resuelto tras inicio de anticoagulación. La ausencia de consenso respecto al tratamiento de esta patología hace necesario individualizar cada caso y considerar las distintas opciones de tratamiento.

19979. NEUROCITOMA GIGANTE ASINTOMÁTICO: LA RELEVANCIA DEL FONDO DE OJO EN LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

González Gómez, M.; Hernández Ramírez, M.; Villamor Rodríguez, J.; Barbero Jiménez, D.; Yusta Izquierdo, A.; Mas Serrano, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El neurocitoma es un tumor primario del SNC infrecuente, bien diferenciado y de localización intraventricular que suele presentarse entre los 20 y 40 años. Se presenta un caso en el que, gracias al estudio del fondo de ojo rutinario, su diagnóstico se adelantó.

Material y métodos: Varón de 24 años, sin AP relevantes salvo obesidad, remitido a urgencias neurológicas tras hallazgo de papiledema bilateral en una revisión oftalmológica rutinaria, sin alteración visual. En la anamnesis descarta cefalea y vómitos previos. Exploración neurológica anodina.

Resultados: En TC cerebral gran masa heterogénea con calcificaciones, áreas quísticas y microhemorragias originada en el ventrículo lateral izquierdo, con extensión contralateral y desplazamiento del *septum pellucidum*. Asimismo, obstruye el agujero de Monro, ocasionando hidrocefalia. Ante estos hallazgos, se deriva a centro neuroquirúrgico de referencia para exéresis, que cursa sin alteraciones. En la exploración neurológica postquirúrgica, se objetiva hemiparesia derecha predominantemente inferior y afasia motora, por lo que se solicita TC cerebral urgente, en el que se aprecia cavidad frontal izquierda postquirúrgica, sin complicaciones agudas. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de neurocitoma. Evolución motora y lingüística favorable hasta el momento.

Conclusión: El neurocitoma cursa de forma asintomática hasta elevar la presión intracraneal, que suele expresarse con cefalea, vómitos y crisis, especialmente si existe expansión extraventricular. Aunque es infrecuente, puede asociar obstrucción ventricular aguda con muerte súbita secundaria. En este caso, el estudio del fondo de ojo adelantó el diagnóstico antes de hacerse sintomático. Así pues, se recomienda incluir esta accesible técnica diagnóstica en el examen neurológico.

19791. ENCEFALOMIELITIS CON VASCULITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER (VVZ)

Bea Sintes, M.; Villarreal Miñano, J.; Lombardo del Toro, P.; Valín Villanueva, P.; Angerri Nadal, M.; Arroyo Pereiro, P.; Martínez Yélamos, A.; Domínguez Rubio, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Reportar un caso de encefalomyelitis con vasculitis por virus varicela zóster (VVZ) que debutó con lesiones por zóster cutáneo en dos territorios.

Material y métodos: Mujer de 85 años, funcionalmente independiente, en remisión completa de linfoma B de células grandes tratada con 3 ciclos de esquema R-CHOP y radioterapia en 2013. Presenta lesiones vesiculosas en territorio V1 izquierdo y en T8 derecho de 48h de evolución, ptosis derecha, pérdida de agudeza visual y dolor en cara lateral de la pierna derecha. En la exploración neurológica destaca afectación del III par craneal derecho, no déficits mnésicos, dismetría talón-rodilla izquierda y marcha con aumento de base de sustentación.

Resultados: Analítica y TC craneal sin alteraciones. En líquido cefalorraquídeo hay proteinorraquia de 7,68 g/L, leucocitos 1.022/uL, no consumo de glucosa y PCR positiva para VVZ. En las primeras 24 horas del ingreso presenta hemiparesia y obnubilación brusca y se realiza angioTC craneal que es normal. La resonancia magnética (RM) con contraste muestra lesiones hemorrágicas corticosubcorticales y en sustancia gris periacueductal, esta última con captación de contraste. En RM medular focos de mielitis de predominio en cordones posteriores. Tratamiento con aciclovir 10 mg/kg durante 3 semanas y prednisona 1 mg/kg durante 5 días. Al alta persiste afectación completa del III par craneal derecho, paraparesia flácida con hiporreflexia rotuliana e hipostesia en territorio L5.

Conclusión: La vasculitis es una complicación infrecuente que hay que sospechar en pacientes con meningoencefalitis por VVZ ante un empeoramiento clínico brusco y a pesar de angioTC normal. El tratamiento precoz puede ayudar a minimizar las secuelas.

19688. SÍNDROME DE DYKE DAVIDOFF MASSON ASOCIADO A EPILEPSIA Y TEMBLOR DE HOLMES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Ramírez, M.; González Gómez, M.; Villamor Rodríguez, J.; Sánchez García, F.; Mas Serrano, M.; Celi Celi, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El síndrome de Dyke Davidoff Masson (DDM) es atribuido a trastornos intrauterinos o perinatales que afectan a la perfusión de un hemisferio cerebral, objetivándose atrofía de un hemisferio cerebral y cambios compensatorios óseos en estudios de neuroimagen posteriores. Su escasa prevalencia y presentación clínica variable convierten su diagnóstico en edades tempranas en todo un desafío. Nuestro objetivo es revisar esta entidad tan infrecuente a través de un caso clínico con diagnóstico de síndrome DDM con temblor de Holmes asociado.

Material y métodos: Se trata de un varón de 54 años, con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal con retraso psicomotor y epilepsia focal sin seguimiento. En la exploración se objetivó asimetría facial, leve hemiparesia espástica izquierda residual y temblor combinado de acción y de reposo en miembro superior izquierdo, de marcada amplitud y baja frecuencia, compatible con temblor de Holmes.

Resultados: Se realizó RM cerebral, observándose hemiatrofia cerebral derecha con área malálica en tálamo derecho, asociando atrofía de estructuras troncoencefálicas ipsilaterales como pedúnculo cerebral y núcleo rojo. Se logró mejoría del temblor parcial con politerapia que incluyó ácido valproico, levetiracetam y clonazepam.

Conclusión: El síndrome de DDM es una entidad con etiologías diversas que puede asociar complicaciones heterogéneas tales como alteraciones cognitivas, epilepsia refractaria y síntomas piramidales residuales contralaterales. Además, en este caso, observamos un temblor de Holmes en probable relación con la atrofía coexistente del haz dento-rubro-talámico derecho, probablemente secundario a daño axonal por lesión talámica perinatal. El tratamiento del DDM es sintomático y depende de los síntomas neurológicos asociados, requiriendo habitualmente un abordaje multidisciplinar.

19758. ROMBOENCEFALITIS IDIOPÁTICA: ¿Y SI FUERA POR EL TRAPS?

Bea Sintes, M.¹; Villarreal Miñano, J.¹; Lombardo del Toro, P.¹; Arroyo Pereiro, P.¹; Solanich Moreno, X.²; Simó Parra, M.¹; Martínez Yélamos, S.¹; Martínez Yélamos, A.¹; Muñoz Vendrell, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: El TNF- α y sus receptores modulan procesos biológicos cerebrales y se asocia con enfermedades desmielinizantes. El síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral (TRAPS) se caracteriza por episodios de inflamación que ocurren mensualmente y duración variable. Presenta sintomatología variada con artromialgias, fiebre o *rash* migratorio entre otros y su inicio suele ser en edad pediátrica. Anakinra es un antagonista del receptor de interleukina-1 que se utiliza como tratamiento.

Material y métodos: Mujer de 42 años en seguimiento por Neurología por leucoencefalopatía con afectación de ganglios basales y síndrome de TRAPS con mutación en TNFR1. Acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de cefalea occipital, hemihipoestesia izquierda, somnolencia, inestabilidad cefálica y en las últimas 24h se añade diplopía y cambio en la voz. Exploración neurológica con somnolencia, paresia del III y IV pares craneales izquierdos, nistagmus en todas las direcciones, dismetría izquierda y rigidez meníngea.

Resultados: En la analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda con autoinmunidad negativa. Líquido cefalorraquídeo turbulento con pleocitosis de 557 con predominio linfocítico 89,4% y proteinorraquia de 0,77 g/L con microbiología negativa. En la resonancia magnética de neuroeje se observa romboencefalitis. El PET-TAC de cuerpo entero sin hallazgos patológicos. Dada la normalidad en todos los estudios, se inicia tratamiento con corticoterapia mg/kg y posteriormente se sustituye por anakinra con notable mejoría.

Conclusión: Una vez descartadas causas conocidas de romboencefalitis, tales como las infecciosas o inmunomediadas, esta podría ser una manifestación rara del síndrome de TRAPS no descrita previamente.

Neuroimagen P2

18875. SIDEROSIS SUPERFICIAL INFRATENTORIAL Y UN HALLAZGO ATÍPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Aldaz Burgoa, A.; Abizanda Saro, P.; López Trashorras, L.; Rodríguez Albacete, N.; Franco Rubio, L.; Cid Izquierdo, V.; Gómez-Escalonilla Escobar, C.; Fernández Revuelta, A.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La siderosis superficial infratentorial es una entidad producida por la extravasación crónica de sangre al espacio subaracnoideo que causa toxicidad progresiva. Se asocia a defectos de la duramadre, cirugías espinales, traumatismos previos, tumores o malformaciones vasculares. Las manifestaciones neurológicas típicas son hipoacusia, ataxia y mielopatía.

Material y métodos: Varón de 43 años sin antecedentes de interés que consulta por cefalea occipital desencadenada horas después de realizar ejercicio físico intenso. Los episodios de cefalea duran menos de 24 horas y remiten con analgesia de primer escalón. El paciente niega otros síntomas y carece de antecedentes traumáticos o quirúrgicos. La exploración neurológica y un análisis de sangre que incluye marcadores cardíacos no revelan alteraciones.

Resultados: Se realiza RM craneal que muestra siderosis superficial extensa en folias superiores de ambos hemisferios cerebelosos y suproposteriores del vermis, así como un pequeño depósito puntiforme de hemosiderina en hemiprotuberancia izquierda. Una arteriografía craneal y medular descarta la presencia de malformaciones vasculares, *shunts* o aneurismas. En la RM medular se objetiva un quiste perirradicular lobulado en el foramen de conjunción T11-T12 derecho con nivel hematocrito, sugestivo de sangrado previo. Además, el cordón medular está rodeado a ese nivel por una leve hipointensidad de señal en T2 que podría corresponder con siderosis superficial.

Conclusión: En el proceso diagnóstico de la siderosis superficial infratentorial es imprescindible realizar un estudio de imagen del neuroeje completo. El origen del sangrado puede estar alejado en el SNC, siendo el quiste perirradicular un hallazgo asociado atípico.

19132. EN BUSCA DE LO ESCONDIDO: “EFECTO FOGGING” A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieto Palomares, M.; Martín Sobrino, I.; García Maruenda, A.; Gómez Ramírez, P.; Quirós Illán, L.; Flores Barragán, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: Durante la fase subaguda del ictus isquémico la lesión puede desaparecer en un 50% de pacientes en pruebas de imagen por el llamado “efecto *fogging*”. Resultando en gran cantidad de falsos negativos.

Material y métodos: Mujer de 84 años hipertensa y dislipémica ingresada por hemiparesia izquierda de instauración ictal con tres días de evolución. A la exploración destaca hemiparesia y hemianestesia izquierdas, paresia facial supranuclear izquierda y ptosis palpebral derecha.

Resultados: Se realiza tomografía computarizada (TC) cerebral al tercer y sexto día de inicio de la clínica que muestran microangiopatía de pequeño vaso. En resonancia magnética (RM) cerebral programada para noveno día describen infarto agudo/subagudo en territorio de arteria coroidea derecha. Como resultado de la hiperperfusión com-

pensatoria del ictus isquémico en fase subaguda, se produce el “efecto *fogging*” que aumentan los valores de atenuación hasta su similitud con el parénquima cerebral.

Conclusión: En pacientes con sospecha de ictus isquémico debemos de tener en cuenta la cronología para la valoración de las pruebas de imagen. Durante la fase subaguda del ictus se produce: desaparición del edema, proliferación de capilares y extravasación de macrófagos y linfocitos en el área infartada, que pretenden remodelar la zona y ocultar la isquemia. Serían necesarias otras herramientas, como la administración de contraste que realza la zona por ruptura de la barrera hematoencefálica, o la TC de perfusión que muestra aumento del flujo y volumen sanguíneo cerebral para detectar el infarto cerebral. Dicho fenómeno es considerado un factor pronóstico favorable que interviene en la recuperación parcial del tejido viable.

19737. LEUCOENCEFALOPATÍA TÓXICA: SERIE DE CASOS

Bayona Gracia, F.¹; Canfield Medina, H.¹; Puy Núñez, A.¹; Suárez Castro, E.¹; Expósito Ruiz, I.¹; Tuñas Gesto, C.¹; Costa Arpin, E.¹; Freijo Arce, M.¹; Aneiros Díaz, Á.¹; Ameneiros Lago, E.²; Abella Corral, J.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos; ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos.

Objetivos: La leucoencefalopatía tóxica es una entidad caracterizada por el daño de la sustancia blanca en relación con la exposición a drogas y medicamentos. Presenta una gran variabilidad clínica y diagnóstica debido a que cada uno de los diversos tóxicos que la pueden producir puede tener un mecanismo fisiopatológico distinto, afectando áreas cerebrales específicas y dando lugar a patrones radiológicos diferentes.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de pacientes con antecedentes de consumo de múltiples tóxicos que son ingresados tras presentar alteración del nivel de consciencia, deterioro cognitivo y alteraciones conductuales.

Resultados: Únicamente en 1 de los 3 casos pudo detectarse positividad en orina para cocaína y opiáceos. En todos los casos se observaron en RMN lesiones en sustancia blanca de distribución simétrica y confluyente, con predominio en territorios frontera, sin captación de contraste y con restricción de la difusión. La evolución de los pacientes fue fluctuante durante las primeras semanas. Dos pacientes presentaron mejoría parcial quedando con secuelas discapacitantes. Otra paciente presentó un deterioro progresivo, falleciendo finalmente tras 7 semanas de ingreso hospitalario.

Conclusión: La leucoencefalopatía tóxica puede estar infradiagnosticada debido a que sus síntomas pueden asociarse a un trastorno neuropsiquiátrico o al propio consumo de tóxicos y puede no llegar a realizarse prueba de imagen. Además, ningún tratamiento ha demostrado una eficacia real en la evolución clínica y pronóstico de los pacientes, usándose en la práctica clínica bolos de corticoides intravenosos con una respuesta pobre y muy variable. Esta entidad es, por tanto, un verdadero reto diagnóstico y terapéutico para neurólogos y otros especialistas.

19269. RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA CEREBRAL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

González Villar, E.¹; Hernández Fernández, F.¹; Fernández López, Á.²; Payá Montes, M.¹; Serrano, B.¹; Alcahut Rodríguez, C.¹; Cuenca Juan, F.¹; Restrepo Carvajal, L.¹; Martínez Fernández, I.¹; Ocaña Mora, B.¹; Sánchez Morales, L.¹; Molina, J.²; Segura, T.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.