

tector de gases que confirma la presencia de CO. El paciente se encontraba inconsciente con movimientos de flexo-extensión de extremidades, pupilas medianas reactivas, hipotensión arterial, respiración agónica y saturación de oxígeno de 62%. A su llegada a la unidad de cuidados intensivos se evidencia una carboxihemoglobina (COHb) de 25% y acidosis láctica grave, por lo que se procede a intubación orotraqueal, con administración de oxígeno al 100% e hidroxicobalamina. Se realiza RMN cerebral mostrando hiperintensidades en secuencias T2 y FLAIR en ambos globos pálidos, sugiriendo lesiones hipóxico-isquémicas secundarias a intoxicación por CO.

Resultados: La fisiopatología se basa en la hipoxia tisular y daño celular directo mediante la formación de carboxihemoglobina (la afinidad de la hemoglobina por el CO es 200-300 veces mayor que para el oxígeno). Las áreas cerebrales más frecuentemente afectadas son las regiones con mayor contenido en hierro: los ganglios de la base (especialmente el globo pálido) y la sustancia negra, por la mayor afinidad de la carboxihemoglobina por ellas.

Conclusión: La RMN tiene gran sensibilidad para detectar anomalías cerebrales tras una intoxicación por CO, aportando información sobre el alcance de la lesión, correlacionándose la extensión del daño mejor que otros parámetros clínicos y analíticos con la evolución del paciente.

19780. INFARTOS TALÁMICOS, UNA SERIE DE CASOS

Capra Remedi, M.; Gómez López de San Román, C.; Blümel Yarleque, M.; Caballero Sánchez, L.; Cerdán Santacruz, D.; Castrillo Sanz, A.; Mendoza Rodríguez, A.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Segovia.

Objetivos: Presentar mediante una serie de casos diferentes síndromes derivados de la afectación vascular del talamo.

Material y métodos: Varón de 60 años, hipertenso, con cuadro súbito de debilidad de miembro inferior izquierdo. Mujer de 37 años encerrada en su domicilio con bajo nivel de conciencia junto a un blíster de lormetazepam vacío. Glasgow 8, anisocoria arreactiva. Requiere intubación. Varón de 56 años con clínica de inestabilidad de la marcha, somnolencia, hemianopsia homónima derecha y paresia facio-braquio-crural derechas del despertar. Mujer de 86 años con empeoramiento súbito de secuelas sensitivas de un infarto talámico izquierdo previo. Varón de 74 años, hipertenso, diabético, obeso con clínica hemisensitiva y disartria súbita.

Resultados: Todos los casos fueron ingresados para estudio de ictus agudo. Salvo en el caso de la secuela sensitiva, la resonancia magnética confirmó al menos una lesión isquémica de carácter agudo en el talamo, a la que se le atribuyó la clínica. En el caso de la mujer joven, la TC inicial mostró lesiones isquémicas incipientes en ambos talamos, y durante el ingreso la paciente presentó hipersomnia diurna, oftalmoparesia compleja y alteraciones de memoria. En el resto la evolución fue favorable.

Conclusión: El talamo es una estructura compleja formada por múltiples núcleos de sustancia gris que a su vez están conectados con diversas áreas corticales y estructuras profundas. Las lesiones por afectación vascular aguda pueden presentar clínica muy diversa según qué núcleos se vean comprometidos. La recuperación suele ser buena, aunque no es infrecuente desarrollar secuelas.

Neuroimagen P3

18852. ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN INTRACRANEAL ASOCIADA A TROMBOSIS DE SEÑO VENOSO CEREBRAL

Fernández Pérez, L.¹; Martín García, V.²; Chueca Martínez, D.²; Martín Santana, I.¹; Cardona Reyes, D.¹; Hernández Concepción, A.¹; Escáneo Otero, D.¹; Pérez Navarro, L.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; ²Servicio de Radiología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria.

Objetivos: La histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva (enfermedad de Rosai-Dorfman [ERD]) es un trastorno proliferativo histiocitario raro, que afecta principalmente a los sinusoides de los ganglios linfáticos, aunque puede asociar afectación extranodal, siendo muy infrecuente a nivel del SNC. Se presenta caso de una paciente con trombosis de senos cerebrales y ERD intracraneal.

Material y métodos: Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que presenta cefalea de alta intensidad de inicio subagudo y 2 crisis generalizadas tónico-clónicas. En la neuroimagen se objetiva trombosis del seno sigmoide izquierdo con edema vasogénico asociado.

Resultados: El estudio etiológico de la trombosis de seno (autoinmune, infeccioso, neoplásico, hematológico) fue negativo. Evolucionó favorablemente, con anticoagulación indefinida al alta y resolución radiológica de la trombosis. 2 años más tarde presenta nuevo episodio de crisis epilépticas, objetivándose recurrencia de la trombosis en la misma localización que, nuevamente, se resuelve. Tras una tercera recurrencia de las crisis, en la RM se identifica lesión nodular peritentorial izquierda adyacente al seno sigmoide afecto de base dural, hipointensa en T1 y T2, con edema vasogénico adyacente y realce homogéneo con CIV. Se realiza resección de la lesión con anatomía patológica compatible con ERD.

Conclusión: La ERD intracraneal tiene una presentación atípica, sin asociar linfadenopatías y con base de implantación dural, asemejando un meningioma. Por este motivo, con frecuencia su diagnóstico es anatómopatológico. A pesar de que no hay casos descritos en la literatura (la entidad en sí misma es infrecuente), se postula que la trombosis de seno sigmoide se haya asociado a este proceso proliferativo.

19608. SÍNDROME DE BOW HUNTER: UN DIAGNÓSTICO QUE REQUIERE UNA VUELTA DE CABEZA

Sempere Navarro, C.¹; García de Soto, J.¹; Ortegón Aguilar, E.¹; Pouso Díz, J.¹; Minguillón Pereiro, A.¹; Martínez Coego, C.¹; Naveiro Soneira, J.¹; Alberte Woodward, M.¹; Cacabelos Pérez, P.¹; Rodríguez Castro, E.¹; Martínez Fernández, J.²; Castiñeira Mourenza, J.²; Arias Gómez, M.¹

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

Objetivos: El síndrome de bow hunter es una forma rara de insuficiencia vertebrobasilar causada por una compresión mecánica de la arteria vertebral durante los movimientos de rotación o extensión cervicocefálicos. Los síntomas varían desde episodios transitorios de vértigo hasta ictus de fosa posterior. Presentamos un caso de síndrome de bow hunter diagnosticado en nuestro Hospital, con el fin de ampliar la literatura disponible acerca de esta enfermedad.

Material y métodos: Paciente de 74 años que consulta por episodios sincopales recurrentes de un año de evolución. En octubre de 2021 se implanta un marcapasos tras la detección de un bloqueo auriculovenricular, pero los sincopes no cesan. La paciente refiere hipoestesia facial en relación con el cuadro y asocia su aparición a movimientos cervicales bruscos. La recuperación es rápida y completa. La exploración física y neurológica realizadas fueron normales.

Resultados: Se realiza ECG, análisis de sangre, TC cerebral simple y doppler-TSA sin evidencia de alteraciones relevantes. Finalmente, se realiza angioTC en distintas posiciones, donde destaca estenosis del 40% de la arteria vertebral derecha durante la extensión cervical, a la altura de C5-C6, secundaria a un osteofito. Los hallazgos son confirmados mediante angiografía. La paciente es diagnosticada de probable síndrome de bow hunter y se programa intervención quirúrgica.

Conclusión: El síndrome de bow hunter es una entidad infrecuente pero con consecuencias potencialmente graves. No existen datos pre-

cisos de su incidencia ni tratamientos estandarizados. Es importante reportar nuevos casos con el fin de ampliar su estudio y optimizar su manejo.

19993. IMPORTANCIA DE RM CERVICAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ELA. A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

Cantador Pavón, E.; Espada Rubio, S.; Martín Gómez, M.; Alonso Navarro, H.; Plaza Nieto, J.; Arroyo Solera, M.; Jiménez Jiménez, F.

Servicio de Neurología. Hospital del Sureste.

Objetivos: La disfagia progresiva es un síntoma clásicamente asociado a ELA, aunque tiene un amplio diagnóstico diferencial que incluye descartar causas estructurales o de motilidad gastrointestinal. La patogénesis de la osificación del ligamento longitudinal anterior o posterior es desconocida, así como la prevalencia. Los pacientes sintomáticos pueden desarrollar síntomas mielopáticos progresivos, y los síntomas compresivos significativos pueden requerir descompresión quirúrgica. Presentamos un caso clínico representativo que reúne ambas situaciones.

Material y métodos: Varón de 87 años acude por cuadro progresivo de 6 meses de disfagia para líquidos, disfonía y leve incontinencia de ambos esfínteres. No clínica sensitiva. No fluctuaciones vespertinas. Exploración con disfonía no fatigable, no diplopía, temblor lingual sin fasciculaciones, atrofia de primer interóseo izquierdo con fasciculaciones, REM vivos sin otros datos de piramidalismo.

Resultados: En la resonancia cervical, imagen situada en la región anterior de los cuerpos vertebrales, en espacio retrofaríngeo con extensión C2 a C7 que impronta en dicho espacio compatible con calcificación del ligamento vertebral común anterior de un hematoma previo. El electromiograma mostró aumento de polifasia, que podría corresponder a radiculopatía activa C8 bilateral. Por tanto, el cuadro bulbar parecía secundario a causa compresiva. Se remite para valorar cirugía. Sin embargo, el paciente fallece tras broncoaspiración e insuficiencia respiratoria secundaria.

Conclusión: Ante un cuadro bulbar progresivo se debe hacer un diagnóstico diferencial incluyendo solicitar resonancia magnética craneal y cervical. En nuestro caso, una lesión retrofaríngea explicaba la clínica de disfagia y disfonía, siendo potencialmente tratable quirúrgicamente.

19029. REORGANIZACIÓN MODULAR-JERÁRQUICA DEL CONECTOMA CEREBRAL EN LA REALIZACIÓN DE DIFERENTES TAREAS COGNITIVAS

Fernández Iriondo, I.¹; Jiménez Marín, A.¹; Aginako, N.²; Bonifazi, P.¹; Cortes, J.¹

¹Neuroimagen Computacional. Biocruces Bizkaia Health Research Institute; ²Facultad de Informática. Universidad del País Vasco.

Objetivos: Explorar en qué medida el conectoma cerebral es capaz de reorganizarse para sustentar algunas tareas cognitivas específicas. Asimismo, estudiar su flexibilidad a nivel modular al realizar diferentes tareas.

Material y métodos: N = 54 sujetos sanos de (22,21 ± 1,62) años de edad y 77% mujeres realizaron las siguientes tareas en un paradigma de resonancia magnética funcional: coincidencia de emociones faciales, memoria de trabajo visual, anticipación y curiosidad emocional, y concordancia cara-género. Además, se adquirieron las imágenes anatómicas T1 y de difusión con 32 direcciones. Estos sujetos fueron elegidos del repositorio público Amsterdam Open MRI Collection (AOMIC) utilizando criterios de inclusión/exclusión basados en calidad de imagen bien consensuados (adquisición de cerebro completo, umbral de cantidad de movimiento, relación señal-ruido y otros). Redes cerebrales estructurales (SC) y funcionales se construyeron tanto en reposo (rFC) como en tarea (tFC). De forma modular y jerárquica con metodología similar a

trabajos previos realizados por la primera autora se analizaron cada uno de los siguientes escenarios: SC-rFC, SC-tFC y rFC-tFC.

Resultados: Para cada escenario se cuantifica en qué medida los módulos estructurales soportan los módulos funcionales y viceversa. Por otro lado, cómo en esos módulos estructurales la activación cerebral se diferencia entre reposo y la realización de las diferentes tareas.

Conclusión: La existencia de módulos estructurales soportando tareas específicas, posiblemente facilitando su realización, aporta una nueva perspectiva más dinámica y flexible del conectoma humano aún sin explorar en patologías y condiciones neurológicas.

19576. DISECCIÓN BILATERAL ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA: REVISIÓN DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Miguel Navas, P.; Martínez Campos, E.; Molina Goicoechea, M.; Herrera Isasi, M.; Gil Alzueta, M.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra.

Objetivos: Presentar cuatro casos de disección bilateral espontánea de arteria carótida interna (ACI) destacando la clínica, pruebas de imagen, tratamiento y evolución de cada uno de ellos.

Material y métodos: Presentamos cuatro pacientes con disección bilateral espontánea de ACI diagnosticada en nuestro centro durante 2022. Recogemos factores clínicos, pruebas de imagen, evolución y tratamiento. Realizamos una revisión de la literatura actual.

Resultados: Presentamos cuatro pacientes, tres varones y una mujer, con una mediana edad de 40 años. La mayoría de ellos describieron cefalea, otalgia o amaurosis como síntomas de debut. Dos de ellos presentan clínica de TACI izquierdo, con oclusión en tandem de ACM. Se administró fibrinólisis intravenosa y se realizó tratamiento endovascular con colocación de stent, no siendo posible en uno de ellos. El tratamiento de prevención secundaria fue variable, desde la antiagregación simple hasta la anticoagulación, según el mecanismo etiopatológico considerado más probable en cada caso. En el estudio radiológico se objetivó que la disección bilateral fue simultánea en dos casos, mientras que en los otros dos había sido en dos tiempos. En uno de los casos, la imagen demostró el diagnóstico de síndrome de Eagle y otro presentó un aneurisma en la arteria vertebral izquierda.

Conclusión: La afectación bilateral de ACI simultánea o en varios tiempos como causa de ictus isquémico puede ser más frecuente de lo descrito y con las nuevas técnicas de imagen es un diagnóstico al alza. Los mecanismos fisiopatológicos, factores predisponentes y el manejo terapéutico siguen siendo inciertos, siendo necesarios más estudios y probablemente un registro multicéntrico.

19929. DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL Y HALLAZGO DE LOES INTRACRANEALES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA PROSTATITIS NECROTIZANTE CON EMBOLISMOS SÉPTICOS

de la Nuez González, J.¹; López Veloso, A.¹; López Santana, A.¹; Juárez San Juan, P.²; González Rodríguez, B.³; González Hernández, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; ²Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Dr. Negrín;

³Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario Dr. Negrín.

Objetivos: Presentación de un caso de prostatitis necrotizante con embolia séptica que debutó clínicamente como focalidad hemisférica derecha y hallazgo de LOEs intracraneales en suelta de globos.

Material y métodos: Los abscesos cerebrales suponen una causa de clínica neurológica focal de presentación aguda/subaguda. La mayoría se producen por extensión directa desde un foco cercano (otitis, sinusitis, herida quirúrgica) y son monomicrobianos. Sin embargo, un 20-35% se producen por diseminación hematogena de foco infeccioso lejano. Orientan más a esta etiología algunos datos como la presencia de

abcesos múltiples, distribución en territorio de ACM o localización en unión sustancia gris-blanca.

Resultados: Varón, 74 años, antecedentes de ERC, esteatosis hepática. Encontrado en domicilio en el suelo, consciente, desorientado, paresia izquierda. Se desconoce tiempo de evolución. En servicio de urgencias se activa Código Ictus. La TC craneal muestra una lesión hiperdensa en ganglios basales derechos compatible con hematoma con captación periférica de contraste y dos lesiones hipodensas más pequeñas en misma localización. En las primeras horas presenta deterioro del nivel de conciencia y fiebre; precisa IOT y soporte vasoactivo. La PL muestra líquido purulento, pleocitosis de predominio polimorfonuclear. Ingresó en UMI con sospecha de meningitis bacteriana vs. tuberculosa abscesificada vs. sepsis con suelta de globos. Finalmente se confirma origen séptico con suelta de globos por prostatitis.

Conclusión: El caso descrito muestra la importancia de tener en cuenta los abcesos en el diagnóstico diferencial ante el hallazgo de LOE intracraneales y nos recuerda que hay que sospechar un posible foco infeccioso sistémico con diseminación hematogena cuando se trata de abcesos múltiples.

18743. ABSCESO RETROFARÍNGEO CON SUBLUXACIÓN VERTEBRAL CERVICAL Y MIELOPATÍA CERVICAL COMPRESIVA SECUNDARIA: UNA CAUSA EXTREMADAMENTE INFRECUENTE DE DIPARESIA AGUDA EN EL NEONATO

García García, M.¹; Salvador Sáenz, B.¹; Romero Plaza, C.¹; Díaz del Valle, M.¹; Piquero Fernández, C.¹; Escolar Escamilla, E.¹; Sáenz Lafourcade, C.¹; Pinel González, A.¹; Méndez Burgos, A.¹; Terrero Carpio, R.¹; Martín Ávila, G.¹; Sánchez Suárez, A.²; Martínez Sarriés, F.¹; Martínez Menéndez, B.¹

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

Objetivos: Presentar el primer caso descrito en un neonato de paresia aguda de MMSS por compresión medular cervical tras subluxación vertebral cervical secundaria a absceso retrofaríngeo.

Material y métodos: Varón de 15 días de vida que ingresa en Pediatría por sepsis neonatal tardía por SAMS. Nos interconsultan por disminución de la movilidad de ambos MMSS. A la exploración se encuentran en postura de extensión, aducción y pronación, con ausencia de movilidad excepto en dedos de ambas manos y sin respuesta a estímulo doloroso.

Resultados: La ecografía de canal vertebral cervical y TAC de cuello muestran absceso retrofaríngeo C3-C5 con efecto de masa sobre la vía aérea y la columna vertebral adyacente, con subluxación posterior del cuerpo vertebral C4 sobre C5 y compromiso de espacio sobre el canal medular. Con el diagnóstico de compresión medular cervical por absceso retrofaríngeo se realiza drenaje quirúrgico urgente del mismo y se decide manejo expectante de la subluxación vertebral. 8-10 horas tras el drenaje quirúrgico se observa mejoría de la movilidad en ambos MMSS. La RM cervical 9 días tras el drenaje quirúrgico muestra resolución del absceso retrofaríngeo y la subluxación vertebral, sin signos de mielopatía. El paciente recupera de forma progresiva la movilidad de MMSS siendo dado de alta 15 días después asintomático desde el punto de vista neurológico.

Conclusión: En todo paciente con sepsis bacteriana de foco desconocido con cuadro de focalidad neurológica aguda es necesario descartar afectación neurológica central o periférica por compresión secundaria a un absceso en alguna de estas localizaciones.

19867. CEREBELOPATÍA AGUDA CON DIAGNÓSTICO DIFERIDO

Rodríguez López, A.¹; Riva Amarante, E.¹; Pérez Parra, F.¹; Álvarez-Linera Prado, J.²; Franch Ubía, O.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional; ²Servicio de Radiología. Hospital Ruber Internacional.

Objetivos: El síndrome de encefalopatía posterior reversible puede afectar de modo predominante al troncoencéfalo o el cerebelo. Las fluctuaciones en la tensión arterial suponen la causa más frecuente, debiendo tener alto nivel de sospecha en leucoencefalopatías de origen desconocido.

Material y métodos: Descripción de caso clínico.

Resultados: Varón de 86 años, hipertenso y con enolismo, presenta un cuadro subagudo de dos semanas de alteración cognitiva leve con disartria. Exploración con tensión arterial 170/110 mmHg, nistagmo gaze-evoked y disartria leve. En la RMN craneal se objetiva hiperintensidad en sustancia blanca cerebelosa y pequeñas hiperintensidades subcorticales occipitales bitemporales, sin captación de contraste ni restricción en difusión, estables en la neuroimagen un mes después. Se realiza ionograma, estudio vitamínico, hormonas y serologías normales; anticuerpos antitransglutaminasa, anti-MOG, antiaquaporina 4, antineuronales y antigangliósidos negativos. Presenta una actividad de transketolasa eritrocitaria con efecto TTP del 30% (normal < 20%). El estudio del líquido cefalorraquídeo es normal. Se amplía un PET-TC corporal anódino y cerebral que identifica hipermetabolismo cerebeloso. Se corrige la tensión arterial y se administra tiamina presentando franca mejoría. En el seguimiento en un año, el paciente se encuentra asintomático. Se obtiene otro análisis de anti-MOG y antiaquaporina 4 negativos y la RMN craneal muestra importante mejoría de la lesión cerebelosa, siendo compatible con un síndrome de encefalopatía posterior reversible.

Conclusión: La leucoencefalopatía cerebelosa puede ser el debut de un síndrome de encefalopatía posterior reversible, pudiendo precisar un seguimiento radiológico prolongado. El hipermetabolismo en el PET-TC craneal puede ayudar en el diagnóstico diferencial de entidades como la encefalopatía de Wernicke.

18827. EL ICTUS QUE SÍ DUELE: OJOS DE BÚHO

Santos Sánchez de las Matas, L.¹; Rubio Flores, L.²; del Pozo Gallegos, I.³; Baudraxler, F.³; Landaeta Chinchilla, D.¹; Bonelli Franco, Á.¹; Llera López, I.¹; Guillán Rodríguez, M.¹; Barbero Bordallo, N.¹; Martínez Ramos, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ²Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba; ³Servicio de Radiología. Hospital Rey Juan Carlos.

Objetivos: El infarto medular es un cuadro infrecuente, grave y potencialmente discapacitante. Muchos pacientes refieren dolor intenso adyacente al nivel del infarto, precediendo a los síntomas, que se suelen desarrollar de forma progresiva en las primeras 12 horas. El síndrome de la arteria espinal anterior es el más frecuente. Presentamos un paciente con infarto medular e imagen típica.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Varón de 19 años con paraparesia progresiva de extremidades superiores (EESS) y cervicalgia tras movimiento cervical leve esa mañana. En la exploración destaca debilidad en EESS de predominio proximal, con reflejos bicipital y estílorradial abolidos de forma bilateral, sin rigidez meníngea. Se descarta un origen vascular del cuadro a nivel craneal, por TAC y angiotomografía normales, y ausencia de xantocromía en LCR. Baja sospecha de origen infeccioso/inflamatorio ante analítica y bioquímica de LCR anodinas, PCR múltiple en LCR negativa y angiotomografía de aorta normal. Posteriormente se constata progresión del déficit motor con alteración sensitiva y esfinteriana. La RMN medular urgente describe hiperintensidad en T2 de las astas anteriores del cordón medular cervical (C3-C5) con restricción de la difusión en relación con infarto medular. Durante el ingreso se completa estudio con autoinmunidad, serologías, frotis sanguíneo, ecocardiograma, shunt d-i y arteriografía: normales, descartando disección aórtica o anomalía vascular medular.

Conclusión: El diagnóstico requiere pruebas complementarias para descartar otras patologías, así como para identificar causas potencialmente mortales, y la angioTAC en el momento agudo para excluir patología aórtica. En RMN es característica la hiperintensidad en T2 de las astas anteriores, conformando una imagen en "ojos de búho/serpiente".

18870. CAMBIOS EN LA MATERIA BLANCA Y FUNCIONAMIENTO NEUROCOGNITIVO EN DM1 DE INICIO TARDÍO EN ADULTOS: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE DTI

Camino Pontes, B.¹; Labayru, G.²; Jiménez Marín, A.³; Garmendia, J.⁴; Villanua, J.⁵; Zulaica, M.⁶; Cortes, J.¹; López de Munain, A.⁶; Sistiaga, A.⁶

¹Grupo de Neuroimagen Computacional. ISS Biocruces-Bizkaia;

²Neuroscience Area. Biodonostia Health Research Institute; ³Grupo de Neuroimagen Computacional. HRI Biocruces Bizkaia;

⁴Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y de Metodología de Investigación. Universidad del País Vasco; ⁵Servicio de OSATEK. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; ⁶Área de Neurociencia. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia.

Objetivos: Estudiar las alteraciones cerebrales de la materia blanca mediante el análisis longitudinal de imágenes de difusión en un período de 10 años en distrofia miotónica tipo 1.

Material y métodos: Material: variables (medidas de integridad de los tractos de materia blanca: anisotropía fraccional, difusividad media, etc.) obtenidas a partir de neuroimágenes de difusión y puntuaciones de test neuropsicológicos que engloban distintos dominios (atención, velocidad de procesamiento, memoria visual...) obtenidos en dos puntos temporales distintos, con 10 años de diferencia. Muestra: 8 participantes diagnosticados de DM1 (50% mujeres), 10 sujetos sanos a modo de grupo control controlados por sexo y edad. Métodos: análisis transversal y longitudinal de la diferencia de integridad entre tractos inter e intragrupo. Análisis de asociación entre la integridad de los tractos y de los datos neuropsicológicos.

Resultados: Se encuentran diferencias intragrupo e intergrupo, así como de manera longitudinal, en numerosos tractos de materia blanca como el tracto corticospinal, el fórceps *major*, etc. Se encuentran asociaciones entre las variables neuropsicológicas y los medidores de integridad de los tractos, como el dominio de visuoconstrucción y el deterioro en el tracto fórceps *minor*.

Conclusión: Los pacientes adultos con un inicio tardío con DM1 pueden sufrir un proceso neurodegenerativo lento y progresivo, así como de un deterioro de la materia blanca en edades tempranas. Este deterioro parece seguir un gradiente anterior-posterior en los tractos y estar asociado con funciones neuropsicológicas específicas.

18929. LESIONES CRÓNICAS CORTICALES Y PAQUIMENÍNGEAS COMO EVOLUCIÓN CRÓNICA DE ENCEFALITIS HERPÉTICA

Ros González, I.; Varas Martín, E.; Freire Lázaro, M.; Palomino Cardozo, N.; López Sanz, C.; Valle Peñacoba, G.; Marco Llorente, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Tras una encefalitis herpética están descritos cuadros tanto de recidiva subaguda como de evolución crónica, entre ellos, el desarrollo de lesiones granulomatosas a largo plazo. Presentamos el caso de una mujer asintomática con lesiones radiológicas sugestivas de granulomatosis y paquimeningitis asociada.

Material y métodos: Mujer de 67 años con antecedentes de encefalitis herpética tipo 1 en 2014 tratada de manera efectiva con aciclovir. En 2017 se realiza RM cerebral y de manera accidental se observan nódulos calcificados temporales que realzan tras la administración de contraste asociados a engrosamiento e hiperrealce paquimeningeo generalizado. La paciente no describe clínica acompañante.

Resultados: Se realiza estudio inmunológico con ANA, ANCA, inmunglobulinas y crioglobulinas con resultado negativo. Estudio de LCR con bioquímica, bandas oligoclonales y PCR de virus herpes negativo. Tras el diagnóstico de paquimeningitis aséptica se opta por vigilancia activa sin inicio de tratamiento corticoideo. La paciente se ha mantenido asintomática, con mejoría de las lesiones corticales y sin cambios en las alteraciones menígeas.

Conclusión: La paquimeningitis se describe como una entidad inflamatoria caracterizada por un engrosamiento fibroso difuso o localizado de la duramadre. Es una manifestación inusual de diversas enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplasias. Su fisiopatología actualmente se desconoce, aunque existe literatura científica que postula su relación con mecanismos autoinmunitarios. El desarrollo de esta entidad asociada a posibles lesiones granulomatosas en ausencia de clínica y en contexto posterior de una encefalitis herpética no ha sido descrito hasta la actualidad.

18842. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE VASCULITIS CEREBRAL: SERIE DE CASOS

El Mouhajir Mohamed, H.; Fernández Velasco, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Juan Ramón Jiménez.

Objetivos: La vasculitis cerebral se caracteriza por la inflamación y destrucción de los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, afectando al sector venoso y arterial. Produce síntomas de disfunción del SNC sin afectación de otros órganos en el caso de la primaria y con afectación sistémica en la secundaria.

Material y métodos: Se presenta el análisis de una serie de seis casos con edades comprendidas entre 32 y 70 años con pruebas neurorradiológicas y clínicas compatibles con vasculitis cerebral valorados en el HJRJ entre los años 2013 y 2022.

Resultados: En la serie de casos analizados fue la clínica cerebrovascular la más común, presentándose de manera ictal. También se observó que el 50% de los pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular, como HTA, DM o dislipemia, añadiéndose en un 33% el tabaquismo. El 66% de los pacientes respondió al tratamiento inmunosupresor y únicamente el 33% de los pacientes presentó marcadores compatibles con enfermedad autoinmune. Todos los pacientes presentaron gliosis y leucomalacia en las pruebas de imagen sugestiva de afectación de la microvasculatura cerebral. Finalmente, dos pacientes fueron diagnosticados de vasculitis sistémica, en un caso posradioterápica y el otro presentó una vasculitis lúpica, mientras el resto fueron diagnosticados de una probable vasculitis primaria cerebral según los criterios de Calabrese.

Conclusión: En conclusión, este estudio destaca la importancia de las pruebas neurorradiológicas no invasivas para el diagnóstico de la vasculitis cerebral. El análisis de imágenes, junto con la clínica, pueden proporcionar un diagnóstico probable de vasculitis primaria cerebral en ausencia de pruebas invasivas.

19810. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO EN UN CASO CLÍNICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Sánchez García, C.¹; Valero López, Á.¹; Ibáñez Gabarrón, L.¹; Arnaldos Illán, P.¹; García Egea, G.¹; Herrero Bastida, P.¹; Llorente Iniesta, M.¹; Martínez García, F.¹; Cánovas Iniesta, M.²; Lozano Caballero, O.³; Pérez Navarro, V.⁴; García Molina, E.¹; Fuentes Rumí, M.¹; Valero López, G.¹; Díaz Pérez, J.¹; de Paco Tudela, G.⁵; Alba Isasi, M.⁶; Vázquez Lorenzo, J.⁷

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca;

²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo; ³Servicio de Neurología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao; ⁴Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía; ⁵Servicio de

Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ⁶**Servicio de Neurología.** Hospital General Universitario de Alicante; ⁷**Servicio de Neurofisiología Clínica.** Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: El linfoma primario del SNC (LPSNC) en inmunocompetentes es una neoplasia infrecuente con patrones radiológicos característicos. **Material y métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 84 años sin antecedentes relevantes con hemiparesia derecha y deterioro progresivo de 2 meses de evolución. En la neuroimagen se observan lesiones multifocales, bihemisféricas de predominio izquierdo, con afectación de ganglios basales, tronco y quiasma óptico, algunas hiperdensas en TC e hipointensas en secuencias T2. Existe realce con gadolinio parcheado de predominio perivascular. La lesión en corona radiata izquierda presenta restricción en difusión y aumento del volumen sanguíneo cerebral relativo (VScr) en perfusión. La espectroscopia muestra una disminución del N-acetil-aspartato y un pico de colina. Las imágenes son sugestivas, en conjunto, de LPSNC. No hubo evidencia de tumor a otros niveles.

Resultados: La afectación de vías ópticas y ganglios basales es más frecuente en LPSNC que en otros tumores. Encontramos un aumento de señal en TC y disminución en RM ponderada en T2 debido a la densa celularidad y, aunque es característico el realce homogéneo intenso, los hallazgos atípicos como el realce parcheado son frecuentes, siendo el realce perivascular, como el de nuestro caso, altamente sugeritivo. En inmunocompetentes es raro el realce en anillo. Como evidencia nuestra paciente, la difusión está restringida habitualmente y en perfusión se observa una elevación leve menor que en otros tumores del VScr. La espectroscopia muestra el patrón neoproliferativo esperable del LPSNC.

Conclusión: Las manifestaciones inusuales del LPSNC dificultan el diagnóstico con neuroimagen convencional y se recomienda obtener secuencias especiales, especialmente en inmunocompetentes.

Neurología crítica + Dolor neuropático P

19023. COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Alcalá Ramírez del Puerto, J.¹; Lara González, M.¹; Cid Izquierdo, V.¹; Hidalgo Valverde, B.¹; Ribacoba Díaz, C.¹; López-Frías, A.²; Pérez García, C.²; Rosati, S.²; Moreu, M.²; Simón Hernández, P.³; Egido Herrero, J.³; Gómez-Escalona Escobar, C.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos;

²Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos;

³Unidad de Patología Cerebrovascular. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Las complicaciones cardiológicas en pacientes ingresados por ictus isquémico provocan una relevante morbilidad. A pesar de ello, existen pocos estudios que determinen la frecuencia y su relación con el pronóstico funcional en los pacientes sometidos a trombectomía mecánica (TM). Presentamos nuestra experiencia en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de pacientes ingresados por un ictus isquémico con oclusión de gran vaso, sometidos a TM en nuestro centro en el periodo de enero 2017 a abril 2023. Se evaluaron los factores asociados al desarrollo de complicaciones cardiológicas, su tasa aparición durante el ingreso y su asociación con la mortalidad intrahospitalaria y la evolución clínica a los 90 días.

Resultados: 862 pacientes fueron sometidos a TM en el periodo de estudio, presentando una complicación cardiológica 91 de ellos (10,56%). Las más destacables fueron: insuficiencia cardíaca grave (31), fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (26), insufi-

ciencia cardíaca leve-moderada (21), daño miocárdico por estrés (7), infarto de miocardio (6), tromboembolismo pulmonar (3) y miocarditis tipo Tako-Tsubo (3). Su incidencia está relacionada con la edad, antecedentes de cardiopatía previa, gravedad clínica al ingreso y un mayor volumen lesional en el TC craneal control de 24h. Los pacientes con complicaciones cardiológicas presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (25,27 vs. 10,23%) y a los 3 meses (39,08 vs. 18,02%), así como peor tasa de independencia funcional a 90 días (24,14 vs. 54,34%).

Conclusión: La tasa de complicaciones cardiológicas en los pacientes sometidos a TM es significativa, conllevando una mayor mortalidad y peor pronóstico funcional.

19492. TROMBOSIS VENOSA SÉPTICA, UNA SERIE DE CASOS

Cañada Lahoz, E.; Lozano Veiga, S.; Berbegal Serralta, R.; Trillo Senín, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: La trombosis séptica de senos venosos (TSSV) es una patología grave con elevada morbilidad. El objetivo de este estudio es describir una serie de TSSV registradas en nuestro centro, estudiando la resolución o no de la trombosis y la morbilidad asociada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo que recoge los datos analíticos, radiológicos y microbiológicos, tratamiento, complicaciones y morbilidad de un grupo de 5 pacientes de nuestro hospital.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes diagnosticados de TSSV. Edad media 66,6 años (DE 16,2). 80% varones. 1 de ellas secundaria a un absceso maxilar, 4 de ellas a meningitis/abscesos otogénicos. En 2 se afectó el seno cavernoso ipsilateral, en otras 2 el seno transverso y en una el seno sigmoide y la vena yugular. En 3 el LCR fue compatible con meningitis bacteriana, en una no se realizó PL y en otra el LCR fue normal. Entre los gérmenes implicados se encontraron microorganismos anaerobios (2), *S. pneumoniae* (1) y *Scedosporium apiospermum complex*. Las 5 requirieron ingreso en UCI debido a coma en 3 casos, shock séptico y estatus epiléptico. Todas fueron tratadas con antibioterapia y 4 recibieron anticoagulación con heparina sódica. Ninguna trombosis se resolvió en controles, 2 mejoraron. Ningún paciente falleció a los 6 meses, aunque 3 sufrieron secuelas neurológicas leves.

Conclusión: En nuestra serie todas las TSSV se asociaron a complicaciones graves de infecciones del área ORL. A pesar de persistir la trombosis tras el tratamiento no se evidenció mortalidad en nuestra serie. Proponemos la realización de una serie amplia de TSSV multicéntrica para aumentar el conocimiento de esta patología.

19786. EMBOLISMOS AÉREOS CEREBRALES POR ACCESO VENOSO YUGULAR

Lorite Fuentes, I.; Rodríguez Martín, A.; Navarro Conti, S.; Blanco Valero, M.; Cáceres Redondo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía.

Objetivos: El embolismo aéreo se define como la entrada de aire en la circulación venosa o arterial. Aparece como complicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, siendo causas frecuentes cirugías, traumatismos y procedimientos endovasculares como accesos venosos centrales. Presentamos el caso de un paciente que tras varios procedimientos invasivos debutó con déficit neurológico.

Material y métodos: Varón de 46 años exbebedor que ingresa en el hospital para trasplante hepático por hepatocarcinoma. En el posoperatorio inmediato desarrolla trombosis arterial hepática que precisó reintervención además de recambio del acceso venoso yugular días después. Tras este, se detecta una hemiparesia y hemihipoestesia izquierdas, así como reflejo cutáneo plantar izquierdo extensor.