

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.

Resultados: Se realizó TC craneal que no mostró lesiones agudas. En RM craneal se objetivaron múltiples lesiones corticales girales y bihemisféricas que restringían en difusión, así como lesiones hipointensas en T1, compatibles con embolismos aéreos. El test de microburbujas excluyó la presencia de foramen oval permeable y la angioTC de arterias pulmonares no mostró la existencia de shunt pulmonar, descartando así embolismo paradójico.

Conclusión: En este caso, se consideraron como fuentes embólicas la cirugía y especialmente el acceso venoso yugular por su relación temporal con los síntomas. El embolismo se habría producido por un flujo de aire retrógrado, desde la vena yugular hacia senos venosos, venas corticales y capilares, resultando en isquemia cerebral. La embolia aérea cerebral es una entidad infradiagnosticada con una radiología característica, que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial ante múltiples lesiones isquémicas de localización giral en el contexto apropiado.

19511. HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA PAROXÍSTICA TRAS HEMORRAGIA VENTRICULAR, IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE ICTUS

Doncel-Moriano Cubero, A.¹; Olivera González, M.¹; Más Calpe, A.¹; Bartolomé Arenas, I.¹; Reyes Figueroa, L.²; Navarro Otano, J.¹; Amaro Delgado, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

²Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: La hiperactividad simpática paroxística (HSP) se caracteriza por una respuesta anómala y excesiva del sistema simpático frente a estímulos externos y puede ocurrir tras lesiones graves del SNC. Curra con taquicardia, taquipnea, hipertensión, hiperhidrosis, hipertermia y posturas anómalas. La inespecificidad de sus síntomas y el mimetismo con otras entidades hacen difícil su diagnóstico.

Material y métodos: Presentación de caso clínico.

Resultados: Varón de 39 años con cefalea y estupor secundario a una hemorragia ventricular primaria de etiología indeterminada. Tras intubación y colocación de drenaje ventricular ingresa en UCI. Despues de retirada de sedación se traslada a la unidad de ictus (UI) donde se objetiva una encefalopatía y episodios paroxísticos de hipertermia, agitación, hipertensión, taquipnea, taquicardia, hiperhidrosis, rigidez y temblor asimétrico. Tras descartar otras causas se orienta como HSP y se inicia betabloqueantes, alfa-agonistas (clonidina) y control de estímulos ambientales con mejoría posterior.

Conclusión: La HSP es una entidad de difícil identificación que plantea diagnóstico diferencial con septicemia, TEP, crisis y deprivación de drogas. Aunque el 80% de HSP son secundarias a patología traumática del SNC, el 5% ocurre tras patología vascular hemorrágica. La fisiopatología es desconocida, proponiéndose una disminución de circuitos inhibitorios descendentes resultando en un estado de hipertonia simpática. Puede desarrollarse en cualquier fase del daño, especialmente tras salida de UCI, por lo que los neurólogos de UI deben saber reconocer la HSP e iniciar el tratamiento oportuno consistente en reducción de estímulos físicos, mórficos, anestésicos, betabloqueantes y alfa-2-agonistas. Su detección precoz podría reducir el exceso de estancia hospitalaria y la morbilidad asociada.

18853. ETIOLOGÍA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE HOSPITALARIA

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Realizar un análisis epidemiológico, clínico, etiológico y terapéutico de una serie de pacientes con trombosis venosa cerebral (TVC), así como de los principales factores pronósticos.

Material y métodos: Estudio de una serie retrospectiva, unicéntrica, de pacientes ingresados con TVC en un hospital terciario de Madrid, en el periodo de julio 2008 a diciembre 2022.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (38 mujeres), con una mediana de edad de 59 años (36-74). Entre las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes se encontraron: cefalea (70,7%), déficits focales (42,7%), encefalopatía (32%) y crisis epilépticas (28%). La etiología más frecuente fue trombofilia (24%), seguido de causas neoplásicas e infecciosas (ambas 14,7%). El 78,7% presentaron afectación de dos o más senos. Hasta el 40% tuvieron un diagnóstico inicial erróneo. El 93,3% de los pacientes recibieron tratamiento antitrombótico (86,7% con heparina), 28% durante 6 meses, 13,3% un año y 30,7% indefinido. El 5,5% requirió tratamiento neuroquirúrgico y en el 9,3% se realizó tratamiento endovascular, mayoritariamente por empeoramiento clínico. Los principales factores pronósticos asociados a mortalidad intrahospitalaria (que fue 9,33%) fueron edad, menor puntuación en escala GCS y mayor NIHSS, datos clínicos de hipertensión intracraneal (paresia VI par) y encefalopatía. El 69,3% fueron independientes a los 3 meses (escala modificada de Rankin menor o igual a 2), con una tasa de mortalidad del 10,7%.

Conclusión: La TVC es una etiología infrecuente de infarto cerebral que afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes, constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico. Es necesario desarrollar protocolos adecuados para evitar errores diagnósticos y establecer las indicaciones del tratamiento quirúrgico y endovascular.

19002. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ¿MITO O RETO?

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Un porcentaje relevante de pacientes con trombosis venosa cerebral (TVC) presenta mal pronóstico a pesar del tratamiento anticoagulante. Algunos estudios sugieren que determinados pacientes podrían beneficiarse de la trombectomía mecánica (TM), sin embargo existen controversias al respecto. Presentamos una serie de casos de TVC tratados con TM con el objetivo de evaluar su eficacia y seguridad.

Material y métodos: Se realiza una revisión de los pacientes con TVC sometidos a TM ingresados en nuestro hospital entre los años 2008 y 2022.

Resultados: De 75 pacientes con TVC ingresados en el periodo de estudio, solo 7 (9,3%) recibieron TM. El 100% eran mujeres. Todos presentaban trombosis de múltiples senos venosos. El motivo para realizar la TM fue el empeoramiento clínico grave a pesar de tratamiento anticoagulante en todos los casos. En 1 caso se asoció tratamiento fibrinolítico intraarterial. Un paciente fallece durante el ingreso por complicaciones médicas no relacionadas con la TVC. 2 pacientes presentan buen pronóstico funcional (escala Rankin modificada menor o igual a 2) a los 3 meses. Se obtuvo recanalización completa en 2 y parcial en 5 pacientes. 2 pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento sin repercusión clínica relevante. Ningún caso presentó hemorragia intracraneal sintomática posterior.

Conclusión: La TM en los pacientes con TVC puede ser un tratamiento a considerar en casos con afectación de múltiples senos venosos y empeoramiento clínico a pesar de tratamiento anticoagulante con un aceptable perfil de seguridad. Una adecuada selección de los pacientes y una mejoría de las técnicas utilizadas pueden ser claves para obtener resultados favorables.

19219. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA

Borchers Arias, B.; Somme, J.¹; Tomé Korkostegi, A.; Txurruka Mugartegui, N.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba.

Objetivos: El fallecimiento de muchos pacientes tras parada cardiorespiratoria recuperada (PCRR) no ocurre directamente por el daño cerebral, sino por la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) guiado por factores pronósticos (FP) de encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) que no siempre son concordantes entre sí. El objetivo es describir y analizar los FP que ayudan en esta decisión y sus discrepancias.

Material y métodos: Se recogieron los datos de pacientes adultos con EHI tras PCRR en Álava entre 2013-2023, así como las pruebas realizadas para su pronosticación (EEG, PESS, biomarcadores, neuroimágenes). Se excluyeron aquellos pacientes con supervivencia < 72 h (pruebas complementarias no realizadas).

Resultados: De 38 pacientes, 25 fallecieron por LET (65,78%), 4 fallecieron sin LET (10,52%), 9 sobrevivieron (23,38%). Tanto en el grupo de LET como en el de supervivientes había discrepancias entre los diferentes FP (16/25 [64%] y 8/9 [88,89%, respectivamente]). Entre los pacientes con LET, 12 (48%) presentaban una neuroimagen favorable, y 5 (55,55%) de los supervivientes una desfavorable o dudosa (4 con buena evolución neurológica). Hay discrepancias también en EEG: 5 (55,55%) de los supervivientes presentaban un EEG desfavorable o dudoso, de los cuales 3 tuvieron buena evolución neurológica. 6 (24%) de los pacientes con LET presentaron PESS normales.

Conclusión: En nuestra serie predominan discrepancias en ambos grupos a expensas sobre todo de las pruebas de neuroimagen, pero también EEG y PESS. Hubo menos discrepancias en los factores clínicos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las limitaciones de los diversos FP a la hora de decidir LET en pacientes con EHI tras PCRR.

18718. MODULACIÓN DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL MEDIANTE ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL DE BAJA INTENSIDAD MEDIDO MEDIANTE MAGNETOENCEFALOGRAFÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Gómez Arguelles, J.¹; Juárez Belaunde, A.²; Alcántara Ariza, N.³; Maestu Unurbe, C.²

¹Servicio de Neurología. Hospital del Tajo; ²Servicio de Neurología. Hospital Quirón Madrid; ³Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Se están utilizando cada vez con más frecuencia las nuevas técnicas de estimulación no invasiva, como la magnética transcraneal (TMS), para el tratamiento de diversas enfermedades que cursan con dolor crónico, como la fibromialgia, pero se desconoce el mecanismo de acción. Nos proponemos con este estudio determinar si tras aplicar este tratamiento existen diferencias en cuanto a la señal cerebral medida mediante una técnica de neuroimagen de alta precisión, como es la magnetoencefalografía.

Material y métodos: Se reclutaron 35 mujeres con fibromialgia y 15 mujeres sanas a las que se les aplicó el TMS durante 5 sesiones, una por semana. Antes y después, se les realizó un estudio de magnetoencefalografía a todas. Se estudiaron diferentes áreas cerebrales y se compararon los resultados a distintas escalas clínicas.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos de las tres áreas estudiadas (cíngulo y corteza prefrontal) con aumento de frecuencias alfa y disminución de frecuencias lentes (theta y delta). Estos cambios se correlacionaron con mejoras en las diferentes escalas aplicadas, así como en el umbral del dolor de las pacientes. No hubo cambios cerebrales en los controles. En cambio, se homogeneizaron las frecuencias cerebrales entre sujetos enfermos y las controles.

Conclusión: La TMS modifica la frecuencia cerebral en áreas involucradas en el dolor crónico, como el cíngulo y la corteza cerebral prefrontal, aumentando frecuencia relativa alfa en detrimento de frecuencias lentes. Estos cambios se correlacionan con las escalas clínicas y además se observa una homogeneización de la señal cerebral similar a los controles.

19703. LA CLÍNICA NO PREDICE LA RESPUESTA AL INTERVENCIONISMO EN LA NEURALGIA POSHERPÉTICA

Martínez Salio, A.¹; Ostos Moliz, F.¹; Pérez Doblado, P.²; Sanzo Esnaola, N.¹; Gil García, A.³; Enguidanos Parra, M.¹; Salazar Zamorano, C.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre; ³Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: En el tratamiento de la neuralgia posherpética, el intervencionismo periférico representa una tercera línea. En segunda línea, son predictores para una buena respuesta al parche de capsaicina al 8%, además del parche de lidocaína, la exploración con alodinia e hipoeslesia. Analizamos si se puede hacer la misma selección de los pacientes con tratamiento intervencionista.

Material y métodos: Se analizan los pacientes tratados y valorados en la consulta de neurología de una unidad del dolor a lo largo de tres años. Se recogen variables demográficas, del dolor, exploración y respuesta a otras terapias (neuromoduladores, opioides, parche de lidocaína y capsaicina). Se considera una respuesta favorable la reducción de un 50% en la intensidad del dolor a las 4 semanas.

Resultados: Se incluyeron 12 intervencionismos, 9 varones y 3 mujeres, con una mediana de edad de 75 años, respuesta favorable en 5 pacientes (40%). Se realizaron: 7 radiofrecuencias de raíces torácicas, 5 bloqueos farmacológicos y 2 aplicaciones de toxina botulínica. No hubo relación alguna con edad, sexo, duración del dolor, dolor crónico previo, comorbilidad psiquiátrica y exploración neurológica (perfíles de hipoeslesia, hiperalgesia o alodinia) con respuesta previa a neuromoduladores, opioides, parche de lidocaína ni capsaicina o tipo de tratamiento intervencionista.

Conclusión: No hemos podido encontrar predictores de respuesta favorable al intervencionismo periférico ni con las características del paciente, la exploración o la respuesta a otros tratamientos. El bajo número de pacientes y el hecho de que este tratamiento solo se aplique si no hay respuesta a tratamientos farmacológicos puede haber condicionado estos resultados.

19199. DOLOR NEUROPÁTICO POSHERNIORRAFIA: EL PAPEL DEL NEURÓLOGO EN LA UNIDAD DEL DOLOR

Martínez Salio, A.¹; Gutiérrez Sánchez de la Fuente, M.¹; Aranda Zamora, E.²; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.¹; Muñoz Ibáñez, C.²; Pérez Rangel, D.¹; Gómez Guijarro, F.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: La presencia de dolor tras la reparación de una hernia inguinal ocurre en un 14-24% de los pacientes, la mitad de los cuales es neuropático. Cuatro nervios (iliohipogástrico, ilioinguinal, rama genital del genitocrural y cutáneo femoral lateral) se pueden dañar. La correcta valoración de estos pacientes ayuda a orientar el tratamiento en una unidad del dolor.

Material y métodos: Presentamos tres casos.

Resultados: Mujer de 45 años, migrañosa, tras cirugía narra dolor en cara interna del muslo izquierdo, exploración con hiperalgesia punzante. Es diagnosticada de neuralgia ilioinguinal, tratada de modo farmacológico, mejoró sin necesidad de intervencionismo. Varón de 40 años,

sin antecedentes, dolor tipo tirantez en testículo derecho, hipoestesia cicatricial y alodinia mecánica dinámica en testículo. Diagnosticado de neuralgia de la rama genital del genitocrural, sin respuesta farmacológica, es tratado con radiofrecuencia ecoguiada de dicho nervio. Varón de 58 años, antecedentes de múltiples cuadros algésicos, dolor opresivo en cara anterior y medial del muslo, desencadenado por extensión de la cadera, exploración con hiperalgesia en la zona descrita con Tinel positivo. Diagnóstico de neuralgia ilioinguinal con datos atípicos, confirmada con bloqueo anestésico, no responde a dicho bloqueo, ni a intervencionismo sobre raíces lumbares, y desarrolla un dolor que excede el territorio inicial, agravado por problemática sociolaboral.

Conclusión: El dolor crónico inguinal posherniorrafia es un cuadro frecuente que puede ser nociceptivo, neuropático o mixto, en el que la labor de un neurólogo dentro de una unidad del dolor ayuda a un diagnóstico topográfico y fisiopatológico que orienta el tratamiento y pronóstico.

Neurología general P1

19162. SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN LICUORAL, LA CEFALEA OLVIDADA

Nystrom Hernández, A.¹; García Sánchez, C.¹; Zamarbide Capdepon, I.¹; Olivé García, L.¹; Herranz Bárcenas, A.¹; Pardo Moreno, J.¹; Guerra Huelves, A.¹; Martín Gallego, I.¹; Eguilior Caffarena, I.¹; Suárez Plaza, A.¹; Arias Villarán, M.¹; López de Mota Sánchez, D.¹; Maure Blesa, L.¹; García Torres, M.¹; Montijo Villasanta, M.¹; Navas Vinagre, I.¹; Osés Lara, M.¹; Arce Obieta, J.²

¹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ²Departamento de Archivo y Documentación. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: El síndrome de hipotensión intracraneal (SHI) tiene etiología variable. Los síntomas clínicos habituales son cefalea ortostática y en algunos casos diplopía por disfunción de pares craneales. Para el diagnóstico son de ayuda la resonancia magnética (RM) craneal, de columna y distintas modalidades de mielografía para evidenciar fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Material y métodos: Descripción epidemiológica y clínica de una serie de casos con hipotensión intracraneal en un hospital terciario de Madrid entre los años 2015 y 2022.

Resultados: Obtuvimos 52 pacientes, 73% mujeres y 27% hombres. El síntoma más frecuente fue la cefalea ortostática (98%), seguido de diplopía (21%). La causa más frecuente fue el antecedente de punción lumbar (48%). Se realizó RM craneal en el 33%, de columna completa y mieloTAC en el 23% de casos, evidenciando punto de fuga en un 58%. El 85% respondió a tratamiento conservador. En el 13% se realizó parche hemático autólogo con remisión sintomática completa. Uno de los pacientes necesitó un segundo parche. Un paciente recibió tratamiento neuroquirúrgico.

Conclusión: El SHI es una entidad infrecuente que debe considerarse ante cefalea postural. Habitualmente se produce por fistulas de LCR tras cirugías, traumatismos o punciones espinales, pero puede ser espontánea (idiopática). La RM cerebral tiene una sensibilidad diagnóstica del 35%, en la RM de columna se encuentra punto de fuga en un 18,5%, por tanto la normalidad de las pruebas no lo descarta. Los parches hemáticos autólogos son tratamientos eficaces si fracasan las medidas conservadoras.

18906. UN CASO DE ADENOPATÍAS Y ENCEFALOPATÍA; UNA COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO

Coronel Coronel, M.¹; Olmedo Saura, G.¹; Martín Aguilar, L.¹; Magallares López, B.²; Blanco Sanroman, N.¹; Domine, M.¹; Pascual Goni, E.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

²Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF), o linfadenitis necrotizante histiocítica, es una enfermedad rara que se presenta típicamente como adenopatías cervicales, fiebre y lesiones cutáneas. Su curso es autolimitado y benigno, aunque se han descrito manifestaciones neurológicas graves y asociación con lupus eritematoso sistémico (LES). Por esto, exponemos un caso clínico que representó un gran desafío diagnóstico.

Material y métodos: Mujer de 34 años que ingresa por cuadro de 1 mes de evolución de fiebre, adenopatías cervicales, síndrome constitucional y edema hemifacial, que durante su ingreso presenta fluctuación del nivel de conciencia con alucinaciones visuales y posteriormente una crisis convulsiva. Se acompañó también de movimientos coreoatetósicos y hemiparesia izquierda.

Resultados: Analítica sanguínea con LDH, RFA y ferritina elevados, anemia, linopenia e hipocomplementemia C3. ANA + antiSM + anticardiolipina + biopsia de ganglio sugestiva de EKF. TC craneal donde se observa hipodensidad en GGBB e hidrocefalia aguda. Se realizó una derivación ventricular externa urgente, análisis de LCR con proteíno-rraquia de 2,9 g, 5 células e IL-6 2539 y se completó el estudio con una RM cerebral que mostraba hiposeñal en T2/FLAIR en GGBB de predominio derecho. Se estableció un diagnóstico de EKF asociado a LES y se iniciaron megabolus de corticoides asociados a ciclofosfamida, con una respuesta espectacular de la clínica y de las alteraciones de neuroimagen.

Conclusión: La EKF puede presentar afectación neurológica en forma de meningoencefalitis y más raramente lesiones en los ganglios basales. Sin embargo, tiene buen pronóstico luego del tratamiento inmunomodulador.

19799. LA IMPORTANCIA DE RECONSIDERAR UN DIAGNÓSTICO ANTE LA APARICIÓN DE HALLAZOS INESPERADOS

Fernández Panadero, A.; Luque Ambrosiani, A.; Ainz Gómez, L.; Díaz Sánchez, M.; Salgado Irazábal, M.; Franco Perejón, P.; Villar Rodríguez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: La diplopía binocular es un síntoma guía importante en muchas enfermedades neurológicas, pero a su vez inespecífico, ya que la topografía y etiología de los cuadros puede ser muy variada.

Material y métodos: Mujer de 83 años, diabética, que consultó en enero de 2023 por diplopía binocular fluctuante y ptosis izquierda, con empeoramiento vespertino de dos meses de evolución. En la exploración inicial se apreció ptosis izquierda sutil con fatigabilidad, sin oftalmoparesia. TC craneal normal. Ante sospecha de miastenia ocular, se solicitó estudio complementario y se trató con piridostigmina. En febrero de 2023 consulta de nuevo por ausencia de respuesta a tratamiento y progresión de los síntomas con ptosis completa, dolor ocular izquierdo y diplopía constante. En la exploración destacaba oftalmoplejia casi completa (respeto parcial del VI par) y midriasis arreactiva izquierda. En TC craneo se vieron signos de sinusitis crónica esfenoidal y etmoidal, se realizó angioTC descartando compresión aneurismática y se cursó ingreso para estudio.

Resultados: La RM puso en evidencia una masa tumoral de comportamiento agresivo a nivel etmoidal/esfenoidal afectando al seno cavernoso izquierdo, planteando estesioneuroblastoma o carcinoma sinusal como primeras posibilidades. En bodyTC se descartó extensión metástásica y se practicó biopsia de la lesión con resultado de linfoma B difuso de células grandes centrogerminal. Recientemente, en abril de 2023, la paciente ha sido valorada por Hematología, comenzando tratamiento quimioterápico con ciclofosfamida, vincristina, prednisona y rituximab.