

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 intervención 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 fisiopatogénico 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; Egulior 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; Montojo 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 mielografía 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 consciencia con alucinaciones visuales y posteriormente una crisis convulsiva. Se acompañó también de movimientos coreo-atetósicos y hemiparesia izquierda.

Resultados: Análisis sanguíneo con LDH, RFA y ferritina elevados, anemia, linfopenia 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 proteinorraquia de 2,9 g, 5 células e IL-6 2539 y se completó el estudio con una RMN cerebral que mostraba hiperseñal en T2/FLAIR en GGBB de predominio derecho. Se estableció un diagnóstico de EKF asociado a LES y se iniciaron megabulus 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 HALLAZGOS 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 oftalmoplejía casi completa (respeto parcial del VI par) y midriasis arreactiva izquierda. En TC cráneo 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 estrofioblastoma o carcinoma sinusal como primeras posibilidades. En bodyTC se descartó extensión metastásica 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.

Conclusión: Aunque inicialmente se establezca un diagnóstico de sospecha razonable, los cambios en la evolución o el hallazgo de resultados imprevistos debe hacernos replantear la orientación del caso y considerar otras posibilidades etiológicas.

19920. ROMBOENCEFALITIS AUTOINMUNE

Serrano Jiménez, M.; Dengra Maldonado, A.; Gallego Zamora, J.; Barrero Hernández, F.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

Objetivos: Las encefalitis autoinmunes comprenden un grupo de enfermedades producidas por anticuerpos contra antígenos sinápticos neuronales y de superficie celular. La romboencefalitis supone la inflamación del tronco encefálico y el cerebelo por diferentes causas y puede manifestarse con múltiples síntomas y un grado de gravedad variado. Presentamos un caso de romboencefalitis de probable etiología autoinmune de repetición.

Material y métodos: Revisión de caso clínico y búsqueda bibliográfica. **Resultados:** Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que sufre cuadros recurrentes, separados por uno o dos años entre sí, con síntomas de territorio troncoencefálico (disminución de nivel de conciencia, diplopía y oftalmoparesia, paresia facial, hipo incoercible y vómitos). Cada episodio se acompaña de la aparición de lesiones a nivel de tálamo, ganglios basales y pedúnculos cerebelosos de características similares, sin captación de contraste. El LCR muestra leucorraquia de predominio mononuclear y proteinorraquia y el estudio microbiológico de autoinmunidad y de BOC, es siempre negativo. La evolución tiende a la resolución clínica y radiológica, con buena respuesta a corticoides.

Conclusión: El diagnóstico etiológico de las lesiones en sustancia blanca no siempre es fácil, ya que implica realizar un diagnóstico diferencial amplio que incluya causas infecciosas, neoplásicas, autoinmunes o sistémicas. A veces, incluso, debe iniciarse el tratamiento de forma empírica para disminuir morbilidad. Nuestro caso representa un reto diagnóstico dado que el estudio completo no ofrece resultados que puedan relacionarse con una enfermedad definida. La principal sospecha es el síndrome de neuro-Behçet por la evolución clínica recurrente y las características radiológicas.

19011. DISGEUSIA COMO CLÍNICA INICIAL DE UNA DISECCIÓN CAROTÍDEA ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO

López Peleteiro, A.¹; García Ramos, M.²; Suárez Huelga, C.¹; Díaz Castela, M.¹; Katherine Vargas-Mendoza, A.¹; Benavente Fernández, L.¹; Calleja Puerta, S.¹; García Cabo, C.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: La disección carotídea (DC) espontánea es una causa importante de ictus en jóvenes. Sus síntomas de presentación son variables, en ocasiones se dan por isquemia distal, pero en otras por compresión de estructuras nerviosas, estando descrita la afectación de pares craneales (PC) en el 10% de los casos. La disgeusia es infrecuente y se ha descrito por afectación del IXPC o de la cuerda del tímpano.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 59 años hipertenso que inicia de forma brusca un cuadro de cefalea hemicraneal acompañada de disgeusia. Tras una semana de clínica el paciente describe un cambio en la tonalidad de la voz. Tras dos semanas de inicio debuta con una alteración transitoria del lenguaje.

Resultados: Se realiza una TC craneal con secuencias angiográficas y de perfusión que muestran un aumento de los tiempos de tránsito en territorio de ambas arterias carótidas internas, así como una imagen compatible con disección de ambas. Dichos hallazgos se confirman posteriormente mediante resonancia magnética y estudio neurosonológico. La alteración del lenguaje revierte con medidas hemodinámicas,

instaurándose tratamiento con antiagregación, siendo alta el paciente asintomático.

Conclusión: El reconocimiento y tratamiento precoces de la DC son importantes para prevenir la isquemia cerebral. Solo el 33% de los casos presentan la tríada clásica de cefalea, síndrome de Horner y eventos isquémicos, por lo que puede suponer un reto diagnóstico. Presentamos un cuadro clínico atípico de DC y destacamos la importancia de su diagnóstico temprano.

19570. MANIFESTACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. LA NECESIDAD DE IDENTIFICACIÓN DE UNA ENTIDAD DESCONOCIDA

Gutiérrez Albizuri, C.; Oyarzun Irazu, I.; Martínez Cándor, D.; Quintana López, O.; Cadena Chuquimarca, K.; Castillo Calvo, B.; García-Moncó Carra, J.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto.

Objetivos: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica con infiltración linfocítica en glándulas exocrinas, pero también presenta manifestaciones extraglandulares, incluyendo neurológicas. La afectación del SNP es más frecuente y está ampliamente descrita. La del SNC está menos definida y es controversial, con prevalencia descrita en el Sjögren primario (SSp) muy diversa. Sugieren dos mecanismos etiopatogénicos, la hipótesis vasculítica y la inmunomediada humoral.

Material y métodos: Mujer de 52 años. SSp diagnosticado en 2010. Anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-LA/SSB e hipocomplementemia C4. Inicialmente gammapatía monoclonal IgM, posteriormente vasculitis leucocitoclástica precisando rituximab y glomerulonefritis membranoproliferativa. Recientemente linfoma linfoplasmocítico. Derivada a Neurología por migraña episódica de alta frecuencia, presentándola años antes del diagnóstico de SSp, precisando toxina botulínica. También presenta síntomas de neuropatía de fibra fina.

Resultados: Para el estudio neurológico se realizan EMNG y RM cerebral, normales. En RM control datos de infundibulitis en posible contexto de SSp.

Conclusión: La prevalencia de afectación del SNC en el SSp, de creciente interés, se desconoce. Está descrito un amplio espectro desde formas asintomáticas con lesiones de sustancia blanca hasta afectación cerebral difusa (principalmente deterioro cognitivo con fallos atencionales o de memoria), focal (síntomas sugestivos de ACV, EM...), medular, meníngea y otras (migraña, alteraciones psiquiátricas). Se sugieren factores de riesgo como afectación de otros órganos y SNP, anticuerpos anti-Ro/SSA, hipocomplementemia o FRCV. Es de especial importancia que las manifestaciones del SNC frecuentemente preceden a las glandulares, pudiendo ser la forma de presentación, y que la variedad de manifestaciones y el solapamiento clínico dificulta diferenciarlas de otras enfermedades neurológicas y autoinmunes.

19941. PAQUIMENINGITIS POR IGG4. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bautista Lacambra, M.; Tique Rojas, L.; Saldaña Inda, I.; Capdevila Lalmolda, J.; Viloria Alabesque, A.; Marta Moreno, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Comunicar un caso de paquimeningitis hipertrófica por IgG4 en un paciente previamente diagnosticado de sinusopatía por IgG4 por biopsia.

Material y métodos: Paciente en séptima década de la vida con primer episodio de diplopía por afectación del VI derecho, edematización palpebral estudiado por ORL siendo diagnosticado mediante biopsia de afectación tipo pseudotumor orbitario por IgG4, sin demostrarse afec-

tación meníngea en dicho momento. Mejoría del cuadro con corticoterapia sin ser posible retirar el tratamiento esteroideo. En seguimiento por nuestro servicio se apreció captación del PET a nivel de canal medular C2-D5 sin clínica asociada. Tres años después debuta con cervicalgia, tetraparesia de predominio izquierdo y retención aguda de orina, ingresando en neurología.

Resultados: La RM urgente mostró paquimeningitis hipertrófica a nivel craneal y medular de C1 a D8. No afectación a otros sistemas en el estudio de extensión. El LCR mostró una hiperproteínorraquia de 3,09 g/L como único hallazgo significativo. La elevación sérica de IgG4 no alcanzó los niveles de 135 mg/dL, por lo que se etiquetó el cuadro como paquimeningitis hipertrófica en contexto de enfermedad por IgG4 probable. Se descartaron causas infecciosas, inflamatorias, autoinmunes y neoplásicas que pudieran producir el cuadro. Se decidió manejar el paciente con rituximab por progresión del cuadro a pesar de tratamiento corticoideo. El paciente ha mejorado de su clínica y continúa en tratamiento con antiCD20 sin incidencias reseñables.

Conclusión: La paquimeningitis hipertrófica por IgG4 es una entidad infrecuente, pero con una notificación creciente debido a que podría ser responsable de un porcentaje de paquimeningitis hipertróficas consideradas idiopáticas.

19040. DEFICIENCIA DE BIOTINIDASA: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA CLAVE PARA TODA UNA FAMILIA

Manso Calderón, R.; Sevillano García, M.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: La deficiencia de biotinidasa (DB) constituye un trastorno metabólico autosómico recesivo debido a mutaciones en el gen *BDT*. Se caracteriza por retraso del desarrollo, epilepsia, hipotonía, alopecia, lesiones cutáneas eritematosas, conjuntivitis, pérdida visual, auditiva y problemas respiratorios. Describimos una familia diagnosticada en la edad adulta.

Material y métodos: Mujer de 46 años con retraso del desarrollo psicomotor, paladar ojival, micrognatia, laringoespasma, dificultades en la marcha y el habla progresivas, hipotonía, disfagia, estrabismo, atrofia óptica derecha y urticaria. Nacida de un matrimonio consanguíneo en tercer grado, siendo la más joven de tres hermanos. Su hermano falleció a los 43 años por insuficiencia respiratoria y presentó crisis epilépticas con estatus recurrentes, retraso mental, mutismo, hipotonía, ataxia, cifosis e hipoacusia; mientras su hermana, con tres hijos, eran asintomáticos.

Resultados: TAC cerebral: atrofia cerebelosa. EEG: actividad epileptiforme. Secuenciación del exoma completo (WES) identificó al caso índice como portadora homocigota de la mutación c.1270G>C (p.Asp424His) en el exón 4 del gen *BDT*. Análisis posteriores confirmaron la segregación autosómica recesiva, al mostrar la variante c.1270G>C en homocigosis en su hermana y en heterocigosis en sus padres. Se recomendó a la familia biotina 10 mg/día.

Conclusión: La DB debe considerarse en el diagnóstico diferencial de síntomas neuro-cutáneos de etiología incierta, especialmente en casos con pérdida visual y auditiva, o historia familiar, con independencia de la edad. Aunque recientemente se ha incluido la DB en programas de cribado neonatal, algunas familias permanecen sin diagnosticar y, si no se trata, la DB puede conllevar discapacidad, coma y muerte.

19312. SIDEROSIS SUPERFICIAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) COMO CAUSA INFRECIENTE DE MIELOPATÍA Y ATAXIA DE LA MARCHA

Brengaret Mata, O.; Brenlla Lorenzo, C.; Rosa Batlle, I.¹; Pérez del Olmo, V.; Sepúlveda Gázquez, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: La siderosis superficial del SNC es un trastorno muy infrecuente resultado del depósito de hemosiderina en las capas subpiales del cerebro y médula espinal. La clínica más frecuentemente asociada es la sordera neurosensorial y la ataxia cerebelosa.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente con siderosis y clínica de mielopatía y ataxia progresivas, pero no hipoacusia.

Resultados: Varón de 59 años con antecedente de accidente de tráfico a los 15 años, con resultado de parálisis completa de plexo braquial derecho. Es derivado a neurología por trastorno progresivo de la marcha de 2 años de evolución. A la exploración destacaba dismetría de extremidades inferiores con signos de piramidalismo franco: Babinski, hiperreflexia y clonus aquileo sostenido bilateral. La marcha era atáxica. Una RM craneal y cervico-dorsal mostró marcada hipointensidad a lo largo de la superficie pial de cerebelo, bulbo, protuberancia, mesencéfalo y todo el trayecto medular, asociada a hiperintensidad centromedular desde bulbo hasta D3. Existía desgarradura dural con colecciones foraminales en C7-D1 y D1-D2 derechas, con ausencia de raíces nerviosas. Una angioRM craneal descartó presencia de malformaciones vasculares.

Conclusión: En nuestro caso, el sangrado crónico se atribuyó a la avulsión de raíces del plexo braquial y formación de pseudomeningoceles en las vainas. El daño neuronal se produciría por la liberación de radicales libres y peroxidación, una vez sobrepasada la capacidad de las células microgliales de síntesis de ferritina. Aunque infrecuente, la siderosis superficial es una entidad a considerar en pacientes con ataxia y/o mielopatías progresivas, especialmente si presentan antecedente traumático de plexo braquial.

19826. CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN: GANGLIONOPATÍA SENSITIVA IDIOPÁTICA; UN CASO CLÍNICO ATÍPICO DE SÍNTOMAS SENSITIVOS EN MIEMBRO SUPERIOR

Tique Rojas, L.; Bautista Lacambra, M.; García Rubio, S.; Canasto Jiménez, P.; Viscasillas Sancho, M.; García Alonso, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: La derivación por síntomas sensitivos de miembro superior es frecuente en neurología general. Presentamos un caso clínico en que su causa fue una enfermedad muy poco frecuente como lo es la ganglionopatía sensitiva idiopática.

Material y métodos: Varón de 57 años sin antecedentes importantes que inicia con cuadro de parestesias e hipoestesias en mano izquierda de 6 meses de evolución sin pérdida de la fuerza. A la exploración destaca ausencia de estílorradial izquierdo, hipopalestesia e hipoestesia en mano izquierda y tendencia a elevación de la misma con los ojos cerrados, que hacen sospechar por la atipicidad del cuadro.

Resultados: Se le realiza ENG en el que se evidencia en las conducciones sensitivas: conducción normal del nervio mediano izquierdo con pérdida acusada-grave de su amplitud. También pérdida de amplitud de nervios cubital y radial superficial izquierdos. Se completa estudio con analítica sanguínea que incluía estudio de autoinmunidad, onconeuronales, patología oncológica y TC body descartando causa secundaria. Se inicia pauta de corticoide sistémico con leve mejoría y seguimiento periódico.

Conclusión: La ganglionopatía sensitiva es un trastorno adquirido, raro, que en ocasiones puede simular síntomas de patologías mucho más banales siendo descubiertas por el especialista. La importancia de estas entidades está en detectarlas de forma precoz y realizar un exhaustivo despistaje de su causa dada su asociación con enfermedades sistémicas subyacentes, generalmente inflamatorias o neoplásicas, que se pueden manifestar incluso después del desarrollo de síntomas neurológicos. A pesar de esto, cerca de la mitad de los pacientes se considera de origen idiopático al no encontrarse una causa exacta.

18647. MENINGITIS TUBERCULOSA COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE LA INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG) EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA URETELIAL DE VEJIGA

Molina Gil, J.¹; Suárez Huelga, C.²; López Peleteiro, A.²; Díaz Castela, M.²; Vargas Mendoza, A.²; Zunzunegui Arroyo, P.²; Criado Antón, Á.²; González Fernández, L.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Valle del Nalón; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; ³Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes.

Objetivos: Subrayar la inclusión de la meningitis tuberculosa (MT) en el diagnóstico diferencial de una meningitis aséptica en pacientes con antecedente epidemiológico de vacunación y/o instilación intravesical de BCG. **Material y métodos:** Varón de 61 años, músico de profesión, tratado hace un año por cáncer de vejiga mediante resección transuretral e instilaciones de BCG, es traído por una alteración conductual caracterizada por desorientación, imposibilidad para la composición de partituras y, en la semana previa, intensa somnolencia diurna. En la exploración se objetivaron una tendencia a la somnolencia, una apraxia para la apertura ocular y un reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral.

Resultados: La analítica reflejó una hiponatremia moderada en relación con un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH). Una TC craneal mostró una lesión isquémica subaguda cerebelosa, que la RM informó como un proceso infeccioso-inflamatorio. La punción lumbar evidenció consumo de glucosa, hiperproteínorraquia y pleocitosis linfocitaria, con negatividad para FilmArray, serologías de virus neurotrofos, *Borrelia* y sífilis, y autoinmunidad. La PCR y el cultivo de LCR para *M. tuberculosis* fueron negativos. El despistaje sistémico para micobacterias también fue negativo. Se instauró tratamiento con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, asociando metilprednisolona 1 mg/kg. El paciente mostró una excelente respuesta en las siguientes 72-96 horas.

Conclusión: La MT representa una rara complicación de la instilación intravesical de BCG en el tratamiento del carcinoma de vejiga. El pronóstico es sombrío, con una alta morbilidad, justificándose un tratamiento empírico precoz ante la menor sospecha clínica. Los estudios microbiológicos son frecuentemente negativos, convirtiéndola en un verdadero reto diagnóstico.

19499. POLINEUROPATÍA POR HIPOTIROIDISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Manero, A.¹; Peinado Postigo, F.²; Cisneros Llanos, J.²; Calvo Alzola, M.²; Villa Rodríguez, D.³; Navarro Muñoz, S.²; Botia Paniagua, E.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro y Hospital de Tomelloso; ²Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro; ³Medicina de Familia. Hospital General La Mancha Centro.

Objetivos: Se estima que hasta el 20% de los pacientes con hipotiroidismo desarrollan síndrome del túnel carpiano confirmado por estudios neurofisiológicos, mononeuropatía más frecuentemente asociada. La polineuropatía periférica es muchísimo menos frecuente. Mononeuropatías (STC, principalmente) y polineuropatía pueden aparecer antes de que existan datos confirmatorios de hipotiroidismo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 47 años que como único antecedente de interés presenta hipotiroidismo primario grave diagnosticado formalmente 2 meses antes. Acude por quejas de parestesias y disestesias en manos, pero sobre todo pies, que han ido incrementándose progresivamente en el último año. A la exploración destacan reflejos osteotendinosos abolidos, hipostesia leve en calcetín corto y nímia en guante, bilaterales, e hipopalestesia leve en regiones distales de miembros inferiores (distribución simétrica).

Resultados: EMG inicial: polineuropatía sensitiva desmielinizante de intensidad moderada en miembros inferiores y leve en miembros supe-

riores. Tras un año de tratamiento con levotiroxina, reporta alivio sintomático de las parestesias/disestesias. EMG al año de tratamiento con levotiroxina: polineuropatía sensitiva desmielinizante leve en miembros inferiores y muy leve en miembros superiores.

Conclusión: Como conclusión señalar que, aunque el STC es la neuropatía más frecuente en pacientes hipotiroideos, también puede desarrollarse una polineuropatía asociada, recientemente aceptada. Los estudios actuales sugieren como causa una posible disfunción de las células de Schwann con desmielinización y disminución de la conducción nerviosa, con posible degeneración axonal secundaria, aunque no está claro cómo los cambios metabólicos del hipotiroidismo producirían estas alteraciones. Se propone que el tratamiento con levotiroxina podría conllevar mejoría clínica y electromiográfica de la polineuropatía hipotiroidea.

19502. MIDRIASIS UNILATERAL EPISÓDICA BENIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Manero, A.¹; Calvo Alzola, M.²; Navarro Muñoz, S.²; Peinado Postigo, F.²; Cisneros Llanos, J.²; Terroba Nicolás, M.³; Botia Paniagua, E.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro y Hospital de Tomelloso; ²Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro; ³Urgencias Hospitalarias. Hospital General La Mancha Centro.

Objetivos: Las anisocorias son causa frecuente de consulta tanto en las urgencias como en las consultas de neurología o de neurooftalmología, suponiendo un reto diagnóstico por la variedad de procesos que pueden ocasionarla. Habida cuenta de que algunos de los procesos que las causan son graves, resulta fundamental un adecuado diagnóstico diferencial precoz. La midriasis unilateral benigna episódica o intermitente es una entidad infrecuente dentro de las anisocorias.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 26 años que acude a urgencias refiriendo episodios autolimitados, de hasta 24-48 horas de duración, de asimetría pupilar a expensas de dilatación pupilar izquierda, con sensación de visión borrosa y dificultad para enfocar, desde 2 semanas antes y aporta fotos. No presenta antecedentes personales de migraña ni ninguna otra sintomatología salvo ansiedad. Niega uso de colirios o fármacos. Exploración neurológica anodina.

Resultados: TC y angioTC craneal urgentes sin hallazgos patológicos. Analítica normal y tóxicos negativos. Vista por Oftalmología descartan patología. En ulterior estudio con RM y angioRM cerebral se confirmó la ausencia de patología estructural intracraneal.

Conclusión: La etiopatogenia de esta entidad no está bien definida, pero actualmente se relaciona con una descompensación entre sistema nervioso simpático (SNS) y parasimpático (SNP). Parece existir un mayor compromiso del SNP en forma de hipoactividad sin poder descartar una hiperactividad del SNS. La midriasis episódica benigna se caracteriza por ser un proceso benigno, sin alteraciones estructurales asociadas, que se presenta predominantemente en mujeres jóvenes. Con cierta frecuencia se suele asociar el antecedente de migraña. Se trata de una patología infrecuente, que requiere de minucioso estudio y diagnóstico diferencial.

Neurología general P2

18818. NEUROPATÍA DEL SEXTO PAR COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE DISECCIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA SECUNDARIA A TOMA DE CABOZANTINIB

Suárez Huelga, C.¹; López Peleteiro, A.¹; Díaz Castela, M.¹; Vargas Mendoza, A.¹; Criado Antón, Á.¹; Zunzunegui Arroyo, P.¹; Simal Antuña, M.¹; Lanero Santos, M.¹; Molina Gil, J.²; López López, B.¹; Benavente Fernández, L.¹; García-Cabo Fernández, C.¹