

te progresivo, sin desarrollo de neoplasia; 2) polineuropatía (PNP) y adenocarcinoma de colon; 3) síndrome miasteniforme y cáncer microcítico de pulmón anti-Hu+; 4) esclerosis múltiple, síndrome miasteniforme y tumor carcinoide bronquial. Anti-Yo + en 2 pacientes con síndrome cerebeloso ± encefalomielitis, y cáncer ginecológico y de recto; y en 1 paciente con trastorno psiquiátrico y quiste benigno de ovario. Antirreoverina + en: 1) retinopatía y carcinoma microcítico; y 2) alteración sensitiva en manos y síndrome de Lynch. Anti-SOX1 y antititina + en una paciente con síndrome miasteniforme y tumor de Whartin. **Conclusión:** Los AAN pueden asociarse con distintos síndromes neurológicos y con la aparición o no de distintos tipos de neoplasia. Antes de establecer la asociación entre ambos se debe confirmar la presencia de AAN con técnicas adecuadas y continuar realizando registros de casos multicéntricos.

18889. ANTICUERPOS ANTINEURONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO: ESTUDIO DEL RIESGO DE CÁNCER EN UNA COHORTE DE UN LABORATORIO DE REFERENCIA

Llanes Ferrer, A.¹; Garay Albizuri, P.¹; Pérez Gil, D.¹; Martínez García, B.¹; Pariente Rodríguez, R.²; Rodríguez Jorge, F.¹; Sainz Amo, R.¹; Buisán Catevilla, F.¹; García Barragán, N.¹; Corral Corral, I.¹; Carrasco Sayalero, A.²; Villar Guimerans, M.²; Chico García, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: El uso extendido de los test comerciales ha incrementado la detección de anticuerpos antineuronales relacionados con síndromes neurológicos autoinmunes (SNAs). Sin embargo, también ha revelado anticuerpos de significado incierto (ASI), aparentemente no acompañados de un SNA. Nuestro objetivo es describir su asociación tumoral.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivas en el que se incluyeron pacientes con anticuerpos intracelulares o de superficie positivos en suero y/o LCR, obtenidos en un laboratorio de referencia entre 2014 y 2022. Se definió como ASI a los anticuerpos no acompañados de un SNA concordante. Clasificamos los anticuerpos según su riesgo paraneoplásico en alto, intermedio, bajo por criterios de Graus *et al.* 2021. Se revisaron historias clínicas para recoger las neoplasias detectadas en fase aguda o durante dos años de seguimiento. Se comparó la tasa tumoral entre los pacientes con ASI y los pacientes con SNA típicos, del total y del subgrupo con anticuerpos de alto riesgo.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes (54,3% hombres, 61,6 ± 17,5 años). El anticuerpo más frecuente fue antirreoverina (20,7%). El 50% tenían un anticuerpo de alto riesgo. Doce (10,3%) tenían un SNA de alto riesgo paraneoplásico y 77 (66,4%) de riesgo bajo/indeterminado. Se identificaron 83 pacientes (71,6%) con ASI. Se halló un nuevo tumor en el 37,9% del total, siendo menos frecuente en el grupo con ASI (RR = 0,55; 0,36-0,85; p = 0,017). Considerando solo los anticuerpos de alto riesgo, también los ASI presentaron menos asociación tumoral (RR = 0,4; 0,21-0,75; p = 0,005).

Conclusión: En nuestra cohorte, los ASI se asociaron menos a cáncer. La determinación de los anticuerpos antineuronales debe ir dirigida por la presentación clínica.

Neurooncología P2

19735. MIOSTATINA COMO BIOMARCADOR DE DAÑO MUSCULAR EN PACIENTES CON LINFOMA TRATADOS CON BRENTUXIMAB VEDOTIN: ¿DENERVACIÓN O SARCOPENIA?

Marco Cazcarra, C.¹; Andrés Benito, P.²; Bellver Sanchís, M.³; Peiró Martínez, I.³; Ferrer, G.⁴; Domingo Domenech, E.⁵; Velasco Fargas, R.⁶

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge;

²Enfermedades Neurológicas y Neurogenéticas. Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); ³Endocrinología. Institut Català

d'Oncologia l'Hospitalet (ICO); ⁴Servicio de Neurología. Hospital de Figueres; ⁵Servicio de Hematología. Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet (ICO); ⁶Unidad de Neurooncología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: La miostatina es un biomarcador muscular cuyos niveles elevados se asocian a sarcopenia. Brentuximab vedotin (BV) es un agente inhibidor de microtúbulos que puede producir daño axonal motor. El objetivo es evaluar el cambio en los niveles de miostatina y neurofilamentos con BV y su asociación con la pérdida muscular.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes con linfoma, evaluados antes y al mes de finalizar el tratamiento con quimioterapia con BV. Se realizó una exploración nutricional y neurológica incluyendo el estudio de la composición corporal en la TC; determinación de miostatina y neurofilamentos séricos; y las amplitudes de los potenciales motores (CMAP) mediante electroneurografía.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 11 mujeres (52%), con una edad media 40 años [21-75]. Después del tratamiento con BV, los niveles de miostatina ($850,7 \pm 637,5$ vs. $1.517,1 \pm 1.024,9$ pg/mL, $p < 0,001$) y de neurofilamentos ($15,9 \pm 13,9$ vs. $54,1 \pm 40,8$, $p = 0,003$) aumentaron de forma significativa. Todos los CMAP se redujeron con el tratamiento: APB derecho ($9,5 \pm 3,7$ vs. $7,0 \pm 3,5$ mV, $p = 0,015$), APB izquierdo ($9,5 \pm 3,7$ vs. $6,4 \pm 2,9$ mV, $p < 0,003$), en ADM derecho ($11,0 \pm 1,9$ mV vs. $9,2 \pm 3,1$ mV, $p = 0,031$) y ADM izquierdo ($10,2 \pm 2,0$ vs. $7,9 \pm 2,1$, $p = 0,013$), CPE derecho ($5,9 \pm 2,8$ mV vs. $3 \pm 2,6$ mV, $p = 0,001$) y CPE izquierdo ($6,4 \pm 2,3$ vs. $2,8 \pm 1,9$ mV, $p = 0,001$). Sin embargo, los índices de masa corporal, masa muscular y tejido adiposo total y visceral en la TC no mostraron cambios significativos después del tratamiento.

Conclusión: Los niveles de miostatina se incrementarían en respuesta al daño muscular por la denervación más que por la sarcopenia inducidas por el tratamiento con BV.

18689. MIASTENIA GRAVIS TRAS INICIO DE AVELUMAB: UN EFECTO ADVERSO INESPERADO

López Anguita, S.; Lorenzo Montilla, A.; Alarcón Morcillo, M.; Palacios Mendoza, M.; Gutiérrez Ruano, B.; Valenzuela Rojas, F.; Olmedilla González, M.

Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Objetivos: La *miastenia gravis* (MG) es un efecto adverso (EA) infrecuente, 0,1-0,25%, del uso de inhibidores del punto de control inmunológico (ICI), con un riesgo 26 veces mayor al de pacientes sin tratamiento. Reportamos el caso de un paciente con MG tras inicio de avelumab.

Material y métodos: Varón de 67 años diagnosticado de carcinoma urotelial de alto grado. Tras resección incompleta, bloqueo hormonal, radioterapia y 6 ciclos de gemcitabina inicia tratamiento con avelumab. Dos semanas tras el inicio, comienza clínica fluctuante de disartria flácida, ptosis bilateral y diplopía con restricción a dextro y levovisión, con fatigabilidad a la exploración.

Resultados: Se realiza analítica sanguínea, destacando CK 2335 y Ac antiIgGADina > 142. RM cerebral y estudio neurofisiológico (jitter, estimulación repetitiva, EMG) sin alteraciones. Ante sospecha de MG tras ICI, se discontinúa y se inicia metilprednisolona 500 mg iv × 5 días y piridostigmina 30 mg c/8h, con vigilancia en UCI y excelente respuesta. Se reciben Ac antiRach en zona gris (> 0,65), confirmando evolución favorable a los 6 meses tras pauta descendente de prednisona.

Conclusión: Destacamos la importancia de conocer este EA infrecuente tras inicio de avelumab (1,5% del total de MG secundarias a ICI), con solo dos casos reportados e inicio variable entre 2ª-12ª semana. Objetivado en pacientes con edad media más avanzada que resto de EA (69 años), presentan una mortalidad del 30-40%, especialmente si el inicio de síntomas ocurre durante el primer mes o existe toxicidad multiorgánica. Presentan mejor respuesta terapéutica si anti-Rach negativos y elevado riesgo de recurrencia tras reinicio del tratamiento.

19115. CARCINOMATOSIS MENÍNGEA: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA CITOLOGÍA DEL LCR

Tena Cucala, R.¹; Simó, M.²; Alemany, M.²; Vilariño, N.²; Bruna, J.²; Velasco, R.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge. Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); ²Unidad de Neurooncología. Hospital Universitari de Bellvitge. Institut Català d'Oncologia l'Hospitalet (ICO).

Objetivos: La carcinomatosis meníngica (CM) aparece en el 10% de pacientes con tumores sólidos clásicamente asociada a mal pronóstico. Se clasifica como tipo 1, citología (AP) en líquido cefalorraquídeo positiva con neuroimagen compatible o no; y tipo 2, negatividad o atipia de citología con neuroimagen y clínica compatibles. Se ha reportado el papel pronóstico de esta clasificación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de pacientes con CM tratados con tratamiento intratecal (TIT) en nuestro centro.

Resultados: Tratamos 105 pacientes con CM entre 2010-2021, la mayoría mujeres (64,8%) con edad media de 58,5 (26-84) años. Las neoplasias sólidas más frecuentes fueron pulmón (58,1%) y mama (32,4%). La mayoría (69,5%) fueron de tipo 1. En la primera punción lumbar, un 37,1% de los pacientes (39/105) y un 25,7% (27/105) presentaban hipoglucorraquia e hiperproteíorraquia respectivamente. La AP fue positiva en un 58,1%, atípica en 12,4% y negativa en el 29,5%. Se repitió la punción en las 44 atípicas/negativas siendo positivas 12 (27,3%). La mediana de ciclos/paciente fue de 10 (1-21), en 58,1% por reservorio Ommaya. Un tercio de los pacientes (32,4%) sobrevivieron más de 12 meses. En el análisis multivariante no identificamos diferencias en la supervivencia (CM I: 42,9 vs. CM II: 60,6 semanas, $p = 0,141$).

Conclusión: La forma de presentación de la CM según su diagnóstico no impactó en el pronóstico de las CM tratadas con TIT en nuestro centro. La CM es una complicación neurooncológica tratable en la que los neurólogos podemos participar en el proceso diagnóstico y terapéutico contribuyendo a incrementar la supervivencia.

19646. PLEXOPATÍA LUMBOSACRA INFILTRATIVA POR LINFOMA B DE ALTO GRADO

Capdevila Lalmolda, J. I.¹; Roche Bueno, J. I.¹; García Alonso, I. I.¹; Bautista Lacambra, M. I.¹; Urgel Royo, C. I.²; Moreno Loscertales, C. I.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet;

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Describir las características clínicas de la plexopatía lumbosacra infiltrativa mediante la exposición de un caso clínico.

Material y métodos: Presentamos un caso de plexopatía infiltrativa por linfoma B de alto grado en un paciente de 68 años con antecedentes de interés de hipertensión arterial, dislipemia, hábito tabáquico y parálisis del VI par de origen isquémico 6 meses antes.

Resultados: El cuadro clínico comienza en noviembre de 2022 con dolor y parestesias en muslos con escasa respuesta a la analgesia habitual. No presenta clínica esfinteriana ni síntomas disautónómicos. En la exploración destaca la abolición de la sensibilidad vibratoria hasta las rodillas y la artrocinética distal. Asocia hipoestesia en territorio S1-S2 bilateral. El estudio neurofisiológico de extremidades inferiores objetiva un patrón neurógeno que no puede ser explicado por la afectación de una única raíz o nervio periférico. La resonancia magnética lumbar, por su parte, descarta compromiso radicular en el canal. Se realiza análisis de LCR mostrando linfocitosis, sin atipias, y ausencia de células malignas. Finalmente, la resonancia magnética de plexo lumbosacro muestra un engrosamiento de la raíz L5 derecha y S1 izquierda, de probable etiología infiltrativa tumoral, y el estudio isotópico determina lesiones hipermetabólicas infiltrativas en ambos plexos lumbosacros. La biopsia de plexo confirma linfoma B de alto grado iniciándose tratamiento quimioterápico.

Conclusión: La plexopatía lumbosacra infiltrativa debe estar presente en el diagnóstico diferencial de la afectación de plexo lumbar incluso en ausencia de síntomas que orienten hacia proceso neoplásico sistémico y especialmente cuando el dolor es el síntoma predominante.

18658. LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Ramírez, M.; Celi Celi, J.; González Gómez, M.; Villamor Rodríguez, J.; Sánchez García, F.; López-Zuazo Aroca, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El linfoma cerebral primario (LCP) constituye un subtipo de linfoma no Hodgkin (LNH) de carácter agresivo originado en el SNC. Puesto que la inmunodeficiencia representa el FR más importante, se ha descrito su asociación con diversas enfermedades autoinmunes, resultando anecdóticos los casos de esclerosis múltiple (EM). Nuestro objetivo fue revisar esta entidad tan infrecuente a través de la historia clínica de un paciente, así como una búsqueda bibliográfica.

Material y métodos: Se trata de un varón de 47 años, con EM de larga evolución en tratamiento con interferón-beta, que acudió a urgencias por crisis focales motoras en extremidades derechas de dos meses de evolución, asociando hemihipoestesia y lateralización de la marcha.

Resultados: Se solicitó TC craneal urgente, observándose lesión intraparenquimatosa parietal izquierda con efecto de masa y edema perilesional. En planta de neurología se completó estudio con RM cerebral, objetivándose lesión probablemente compatible con placa desmielinizante tumefactiva. TC toraco-abdomino-pélvico anodino. Se inició corticoterapia y, un mes después, disminución de la lesión en RM de control. Transcurridos dos meses, empeoramiento clínico y radiológico, con crecimiento de la lesión, sugiriendo ahora proceso neoformativo. PET-TAC sin evidencia de malignidad extracerebral. Valorado por neurocirugía, desestimaron biopsia. Finalmente, infiltración leptomeningea por LNH-B C10+ en LCR, confirmando el diagnóstico. Se inició quimioterapia con esquema MATRix, con evolución favorable.

Conclusión: El LCP presenta características radiológicas superponibles a otras muchas enfermedades neurológicas. En nuestro paciente, el antecedente de EM dificultó aún más el diagnóstico, al simular una lesión desmielinizante. Debido a ello, es fundamental una elevada sospecha y un adecuado diagnóstico diferencial.

19214. NEUROPATÍA FENOTIPO ASMAN EN PACIENTES CON EICH: UNA COMPLICACIÓN INESPERADA

Gómez de la Torre Morales, D.; Alaña García, M.; Ravelo León, M.; Rodríguez García, B.; González García, A.; Vizcaya Gaona, J.; Rodríguez Carrillo, J.; Aguilera Aguilera, J.; González Terriza, F.; Redondo Robles, L.; Carvalho Monteiro, G.; Borja Andrés, S.; Ramos Araque, M.; López Mesonero, L.; Morán Sánchez, J.; Velázquez Pérez, J.; El Berdei Montero, Y.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Describir un caso de polineuropatía sensitivo-motora axonal aguda de probable origen inflamatorio (ASMAN) relacionada con enfermedad injerto contra huésped (EICH) tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH).

Material y métodos: Mujer de 72 años con antecedente de leucemia mieloide crónica. Cinco meses después de un alo-TPH, presenta clínica digestiva alta, poliartralgias, febrícula sin foco infeccioso y trastorno de la marcha. Exploración neurológica: debilidad de extremidades inferiores (4+/5), arreflexia patelar y aquilea, hipoestesia L3-L5 y marcha atáxica-parética, precisando ayuda para caminar. Se inicia tratamiento con 5 días de inmunoglobulinas 0,4 g/kg/día y prednisona, reiniciando inmunosupresión. Tras dos días de tratamiento, se evoca

reflejo aquileo derecho y mejoría de la marcha. En las semanas siguientes, mejoría de la marcha, hasta ser autónoma y aparición de REM, con signos de recuperación electrofisiológica en estudio de control.

Resultados: Exámenes complementarios. Gastroscoopia: compatible con EICH grado 1. Punción lumbar: células 27 cel/mm³, mononucleares 87%, proteínas 150 mg/dl. RMN: sin lesiones infiltrativas o compresivas radiculares o medulares. ENG/EMG: polineuropatía sensitivo-motora (predominio sensitivo) axonal, bilateral, simétrica y distal, de intensidad moderada. Anticuerpos antigangliósidos, onconeuronales y estudio ampliado de neuropatías negativo.

Conclusión: La neuropatía periférica asociada a EICH es una complicación infrecuente. Nuestra paciente presentó, en el contexto de EICH, un cuadro compatible con neuropatía sensitivo-motora axonal aguda (ASMAN), con estudio ampliado de neuropatías negativo y buena respuesta a inmunoglobulinas, lo que sugiere el probable origen inflamatorio.

19947. PARÁLISIS BILATERAL DE LAS CUERDAS VOCALES COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE RADIOTERAPIA

Espinosa Trujillo, A.¹; Santamaría Montero, P.²; García Pazos, O.²; Álvarez Fernández, L.²; Brañas Fernández, F.²; Rodríguez Rodríguez, M.²; Da Silva França, C.²; Alonso Redondo, R.²; Pego Reigosa, R.²; Ramos Rua, L.²; Guijarro del Amo, M.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa;

²Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

Objetivos: La parálisis del nervio laríngeo recurrente inducida por radiación es una complicación infrecuente y potencialmente mortal al comprometer la vía aérea. Puede presentarse de forma bilateral y asociada a otras neuropatías craneales. El mecanismo fisiopatológico no se conoce por completo. Resulta de la lesión directa del nervio, compresión nerviosa por fibrosis lentamente progresiva y de la hipoxemia debido a circulación local comprometida.

Material y métodos: Paciente de 82 años con antecedente de carcinoma orofaríngeo (COF) tratado con radioterapia hace 20 años. Presenta clínica de dos años de evolución de disfagia e infección respiratoria de repetición por broncoaspiración. Ingresa por obstrucción de vía aérea superior debida a parálisis bilateral de cuerdas vocales. Preciso de intubación y posterior traqueostomía percutánea. En exploración destaca tatuaje de marcaje radiológico, traqueostomía percutánea y parálisis del hipogloso bilateral.

Resultados: Exploración otorrinolaringológica sin signos de recidiva tumoral, resonancia magnética craneocervical y resto de estudio incluyendo examen neurofisiológico sin alteraciones significativas.

Conclusión: La neuropatía craneal por radiación es un efecto tardío, generalmente progresivo e irreversible, cuya latencia oscila entre 1 y 34 años. Intervienen como factores de riesgo la dosis total de radiación, la cirugía o quimioterapia concomitantes, así como edad y comorbilidades del paciente. En el abordaje diagnóstico, es preciso descartar una recurrencia neoplásica, así como otras causas de neuropatía o parálisis de cuerda vocal. A medida que aumenta la supervivencia de los pacientes con COF, la incidencia de esta complicación es mayor. Su impacto en la calidad de vida resalta la importancia de la vigilancia funcional a largo plazo de los pacientes.

18943. INMUNOTERAPIA E ICTUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Huguet, M.¹; Ferrer Tarrés, R.¹; Vera Cáceres, C.¹; Boix Lago, A.¹; Serena, J.¹; Terceño Izaga, M.¹; Bashir, S.¹; Álvarez-Cienfuegos, J.¹; Vera, V.¹; Murillo, A.¹; Xucla, T.¹; Silva Blas, Y.¹

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Objetivos: La inmunoterapia (IT) está revolucionando el tratamiento del cáncer en fase avanzada favoreciendo su pronóstico.

Material y métodos: Presentamos un paciente, varón, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón en tratamiento QT (carboplatino-alimta) más IT (pembrolizumab, anti-PD1) que presenta múltiples infartos cerebrales.

Resultados: Después de la primera sesión de QT + IT, el paciente presenta síndrome confusional autolimitado. En la segunda sesión refiere hemianopsia homónima derecha. Se realiza RM cerebral que muestra lesiones isquémicas agudas múltiples en territorio carotídeo bilateral y vertebrobasilar. Se inicia antiagregación que se substituye por anticoagulación con HBPM, ya que en la tercera sesión presenta paresia crural izquierda con infarto agudo cortical frontal derecho. Se plantea la posibilidad que los episodios isquémicos puedan ser debidos al mismo estado protrombótico del cáncer, embolia paradójica por TVP o por fármacos. Las pruebas complementarias son todas negativas. Se revisa la bibliografía. La IT bloquea la interacción entre las proteínas de control inmunitarias de superficie de células T citotóxicas y sus ligandos. Los anticuerpos anti-PD1 inducen las células T4 y T8 activando la síntesis de factor tisular en monocitos y macrófagos promoviendo la actividad procoagulante. Se valora la posible relación de los infartos cerebrales con los anticuerpos anti-PD1 y se decide suspender pembrolizumab. El paciente no vuelve a presentar focalidades neurológicas ni nuevas lesiones en la RM de control.

Conclusión: Estudios recientes han demostrado que no solo el cáncer expresa abundante factor tisular, sino que los monocitos y macrófagos activados por IT también estarían asociados, demostrándose una posible relación entre la activación inmune y el efecto trombótico.

19749. NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo Y SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE RECIDIVA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE OROFARINGE

Suárez Santos, P.¹; Fernández Fernández, E.¹; Cano Abascal, Á.¹; Fernández Fernández, J.¹; Terrero Rodríguez, J.¹; Arias Rodríguez, M.¹; Ramón Carbajo, C.¹; Villafani Echazú, W.²; Peña Martínez, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital San Agustín; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: La neuralgia del glossofaríngeo (NG) es una entidad infrecuente. La mayoría son de tipo clásico, secundarias a compresión neurovascular, pero en raras ocasiones se pueden deber a una enfermedad subyacente (NG secundaria) y puede generar síncope por estímulo vagal. Presentamos el caso de un paciente que debutó con una NG y síncope de repetición, a raíz de lo cual se constató una recidiva de un carcinoma de orofaringe conocido.

Material y métodos: Varón de 63 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de orofaringe diagnosticado en 2003 y tratado mediante laringectomía total y radioterapia. Posteriormente en 2018 ante progresión tumoral recibió quimioterapia. Consulta en marzo de 2021 por episodios de un mes de evolución de dolor neuralgiforme en oído derecho de escasos segundos de duración y posterior aparición de sudoración, mareo y pérdida de conocimiento. En los meses previos presenta síncope de repetición de etiología incierta.

Resultados: La RMN observa una extensa lesión a nivel de orofaringe que se extiende hacia el espacio faríngeo derecho englobando el paquete vascular hasta foramen rasgado con afectación de nervio glossofaríngeo en relación con progresión tumoral. Se instaura tratamiento sintomático con carbamazepina con mejoría significativa pero parcial. Unos meses después presenta sangrado masivo decidiendo manejo paliativo y siendo finalmente *exitus*.

Conclusión: La NG debe incluirse en el diagnóstico diferencial del síncope. La mayor parte de los casos se deben a una compresión neurovascular, pero en algunas ocasiones puede subyacer una enfermedad grave. En pacientes con antecedentes de neoplasia de cuello se debe descartar siempre recidiva tumoral.

19832. TOXICIDAD NEUROLÓGICA INDUCIDA POR PEMBROLIZUMAB

Rodríguez García, P.; Rodríguez Vallejo, A.; Hernández Tost, H.; Henao Ramírez, M.; Contreras Martín, Y.; Solé Sabater, M.; González González, B.; Castelló López, M.; Ríos Cejas, R.; Florido Capilla, T.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria.

Objetivos: Presentar una serie de casos de tres pacientes oncológicos que debutaron con patología neurológica, tras iniciar tratamiento con pembrolizumab, diagnosticados en nuestro centro durante 2022 y hasta marzo de 2023.

Material y métodos: Análisis de las historias clínicas y revisión de la literatura.

Resultados: Dos pacientes octogenarios, diagnosticados de distintos carcinomas en estadios avanzados, que, tras recibir tratamiento con pembrolizumab, presentaron tras varias semanas un cuadro progresivo de ptosis palpebral bilateral, debilidad generalizada, disfonía, disartria y disfagia de predominio vespertino. Se objetivó la presencia de anticuerpos anti-receptores ACh y anti-titina positivos, así como un jitter patológico, sugestivos de *miastenia gravis*. Recibieron tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas, sin resultados favorables. Por otro lado, un paciente de 81 años diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar estadio III, que tras la infusión de pembrolizumab comenzó progresivamente con debilidad de extremidades inferiores y alteraciones esfinterianas. Se realizó RM cerebral y medular sin hallazgos patológicos, pero el estudio neurofisiológico mostró una PNP sensitivo-motora mixta de carácter subagudo, con anticuerpos antigangliósidos positivos (GD3, GT1a y GQ1b), que mejoró paulatinamente con inmunoglobulina endovenosas.

Conclusión: Los *immune checkpoint inhibitors* son fármacos utilizados para tratar el cáncer que pueden presentar efectos secundarios debido a la sobreestimulación del sistema inmune. A nivel neurológico, la topografía afectada puede ser muy variada, por lo que la anamnesis y exploración física son fundamentales para orientar el caso inicialmente y tomar las medidas diagnóstico-terapéuticas adecuadas. Además, se ha observado un incremento de casos en los últimos años, que probablemente pueda relacionarse con un uso más frecuente de estos tratamientos.

19821. METÁSTASIS EN RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES: REPORTE DE UN CASO SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA DE GLÁNDULA SALIVAL

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

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Presentación de un caso clínico.

Material y métodos: Revisión de literatura.

Resultados: Las metástasis de carcinomas hacia raíces de nervios espinales (NE) son raras, incluso en los carcinomas de cabeza y cuello con invasión perineural. No se han reportado casos de metástasis en raíces de NE por adenocarcinomas de glándulas salivales. Los pocos casos reportados fueron por adenocarcinoma de pulmón, células renales, colon, útero, mama y tiroides. La localización más frecuente de las metástasis fue en las raíces de NE lumbares. Clínicamente pueden mimetizar una radiculopatía o un síndrome de cauda equina, siendo el dolor radicular el síntoma más frecuente en 90-95% de los casos. Caso clínico: varón de 37 años, con historia previa de adenocarcinoma de glándula salival de cuello con extensión hacia cavum de Meckel, que fue tratado con quimioterapia y radioterapia con remisión completa evidenciada por RM cerebral y PET-TAC. A los 6 meses de finalizar el tratamiento quimioterápico empieza con lumbociatralgia derecha y posteriormente hipoestesia en región pretibial lateral izquierda. La

exploración neurológica muestra hipoestesia con distribución en dermatoma L5 izquierdo sin otras alteraciones. Estudio EMG con datos sugestivos de radiculopatía motora aguda de raíces L5-S1 izquierdas. RM columna cervical que muestra lesiones nodulares con realce de contraste en raíces dependientes de la cola de caballo y *filum terminal*. Inmunofenotipo de LCR que confirma infiltración leptomenínea por neoplasia epitelial.

Conclusión: Aunque son muy raras las metástasis en raíces de NE deben sospecharse en pacientes con antecedentes de neoplasia previa y clínica de radiculopatía.

Neuropsicología P

19460. VALORES NORMATIVOS DEL TEST DE DÍGITOS PARA ADULTOS ESPAÑOLES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

Frades Payo, M.¹; Lojo Seoane, C.²; Nieto Vieites, A.²; Felpete López, A.²; Pérez Blanco, L.²; Montenegro Peña, M.³; Delgado Losada, M.⁴

¹Servicio de Neurología. Fundación CIEN; ²Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela; ³Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud; ⁴Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: La capacidad atencional se mide por los test de amplitud (*span* en inglés) que exponen al individuo a cantidades cada vez mayores de información. Las medidas de rendimiento atencional y funcionamiento ejecutivo son relevantes en la evaluación neuropsicológica. Existen diferentes versiones y la más usada en nuestro medio es la subprueba de dígitos de la batería WAIS III o WAIS IV. Ampliamente utilizada en la clínica e investigación del deterioro cognitivo, requiere de la normalización de sus puntuaciones en muestras grandes para identificar perfiles y normas acordes a la población diana. El objetivo es determinar los datos normativos del test de dígitos directos e inversos para adultos mayores españoles, ajustados por edad, sexo y nivel educativo.

Material y métodos: Se valoró a una muestra de 1.088 voluntarios de 50 a 89 años, sin afectación cognitiva y residentes en la comunidad. El procedimiento estadístico utilizado consistió en la conversión de las puntuaciones directas en rangos de percentiles y, tras ello, en puntuaciones escalares. A partir de estas, se calcularon mediante regresión lineal, las puntuaciones ajustadas controlando los efectos de edad, nivel educativo y género.

Resultados: Se muestran los percentiles y las puntuaciones escalares correspondientes a las puntuaciones crudas y amplitud de dígitos directos e inversos. Se proporcionan tablas adicionales que muestran los puntos que deben sumarse o restarse de las puntuaciones directas, atendiendo a nivel educativo, edad y sexo.

Conclusión: Los datos normativos actuales nos proporcionan datos clínicamente útiles para evaluar personas de 50 a 89 años de habla hispana.

19822. PAPEL PROTECTOR Y DE RIESGO DE LOS FACTORES DE PERSONALIDAD FRENTE AL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE: ESTUDIO LONGITUDINAL A 4 AÑOS

Montenegro Peña, M.¹; Santamaría Parra, L.¹; Hernández García, S.¹; Prada Crespo, D.²; Andrés Montes, M.¹; García Marín, A.¹; Martín Medina, E.¹; Angulo Angulo, P.¹

¹Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid; ²Departamento Psicología Experimental. Universidad Complutense Madrid.