

20369. HALLAZOS DEL PET CEREBRAL CON 18F-FDG EN UNA POSIBLE ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE-KORSAKOFF

Santos Holgueras, P.¹; Rueda Mena, E.²; Herrero Infante, Y.²; Montero de la Peña, A.¹; García Hernández, D.¹; Gómez Sainz, F.¹; Gutiérrez González, A.¹; Tobalina Larrea, I.¹

¹Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Santiago Apóstol; ²Servicio de Neurología. Hospital Txagorritxu.

Objetivos: La encefalopatía de Wernicke es un cuadro de diagnóstico clínico, basado en la triada clásica (confusión, signos cerebelosos, alteraciones oculares), infradiagnosticada y con posibles presentaciones atípicas/incompletas, que pueden asociar deterioro cognitivo y alteraciones conductuales. Habitualmente asocia déficit de tiamina. La RM cerebral apoya el diagnóstico. Presentamos un caso clínico con deterioro neurológico subagudo (1,5-2 meses) en el que el PET cerebral con 18F-FDG (PETc-FDG) fue útil para el diagnóstico.

Material y métodos: Mujer, 78 años, con desorientación, olvidos, alteración conductual, deterioro funcional con dependencia para ABIVD, debilidad generalizada y disminución de la ingesta. A la exploración está desorientada, con confabulaciones, leve temblor cefálico y de extremidades. Resto sin focalidad. MMSE 12/30. Plantea un amplio diagnóstico diferencial (neurodegenerativo, paraneoplásico...). Estudios analíticos, onconeuronales, EEG, TAC (cerebral, toraco-abdomino-pélvico), sin alteraciones significativas. RM no posible por marcapasos.

Resultados: Hallazgos PETc-FDG: hipermetabolismo en tálamos, estriados y cerebro, destacando en cuerpos mamílares, colículos inferiores y más leve en temporales mesiales. No sugestivo de neurodegenerativo, paraneoplásico ni encefalitis autoinmune. La presentación clínica junto con los hallazgos del PETc-FDG orientaron el caso hacia una posible encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. Hay pocos casos con PETc-FDG descritos en la literatura, mayoritariamente realizado en fase evolucionada (áreas afectadas hipometabólicas) con pocos datos en fase aguda (hipermetabolismo), pero las localizaciones corresponden con hallazgos habituales en RM (hiperintensidades/atrofia según fase de la enfermedad).

Conclusión: El PETc-FDG puede ser útil para valorar una encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. Si existe sospecha clínica hay que tener en cuenta esta herramienta diagnóstica, sobre todo ante la imposibilidad de realizar RM, y valorar el momento de realización.

20657. LESIONES CEREBRALES NO ISQUÉMICAS CAPTANTES DE CONTRASTE EN RESONANCIA MAGNÉTICA COMO HALLAZGO TRAS STENTING DE ESTENOSIS ARTERIAL INTRACRANEALES

Ramis Monfort, D.; Moraleja Rodríguez, D.; Asín Díaz, D.; Bregaret Mata, O.; Rosa Batlle, I.; Mas Calpe, A.; Doncel-Moriano Cubero, A.; Amaro Delgado, S.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: Las lesiones cerebrales no isquémicas captantes de contraste (NICE por su acrónimo en inglés) se definen como lesiones puntiformes o nodulares en el territorio subsidiario de la arteria manipulada y se han descrito después del tratamiento endovascular de aneurismas intracraneales. En la actualidad su fisiopatología, significado y manejo están discutidos.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Mujer de 77 años que ingresa tras presentar un síndrome hemisférico derecho. En el TC multimodal se descartan lesiones agudas, objetivándose una estenosis en segmento M1 de arteria cerebral media derecha con extensa penumbra isquémica en mapas de perfusión. Se realiza arteriografía y angioplastia con stent con buen resultado clínico y angiográfico. En la RM de control se objetivan múltiples lesiones sobre todo en centro semioval derecho hiperintensas en secuencias T2/FLAIR, sin alteraciones en difusión y asociadas a captación

de contraste. Dadas las características lesionales similares a las NICE descritas tras colocación de *flow diverters* en patología aneurismática y ante la ausencia de traducción clínica, se opta por un manejo conservador. En la neuroimagen de control un mes después, dichas lesiones desaparecieron.

Conclusión: Las NICE se describen principalmente después del tratamiento endovascular de aneurismas intracraneales, pero pueden aparecer tras otros procedimientos neuroendovasculares. El manejo conservador de estas lesiones es una opción terapéutica viable especialmente en pacientes asintomáticos.

20610. PSEUDO-MERALGIA PARESTÉSICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SANGRADO ASOCIADO A CAVERNOMA MEDULAR DORSAL

Fernández Rodríguez, R.¹; Montalvo Valdivieso, A.¹; Iglesias Alonso, L.²; Puente Muñoz, A.²; de la Morena Vicente, A.¹; Nakta Castro-Villacañas, A.¹; Sánchez Aparicio, A.²; Martínez Galdámez, M.³; Pérez Martínez, D.¹

¹Servicio de Neurología. Clínica La Luz; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Clínica La Luz; ³Servicio de Radiología. Clínica La Luz.

Objetivos: La meralgia parestésica es un diagnóstico frecuente y normalmente benigno que se suele diagnosticar clínicamente por la topografía de las alteraciones sensitivas de la distribución topográfica del nervio femorocutáneo lateral. Planteamos el diagnóstico diferencial con la posibilidad de una lesión medular con alteración de la vía sensitiva.

Material y métodos: Mujer de 49 años acude en varias ocasiones a urgencias por dolor en región de distribución femorocutáneo derecho, asociando ciertas atipicidades clínicas en forma de impotencia funcional e imposibilidad para deambulación y sedestación, no apofisalgias espinosas lumbares bajas, dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha, Lassegue y Bragard negativos, marcha punta talón conservada y ROT dentro de la normalidad, aunque sin debilidad objetiva en la exploración. Se realiza RM lumbar cortes superiores observando hiperintensidad mal definida en el cono medular lo que obliga a estudio con RM dorsal.

Resultados: En la RM dorsal se observa una hemorragia centromedular a nivel D12-L1 inmediatamente por encima de cono que presenta una longitud aproximada de 22 mm, con alteración de contorno en superficie posterior medular, siendo visible alguna pequeña formación nodular hipointensa compatible con cavernoma. Se decide intervención con resección de la malformación vascular, laminectomía más laminoplastia D9-D11, con caída de potenciales cursando con síntomas de hemisección medular.

Conclusión: La presentación en forma de pseudomeralgia parestésica de una hemorragia medular no está descrita previamente. Los cavernomas generalmente se localizan a nivel intracraneal. Los dorsales son atípicos y con una presentación que podría simular una lesión de nervio periférico como la descrita.

21603. SÍNDROME CORTICOBASAL SECUNDARIO A CALCIFICACIÓN ASIMÉTRICA DE GANGLIOS BASALES. REPORTE DE UN CASO

Hernando Jiménez, I.; Huertas González, N.; Sastre Real, M.; Ballester Martínez, C.; Herrezueto Lafuente, M.; Gilot Sancho, M.; Fouz Ruiz, D.; Hernando Requejo, V.; Treviño Peinado, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa.

Objetivos: La calcificación bilateral y simétrica de los ganglios de la base, conocida también como enfermedad de Fahr, ha sido descrita como una causa de síndrome corticobasal. Presentamos un caso atípico por su patrón asimétrico.

Material y métodos: Varón de 76 años con un cuadro de 4 años de evolución, caracterizado por hemiparesia izquierda progresiva, fallos en planificación y ejecución de tareas, irritabilidad y apatía. Refiere dificultad para el control de mano izquierda "como si no fuera suya". La exploración es compatible con síndrome corticobasal, destacando afasia no fluente, reflejos de liberación frontal y apraxia ideomotora. En extremidades izquierdas se observa hipoestesia comparativa, rigidez, bradicinesia e hiperreflexia; con postura distónica de pierna y astereognosia y fenómeno del miembro *alien* en la mano.

Resultados: Se descarta causa vascular mediante RM difusión y angiRM. Un DATscan muestra hipocaptación difusa del núcleo estriado derecho. En TAC craneal y RM se describen calcificaciones bilaterales pero mucho más llamativas en hemisferio cerebral derecho, afectando núcleos de la base (caudado, putamen y pálido); sustancia blanca periventricular y frontoparietal. Asocia atrofia grave ipsilateral que abarca hemisferio derecho y se extiende al pedúnculo cerebral, que es asimétrica y mucho más marcada en la zona de las calcificaciones. Se descarta trastorno del metabolismo fosfocálcico. Se inicia tratamiento con levodopa, sin mejoría.

Conclusión: El síndrome corticobasal puede deberse a una afectación estructural de los ganglios de la base, siendo la calcificación de los mismos una etiología infrecuente. Nuestro caso es inusual por el patrón notablemente asimétrico de estas calcificaciones y la atrofia ipsilateral que provocan.

20968. TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. HALLAZOS NEURORRADIOLÓGICOS

Gómez López de San Román, C.; Capra, M.; Vargas Cobos, M.; Caballero Sánchez, L.; Bermejo Casado, I.; Cerdán Santacruz, D.; Castrillo Sanz, A.; Mendoza Rodríguez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia.

Objetivos: Presentar los hallazgos radiológicos de una meningitis tuberculosa.

Material y métodos: Varón de 35 años, natural de Senegal. Refiere cuadro de cuatro meses de evolución de cefalea frontoparietal bilateral, mialgias y pérdida de peso. Observándose en Urgencias un patrón micronodular en la radiografía torácica. Se realiza ingreso para estudio de tuberculosis.

Resultados: Se analiza el LCR objetivándose una hiperproteinorraquia con leucocitosis sin consumo de glucosa. Se realiza TC craneal inicial sin objetivarse hallazgos. A los quince días, por empeoramiento clínico se repite observándose hidrocefalia llamativa y posteriormente en la RM cerebral se objetivan múltiples tuberculomas, en región frontal izquierda, cerebelosos, así como áreas de hiperseñal en FLAIR con restricción en difusión compatible con isquemia subaguda, e hiperrealce leptomenígeo. Ante los hallazgos se diagnostica de meningitis tuberculosa (TBM). A pesar del tratamiento antibiótico y corticoideo el paciente finalmente fallece a los 3 meses.

Conclusión: La TBM es la forma más grave de meningitis extrapulmonar y una de las causas más frecuentes de meningitis en el adulto, con unas altas tasas de mortalidad y morbilidad. La tríada común de hallazgos neurorradiológicos en la TBM son: realce menígeo basal, hidrocefalia e infartos del parénquima cerebral. La afectación meningo-vascular se orienta a la presencia de vasculitis y trombosis intraarterial. El diagnóstico precoz es el factor clave en el pronóstico de la enfermedad. La afectación cerebrovascular secundaria es una de las complicaciones más temibles y lo común es que aparezca en cuadros de larga evolución pese al tratamiento correcto, por lo que siempre hay que sospecharlo ante el empeoramiento clínico.

20472. PARAPARESIA Y ATAXIA SUBAGUDAS EN PACIENTE VIH Y ANTECEDENTE DE LINFOMA HODGKIN

Mena Gómez, G.; Montoya Gutiérrez, F.; Sánchez Villanueva, E.; Acsente, A.; Coquillat Mora, H.; Salazar Cabrera, M.; Acuña Enriquez, E.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Estudio de un paciente con paraparesia y ataxia en contexto de infección VIH y linfoma Hodgkin tratado.

Material y métodos: Varón de 56 años VIH+ con deficiente adherencia terapéutica y linfoma Hodgkin tratado, en remisión completa. Cuadro progresivo de dificultad para la deambulación y ataxia tetraapendicular. Seis meses después presenta síndrome constitucional con diagnóstico de linfoma Hodgkin, que es tratado. Empeoramiento del cuadro neurológico con ataxia axial, alteración esfinteriana y finalmente incapacidad para deambular. En la exploración destaca hipoestesia bimanual, paraparesia 1/5, hiperreflexia generalizada, dismetría bilateral grave y movimientos coreicos axiales y apendiculares.

Resultados: Los estudios neurofisiológicos confirmaron una afectación global de vía cordonal posterior y una polineuropatía sensitivomotora axonal de predominio distal. La RM mostró una afectación medular longitudinalmente extensa (predominio cervical y cordonal posterior, con atrofia global) y PET-TAC *total body* sin evidencia de enfermedad. Analíticamente destaca B12 176 pg/mL e inadecuado control inmunovirológico (5.200 cp/ml). El análisis de LCR, leve proteinorraquia (63,0 mg/dL) y leucorraxia (12 cel/μL, predominio mononuclear), con bandas oligoclonales positivas. Respuesta clínica parcial de los movimientos coreiformes a tetrabenazina. Se realizó ajuste de TAR y suplementación con B12.

Conclusión: En pacientes con VIH la mielopatía vacuolar es la complicación medular más frecuente, aunque en muchos casos probablemente se halle infradiagnosticada. En nuestro caso la hipótesis etiológica más plausible es la de un mecanismo mixto entre la neurotoxicidad tanto viral (mielopatía vacuolar) como por quimioterapia, junto con alteraciones del metabolismo de la B12. El tratamiento es sintomático asociando TAR y ocasionalmente inmunoglobulinas, con pobre pronóstico funcional.

21337. HIPOINTENSIDAD SUBCORTICAL EN RESONANCIA MAGNÉTICA (DARK WHITE SIGN) Y DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Cardona Reyes, D.¹; Martín García, V.²; Costa Sáez, P.¹; Souweileh Arencibia, C.²; Fernández Pérez, L.¹; Escáneo Otero, D.¹; Amela Peris, R.¹

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

Objetivos: La hipointensidad subcortical en secuencias T2 es un signo radiológico poco frecuente y que a menudo pasa desapercibido, que está relacionado con múltiples patologías intracraneales como crisis epilépticas, encefalitis, isquemia cortical... Estando su fisiopatología aún en discusión, las teorías más citadas son el depósito de hierro, la formación de radicales libres a nivel subcortical y procesos de isquemia/reperfusión. El objetivo de este estudio es describir este signo radiológico y sus causas más frecuentes.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda retrospectiva de pacientes con hipointensidad subcortical en T2/FLAIR y sus diagnósticos, y se compara con la literatura disponible.

Resultados: Encontramos una serie de 10 pacientes que presentaban este signo, en su mayoría relacionados con crisis epilépticas. Los diagnósticos encontrados fueron: displasia cortical (1), metástasis leptomenígeas (2), encefalitis (2), encefalopatía posterior reversible (1), Sturge-Weber (1) y tumor primario cerebral (2). En todos los casos se observó una hipointensidad subcortical en secuencias T2 de predominio