

crisis epilépticas con electroencefalograma patológico. Se identificó parvovirus B19 en líquido cefalorraquídeo (PCR) en el 100%. Las pruebas de imagen y anticuerpos contra proteínas neuronales de superficie e intracelulares fueron negativos en el 100%. Se administró corticoterapia e inmunoglobulina intravenosa en los dos primeros casos, precisando administrar rituximab en el segundo; el tercero se trató de forma sintomática. La evolución a corto plazo fue favorable en el 100%.

Conclusión: Se trata de un cuadro no exclusivo de la edad infantil, con formas de presentación y gravedad variables, a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la encefalitis viral. El estudio del LCR continúa siendo el pilar diagnóstico. La inmunoterapia parece tener un papel relevante en su tratamiento, lo que otorga gran peso a la hipótesis inmunomedida de la enfermedad.

20834. OCLUSIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA Y OFTALMOPLEJÍA COMPLETA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MUCORMICOSIS CEREBRAL

Sanzo Esnaola, N.¹; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.¹; Pérez Rengel, D.¹; Enguídanos Parra, M.¹; Herrero San Martín, A.¹; García Fernández, A.²; López Medrano, F.³; Rial Crestelo, D.⁴; González-Sánchez, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ³Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: La mucormicosis invasiva es una infección fungica mortal que afecta sobre todo a pacientes inmunodeprimidos. La afectación rinocerebral se da predominantemente en paciente con diabetes mellitus (DM) mal controlada.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Varón de 38 años, con antecedente de DM con mal control y consumidor de tóxicos. Presenta un cuadro progresivo de multineuropatía craneal (II, III, IV, V, VI, VII y IX izquierdos) e ictus isquémico agudo en ACM izquierda superficial que condiciona una hemiparesia derecha leve. En la exploración otorrinolaringológica se evidencia una lesión ulcerada en *cavum* superior con áreas necróticas. En la biopsia se observan micelios anchos no septados, compatible con mucormicosis. En el estudio vascular inicial se objetiva una hipodensidad en área precentral izquierda, sin oclusión de gran vaso. Se realiza cirugía de resección extensa con enucleación del ojo izquierdo y se inicia tratamiento con isavuconazol y anfotericina B. Se repite estudio vascular a la semana, donde se objetiva una oclusión completa de la arteria carotidea interna (ACI) izquierda sin empeoramiento neurológico. Ante la progresión local con infiltración carotidea se decide reintervenir y realizar ligamiento de la ACI. Tras la cirugía el paciente presenta un empeoramiento clínico con focalidad neurológica completa izquierda. Ante mal pronóstico se decide no realizar medidas terapéuticas invasivas.

Conclusión: La mucormicosis sigue siendo una infección con alta mortalidad. Debido a su capacidad de invasión vascular puede causar trombosis arteriales e ictus. El manejo multidisciplinar con la eliminación de factores predisponentes, cirugía agresiva y la terapia fungica es crucial para mejorar la supervivencia.

20689. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL CONTEXTO DEL CONSUMO DE ÓXIDO NITROSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Huguet, M.; Ferrer Tarrés, R.; Vera Cáceres, C.; Saurina Navarro, I.; Martínez Follana, C.; Silva Blas, Y.; Boix Lago, A.; Gutiérrez Naranjo, J.; Gifreu Fraixinó, A.; Sánchez Cirera, L.

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

Objetivos: El óxido nitroso (N₂O) inhalado es una droga de abuso en crecimiento exponencial, utilizada por los jóvenes debido a sus efectos eufóricos y alucinaciones psicotrópicas. Inactiva la vitamina B12, causando un déficit funcional y produciendo una degeneración combinada subaguda. El 26% de los pacientes acaban desarrollando mielopatía.

Material y métodos: Paciente de 25 años que presenta debilidad de miembros inferiores y alteración de la marcha. Se revisa el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Resultados: Paciente que consume 8 bombonas de N₂O inhalado, presentando posteriormente clínica de cefalea holocraneal, vómitos y parestesias en pies con alteración de la marcha, con progresiva dificultad para la deambulación. Al ingresar en nuestro centro en la exploración neurológica se observa paraparesia en miembros inferiores, arreflexia generalizada y ataxia. Refiriendo consumo previo de N₂O en contexto lúdico. Se realiza analítica con homocisteína y metilmalonato elevados, pero B12 normal. La RM cervical muestra hiperintensidad en T2 sugestiva de mielitis aguda periependimaria desde C2-C6 con hiperintensidad axial en forma de "V" invertida. La electromiografía destaca polineuropatía motora axonal en extremidades inferiores con distribución distal. Los potenciales evocados muestran disfunción de la vía cordal posterior por desinervación de miembros inferiores. Se inicia tratamiento con B12 intramuscular durante dos semanas, seguido de esta vía oral durante un mes, junto con rehabilitación intensiva. El paciente presenta recuperación completa en 3 meses.

Conclusión: El N₂O puede desencadenar afectación de la columna dorsal y de los tractos corticoespinales, provocando hipopallestesia, ataxia sensitiva y polineuropatía motora por consumo de B12. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz, ya que más del 90% presenta un pronóstico favorable.

21288. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL VHE A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Iza Achutegui, M.¹; Ramos, D.²; Llaurodó, A.¹; Restrepo, J.¹; Pallero, M.²; Alemañ, J.¹; Sotoca, J.¹; López, V.¹; Sampol, J.²; Salvado, M.¹; Sánchez Tejerina, D.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Neumología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Describir manifestaciones neurológicas secundarias al virus de la hepatitis E (VHE) mediante descripción de dos casos clínicos.

Material y métodos: Descripción de dos casos evaluados en urgencias de nuestro centro durante el primer trimestre de 2024.

Resultados: Caso 1: varón de 43 años con debilidad y dolor de extremidad superior derecha y ortopnea de inicio agudo. Presentaba debilidad proximal extremidad superior derecha y escápula alada. Se objetivó aumento de AST/ALT de 184 UI/l/1.164 UI/l junto con positividad para IgM e IgG de VHE y carga viral positiva en suero. ARN VHE negativo en LCR. Destacaba disminución de la CVF de 49,8% al pasar de sedestación a decúbito. EMG mostraba signos neurógenos en la extremidad superior derecha y una afectación grave y bilateral del nervio frénico. Se orientó como neuralgía amiotrófica con parálisis diafragmática asociada. Se iniciaron IgIV así como VMNI con mejoría parcial. Caso 2: varón de 37 años con parestesias y debilidad de inicio en extremidades superiores con progresión a extremidades inferiores. Presentaba debilidad distal en extremidad superior derecha y proximal en extremidad inferior izquierda. Se objetivó aumento de AST/ALT de 238 UI/l / 626 UI/l junto con positividad para IgM e IgG de VHE y carga viral positiva en suero. LCR con hiperproteinorraquia (113 mg/dl) y pleocitosis linfocítica (55 cels/μl). ARN VHE positivo en LCR. EMG descartó neuropatía periférica. Se orientó como polirradiculitis aguda. Se iniciaron IgIV con total resolución de los síntomas.

Conclusión: En casos de clínica neurológica aguda con alteración de función hepática se debería considerar el VHE como agente causante en nuestro medio.