

### 20383. NUEVAS APROXIMACIONES PARA DESAFÍOS NEUROLÓGICOS: SERIE DE CASOS DE PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA INMUNOMEDIADA

Arranz Horno, P.<sup>1</sup>; Vilaseca Jolonch, A.<sup>2</sup>; Zabalza, A.<sup>2</sup>; Sanz Martínez, M.<sup>3</sup>; Viñas Giménez, L.<sup>3</sup>; Alcalá González, L.<sup>4</sup>; Ariño Rodríguez, H.<sup>2</sup>; Montalbán Gairín, X.<sup>2</sup>; Malagelada Prats, C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat) Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>4</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** La dismotilidad gastrointestinal autoinmune (en inglés, nAGID), es una entidad poco frecuente de disautonomía limitada, que en los casos más graves puede producir pseudoobstrucción intestinal crónica (en inglés, CIPO). Nuestro objetivo es describir las respuestas a tratamiento inmunosupresor en tres pacientes con CIPO secundario a AGID.

**Material y métodos:** Descripción de tres casos consecutivos diagnosticados en un hospital de referencia para trastornos graves de motilidad digestiva durante el año 2023. Se recogieron variables clínicas y demográficas, así como resultados de estudios radiológicos y anatomopatológicos. Se definieron como objetivos principales la respuesta clínica y radiológica al tratamiento inmunosupresor.

**Resultados:** Se incluyeron tres pacientes con CIPO asociado a nAGID, refractario a tratamientos previos. En dos de ellos se realizó biopsia de yeyuno, observándose ganglionitis mientérica. El primer paciente era un hombre de 35 años que presentó nAGID sin marcadores serológicos de autoinmunidad, concomitantemente con *miastenia gravis* asociada a timoma, y la nAGID respondió a vedolizumab. El segundo caso era una mujer de 18 años con nAGID asociada a anti-Hu no paraneoplásica, que consiguió remisión clínica tras tratamiento con rituximab. La tercera paciente fue una mujer de 60 años que presentó nAGID asociada a anti-Hu paraneoplásica (cáncer de pulmón de célula pequeña) sin respuesta a ciclofosfamida y finalmente falleció.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos enfatizan la potencial eficacia de rituximab y vedolizumab en el manejo de la dismotilidad gastrointestinal autoinmune con pseudoobstrucción intestinal crónica, especialmente en casos refractarios. Aunque es necesaria una muestra mayor, estos tratamientos podrían considerarse opciones válidas dentro del espectro terapéutico de dichos pacientes.

### 20387. FACTORES PRONÓSTICOS EN LAS ENCEFALITIS AUTOINMUNES

Estebas Armas, C.<sup>1</sup>; Escobar Martínez, S.<sup>2</sup>; Díez Sebastián, J.<sup>3</sup>; Lacruz Ballester, L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>3</sup>Sección de Epidemiología Clínica. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz.

**Objetivos:** Conocer la influencia de distintos factores en el pronóstico de las encefalitis autoinmunes (EA) con anticuerpos antineuronales (AAn) positivos (EA+) y negativos (EA-).

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas y entrevista telefónica, de pacientes con solicitud de AAn entre los años 2015 y 2022 en un hospital terciario y que cumplen criterios de posible EA. Se recogen datos demográficos, clínicos y de laboratorio al ingreso, y de escalas de discapacidad: CPS (Cognitive Performance Score), ERm (Escala de Rankin modificada) y CASE (Clinical Assessment Scale for Autoimmune Encephalitis), en el ingreso, al alta y a los 1, 3 y 5 años.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes (12 EA+ y 23 EA-), con un tiempo de seguimiento medio de 44,72 meses (DE 26,35). La tasa de recidivas fue 25,8% y la mortalidad 17,1%. La edad, ERm basal, presencia

de neoplasia, estado epiléptico, lesión en hipocampo y bandas oligoclonales (BOC) en LCR, se asociaron a mayor mortalidad y peor puntuación en escalas de discapacidad. La presencia de AAn no se asoció de forma estadísticamente significativa con datos de peor pronóstico -al año en EA+ ERm 1,91 (DE 1,64) vs. 1,25 (DE 1,39) en EA- (p = 0,261), CPS 1 (DE 0,9487) vs. 0,688 (DE 0,8342) (p = 0,259), CASE 3,27 (3,744) vs. 1,88 (2,029) (p = 0,303).

**Conclusión:** Una peor situación basal, la asociación de neoplasia y datos clínicos de mayor daño inflamatorio e hipocampal predicen un peor pronóstico en las EA, no así la presencia de AAn.

### 20289. SOLAPAMIENTO DE MIASTENIA GRAVIS Y MIOSITIS AUTOINMUNES COMO COMPLICACIÓN TRAS TRATAMIENTO CON TERAPIA CAR-T DE LINFOMA

Llanes Ferrer, A.<sup>1</sup>; Pariente Rodríguez, R.<sup>2</sup>; Palacios Berraquero, M.<sup>3</sup>; Lario, A.<sup>3</sup>; García Hoz, C.<sup>2</sup>; García de la Torre, I.<sup>2</sup>; Martín Moro, F.<sup>3</sup>; Rodríguez Martín, E.<sup>2</sup>; Garay Albizuri, P.<sup>1</sup>; Pérez Gil, D.<sup>1</sup>; Martínez García, B.<sup>1</sup>; Sainz Cabrejas, J.<sup>4</sup>; Sainz de la Maza, S.<sup>1</sup>; García Ribas, G.<sup>1</sup>; Chinea Rodríguez, A.<sup>3</sup>; Villar, M.<sup>2</sup>; Corral Corral, I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>3</sup>Servicio de Hematología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** La terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) ha mejorado significativamente el pronóstico de las neoplasias hematológicas refractarias, aunque no está exenta de complicaciones. Presentamos un caso de solapamiento de *miastenia gravis* (MG) y miositis autoinmunes desencadenado tras terapia CAR-T.

**Material y métodos:** Reporte de un caso clínico.

**Resultados:** Un varón de 68 años con linfoma B difuso de célula grande recibió terapia CAR-T (axicabtagén-ciloleucel) con respuesta metabólica completa. Seis meses después, desarrolla debilidad proximal progresiva, disfagia, disnea y dolor torácico, presentando una parada cardiorrespiratoria que precisa ventilación mecánica invasiva. El estudio complementario mostró niveles elevados de creatinquinasa [1685 U/l (38-174 U/l)] y troponina I [pico de 0,4 ng/ml (0,0-0,1 ng/ml)], un patrón miopático en el electromiograma (EMG), infiltrados inflamatorios T-CD8+ en la biopsia muscular, anticuerpos antirreceptor de acetilcolina (AChR) positivos [ElisaRSRTM; confirmado mediante células transfectadas (Euroimmun)], y EMG de fibra única patológico. Se descartó recidiva tumoral. Las células CAR-T fueron indetectables por citometría de flujo, con reconstitución completa del compartimento B. Una RM cardíaca mostró realce tardío meso-subepicárdico con patrón no isquémico, diagnosticándose finalmente de MG y miositis autoinmunes con posible miocarditis asociada. Recibió tratamiento con bolos de corticoides e inmunoglobulinas, con recuperación completa a los 3 meses (escala de Rankin modificada: 1).

**Conclusión:** Se trata del primer caso descrito de complicación autoinmune tras terapia CAR-T. Este evento se produjo cuando las CAR-T eran indetectables y tras recuperación del compartimento B, sugiriendo que podría deberse a una reconstitución inmune anormal y no a un efecto directo de las CAR-T.

### 20928. EXPERIENCIA CLÍNICA Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE SUSAC EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Mayol Travería, J.<sup>1</sup>; Vilaseca Jolonch, A.<sup>2</sup>; Ariño Rodríguez, H.<sup>2</sup>; Zabalza de Torres, A.<sup>2</sup>; Sastre-Garriga, J.<sup>2</sup>; Río Izquierdo, J.<sup>2</sup>; Tintoré Subirana, M.<sup>2</sup>; Martínez-Valle, F.<sup>3</sup>; Montalbán Gairín, X.<sup>2</sup>; Rodríguez-Acevedo, B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron.