

grave y trastorno sensitivo facial derecho. La RM medular fue compatible con LETM, con seropositividad a anti-AQP4, y la RM cerebral mostró neuritis del nervio trigémino derecho. Se administraron bolos de corticoides sin mejoría, iniciando plasmaféresis. Oncología reinició carboplatino + gemcitabina. Se consideró tratamiento con satralizumab, pero las alteraciones hematológicas secundarias a QT lo contraindican, decidiendo usar IgIV fuera de indicación, basándose en evidencia limitada.

**Conclusión:** Los inhibidores de *checkpoint* pueden desencadenar NMOSD con anticuerpos anti-AQP4 positivos debido a su similitud molecular con AQP4 expresado en tejidos pulmonares y gliales, siendo más común en pacientes con neoplasias pulmonares. La sintomatología puede comenzar entre las 2 semanas y los 11 meses del inicio del tratamiento. No es la forma de toxicidad neurológica más típica y, como en este caso, plantea un reto en la elección del tratamiento considerando los riesgos y beneficios para el paciente.

### 20888. RETOS EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA DOBLE SERONEGATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Romero Plaza, C.; Díaz del Valle, M.; Benítez del Castillo del Río, I.; Cerca Limón, Á.; Salvador Sáenz, B.; García García, M.; Martín Ávila, G.; Méndez Burgos, A.; Sáenz Lafourcade, C.; Pilo de la Fuente, B.; Aladro Benito, Y.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.*

**Objetivos:** Presentamos una paciente con neuritis óptica recurrente bilateral doble seronegativa y lesión pseudotumoral bihemisférica.

**Material y métodos:** Mujer de 62 años con antecedente de neuritis óptica bilateral recurrente doble seronegativa (anti-AQP4 y anti-MOG) controlada con azatioprina desde 2016. En 2023 ingresa por un cuadro de inestabilidad y lentitud psicomotriz de 4 días de evolución, sin focalidad neurológica. La TC craneal sin contraste mostró una extensa lesión hipodensa en cuerpo caloso y bifrontal.

**Resultados:** La RM cerebral mostró una extensa lesión (hiperintensa FLAIR, hipointensa T1) en cuerpo caloso, cíngulos y centros semioviales, con captación irregular de contraste, restricción en difusión y leve moderado efecto de masa. El LCR mostró 152 mg/dl de proteínas, ausencia de bandas oligoclonales y de malignidad. El estudio de autoinmunidad y anticuerpos anti-AQP4 y anti-MOG (ensayo en células fijadas) fueron negativos. El diagnóstico intraoperatorio en material de biopsia fue proliferación glial de alto grado, no confirmado en el estudio diferido, compatible con una lesión inflamatoria con astrogliosis reactiva e intenso infiltrado histiocitario. La paciente empeoró, desarrollando apraxia y densa hemiparesia izquierda (EDSS 7). Se trató con inmunoglobulinas y corticoides (bolos y pauta descendente) con mejoría clínica y radiológica hasta un EDSS actual de 4,5. Se indica tratamiento de mantenimiento con rituximab. El diagnóstico más probable es una enfermedad del espectro de la neuromielitis óptica doble seronegativa.

**Conclusión:** En los pacientes con trastornos del espectro de la NMO doble seronegativa el abordaje diagnóstico y el ajuste terapéutico es un desafío, específicamente en la elección del tratamiento modificador de la evolución de la enfermedad.

### 20248. EMRESERVA: UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA RESERVA COGNITIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Ben-Yelun Insenser, M.; Eichau Madueño, S.; Borges, M.; Domínguez Vázquez, E.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.*

**Objetivos:** El deterioro cognitivo afecta hasta al 50% de pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR). Afecta a la memoria,

velocidad de procesamiento, la atención y a funciones ejecutivas. A través de programas específicos, enfocados en mejorar la reserva cognitiva, se podría retrasar la aparición de deterioro cognitivo. Por ello se diseña un programa de estimulación cognitiva, denominado EMRESERVA, que incluye actividades de ocio, estimulación cognitiva y ejercicio físico.

**Material y métodos:** Estudio intervencionista comparativo aleatorizado con 58 pacientes con EMRR. Un grupo recibe el programa específico EMRESERVA (n = 29) y se compara con grupo control (n = 29), que reciben programa de ejercicios cognitivos no específicos. El objetivo primario fue evaluar los cambios en puntuación en la puntuación media del Symbol Digit Modalities Test (SDMT) a los 6 meses. Como objetivo segundo, se analizaron los cambios de puntuación en SDMT a los 12 meses y a los 6 y 12 meses en distintos test neuropsicológicos.

**Resultados:** La aplicación del programa EMRESERVA cumplió el objetivo de mejoría de puntuación media SDMT a los 6 meses (V2). La puntuación media en SDMT fue significativamente menor en V1 (56,1; IC95% 50,4-61,7) que en V2 (SDMT media 63,5 (IC95% 57,8-69,1). A los 12 meses (V3), se mantenía mayor puntuación, pero sin ser estadísticamente significativa (SDMT media 58; IC95% 52,5-63,5). En ambos grupos se objetivó mejoría en escala de calidad de vida Modified Fatigue Impact Scale (MFIS-5).

**Conclusión:** Estimular la reserva cognitiva, con actividades físicas, de estimulación cognitiva e interacción social podría ayudar en la práctica clínica a mejorar las funciones cognitivas en pacientes con EM.

### 20940. RELACIÓN DE FACTORES DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS CON LA BATERÍA BICAMS (BRIEF INTERNATIONAL COGNITIVE ASSESSMENT FOR MULTIPLE SCLEROSIS) EN PACIENTES CON EM RECIDIVANTE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Fernández Panadero, A.; Ruiz Infantes, M.; Casado Chocán, J.; Durán Ferreras, E.; Díaz Sánchez, M.

*Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.*

**Objetivos:** Analizar la asociación entre variables demográficas, clínicas y radiológicas de pacientes con esclerosis múltiple recidivante (EMR) de reciente diagnóstico y resultados en subtest de la batería BICAMS: Symbol Digit Modalities Test (SDMT), California Verbal Learning Test-II (CVLT-II) y Brief Visuospatial Memory Test Revised (BVMTR).

**Material y métodos:** Estudio transversal de pacientes con EMR *naïve* que inician tratamiento modificador de enfermedad (TME), a quienes se realiza evaluación de fatiga, depresión y *screening* cognitivo mediante BICAMS.

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes, 48 mujeres (61,5%), con edad de debut de 33,07 ( $\pm$  9,93) años y EDSS 1,68 ( $\pm$  1,02). La mediana de número de lesiones en T2 y T1 fue 16,5 (RIQ 9-30,25) y 6,5 (RIQ 2,75-20), respectivamente. El 20,5% presentaban lesiones captantes. La edad inicio de TME fue 35,62 ( $\pm$  10,6) años, con duración media de enfermedad de 29,42 ( $\pm$  47,73) meses. Hubo mayores puntuaciones en SDMT en licenciados respecto a estudios primarios ( $p = 0,01$ ), y en CVLT-II de licenciados respecto a estudios primarios y secundarios ( $p < 0,001$ ). Observamos correlación negativa entre SMDT y edad de debut ( $\rho = -0,31$ ,  $p = 0,006$ ), edad inicio TME ( $\rho = -0,296$ ,  $p = 0,008$ ), EDSS ( $\rho = -0,226$ ,  $p = 0,047$ ); y tendencia respecto a la fatiga ( $\rho = -0,22$ ,  $p = 0,053$ ). BVMTR se correlacionó negativamente con edad de debut ( $\rho = -0,239$ ,  $p = 0,035$ ) e inicio TME ( $\rho = -0,264$ ;  $p = 0,02$ ) y EDSS ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,028$ ). CVLT-II se correlacionó negativamente con edad de debut ( $\rho = -0,257$ ;  $p = 0,023$ ) e inicio TME ( $\rho = -0,231$ ;  $p = 0,042$ ). No encontramos diferencias significativas según sexo, depresión, carga lesional en RM y número de brotes en año previo. Observamos correlación positiva entre los subtest de BICAMS. **Conclusión:** En pacientes con EMR de reciente diagnóstico, una mayor edad de debut e inicio de TME se asociaron a menores puntuaciones en