

21032. DISCURSO RELIGIOSO COMO SEMIOLOGÍA ICTAL EN PACIENTE CON ESTADO EPILÉPTICO NO CONVULSIVO

Franco Rubio, L.; Maruri Pérez, A.; Aldaz Burgoa, A.; Rodríguez Albacete, N.; López Trashorras, L.; Abizanda Saro, P.; Malaret Segurado, M.; Gutiérrez Bedia, P.; Ortega Macho, J.; Obregón Galán, J.; Mayo Rodríguez, P.; Lastras Fernández-Escandón, C.; Parejo Carbonell, B.; García Morales, I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Existen muy pocos casos descritos de crisis epilépticas (CE) con semiología ictal de contenido religioso. Los casos descritos identifican el signo de la cruz y el discurso religioso ictal como semiología de CE en epilepsias focales del lóbulo temporal no dominante. Dichos fenómenos se describen como automatismos motores o verbales. No obstante, no existe descrito en la literatura el discurso religioso ictal como semiología del estado epiléptico no convulsivo (EENC).

Material y métodos: Mujer de 75 años, diestra, que en posoperatorio inmediato de cirugía de recambio valvular aórtico comienza con alteración del lenguaje. En la exploración neurológica no obedece, ni nomina, solo emite oraciones como padrenuestro y avemaría, sin otra focalidad. TC craneal basal normal. En video-EEG urgente se registra lentificación focal en región frontal bilateral y brotes de actividad delta rítmica de 8-10 segundos en región frontal derecha. Se administra tratamiento anticrisis (MAC): lacosamida 200 mg y levetiracetam 1.000 mg intravenoso ante la sospecha de EENC focal con ANC.

Resultados: La paciente mejora progresivamente tras administración de MAC presentando amnesia del episodio. A las 24 horas se repite video-EEG que muestra lentificación focal frontal bilateral de predominio derecho poco persistente. Se mantiene biterapia con lacosamida y levetiracetam. Se diagnostica de EENC focal sintomático agudo.

Conclusión: El discurso religioso ictal es un hallazgo poco frecuente en la semiología de la epilepsia focal y no previamente descrito como semiología del EENC. Presentamos el primer caso con esta semiología en una paciente con EENC focal con ANC sintomático agudo con patrón EEG ictal en región frontal derecha.

20144. CRISIS SENSORIALES VISUALES EN EL DEBUT DE ENFERMEDAD DE UNVERRICHT-LUNDBORG (EPM1)

Massot Tarrús, A.; Martínez Ferri, M.; Marzal Espí, C.; Molina Seguin, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Objetivos: Presentación de un caso de enfermedad de Unverricht-Lundborg (EPM1) con crisis sensoriales visuales de inicio.

Material y métodos: Mujer de 23 años con antecedentes de obesidad, TDAH y trastorno ansioso-depresivo. Nacida de embarazo de riesgo por desplazamiento de placenta con parto a los 8 meses. Madre con trastorno bipolar y padre con depresión. Escolarización con bajo rendimiento académico. Epilepsia de inicio a los 11 años con episodios de alucinaciones visuales en forma de visión de manchas amarillas y cambio de coloración del entorno de hasta horas de duración sin ideación psicótica. A las pocas semanas se añaden crisis mioclónicas multifocales diarias, mioclónico-atónicas con caída y tónico-clónicas generalizada semanales. La paciente se mantiene autónoma con mioclónias diarias y sin CTCG con BRV, TPM y PER hasta la edad de 22 años.

Resultados: EEG en la infancia con lentificación de la actividad de fondo y punta-onda bioccipital. RM cerebral sin alteraciones significativas y estudio metabólico normal. Orientada inicialmente como síndrome de Gastaut y posteriormente derivada como posible enfermedad de Lafora. Exoma dirigido muestra variante en el gen cistatina B reportada en heterocigosis compuesta con expansión de dodecámero en la región promotora del gen cistatina B, confirmada mediante estudio de expansión (53 repeticiones).

Conclusión: Las crisis occipitales prolongadas con alucinaciones visuales simples se han descrito típicamente al inicio de la enfermedad de

Lafora, pero también se pueden dar en la EPM1. Las mutaciones compuestas en heterocigosis se han asociado a fenotipos más graves que las expansiones del dodecámero en homocigosis, aunque pueden tener mejor pronóstico en mujeres.

20912. ¿MELOMANÍA O ALUCINACIÓN? UN CÓDIGO ICTUS INHABITUAL

de la Puente Garrido, B.; Velasco Calvo, R.; Gómez-Porro Sánchez, P.; Escamilla Crespo, C.; Trebolle Banet, J.; Bárez Sagasti, F.; Barrios Álamo, L.; Barrios Álamo, C.; Abarregui Yagüe, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Describir la presentación y proceso diagnóstico-terapéutico en un caso de crisis focales con alucinaciones musicales como debut de un cavernoma temporal neocortical izquierdo.

Material y métodos: Mujer de 39 años, diestra, derivada como código ictus por episodios de dificultad para emitir lenguaje, de 2-3 minutos de duración. Lenguaje normal entre episodios, describiendo la paciente a su llegada que se precedían de alucinaciones musicales. Sin otros signos asociados.

Resultados: TC: lesión temporal izquierda heterogénea con edema vasogénico, sin captación de contraste. RM: lesión intraaxial con hematoma compatible con cavernoma en giro temporal superior izquierdo. EEG interictal: puntas y ondas agudas en cuadrante posterior izquierdo. Tratamiento con lacosamida 100 mg/12 horas, sin nuevos episodios. Al alta asintomática. Sin derivación inicial a neurocirugía dado el buen control inicial de crisis y la localización "elocuente", si bien la lateralización del lenguaje plantea dudas por la normalidad del mismo fuera de las crisis, planteándose RM funcional del lenguaje.

Conclusión: Las alucinaciones en forma de percepción de música se han descrito como fenómenos ictales habitualmente en relación con lesiones temporales neocorticales involucrando el giro temporal superior y Heschl, tanto del hemisferio dominante como no dominante. Destaca la relevancia de la anamnesis: la paciente fue derivada como código ictus, pero la descripción de alucinaciones musicales precediendo los episodios de afasia favoreció la sospecha de crisis e instauración rápida de tratamiento eficaz. Para una información completa entorno al riesgo-beneficio quirúrgico, además de considerar el riesgo de nueva hemorragia, en este caso es relevante estudiar lateralización de lenguaje.

20493. ENCEFALITIS POR LGI1: UN RETO DIAGNÓSTICO

Figueira Gómez, A.; Santamaría Montero, P.; Pego Reigosa, R.; Fernández Cabrera, A.

Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti.

Objetivos: La encefalitis asociada a anticuerpos LGI1 es una patología infrecuente de curso subagudo, que cursa habitualmente con alteraciones psiquiátricas, trastornos de conducta del sueño y epilepsia, con frecuencia farmacorresistente, y con unas crisis características, las distónicas facioobraquiales. Se trata de una enfermedad de difícil diagnóstico y que requiere tratamiento con inmunoterapia de manera precoz. Presentamos a continuación un caso de encefalitis LGI1 con una presentación atípica.

Material y métodos: Varón de 54 años, sin antecedentes de interés, con un ingreso previo en Medicina Interna tras una crisis tónico-clónica, inicialmente etiquetada de sintomática secundaria a hiponatremia. Ingresa diez días después por clúster de crisis, en este caso en nuestro servicio.

Resultados: A la anamnesis dirigida, refiere clínica subaguda de alteraciones psiquiátricas, consistentes en ataques de ansiedad, nerviosismo y alteraciones del sueño. Semiológicamente presentaba crisis