

Conclusión: En pacientes con historia de uso de disulfiram que presentan encefalopatía, oftalmoplejía, temblor, polineuropatía y ataxia debe considerarse la toxicidad por este fármaco. El diagnóstico se basa en la exclusión de otras causas y hallazgos típicos en la resonancia magnética. La sospecha y retirada precoz del fármaco son indispensables para disminuir el riesgo de secuelas.

20964. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA MENINGITIS TUBERCULOSA

Álvarez Bardón, I.; Stride González, V.; Moreno García, S.; Ruiz Ortiz, M.; Albendea Obispo, B.; Comesaña Fernández, F.; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.; Enguídanos Parra, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Describir y comentar un caso de neuroinfección tuberculosa con debut en forma de estatus epiléptico refractario en una paciente aiosa.

Material y métodos: Descripción de las características clínico-radiológicas y terapéuticas de un caso de presentación atípica de meningitis tuberculosa en forma de estatus epiléptico.

Resultados: Una mujer de 77 años con antecedentes de HTA y FA anticoagulada es trasladada a urgencias por cuadro de bradilitalia y desconexión del medio seguido de crisis epilépticas focales con disminución del nivel de conciencia. Durante su estancia allí sufre numerosas crisis subintrantes sin llegar a recuperar el nivel de conciencia, a pesar de la administración de 15 mg de midazolam, 10 de diazepam, 4 g de levetiracetam y 400 mg de lacosamida. El electroencefalograma muestra lentificación difusa y PLEDs plus a nivel temporal izquierdo. Se realiza punción lumbar, que muestra presión de apertura elevada, hiperproteinorraquia, hipoglucorraquia marcada y pleocitos mononuclear; iniciándose antibioterapia empírica. Finalmente, la PCR para tuberculosis en el LCR resulta positiva, pautándose terapia antituberculosa clásica y corticoides, con impresionante mejoría a pesar de un pronóstico inicialmente infiusto. La RM muestra una imagen espectacular con numerosos tuberculomas bilaterales tanto supra como infratentoriales.

Conclusión: La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Su diagnóstico precisa un elevado nivel de sospecha incluso en ausencia de antecedentes epidemiológicos sugerentes, dada la variedad de presentaciones clínicas con las que se puede manifestar, algunas atípicas y escasamente descritas en la literatura. El tratamiento precoz de las formas graves es fundamental para evitar la importante morbilidad que asocia.

20310. COMPLICACIONES INUSUALES DE INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZÓSTER A TRAVÉS DE UNA SERIE DE CASOS

González Feito, P.¹; de la Fuente Blanco, R.¹; Tejada García, J.¹; García Morán, A.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León;

²Servicio de Neurorradiología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivos: Descripción de dos casos clínicos de complicaciones de VVZ mediante neuroimagen por resonancia magnética.

Material y métodos: Caso 1: mujer, 78 años. Antecedentes: herpes zóster cérvido-occipital izquierdo tratado con brivudina 2 meses previos al ingreso. Cuadro subagudo de ataxia y parestesias en región hemicranial izquierda. Inicio concomitante a la infección por VVZ. Serología (suero) al inicio del cuadro: IgM positiva VVZ, negativa al ingreso (también en LCR). LCR: 10 leucocitos (100% mononucleados), resto normal. RM medular y craneal: alteraciones en unión bulbo-medular y niveles C1-C2 compatible con patología inflamatoria-infecciosa. Diagnóstico: síndrome medular subagudo de tipo parainfeccioso. Caso 2: varón 67 años. Sin antecedentes. Cuadro de 2 semanas de evolución

de otalgia, cofosis y parálisis facial periférica izquierdas asociadas a erupción de vesículas compatibles con VVZ (síndrome Ramsay-Hunt) asociado a diplopía binocular e inestabilidad. Serologías negativas. LCR: 22 leucocitos, resto normal. RM: laberintitis oído izquierdo, con pérdida de definición de nervios en conducto auditivo interno y obliteración del fondo del mismo, sugerente de cambios inflamatorios agudos. Diagnóstico: multineuritis secundaria a VVZ (afectación de pares craneales VII, VIII y oculomotores).

Resultados: Los dos casos se trataron con aciclovir IV 15 días y bolos de metilprednisolona durante 5 días. Buena evolución.

Conclusión: El VVZ puede causar varias complicaciones neurológicas, en algunas ocasiones de tipo parainfeccioso, que se caracteriza por serologías negativas. El diagnóstico por RM para corroborar los cambios inflamatorios, tanto mielitis como laberintitis, es fundamental para confirmar la sospecha clínica. En nuestros casos nos llamó la atención la disociación clínico-radiológica (grave afectación en imágenes para la clínica presentada).

20736. REACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO COMO COMPLICACIÓN DE UN RESERVORIO INTRATECAL OMMAYA PARA TRATAMIENTO DE CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

Amarante Cuadrado, C.; Santos Martín, C.; Alcalá Torres, J.; González Arbizu, M.; Comesaña Fernández, F.; Albendea Obispo, B.; Martínez Salio, A.; Velilla Alonso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: La quimioterapia intratecal resulta útil en el tratamiento de la carcinomatosis meníngea. La implantación de un sistema de reservorio permite evitar las punciones lumbaras periódicas. No obstante, existen complicaciones específicas de estos sistemas.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Mujer de 56 años con carcinoma lobulillar infiltrante de mama, tratada con quimioterapia neoadyuvante, cirugía, radioterapia y hormonoterapia adyuvante. En 2019 presenta recaída con carcinomatosis leptomeníngea y metástasis ocular, tratadas con radioterapia y metotrexato intratecal, logrando control. En 2023 sufre una nueva recaída leptomeníngea, reiniciándose metotrexato intratecal e implantando un reservorio intratecal Ommaya. Seis semanas después, consulta por cefalea y vómitos sin fiebre tras disminución de corticoterapia, detectándose un síndrome hemisférico derecho. La TC craneal muestra una hipodensidad frontal derecha pericitéter, sin lesión subyacente tras contraste. La RM cerebral muestra edema pericitéter con efecto de masa, sin datos de siembra tumoral ni signos de toxicidad aguda, y leuencefalopatía tóxica crónica por metotrexato. El LCR es estéril y sin células tumorales. Se retira el dispositivo, sin disfunción aparente, y se incrementa la corticoterapia. La paciente mejora neurológica y radiológicamente, llegándose al diagnóstico de una reacción de cuerpo extraño al reservorio Ommaya, una complicación característica de estos dispositivos, descrita en la literatura independientemente del agente terapéutico utilizado. Posteriormente, sufre deterioro general por complicación infecciosa urinaria y es trasladada a cuidados paliativos.

Conclusión: Ante un edema pericitéter de un reservorio intratecal debe considerarse una reacción de cuerpo extraño. Esta responde a la retirada del catéter, siendo posible la recurrencia tras reimplantación.

20521. HEMATOMA INTRATIMPÁNICO ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SORDERA SÚBITA Y SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO

Mena García, N.; Buisán Catevilla, J.; Pastor González, R.; Campos Jiménez, M.; Cabañas Engenios, G.; García Barragán, N.; Zarza Sanz, B.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.