

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 brividina 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.

Objetivos: La sordera súbita es una entidad que afecta a unas 15.000 personas anualmente, de etiología desconocida en la mayoría de los casos. En un pequeño porcentaje de pacientes es secundaria a hemorragia laberíntica, pudiendo acompañarse además de un síndrome vestibular agudo. Presentamos un caso de sordera súbita y síndrome vestibular en relación con hemorragia intralaberíntica, que se diagnosticó gracias a la realización de resonancia magnética (RM) craneal.

Material y métodos: Varón de 63 años con fibrilación auricular antiocoagulada con apixabán. Acude al servicio de urgencias por cuadro brusco de sordera por oído derecho (OD), siendo valorado por el servicio de otorrinolaringología y diagnosticado de sordera súbita, tras lo que realizan una inyección de corticoide intratimpánico. Posteriormente, el paciente comienza con sensación de mareo con giro de objetos e inestabilidad de la marcha. A la exploración física presenta una marcha imposible, nistagmo horizonto-rotatorio izquierdo y test Barany y Halmagyi positivos hacia la derecha. Se realiza una TC craneal simple, que es normal.

Resultados: Ingresa en planta de Neurología para completar estudio, donde se realiza una RM craneal que evidencia una hemorragia laberíntica derecha. Se decidió suspender el tratamiento anticoagulante, que fue reintroducido tras 24 horas. Durante su ingreso presentó una evolución favorable con mejoría de la inestabilidad, pero con persistencia de la cofosis en OD.

Conclusión: La hemorragia laberíntica puede cursar con sordera súbita y síndrome vestibular asociado, ocurriendo en la mayoría de los casos en pacientes anticoagulados. La RM es la prueba de imagen de elección y más sensible para su diagnóstico.

21392. FENÓMENOS PAROXÍSTICOS EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Albalat Sanleón, C.¹; Cañada Lahoz, E.¹; Romero del Rincón, C.¹; Vera Andrés, P.¹; Bugidos Martín, P.¹; Fernández Perea, G.²; Nombela Merchán, F.¹; Vivancos Mora, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: Las enfermedades autoinmunes presentan con frecuencia un espectro de síntomas que suponen un reto diagnóstico cuando la presentación es atípica.

Material y métodos: Se presenta un caso de paciente con artralgias seropositivas (FR y anti-CCP) con diagnóstico de posible AR en tratamiento con metotrexato, que presenta episodios de focalidad neurológica transitoria. Se repasa el proceso diagnóstico con la neuroimagen y evolución clínica.

Resultados: Mujer de 75 años con los antecedentes descritos que presenta episodios estereotipados autolimitados y breves de alteración sensitiva hemicorporal derecha y un episodio previo de afasia autolimitada. En la analítica sanguínea destaca leve aumento de reactantes de fase aguda (RFA). El EEG muestra brotes de ondas theta en región frontoparietal izquierda. La RM cerebral evidencia ocupación de los surcos parietales izquierdos por contenido hiperintenso en T2 y extenso realce leptomenígeo frontoparietal parasagital izquierdo, sugerente de aracnoiditis. El LCR no muestra alteraciones en la citobioquímica, microbiología ni citología. Inicialmente se pauta tratamiento anticomicial, con escasa mejoría. Ante sospecha de origen inflamatorio, se inicia metilprednisolona 1 g 5 días, con mejoría sintomática progresiva y negativización de RFA, con comienzo posterior de rituximab.

Conclusión: La afectación meníngea es una manifestación infrecuente de la AR, que suele presentarse en pacientes con enfermedad seropositiva de larga evolución sin actividad sistémica significativa. La presentación clínica es variada y radiológicamente suele afectar a paquimeninges, leptomeninges o ambas, habitualmente con un patrón focal. Debido al diagnóstico infrecuente es preciso realizar un diagnóstico diferencial completo previamente, así como conocer la existencia de esta enfermedad por su necesidad de tratamiento precoz.

20384. AFECTACIÓN ENCEFÁLICA POR TBC: UN CASO EXPONENTE

del Moral Sahuquillo, B.; Cajape Mosquera, J.; Almeida Zurita, M.; Cheli Gracia, D.; Noroña Vásconez, E.; Antón Conejos, Á.; Arcila Salazar, D.; Fabre Pi, Ó.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: La afectación encefálica por la tuberculosis engloba a un grupo de manifestaciones clínicas debidas a la entrada de la bacteria en el SNC. La forma de presentación más frecuente es una meningitis y la presencia de tuberculomas. Las complicaciones más frecuentes son: ictus isquémicos periventriculares, crisis epilépticas e hidrocefalia.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico con neuroimagen que representa todas las manifestaciones posibles de la enfermedad.

Resultados: Mujer de 49 años natural de Ghana con clínica de una semana de evolución de cefalea occipital, diplopía a la dextrovulsión, inestabilidad, náuseas y vómitos. Empeoramiento progresivo en planta con aparición de afectación III y VII par craneal y crisis motoras de hemicuerpo izquierdo. La punción lumbar mostraba pleocitosis linfocitaria (predominio mononuclear), hiperproteinorraquia junto con IGRA de 40,98 UI/ml y ADA 17,5 UI/l. En la RM se observa engrosamiento meníngeo y lesión isquémica en hipocampo derecho y cápsula interna derecha, así como múltiples nódulos hiperintensos corticales compatibles con meningioma.

Conclusión: Las complicaciones encefálicas de la tuberculosis se dan en 2-5% de los pacientes con tuberculosis y hasta en 15% de aquellos con tuberculosis relacionada con el VIH. Es muy importante su diagnóstico precoz porque los pacientes no tratados fallecen a la 5-8 semana de comenzar con la clínica. La neuroimagen que presentamos representa el conjunto de complicaciones que se pueden detectar.

Neuroimagen P2

21183. ALEXIA PURA MÁS ALLÁ DEL LÓBULO PARIETAL IZQUIERDO

Santos Sánchez de las Matas, L.; García Salgado, I.; Llera López, I.; Landaeta Chinchilla, D.; Bonelli Franco, Á.; Martínez Poles, J.; Saldaña Díaz, A.; Montalvo Moraleda, T.; Cebrían Escudero, J.; Martínez Ramos, J.; Barbero Bordallo, N.; Fernández Ferro, J.

Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos.

Objetivos: Revisión del síndrome clínico de alexia sin agraphia, también conocida como ceguera verbal, y su variabilidad neuroanatómica a través de dos casos.

Material y métodos: Serie de casos.

Resultados: Paciente 1. Varón de 73 años, diestro, con hipertensión arterial y fibrilación auricular anticoagulada, que presenta una hemorragia parietooccipital izquierda cursando clínicamente como alexia, con grafía conservada. La evolución clínica es favorable, con mejoría durante el ingreso. Paciente 2. Varón de 23 años, zurdo, que experimenta un episodio de crisis epiléptica de inicio focal cognitiva con alerta preservada, manifestado como alexia sin agraphia mientras realizaba un examen, que posteriormente evoluciona a bilateral clónica. En resonancia magnética se describe cavernoma temporal derecho con signos de sangrado. EEG muestra anomalías epileptiformes en región frontal/temporal derecha. Se inició tratamiento con lacosamida con buena tolerancia y respuesta clínica. La alexia sin agraphia es la incapacidad de leer sin que se afecte la capacidad para escribir. Suele asociarse a lesiones en el giro angular y áreas adyacentes del lóbulo parietal dominante. Sin embargo, existe un área temporal basal que involucra al giro fusiforme que resulta crucial para la decodificación