

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.; Cebrán 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 clínica. 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. Suelen 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