

estudio con test cognitivos breves que resultan normales (MMSE = 26/30 pt y MoCA 30/30 pt) y la escala de síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo (SCCA) que confirma el diagnóstico definitivo de SCCA (puntuación = 93/120; fallos = 3/10). La paciente se encuentra pendiente de completar estudio genético para filiar el origen de la atrofia cerebelosa.

Conclusión: Está ampliamente demostrada la participación del cerebro en funciones cognitivas y afectivas. Por eso, es importante reconocer la existencia del SCCA en pacientes con lesiones cerebelosas, también en aquellos pacientes que no presentan una clara afectación motora, para poder explicarles de manera adecuada el diagnóstico y poder iniciar programas de rehabilitación cognitiva específicos, así como tener un seguimiento psicológico adecuado.

21191. FIBRINOLÍSIS LOCAL EN UNA PACIENTE CON ISQUEMIA MEDULAR SECUNDARIA A CIRUGÍA DE AORTA ABDOMINAL

Ortega Macho, J.¹; Franco Rubio, L.¹; Moreu Gamazo, M.²; Gutiérrez Bedia, P.¹; Marcos Dolado, A.¹; Ginestal López, R.¹; Gómez Escalonilla, C.¹; Malaret Segurado, M.¹; Maruri Pérez, A.¹; Obregón Galán, J.¹; López Valdés, E.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ²Unidad de Neurorradiodiagnóstico Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La isquemia medular aguda es una condición infrecuente pero grave que puede provocar un deterioro funcional significativo. Su diagnóstico puede ser complejo y falta evidencia sólida que respalde el uso de fibrinólisis local.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 63 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y cirugía reciente de aneurisma de aorta abdominal mediante endoprótesis. La paciente acudió al servicio de urgencias con un episodio progresivo de menos de una semana de evolución de dolor lumbar incapacitante y alodinia en miembros inferiores, presentando empeoramiento súbito durante su estancia en urgencias. La exploración reveló un síndrome medular casi completo con paraparesia moderada-grave, hiperreflexia, clonus inagotable, hipoestesia tactoalgesica hasta nivel D8-D10 y retención urinaria. La resonancia magnética mostró una anomalía de señal en la mitad posterior de la médula espinal, de reciente aparición, que se extendía de D8 a D11, compatible con isquemia medular. La angiografía demostró una oclusión de la arteria espinal anterior a nivel de D6.

Resultados: Se administraron 7 mg de activador tisular del plasminógeno de forma intraarterial en la rama radicular D6 izquierda de la arteria espinal anterior. Un control angiográfico realizado 10 minutos después mostró un aumento del flujo del vaso. La paciente experimentó una mejoría neurológica significativa, observable inmediata y posteriormente durante un seguimiento clínico de 6 meses en un hospital de rehabilitación y en consultas externas de neurología.

Conclusión: La terapia fibrinolítica local podríaemerger como una intervención potencialmente útil con un uso estandarizado, ofreciendo beneficios a un subconjunto específico de pacientes.

20540. SÍNDROME HEMIMEDULAR INMUNOMEDIADO RELACIONADO CON TOMA DE ADALIMUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramos Barrau, L.; García Alonso, I.; Estévez Téllez, E.; Bautista Lacambara, M.; Tique Rojas, L.; Marta Moreno, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Comunicar un caso de síndrome hemimedular por mielitis en contexto de enfermedad inflamatorio-desmielinizante de etiología inmunomediada relacionada con toma de adalimumab.

Material y métodos: Paciente en quinta década de la vida en tratamiento con adalimumab durante los dos últimos años por hidroadenitis supurativa. Acudió a urgencias por primer episodio de cuadro de una semana de evolución de hipoestesia táctil y termoalgésica en pierna derecha que ascendió de forma progresiva a muslo, hemicuerpo y miembro superior derechos. A la exploración, destacaron piramidalismo y déficit de sensibilidad vibratoria en hemicuerpo izquierdo. Ingresó en neurología para estudio etiológico de síndrome hemimedular izquierdo. **Resultados:** En la RM craneal y medular se observaron focos compatibles con lesiones inflamatorio-desmielinizantes con afectación monofásica en regiones periependimarias, protuberanciales y medulares con mielitis cervical a nivel C5-C6. En el estudio de LCR, se detectaron bandas oligoclonales IgG, no presentes en suero. Se suspendió adalimumab y tras realización de punción lumbar, se pautó metilprednisolona intravenosa a altas dosis durante cinco días, presentando mejoría clínica progresiva. Se fue de alta con seguimiento por unidad de enfermedades desmielinizantes con diagnóstico de lesiones desmielinizantes monofásicas en el SNC en relación con toma de adalimumab, sin cumplir criterios de diseminación temporal por imagen para EM.

Conclusión: Se han descrito casos de enfermedad desmielinizante y de peor evolución de EM en relación con toma de inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa como el adalimumab. Dado el uso en aumento de estas terapias es importante notificar los casos para saber identificarlos, conocer su evolución y optimizar su manejo.

21642. SÍNDROME DE PERM (PROGRESSIVE ENCEPHALOMYELITIS WITH RIGIDITY AND MYOCLONUS) SEROPOSITIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Benavent Giménez, M.; Gil Gimeno, R.; Navarrete Espí, S.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: Presentar el caso de un síndrome de PERM con anticuerpos antirreceptor de glicina (anti-GlyR) positivos en LCR.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Paciente que consulta por debilidad en pierna izquierda, inestabilidad de la marcha y disfagia a líquidos. Inicialmente se objetivó espasticidad en miembro inferior izquierdo con hiperreflexia rotuliana bilateral, Babinski derecho y disartria. De manera progresiva se añadieron mioclonías reflejas, que aumentaron en frecuencia, intensidad y localizaciones implicadas. Además, también hubo progresión de la rigidez espástica, adoptando posturas distónicas, y se añadió una encefalopatía leve-moderada. En el EMG se informaron resultados compatibles con una alteración del espectro del síndrome de la persona rígida. Por la evolución clínica, se orientó el caso como un posible síndrome de PERM. La autoinmunidad en suero fue negativa. Se realizó una TC cerebral y una RM cerebral y panmedular, sin alteraciones. Para descartar un origen paraneoplásico, se realizó una TC toraco-abdomino-pélvico y una PET-TC, sin evidenciar enfermedad tumoral. Finalmente, se obtuvieron los resultados de la autoinmunidad en LCR, con positividad para el anticuerpo anti-GlyR, confirmando el diagnóstico de presunción. A pesar del rápido inicio del tratamiento específico con inmunoglobulinas y plasmaférésis, la evolución fue tórpida y la paciente falleció por múltiples comorbilidades asociadas.

Conclusión: El síndrome de PERM es una entidad poco frecuente, siendo menos frecuente aún la detección del anticuerpo implicado, con un pronóstico infausto hasta en el 40% de los casos según algunas series. En este caso es importante además que se descartó un origen paraneoplásico, presente en el 20% de los casos.