

## 20166. SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SUTILES COMO PISTA DIAGNÓSTICA DE UNA GRAVE INFECCIÓN MULTISISTÉMICA SUBYACENTE

Barrios Álamo, L.; Hernán Gómez, R.; Barrios Álamo, C.; de la Puente Garrido, B.; Báez Sagasti, F.; Ruiz Molina, A.; Gómez-Porro Sánchez, P.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.*

**Objetivos:** Presentar el caso de una mujer de 19 años con un cuadro subagudo de cervicalgia y visión borrosa, tras múltiples infiltraciones facetarias cervicales de corticoides, que sufre un absceso paravertebral derecho que provoca una endocarditis mitral con múltiples embolismos sépticos y una meningitis parainfecciosa.

**Material y métodos:** Mujer de 19 años con cervicalgia y visión borrosa de 3 semanas de evolución. La exploración muestra fondo de ojo con papiledema incipiente (papilas hiperémicas e ingurgitadas), diplopía binocular, rigidez meníngea sutil e inflamación cervical derecha.

**Resultados:** Analítica: leucocitos 14.000, neutrófilos 13.000, PCR 308. TC: focos de HSA multifocales. LCR: claro, con presión de apertura 26 cmH<sub>2</sub>O, hipoglucorraquia (40 mg/dl), proteinorraquia (77 mg/dl) y pleocitosis predominio polimorfonuclear (130 células/mm<sup>3</sup>), cultivo y gram negativos. RM cerebral y columna: absceso paravertebral derecho de 7,5 cm y lesiones multiterritoriales puntiformes que restringen en difusión compatibles con émbolos sépticos. ETE: endocarditis mitral con absceso incipiente asociado. Hemocultivos: SAMS. TC body: embolismos pulmonares y esplénicos. La paciente recibe antibioterapia dirigida, es intervenida de recambio valvular y absceso paravertebral con buena evolución clínica.

**Conclusión:** La anamnesis y el examen neurológico continúan siendo esenciales, puesto que permiten, en casos como este, dirigir el proceso diagnóstico de patología sistémica grave a múltiples niveles.

## 21299. PARÁLISIS UNILATERAL Y AISLADA DEL NERVO HIPOGLOSO: ¿CORREMOS?

Lucio Ceballos, B.<sup>1</sup>; Mercedes Álvarez, B.<sup>1</sup>; Barredo Valderrama, E.<sup>2</sup>; Montiel Rey, A.<sup>2</sup>; Brincau García, F.<sup>2</sup>; Botía Barberá, J.<sup>1</sup>; Alcobendas Liern, I.<sup>1</sup>; Miranda Herrero, M.<sup>2</sup>; Vázquez López, M.<sup>2</sup>; de Castro Castro, P.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Neuropediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos:** El XII par craneal es un nervio motor puro destinado a la movilidad de la lengua, la deglución, la fonación y el habla. Su trayecto y relaciones anatómicas hacen necesario que, ante una lesión, se plantee un diagnóstico diferencial que abarque etiologías potencialmente graves para el paciente. Presentamos el caso de un adolescente con parálisis idiopática aislada de nervio hipogloso izquierdo.

**Material y métodos:** Varón de 15 años sin antecedentes relevantes que acude a Urgencias por desviación de la lengua hacia la izquierda. Cuadro de una semana de evolución de problemas en pronunciación y dificultad para tragar, así como dolor cervical bilateral de un mes. Negaba datos de infección en días previos, traumas o cirugías loco-regionales. La exploración neurológica que revelaba únicamente desviación lingual izquierda sugerente de parálisis de nervio hipogloso ipsilateral.

**Resultados:** La RM y angioRM craneal urgentes objetivaron disección carotídea bilateral. Ingresó en planta de Neuropediatría, donde se realizaron angioTC y angiografía que descartaron disección. El resto de pruebas complementarias, incluyendo autoinmunidad y serologías, resultaron negativas, con recuperación del paciente durante el ingreso y resolución completa en el seguimiento a los 3 meses.

**Conclusión:** La parálisis unilateral aislada del hipogloso es inhabitual y supone un reto diagnóstico. Cobran importancia la historia clínica y

una exploración neurológica completa, así como pruebas complementarias que incluyan neuroimagen. Las etiologías más frecuentes según la literatura son neoplasias, posradioterapia, traumáticas y vasculares. El diagnóstico de parálisis idiopática debe realizarse tras descartar otras causas, esperándose una recuperación y pronóstico favorables.

## Neurología general P3

### 20191. REPORTE DE UN CASO: ROMBENCEFALITIS SIMULTÁNEA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Sánchez Morales, L.<sup>1</sup>; Sánchez Martínez, S.<sup>2</sup>; Ocaña Mora, B.<sup>1</sup>; Cuenca Juan, F.<sup>1</sup>; Torres López, L.<sup>1</sup>; López Rojo, Á.<sup>1</sup>; Fernández Usero, A.<sup>1</sup>; García García, J.<sup>1</sup>; Hernández Fernández, F.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Objetivos:** Describir un caso de meningitis linfocitaria aséptica, rombencefalitis y arteritis de células gigantes simultánea en un paciente con historia de leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) y GEA reciente.

**Material y métodos:** Presentación de un caso clínico.

**Resultados:** Varón de 78 años con LMMC y aftas orales recurrentes. Tras una GEA inflamatoria por *Campylobacter*, ingresa en Neurología por un cuadro progresivo de cefalea, ataxia, nistagmo, disartria y diplopía. En cuanto a las pruebas complementarias, la TC cerebral identificó una lesión isquémica aguda en territorio de AICA. La RM mostró signos adicionales de rombencefalitis con leptomeningitis. En la punción lumbar se observó pleocitosis linfocitaria e hiperproteinorraquia con estudio microbiológico negativo. El ecodoppler sugirió afectación vasculítica (signo del halo) en arterias temporales, realizándose biopsia que confirmó arteritis de células gigantes. El estudio de autoinmunidad demostró positividad de anticuerpos antigangliósidos GM1, GM2, GD1a, GD1b y estado de portador del alelo HLA-B51. El resto de test fueron negativos. Durante el ingreso, se inició tratamiento con inmunoglobulinas y megabolas de metilprednisolona durante cinco días, seguido de prednisona en pauta descendente. El paciente presentó mejoría completa de la clínica y resolución de las lesiones en RM y ecodoppler. No presentó nuevos brotes durante los nueve meses de seguimiento.

**Conclusión:** En el caso de las LMMC, se ha descrito una asociación del 25% con trastornos autoinmunes, como la arteritis de células gigantes y rombencefalitis Behçet-like, entre otros. La infección por *Campylobacter* con antigangliósidos positivos podría actuar como desencadenante de una respuesta autoinmune exacerbada en pacientes predispuestos con síndromes mielodisplásicos y mieloproliferativos.

### 20097. ENCEFALITIS LÍMBICA SERONEGATIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROSARCOIDOSIS. UNA NOVEDOSA E INUSUAL ASOCIACIÓN

Bonilla Tena, A.; Úriz Bacaicoa, Ó.; Olaizola Díaz, R.; Lera Ramírez, I.; Sánchez Soblechero, A.

*Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

**Objetivos:** La encefalitis límbica se caracteriza por déficit mnésicos, crisis epilépticas, clínica psiquiátrica e hiperintensidades en secuencias T2-FLAIR en resonancia magnética (RM) craneal en región temporal mesial. La neurosarcoidosis puede presentarse con múltiples síndromes neurológicos. Presentamos un caso de encefalitis límbica atribuida a neurosarcoidosis.

**Material y métodos:** Varón de 67 años que consulta por fallos de memoria de 1 mes de evolución. La exploración física muestra fiebre de