

## 20211. ESPECTRO CLÍNICO E INMUNOLÓGICO DE LAS NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS INMUNOMEDIADAS. ANÁLISIS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCARIO

Moreno García, S.; Álvarez Bardón, I.; Stride González, V.; Ruiz Ortiz, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

**Objetivos:** Descripción de los cuadros clínicos compatibles con neuropatías periféricas inmunomediadas ingresados en planta de neurología general durante los meses de enero, febrero y marzo de 2024.

**Material y métodos:** Análisis y descripción de pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB), síndrome de Miller Fisher (SMF) y encefalitis de Bickerstaff (EB).

**Resultados:** A lo largo de los meses de enero, febrero y marzo de 2024 ingresaron en planta de neurología general de un hospital terciario de Madrid un total de 10 neuropatías inmunomediadas, de las cuales 7 se catalogaron de SGB, 2 SMF y una de EB, suponiendo en su conjunto el 14,3% del total de pacientes ingresados en esos meses. El 100% contaba antecedentes de infección o vacunación, 3 pacientes requirieron ingreso en UVI (todos con datos en EMG de afectación sensitivo-motora axonal: AMSAN y la EB), 6 presentaron positividad en el análisis de anticuerpos antigangliosídicos, 6 disociación albuminocitológica en LCR (en los restantes el estudio se realizó de una forma precoz), 9 (todos menos la EB) presentaron EMG compatible y 9 recibieron tratamiento (con plasmaféresis y/o con inmunoglobulinas IV). Todos ellos siguen un curso de evolución favorable.

**Conclusión:** En la era pospoliomielitis, el SGB es la neuropatía paralítica más común y grave. Epidemiológicamente existen variaciones geográficas y estacionales. En el primer trimestre del año (época en España de mayor incidencia de infecciones respiratorias) el total de ingresos en una planta de neurología superó el 10%. Realizar un diagnóstico adecuado es esencial para iniciar un tratamiento precoz evitando así un pronóstico catastrófico.

## 21404. MENINGITIS ASÉPTICA POR METRONIDAZOL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez García, F.<sup>1</sup>; Villamor Rodríguez, J.<sup>1</sup>; Hernández Ramírez, M.<sup>1</sup>; González Gómez, M.<sup>1</sup>; Naranjo Sintes, A.<sup>2</sup>; Celi Celi, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara;

<sup>2</sup>Servicio de Medicina. Hospital Universitario de Guadalajara.

**Objetivos:** La meningitis aséptica inducida por fármacos (MAIF) aguda es una inflamación de las meninges sin evidencia de infección microbiana, cuya causa se atribuye a ciertos compuestos farmacológicos como AINE, antimicrobianos (metronidazol), inmunosupresores... El objetivo principal es dar a conocer este raro pero significativo efecto adverso, que conforma una patología propia, subrayando la importancia del diagnóstico clínico temprano y adecuado manejo terapéutico de esta patología.

**Material y métodos:** Paciente de 53 años con antecedente de gastritis crónica por *Helicobacter pylori* en séptimo día tratamiento con metronidazol (Pylera<sup>®</sup>), que inicia cuadro de cefalea con criterios de alarma.

**Resultados:** Varón de 53 años, diagnosticado de gastritis crónica por *H. pylori*, que tras séptimo día de tratamiento con metronidazol (Pylera<sup>®</sup>) comienza con cefalea brusca con criterios de alarma, asociado a hipoacusia y tinnitus en oído derecho. Ante el hallazgo de leucocitosis y ausencia de hallazgos patológicos en TC, se realiza una PL apreciándose LCR ligeramente turbio, pleocitosis de predominio polimorfonuclear, proteinorraquia y ratio glucosa plasma/suero normal. Todos los estudios microbiológicos fueron negativos. En sucesivos controles, y tras retirada de metronidazol, se constató resolución de pleocitosis y resolución de la clínica.

**Conclusión:** La MAIF es un diagnóstico de exclusión, siendo necesario descartar microorganismos infecciosos como etiología. El LCR presenta pleocitosis, de predominio polimorfonuclear, proteinorraquia y ratio glucosa LCR/suero normal. La coexistencia de meningitis aséptica asociada a pérdida de audición, efecto adverso del metronidazol, sugiere este como causa del síndrome meníngeo. Es esencial investigar la frecuencia de estos efectos adversos dado el uso extendido de estos fármacos.

## 21232. LESIÓN DEL NERVIO TORÁCICO LARGO: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Manero, A.<sup>1</sup>; Peinado Postigo, F.<sup>2</sup>; Rueda Medina, I.<sup>2</sup>; López Perona, E.<sup>3</sup>; del Saz Saucedo, P.<sup>2</sup>; Botía Paniagua, E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Hospital de Tomelloso; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Tomelloso.

**Objetivos:** El nervio torácico largo (NTL) o nervio de Charles Bell es un nervio motor que inerva al músculo serrato anterior (fundamental para la estabilidad de la escápula) y que se origina en las raíces C5-C6-C7.

**Material y métodos:** Su lesión puede ser de origen traumático, mecánico por compresión o por tracción y produce escápula alada, además de debilidad y alteraciones en la movilidad del hombro, que pueden llegar a ser limitantes. Presentamos el caso de una mujer de 42 años, asistente a domicilio, que acude por omalgia, dolor escapular y sensación de debilidad en hombro izquierdo con dificultad para la elevación activa ipsilateral, de 5 meses de evolución, a raíz de una caída con fuerte traumatismo en borde lateral del tórax y en hombro izquierdo. A la exploración destaca escápula alada izquierda durante la elevación del brazo

**Resultados:** EMG inicial: neuropatía del nervio torácico largo izquierdo, con lesión axonal parcial, datos de denervación aguda y reinervación reciente y crónica. RM columna cervical anodina. Se realizó seguimiento y tratamiento conservador, con ejercicios de rango articular para prevenir rigidez, y ejercicios de fortalecimiento de musculatura periescapular sana, con mejoría clínica. EMG de control (6 meses): leve mejoría del NTL izquierdo, aunque persiste pérdida grave de unidades motoras en territorio dependiente (músculo serrato anterior).

**Conclusión:** El NTL es propenso a lesionarse por su trayecto superficial, largo recorrido y pequeño diámetro en comparación con los demás nervios del plexo braquial. Muchos de los casos de lesión cerrada aislada del NTL mejoran y/o se resuelven con tratamiento conservador entre 6-24 meses.

## 21166. AFECTACIÓN NEUROLÓGICA EN PACIENTES CON TÍTULOS ALTOS DE ANTICUERPOS GAD EN SUERO

Lombardo del Toro, P.<sup>1</sup>; Falip Centellas, M.<sup>1</sup>; Jaraba Armas, S.<sup>2</sup>; Hernández Pérez, G.<sup>1</sup>; Nedkova Hristova, V.<sup>1</sup>; Casasnovas Pons, C.<sup>1</sup>; Jaumá Classen, S.<sup>1</sup>; González Mera, L.<sup>2</sup>; Gómez Llopiso, R.<sup>1</sup>; García Serrano, L.<sup>3</sup>; Valín Villanueva, P.<sup>1</sup>; Sala i Padro, J.<sup>1</sup>; Angerri Nadal, M.<sup>1</sup>; Bea Sintes, M.<sup>1</sup>; Villarreal Miñano, J.<sup>1</sup>; Morandeira Rego, F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans; <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de Bellvitge.

**Objetivos:** Se considera que los títulos altos de anticuerpos contra la decarboxilasa del ácido glutámico (GADab) se asocian a afectación neurológica y a diabetes mellitus (DM) de debut en la edad adulta (DM-LADA). Describir la prevalencia de afectación neurológica en pacientes con títulos altos (> 2.000 UI) en suero y sus características, así como su asociación con otras enfermedades neurológicas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes del área de referencia de nuestro centro en los que se obtuvo una determinación de GADab en suero con títulos altos (base de datos del laboratorio entre 2003-2023). Se recogieron datos clínicos que se

compararon entre pacientes con afectación neurológica y sin afectación neurológica. En pacientes con varias determinaciones se evaluó la evolución de los títulos en relación con el tratamiento.

**Resultados:** 238 determinaciones con títulos > 1.000 UI, 176 determinaciones con títulos > 2.000 UI que corresponden a 136 pacientes con GAD > 2.000 UI, siendo 81 mujeres (61%), edad media 53,37 años, DE 16. Presentan DM-LADA 112 (87%) pacientes, DM inducida por tratamiento CAR-T 2. Afectación neurológica 33 (27%) pacientes. Los pacientes con afectación neurológica tenían una edad media superior a los pacientes con diabetes (62,3 años vs. 51 años p < 0,05). Siendo la ataxia 5, síndrome de personal rígida 10, PERMS 1, epilepsia 16 y oftalmoparesia 4. Afectación neurológica compleja 5 pacientes.

**Conclusión:** El 17% de los pacientes diabéticos presentaron afectación neurológica confirmada que se diagnosticó más tarde que el debut diabético.

## 20120. ¿PUEDE CONFUNDIRSE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA CON LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE? REPORTE DE UN CASO

Escobar Segura, V.

Servicio de Neurología. Hospital Son Llátzer.

**Objetivos:** Destacar la importancia del diagnóstico diferencial entre la encefalopatía de Wernicke (EW) y el trastorno del espectro de neuromielitis óptica (NMOSD). Se presenta un caso en el que las manifestaciones clínicas y radiológicas iniciales sugirieron EW, pero la evolución del caso y estudios adicionales condujeron a un diagnóstico de NMOSD.

**Material y métodos:** Una mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, ingresada repetidamente por síntomas gastrointestinales y neurológicos, como vómitos, diplopía y confusión. Se emplearon diversas herramientas diagnósticas, incluyendo resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral y medular, análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) y serología específica para anticuerpos IgG contra la acuaporina 4 (AQP4-IgG).

**Resultados:** La RMN cerebral mostró hiperintensidades en T2 y FLAIR en las porciones dorso mediales de ambos tálamos, regiones periventriculares y en los tubérculos mamílares, sospechosas de EW. No obstante, el tratamiento con tiamina IV no mejoró significativamente su estado, y la paciente empeoró, desarrollando paraparesia progresiva y somnolencia. La punción lumbar reveló pleocitosis linfocítica leve, y la RMN medular mostró una mielitis longitudinalmente extensa. Los estudios serológicos confirmaron la presencia de AQP4-IgG, lo que redirigió el diagnóstico hacia NMOSD. El tratamiento se ajustó a esteroides IV en altas dosis, plasmaféresis y de mantenimiento con rituximab, las cuales tuvieron un éxito limitado.

**Conclusión:** Este caso destaca la importancia de considerar NMOSD en pacientes con manifestaciones clínicas y radiológicas que sugieren EW, especialmente cuando no existen los factores de riesgo clásicos de EW. Una diferenciación precisa entre estas condiciones es esencial para un tratamiento adecuado y para evitar retrasos en la atención.

## Neurología general P4

### 21364. BROTE PSICÓTICO TRAS UN ICTUS: UNA COMPLICACIÓN PSIQUIÁTRICA INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

González Manero, A.<sup>1</sup>; Peinado Postigo, F.<sup>2</sup>; Calvo Alzola, M.<sup>2</sup>; Martín Álvarez, R.<sup>2</sup>; Rodado Mieles, S.<sup>2</sup>; Botía Paniagua, E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Hospital de Tomelloso; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro.

**Objetivos:** Los ictus pueden dar lugar a un amplio abanico de alteraciones conductuales y psiquiátricas. La ansiedad y la depresión suelen ser frecuentes, pero en ocasiones se producen cuadros psiquiátricos más graves, como los brotes psicóticos. Se estima que se pueden presentar hasta en un 1-2% de los casos.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente de 75 años, hipertensa, diabética, con antecedentes de 2 episodios de *flutter* auricular revertidos con amiodarona, sin anticoagulación ni estudio cardiológico ulterior, traída por UVI móvil por cuadro de 2 horas de evolución de disartria, desviación óculo-cefálica a la derecha, paresia facial central izquierda y hemiparesia de extremidades izquierdas. TC + angioTC craneal urgentes: lesión isquémica aguda en ACM derecha en evolución, con oclusión en segmento M1 distal. ASPECTS 9.

**Resultados:** Buena evolución clínica tras fibrinólisis IV y trombectomía mecánica, con recanalización completa (TICI3). Posteriormente, durante la hospitalización la paciente desarrolló delirios de perjuicio y de robo (decía que sus familiares la estaban envenenando y que le iban a quitar sus cosas y su dinero mientras estaba en el hospital). Importante repercusión emocional y alteraciones conductuales congruentes con el delirio: ánimo bajo, tendencia a la agitación y desconfianza hacia sus familiares.

**Conclusión:** Aunque la psicosis posictus es una complicación psiquiátrica poco frecuente, condiciona el pronóstico y la calidad de vida del paciente y de su entorno. Clínicamente los síntomas psicóticos posictus son similares a los no asociados a enfermedad médica. Neuroanatómicamente se asocia principalmente a lesiones del hemisferio derecho, sobre todo temporoparietooccipital, frontoparietal y del tálamo.

### 20477. CUANDO LA IMAGEN DICE MÁS: DISOCIACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN UN CASO DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA

Cañada Lahoz, E.<sup>1</sup>; Vera Andrés, P.<sup>1</sup>; Lozano Veiga, S.<sup>1</sup>; Berbegal Serralta, R.<sup>1</sup>; Trillo Senín, S.<sup>1</sup>; Ramos Martín, M.<sup>1</sup>; Capilla, E.<sup>2</sup>; Reig Roselló, G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de La Princesa.

**Objetivos:** La meningitis bacteriana es una urgencia neurológica que puede tener una evolución fatal. El objetivo de este trabajo es presentar un caso atípico de disociación clínico-radiológica en meningitis meningocócica junto con sus hallazgos en pruebas de imagen.

**Material y métodos:** Se exponen los hallazgos de resonancia magnética (RM) y datos clínicos del caso.

**Resultados:** Mujer de 16 años que acude por fiebre de 5 días, cefalea y deterioro del nivel de conciencia. Se diagnostica meningitis bacteriana (LCR leucocitos 16.105/mm<sup>3</sup>, proteínas 270 mg/dl y glucosa < 1 mg/dl) y requiere ingreso inicial en UCI. Se aísla *Neisseria meningitidis* serotipo C en LCR y presenta buena respuesta a tratamiento con ceftriaxona. Ante persistencia de cefalea intensa a los 10 días, sin focalidad asociada, se realiza RM que muestra realces lineales en sustancia blanca y edema vasogénico con focos subcentimétricos de restricción de la difusión en relación con infartos isquémicos, todo ello compatible con vasculitis. Tras este hallazgo se inicia tratamiento con dexametasona IV. La paciente se mantiene neurológicamente asintomática pese a las múltiples lesiones, repitiéndose RM de control a la semana y a los 6 meses, en las que se observa mejoría radiológica global y desaparición de la actividad inflamatoria, persistiendo lesiones residuales.

**Conclusión:** Se trata de hallazgos radiológicos inusuales e inicialmente alarmantes en una paciente asintomática. En la literatura existen casos descritos de vasculitis en meningitis, siendo predominantemente neumocócicas y acompañándose de mayor gravedad clínica. Los hallazgos en este caso podrían estar en relación con el retraso diagnóstico/alto grado de inflamación, siendo atípicos en meningitis meningocócica sin otras complicaciones asociadas.