

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.¹; Peinado Postigo, F.²; Calvo Alzola, M.²; Martín Álvarez, R.²; Rodado Mieles, S.²; Botía Paniagua, E.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Hospital de Tomelloso; ²Servicio 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 fibrinolisis 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-RADOLÓGICA EN UN CASO DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Servicio 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/mm³, 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.