

ictericia y prurito. Tras estudio ampliado se diagnostica adenocarcinoma de páncreas estadio IV por metástasis hepáticas. La quimioterapia paliativa mejoró los síntomas de MG.

Conclusión: Revisando la literatura se han reportado casos en los que la malignidad sigue al tratamiento inmunosupresor para la MG. Todo ello nos lleva a plantearnos la necesidad de prestar especial atención al cribado de cáncer, pero también a aparición y evolución de nuevos síntomas, por aparatos. Respecto a neoplasias extratímicas no hemos encontrado reportes de adenocarcinoma de páncreas y MG.

21340. TETRAPARESIA POR FÍSTULA DE LCR: UN CASO ATÍPICO

Bautista Lacambra, M.; Tique Rojas, L.; García Alonso, I.; Canasto Jiménez, P.; Ramos Barrau, L.; Roche Bueno, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Compartir un caso atípico de causa de tetraparesia: una fístula de líquido cefalorraquídeo.

Material y métodos: Paciente en la sexta década vital con antecedentes de tabaquismo, MINOCA y parálisis frénica unilateral que ingresa a nuestro cargo por debilidad en las cuatro extremidades de semanas de evolución. No historia de traumatismos previos ni de intervenciones con potencial iatrogénico.

Resultados: En la exploración física destacaba debilidad moderada de las cuatro extremidades, con predominio en extremidades superiores, abolición de los reflejos de estiramiento muscular en extremidades superiores y exaltados en las inferiores, amiotrofia del primer interóseo de la extremidad superior izquierda y de la eminencia tenar bilateral. No asociaba cefalea por hipotensión licuoral. En el estudio de EMG apareció un patrón neurogénico crónico, con signos de denervación en EESS y EEII, más marcado en superiores. Se realizó RM craneal y cervicodorsal que mostró múltiples colecciones epidurales cervicodorsales interpretadas como acúmulo de LCR, sin signos radiológicos de hipotensión licuoral a nivel craneoencefálico. Posteriormente se realizó mielografía que demostró fuga de líquido cefalorraquídeo a nivel C2 izquierdo. La paciente se encuentra pendiente de intervención neuroquirúrgica para cierre de su fístula, sin mejoría clínica por el momento.

Conclusión: Se trata de un caso atípico de presentación de fístula de LCR, donde predominaban los signos motores en lugar de la cefalea por hipotensión licuoral, que se encontraba ausente. Aunque se ha notificado la atrofia braquial causada por fístula de LCR, la ausencia de hipotensión intracraneal clínica y radiológica nos invitan a compartir el caso para su conocimiento general.

21317. CUANDO EL ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO NOS CONFUNDE: MENINGOENCEFALITIS POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN UN PACIENTE CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE VIH

Bonelli Franco, Á.¹; Navas Clemente, I.²; Montalvo Moraleda, T.¹; Barbero Bordallo, N.¹; Pastor Yborra, S.³; Montes Romero, M.²; Santos Sánchez de las Matas, L.¹; Landaeta Chinchilla, D.¹; Llera López, I.¹; Cebrián Escudero, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos; ³Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba.

Objetivos: La meningitis criptocócica es una infección grave del SNC que se presenta principalmente en pacientes inmunosuprimidos, especialmente en pacientes portadores de VIH.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Varón de 37 años, natural de Marruecos, con antecedente principal de otitis media serosa bilateral de 2 meses de evolución tratada con amoxicilina-clavulánico inicialmente y ciprofloxacino posteriormente, finalizando el tratamiento el 22/12/23. Acude a urgencias el 29/12/23 con hemiparesia izquierda acompañada de cefalea intensa bilateral de 4 días de evolución. En urgencias, se realizó TC craneal con contraste donde se informó la presencia de realce leptomeníngeo, se realizó punción lumbar. Los resultados a destacar de la citobioquímica fueron leucocitos 13/mm³ siendo 100% mononucleares. Se iniciaron ceftriaxona + ampicilina + vancomicina + aciclovir hasta obtener los resultados microbiológicos. 72 horas después del ingreso, el paciente comenzó a empeorar clínicamente con cefalea y vómitos, además presentó crisis epilépticas focales. Se inició tratamiento con lacosamida tras observarse anomalías epileptiformes en el electroencefalograma. Como parte del estudio etiológico se solicitó estudio analítico extenso (que confirmó infección por VIH-1 desconocida con importante inmunosupresión), resonancia magnética cerebral y nueva punción lumbar con aparición de proteinorraquia y mayor pleocitosis mononuclear, solicitándose una nueva PCR múltiple, la cual en este caso fue positiva para *Cryptococcus neoformans*. El tratamiento con fármacos antimicóticos comenzó el 05/01/24, lo que retrasó el inicio de la terapia antirretroviral.

Conclusión: La meningoencefalitis criptocócica es una entidad de difícil diagnóstico y en ocasiones el escenario epidemiológico puede ser engañoso. Por ello, debemos mantener un alto grado de sospecha y realizar un estudio etiológico completo, especialmente en pacientes inmunosuprimidos.

21525. SÍNDROME DE TAPIA COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA INFRECIENTE TRAS INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

Gutiérrez Bedia, P.; Ribacoba, C.; Maruri Pérez, A.; Ortega Macho, J.; Malaret Segurado, M.; Obregón Galán, J.; Matías-Guiu Antem, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: El síndrome de Tapia es una rara entidad que cursa con afectación de nervio vago e hipogloso ipsilaterales. Reconocer este cuadro es importante para realizar manejo adecuado, dada la potencial afectación de la vía aérea.

Material y métodos: Varón de 49 años con antecedentes de macroprolactinoma operado por cirugía transfenoidal en agosto de 2023. Se reinterviene por recidiva en abril de 2024 con mismo abordaje, precisando de intubación orotraqueal prolongada. Tras el procedimiento el paciente presenta disfonía, disfagia a sólidos y protrusión lateralizada de lengua a la izquierda. Por persistencia de los síntomas, consulta a los 15 días en urgencias.

Resultados: En exploración neurológica destaca disfonía, debilidad de pilar amigdalino izquierdo y protrusión lateralizada hacia ipsilateral. No existe afectación de otros nervios craneales, vías motoras ni sensitivas. La fibroscopia muestra parálisis de cuerda vocal izquierda. Ante sospecha de afectación de X y XII nervios craneales izquierdos se realiza TC craneal urgente, sin hallazgos. El paciente es diagnosticado de síndrome de Tapia secundario a intubación prolongada, pautando tratamiento empírico con corticoides. RM craneal ambulatoria no muestra alteraciones troncoencefálicas ni de nervios craneales.

Conclusión: El síndrome de Tapia es una complicación infrecuente tras cirugía de cabeza y cuello, columna cervical, intubación orotraqueal y ventilaciones prolongadas. Se debe a la afectación simultánea de los nervios craneales X y XII ipsilaterales por compresión o distensión en región cervical alta. En ausencia de antecedentes quirúrgicos, el diagnóstico diferencial incluye lesiones tumorales en cabeza, cuello y tórax. El pronóstico es variable, con una recuperación completa en un 30% de los pacientes.