

### 20113. ARACNOIDITIS ADHESIVA, UNA ENTIDAD INFRECUENTE QUE DEBUTA COMO UN SÍNDROME DE COLA DE CABALLO

Pinedo Córdoba, J.; de la Serna Fito, M.; Guerrero Carmona, N.; Jiménez Ureña, K.; Cienfuegos Fernández, A.

*Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme.*

**Objetivos:** Describimos un caso de síndrome de cola de caballo debido a una entidad infrecuente que puede ser devastadora, la aracnoiditis adhesiva. Es una complicación extremadamente rara de procedimientos neuroaxiales que provoca una reacción inflamatoria, fibrosis y adherencias de raíces nerviosas, y leptomeninges debido a la inyección de anestésicos locales o sustancias neurotóxicas durante el bloqueo neuroaxial. Puede presentarse con variedad de síntomas, cefalea, dolor radicular, HTIC hasta tetraplejía; desde semanas hasta años después del factor precipitante.

**Material y métodos:** Mujer 47 años portadora de bomba intratecal por dolor oncológico en relación con ADC de endometrio, en los últimos 20 días comienza con debilidad en MMII que le imposibilita deambular, hipoestesia desde región inguinal incluyendo región perineal y disfunción esfinteriana. Exploración: paraparesia flácida, REM MMII hipoactivos, nivel sensitivo L1 con hipoestesia en silla de montar, hipopalestesia en miembros inferiores.

**Resultados:** RM columna: realce y engrosamiento leptomeníngeo difuso y homogéneo, en relación con cambios inflamatorios inespecíficos a valorar origen por dispositivo externo. LCR: leucocitos 101 (MN 99%); proteínas incontables (2,3 mg/dl); hematies 600. EMG sin hallazgos patológicos sugestivos de PNP. Evolución: ha recibido bolos de metilprednisolona sin mejoría clínica. Pendiente de comité de la Unidad de Dolor para plantear retirada del catéter.

**Conclusión:** En nuestra paciente la semiología medular subaguda, los antecedentes de BIT y las imágenes radiológicas que mostraron aglutinación de las raíces nerviosas permitieron el diagnóstico de esta entidad. Valorar ante toda presentación de síndrome de cola de caballo un DD con otras patologías potencialmente graves como tumores de la médula espinal, infecciones del SNC y hematomas epidurales.

### 20035. SÍNDROME DE BING-NEEL, COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA DE LA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Peláez Viña, N.<sup>1</sup>; Dunlop Bórquez, D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Reina Sofía.

**Objetivos:** La macroglobulinemia de Waldenström es un síndrome linfoproliferativo B de bajo grado caracterizado por la producción de una inmunoglobulina monoclonal tipo IgM que condiciona hiperviscosidad. El síndrome Bing-Neel es una presentación inhabitual de enfermedad que ocurre por afectación del sistema nervioso central. El diagnóstico de sospecha se basa en la clínica polimorfa, las anomalías radiológicas y se confirma por la presencia de células linfoplasmocitarias clonajes en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o biopsia cerebral.

**Material y métodos:** Presentamos un paciente de 77 años con antecedente de gammapatía monoclonal IgM lambda que ingresa por alteración subaguda de funciones superiores, especialmente disejecutivas y mnésicas. El examen físico no revelaba focalidad.

**Resultados:** Un electroencefalograma mostraba un trazado compatible con encefalopatía. La RM craneal revelaba atrofia corticosubcortical y captación leptomeníngea. La TC toracoabdominal no objetivaba tumor. El LCR mostraba hiperproteínorraquia, hiper celularidad en rango 400 células/mm<sup>3</sup> constituidas por una población monoclonal linfoplasmocitaria B lambda CD20+. Al estar sintomático recibe tratamiento con metotrexate a altas dosis y cladribina. Los inhibidores de tirosinkinasa

son una buena alternativa terapéutica actualmente y también la quimioterapia intratecal. Tuvo respuesta parcial a los 3 meses, por lo que se planteó un nuevo ciclo quimioterápico con mejoría clínica. A los seis meses presenta buena evolución con seguimiento clínico-radiológico.

**Conclusión:** Resulta relevante conocer esta entidad por su extrema rareza. Pensaremos en ella en un contexto de enfermedad de Waldenström con clínica difusa y un LCR que, de ser patológico, constituye el diagnóstico *gold standard*. El manejo es multidisciplinar por oncohematología y neurología. Las nuevas terapias modifican el pronóstico.

### 21151. MIELITIS INFECCIOSA POR VARICELA ZÓSTER. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Fernández Martín, I.<sup>1</sup>; Castro Montenegro, A.<sup>1</sup>; Pose Cruz, E.<sup>1</sup>; Dorta Expósito, B.<sup>1</sup>; Torres Iglesias, C.<sup>1</sup>; Alonso García, G.<sup>1</sup>; Koukoulis Fernández, A.<sup>1</sup>; Martínez Cueto, P.<sup>2</sup>; Rodríguez Paz, C.<sup>2</sup>; Castro Vilanova, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo;

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Objetivos:** La infección del sistema nervioso por el virus herpes varicela zóster (VVZ) es común en pacientes adultos e incrementa con la edad. No obstante, la mielitis es una complicación rara, que puede ocurrir durante la primoinfección o en contexto de reactivación de una infección latente. Describimos dos casos de mielitis por VVZ en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Caso 1. Varón de 70 años con fiebre, cefalea y dolor cervical, que posteriormente presenta un nivel sensitivo T9. Caso 2. Varón de 50 años con cefalea y fiebre, con clínica posterior de dolor lumbar y pérdida de sensibilidad a nivel lumbar bajo y en periné, asociando afectación de esfínteres. Ambos eran pacientes inmunocompetentes. Ninguno presentó lesiones cutáneas.

**Resultados:** En el estudio del líquido cefalorraquídeo presentaron pleocitosis de predominio mononuclear, hiperproteínorraquia y FilmArray positivo para VVZ. Los 2 pacientes mostraron lesiones en resonancia magnética medular, en el caso 1 a nivel T2 y en el caso 2 en C1 y T6-T8. Ambos fueron tratados con aciclovir intravenoso y solo el primero con metilprednisolona asociada. Los dos con buena respuesta al tratamiento.

**Conclusión:** La mielitis por VVZ es una complicación infrecuente con una incidencia del 0,3% de las complicaciones neurológicas del VVZ; haciendo especial hincapié en la heterogeneidad clínica de los enfermos afectados y en que nuestros casos no presentaron alteraciones dermatológicas ni debilidad. Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz, ya que los pacientes pueden presentar una buena respuesta clínica al tratamiento médico.

### 20183. GANGLIONOPATÍA SENSITIVA IDIOPÁTICA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA FGFR3-POSITIVA

Pérez Imbernón, J.; Reurich Gómez, N.; Martí Sánchez, M.; Marzo Sola, M.

*Servicio de Neurología. Hospital San Pedro.*

**Objetivos:** Las ganglionopatías sensitivas (o neuronopatías) son un grupo de neuropatías con afectación de las neuronas sensitivas en los ganglios de la raíz dorsal. Suelen tener un curso subagudo y patrón asimétrico, siendo típicos la ataxia marcada o síntomas sensitivos positivos según el tipo de neurona afectada. Las etiologías principales son: autoinmune, paraneoplásica, tóxica (quimioterapia, hipervitaminosis B6) e idiopática.

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

**Resultados:** Mujer de 48 años, fumadora grave, hiperferritinemia estudiada, sin antecedentes familiares ni tratamiento. Ingresó por