

20418. DISEÑO DE CASO ÚNICO: SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

Rubí Callejón, J.¹; Pérez Díaz, N.²; Simina Simion Nica, R.³; Sáez Alonso, A.⁴; Espinosa Sánchez de Pablo, V.⁴; Gutiérrez Pérez, M.⁴; Fernández Caballero, B.⁵; Rodríguez Dueñas, L.⁵; Martínez García, V.⁵; Navarro Arellano, T.⁵; Alcaraz Inglés, F.⁵; Villegas Escudero, L.⁵; Suleiman Fernández, K.⁵; Velasco Muñoz, A.⁶; Calzado Ramos, L.⁶; Contreras Villanueva, M.⁵; Castillo Moreno, M.³; Ortega Martín, C.³; Ginés Zapata, P.³; Morón García, A.¹; Santaella, C.³

¹Unidad de Neurología. Clínica Neurológica Rubí; ²Centro Infantil de Atención Temprana. Clínica Neurológica Rubí; ³Unidad de Logopedia. Clínica Neurológica Rubí; ⁴Unidad de Fisioterapia. Clínica Neurológica Rubí; ⁵Unidad de Neuropsicología. Clínica Neurológica Rubí; ⁶Unidad de Terapia Ocupacional. Clínica Neurológica Rubí.

Objetivos: Explorar cómo el síndrome alcohólico fetal (SAF) afecta el desarrollo desde una edad temprana y evaluar la efectividad de un enfoque terapéutico integral, que incluye logopedia, en la mejora de los desafíos de desarrollo identificados. Buscamos aportar evidencia sobre la importancia de la detección temprana y la intervención multidisciplinar en casos de SAF.

Material y métodos: Se realizó un análisis observacional descriptivo y analítico de una niña de dos años diagnosticada con SAF. Se emplearon el Inventario de Desarrollo Battelle y el Test de vocabulario Peabody para medir las habilidades en diversas áreas de desarrollo antes y después de las intervenciones terapéuticas.

Resultados: Antes de la intervención, la niña mostró dificultades significativas en comunicación, así como en las áreas motora y cognitiva, obteniendo puntuaciones por debajo del promedio. Después de seis meses de intervención, en el área de comunicación, mostró mejoras notables en el vocabulario receptivo, alcanzando puntuaciones dentro del promedio. Hubo progresos en las áreas motora y cognitiva, pero persisten algunos desafíos, especialmente en la expresión de sentimientos y habilidades sociales, donde las puntuaciones permanecieron por debajo del promedio.

Conclusión: El estudio destaca la complejidad del SAF y la importancia de un enfoque terapéutico adaptado y multifacético. Los resultados muestran que, aunque hay mejoras en varias áreas del desarrollo, persisten desafíos significativos que requieren atención continua y ajustes en las estrategias de intervención. Es crucial seguir investigando para optimizar los métodos de tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el SAF.

Neurooftalmología P

21062. SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL TRAS GASTROENTERITIS AGUDA: UNA CAUSA INHABITUAL DE ESTRABISMO DESCOMPENSADO

Gangas Barranquero, L.; Polanco Fernández, M.; Valera Barrero, A.; Loza Palacios, R.; Herguizuela Paredes, M.; Arribas Ortega, L.; Martínez de la Fuente, P.; Madera Fernández, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: La descompensación de un estrabismo previo puede obedecer a causas oculares o extraoculares tales como las neuropatías oculomotoras, de las cuales la paresia del VI par es la más frecuente. El síndrome de hipotensión intracraneal (SHI) es una causa inhabitual de paresia de este nervio y su síntoma guía es la cefalea ortostática. Presentamos el caso de un paciente con un estrabismo congénito descompensado secundario a SHI.

Material y métodos: Varón de 26 años que consulta por empeoramiento de estrabismo congénito asociado a diplopía de 4 meses de evolución. El cuadro comenzó tras presentar una gastroenteritis aguda que

cursó con emesis intensa, llegando incluso a provocarle un hemotímpano. A la anamnesis dirigida el paciente refirió haber presentado inicialmente una cefalea muy intensa que empeoraba con la bipedestación y que se autolimitó en 15 días. En la exploración neurológica se objetivó un estrabismo convergente y una limitación para la abducción del ojo derecho en la dextroversión, compatible con una neuropatía del VI nervio craneal derecho.

Resultados: La RM cerebral mostró siderosis cortical y hematomas subdurales bilaterales que, en ausencia de traumatismos craneoencefálicos previos, sugería un SHI. Se completó estudio con RM medular que descartó una fistula. Tras meses de seguimiento, la oftalmoparesia persistió, por lo que fue intervenido quirúrgicamente, evolucionando favorablemente.

Conclusión: El SHI es una complicación inhabitual de los cuadros eméticos, posiblemente debido a un desgarro dural. En pacientes con estrabismo previo que presentan una descompensación tras una emesis profusa es fundamental una adecuada anamnesis que permita sospechar esta entidad.

20996. ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 CON MANIFESTACIONES NEUROOFTALMOLÓGICAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Ibáñez Gabarrón, L.¹; García Egea, G.²; Hernández Clares, R.¹; Arnaldos Illán, P.¹; Herrero Bastida, P.³; Valero López, Á.¹; Sánchez García, C.¹; Llorente Iniesta, M.¹; Martínez García, F.¹; Torres Núñez, D.¹; Miñano Monedero, R.¹; Galdo Galián, D.¹; Belmonte Hurtado, I.¹; Gañán Albuisch, L.⁴; Lara Lozano, J.⁴

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo; ³Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; ⁴Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describir clínica, radiológica, analítica y anatomopatológicamente una serie de casos con diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) que debuta con manifestaciones neurooftalmológicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de ER-IgG4 con manifestaciones neurooftalmológicas de debut entre los años 2015 a 2023 en la consulta de Neurooftalmología de un centro de tercer nivel.

Resultados: 9 pacientes (5 varones), edad media de debut 46 años (31 a 64). 7 pacientes presentaron oftalmoparesia debido a afectación de nervios oculomotores (4 paquimeningitis asimétrica afectando a seno cavernoso, uno debido a pseudotumor inflamatorio con afectación del clívis, otro sinupatía inflamatoria con extensión a seno cavernoso y otro RM normal). Un paciente presentó oftalmoparesia por orbitopatía inflamatoria y otro una neuropatía óptica compresiva. 7 pacientes tenían niveles de IgG4 en suero elevados (entre 143-438 mg/dl). En 5 de los casos se realizó biopsia, cumpliendo en 4 de ellas criterios histológicos. 2 casos cumplen criterios definitivos, 2 probable y 5 posible. 8 de los pacientes se trataron con esteroides con mejoría y 3 de ellos recibieron inmunosupresión con rituximab.

Conclusión: La ER-IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica inmunomediada responsable de manifestaciones neurooftalmológicas variadas. El diagnóstico de sospecha se apoya en la clínica, examen físico, hallazgos radiológicos y analíticos, siendo importante el diagnóstico anatomopatológico de cara a un tratamiento precoz eficaz evitando daño irreversible.

20382. ETIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON MONONEUROPATÍA DE IV NERVIOS CRANEALES

Llorente Iniesta, M.¹; Martínez García, F.¹; Sánchez García, C.¹; Valero López, Á.¹; Ibáñez Gabarrón, L.¹; Arnaldos Illán, P.¹; García

Egea, G.¹; Herrero Bastida, P.²; Torres Núñez, D.¹; Miñano Monedero, R.¹; Galdo Galián, D.¹; Belmonte Hurtado, I.¹; Martínez Martínez, D.³; Hernández Clares, R.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca;
²Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; ³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describir las características de los pacientes atendidos por mononeuropatía de IV nervio craneal en una consulta de neurooftalmología.

Material y métodos: Pacientes derivados a la consulta de neurooftalmología de un hospital de tercer nivel entre enero de 2017 y mayo de 2024.

Resultados: Se analizaron 53 pacientes con una edad media de 57 años, 54% hombres. Todos ellos consultaron por diplopía binocular, vertical en el 83% y diagonal en el resto, con un tiempo medio desde los síntomas hasta su valoración de 9,9 meses. Un 17% refirió dolor periocular y un 13% visión borrosa transitoria. La prueba más solicitada fue la TC cerebral (75,5%), seguida de la RM cerebral (28,3%). El lado patológico fue el izquierdo en el 62,3%, con un solo caso de neuropatía bilateral secundaria a HSA. La etiología más frecuente fue la afectación congénita descompensada (50,9%), destacando la cirugía de cataratas como antecedente (5 casos). 8 pacientes requirieron de corrección prismática y 8 de cirugía, sin diferencias estadísticas en la desviación vertical (dioptrías prismáticas) a la exploración entre ambos grupos ($p = 0,084$), con muy buenos resultados finales. En segundo lugar (24,5%), se identificó una etiología microvascular, siendo en estos pacientes más prevalente la HTA, DM y DLP ($p = 0,024$, $p = 0,012$ y $p = 0,031$, respectivamente). Otras causas fueron la traumática (11,3%), la idiopática (9,4%) y la inflamatoria (3,8%).

Conclusión: La neuropatía del IV es una causa relevante de diplopía binocular, siendo la etiología más frecuente en nuestra consulta la descompensación de su afectación congénita, seguida de la causa microvascular y de la traumática.

20088. DRUSAS DE NERVIÓ ÓPTICO CON AFECTACIÓN DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS

Guedes Guedes, I.¹; González Hernández, A.²; López Méndez, P.³

¹Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; ²Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; ³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.

Objetivos: Mostrar los hallazgos característicos de las drusas de nervio óptico (NO) así como los cambios estructurales que pueden producir cuando son de gran tamaño.

Material y métodos: Para poner de manifiesto las características de las drusas de NO en este caso clínico, se hizo uso de la tomografía de coherencia óptica (OCT), autofluorescencia (AF), campimetría y pruebas electrofisiológicas.

Resultados: Caso clínico. Mujer de 43 años, en estudio por Neurología por pérdida de agudeza visual (AV) y potenciales evocados alterados (PEV). A la exploración la AV fue de 1. En la funduscopia se objetivó borramiento papilar bilateral, con presencia de masas blancoamarillentas. Ante la sospecha de drusas de NO, se completó el estudio con OCT, AF, ecografía y PEV. La OCT puso de manifiesto un engrosamiento de la capa de fibras nerviosas, masas ovoideas de gran tamaño compatibles con drusas y una disminución de células ganglionares. En la AF se objetivó hiperautofluorescencia papilar. La ecografía mostró calcificaciones en NO. En la campimetría se constató defecto arciforme compatible con lesión de las fibras nerviosas. En los PEV se mostró un discreto aumento de la latencia de la onda P100.

Conclusión: Las drusas de NO son entidades en su gran mayoría benignas ya que no producen clínica ni comprometen la AV. No obstante, cuando son de gran tamaño, pueden producir un síndrome

compartimental en el cual por lesión de las fibras nerviosas se manifiesta no solo con disminución de AV y daño de las células ganglionares, sino también con alteración de las pruebas electrofisiológicas.

20219. FLUTTER OCULAR: INVESTIGANDO SU ORIGEN EN UNA PACIENTE CON VIH

Hernández Ramírez, M.; Villamor Rodríguez, J.; González Gómez, M.; Sánchez García, F.; Celi Celi, J.; Sánchez Palomo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El flutter ocular es un trastorno oculomotor infrecuente definido por movimientos oculares sacádicos en el plano horizontal. Es considerado un subtipo de opsoclonus, por lo que se asocia a procesos autoinmunes posinfecciosos, así como síndromes paraneoplásicos. Nuestro objetivo es revisar esta entidad a través de un caso clínico de flutter ocular en una paciente con VIH.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 57 años, con diagnóstico de VIH hace 15 años y en tratamiento antirretroviral con buen control inmunoviroológico, que acudió a Urgencias por cuadro insidioso consistente en mareo, cefalea, diplopía e inestabilidad.

Resultados: En la exploración se objetivó un flutter ocular y ataxia de la marcha. Se realizó una TC craneal, sin evidenciar alteraciones y se decidió ingreso para estudio. Durante su hospitalización, se solicitó una analítica completa que incluyó serologías y autoinmunidad, con resultados anodinos. Se detectó pleocitosis linfocitaria en LCR, con estudio microbiológico y anticuerpos onconeuronales negativos. RM cerebral, TAC toracoabdominopélvico y PET-TC sin alteraciones. Se inició corticoterapia, con mejoría clínica progresiva hasta mantenerse asintomática. Meses más tarde, episodio de similares características, sin hallazgos reseñables en nueva punción lumbar y estudio de extensión realizados. Evolución favorable tras administración de inmunoglobulinas iv y corticoides.

Conclusión: Son excepcionales los casos descritos en la literatura de flutter ocular asociados a VIH y, a diferencia de nuestra paciente, generalmente ocurren durante la seroconversión, infecciones oportunistas o el síndrome de reconstitución inmunológica. Es preciso realizar un amplio estudio de exclusión de etiologías alternativas e iniciar precozmente terapias inmunomoduladoras, ya que favorece una satisfactoria evolución.

20462. VISIBILIZANDO LA NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER

Bernabeu Follana, A.¹; Iglesias Cels, C.²; Pizà Bonafé, J.²; Massot Cladera, M.¹; Torres Ruiz, G.²; Corujo Suárez, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; ²Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases.

Objetivos: Presentar una serie de casos de neuropatía óptica hereditaria de Leber (NOHL) con lesiones inflamatorias a nivel de RMN craneal.

Material y métodos: Se presenta el caso de dos varones de 16 y 21 años que ingresan para estudio de una neuropatía óptica bilateral con presentación y evolución muy similar. Solo uno de los pacientes tenía un antecedente familiar (tío materno con defecto central de la visión monocular). Ambos se presentaron clínicamente como una pérdida de AV indolora que se inició de forma monocular, afectándose en pocas semanas el ojo contralateral. En el fondo de ojo se apreciaba atrofia temporal de las papilas.

Resultados: La RMN cráneo-medular objetivó, en el primer caso, inflamación de ambos nervios ópticos con captación de contraste en el derecho, respetando el quiasma, y en el segundo, discreto engrosamiento de ambos NO y del quiasma, con realce de ambos tractos. PL normal. OCT con pérdida de fibras en sectores temporales. Los