

anticuerpos anti-MOG y anti-AQ4 fueron negativos. Ante la sospecha inicial de una neuritis óptica, se inició tratamiento con corticoides y posteriormente recambios plasmáticos. Finalmente, el estudio genético dio el diagnóstico de NOHL y se inició tratamiento con idebenona. **Conclusión:** En un inicio se orientaron como una etiología inflamatoria, tanto por la posibilidad de administrar un tratamiento, como por los hallazgos en la neuroimagen. Sin embargo, no hay que olvidar el amplio diagnóstico diferencial, entre el que se incluye la NOHL, en la que se han descrito casos raros con inflamación y realce a nivel de NO, quiasma y cintillas.

20254. CAUSA INHABITUAL DE DIPLOPÍA EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ballester Martínez, C.¹; Hernando Jiménez, I.¹; Herrezuelo Lafuente, M.¹; Gilot Sancho, M.¹; García Madrona, S.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa;

²Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: La diplopía es un motivo frecuente de consulta en Urgencias, pero en los pacientes jóvenes y sin factores de riesgo vascular debemos realizar un estudio exhaustivo para descartar causas potencialmente graves como ictus isquémicos, así como la etiología de estos.

Material y métodos: Varón de 43 años exfumador sin otros antecedentes de interés que acude a Urgencias por diplopía y sensación de mareo bruscos, coincidiendo con un esfuerzo físico mientras se encontraba en el trabajo. Presenta NIHSS 1 por restricción en la aducción del OI con mínima desviación en skew y diplopía en la levoversión. Analítica, panel de tóxicos, ECG y TC con angioTC sin hallazgos reseñables salvo variante de ambas ACPs fetales.

Resultados: Ingresa en Unidad de Ictus con doble antiagregación. La RM muestra infarto mesencefálico parasagital izquierdo. El doppler transcraneal muestra paso de burbujas con Valsalva, por lo que se completa estudio con ETE, que muestra un septo interauricular aneurismático con foramen oval permeable (FOP) de alto riesgo embólico (RoPE 7). Al alta queda pendiente el estudio de hipercoagulabilidad y se deriva a Cardiología para estudio de cierre de FOP.

Conclusión: Presentamos un caso clínico de varón joven con diplopía de causa atípica como consecuencia de un ictus de territorio vertebro-basilar en probable relación con FOP de alto riesgo. Aunque la diplopía es un síntoma frecuente y generalmente de progresión benigna, la potencial gravedad de su etiología obliga a un estudio exhaustivo incluyendo causas cardiológicas, sobre todo en los pacientes jóvenes sin otros factores de riesgo vascular conocidos.

20075. DIPLOPÍA BINOCULAR RECURRENTE COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Moreno Navarro, L.¹; Farrerons Llopart, M.¹; Perea Martínez, E.²; Menor Vila, V.³; Mahiques Ochoa, P.¹; Warnken Miralles, M.¹; Ginés Murcia, E.¹; Lapeña López, C.¹; Barredo Benítez, P.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante;

²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante;

³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Describir un caso clínico de arteritis de células gigantes (ACG) con presentación atípica.

Material y métodos: Mujer de 62 años, fumadora y con diagnóstico reciente de migraña, que acudió a Urgencias por episodio subagudo de diplopía binocular y ptosis palpebral del ojo izquierdo, con TC craneal y angioTC de troncos supraaórticos normales. Resolución de la clínica tras 2 semanas de corticoterapia. Un mes después, fue remitida a

consulta de Neurología, objetivándose diplopía binocular y ptosis palpebral del ojo derecho. A la exploración no presentaba fatigabilidad ocular ni de cinturas. Se solicitó analítica sanguínea con VSG, RM cerebral y de órbitas, y ecografía doppler de arterias temporales, con resultados normales. Resolución de la clínica tras 3 semanas de corticoterapia. Dos meses después, acudió a Urgencias por paresia facial periférica derecha. Refería también dolor en cintura pélvica y escapular, de unos meses de evolución, que había mejorado solo durante la corticoterapia. Ante neuropatía craneal de repetición (III bilateral metacrónico y VII derecho) ingresó en planta de Neurología.

Resultados: Por sospecha de polimialgia reumática, se consultó con Reumatología que solicitó PET-TC total *body* siendo compatible con polimialgia reumática activa, sin hallazgos sugestivos de ACG. Una nueva analítica sanguínea mostró aumento de reactantes de fase aguda (VSG 88), por lo que se realizó biopsia de arteria temporal, que confirmó el diagnóstico de ACG. Tras ello, se inició corticoterapia y tocilizumab, con remisión clínica sostenida.

Conclusión: Los trastornos de la motilidad extraocular ocurren en el 5% de casos de ACG. En contexto de otros síntomas, la diplopía tiene alta especificidad.

20930. EL FENÓMENO DE DISFOTOPSIA, SECUELAS VISUALES ASOCIADAS A CIRUGÍA REFRACTIVA

García Egea, G.¹; Herrero Bastida, P.²; Lozano Caballero, M.³; Pérez Navarro, V.⁴; Cánovas Iniesta, M.⁵; Arnaldos Illán, P.⁶; Ibáñez Gabarrón, L.⁶; Navarro García, J.⁵; Hernández Clares, R.⁶

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo;

³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

⁴Servicio de Neurología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao;

⁵Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía;

⁶Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo;

⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Describir un caso clínico en el que tras cirugía refractiva con colocación de lente intraocular (LIO) permanece clínica visual persistente sugestiva de disfotopsias refractivas.

Material y métodos: Varón de 34 años describe, a raíz de someterse a cirugía refractiva con colocación de LIO, una reducción del campo de visión temporal periférico bilateral, respetando la visión central, que empeora en visión cercana y que mejora claramente con dilatación pupilar. Asocia clínica positiva con destellos luminosos en estrella.

Resultados: En las revisiones por Oftalmología no se apreciaron complicaciones posquirúrgicas a nivel de cámara anterior ni posterior. Las exploraciones oftalmológicas fueron todas normales salvo una perimetría de 60° donde se apreciaba un escotoma arciforme bitemporal. Fue valorado por Neurología con exploración neurooftalmológica anodina, AV 1 sin discromatopsia y sin DPAR ni edema de papila en la oftalmoscopia. Se realizó una resonancia magnética cerebral/órbitas y PEV/electrorretinograma que resultaron normales. Tras revisar la técnica quirúrgica, y ante la normalidad de las exploraciones complementarias, se concluyó que presentaba el fenómeno conocido como disfotopsia refractiva, predominantemente negativas.

Conclusión: Las disfotopsias refractivas son fenómenos visuales ocasionados por la luz en pacientes que han sido intervenidos con LIO. Se distinguen disfotopsias positivas (DP) y negativas (DN). Las primeras se caracterizan por la presencia de brillos, estrías o halos procedentes de una fuente luminosa, y las segundas por una sombra arqueada o semiluna, generalmente localizada en el campo visual temporal. La causa de las DN es multifactorial y se cree que se debe a la reflexión de la luz sobre el borde de la lente intraocular.