

normales. La AGF mostró una hiperfluorescencia papilar bilateral, con vasos engrosados y radiales compatibles con telangiectasias papilares. En el campo visual se objetivó aumento relativo de la mancha ciega. **Conclusión:** El diagnóstico de esta entidad es clínico y de exclusión. Los pacientes suelen presentar buenas AV. El hallazgo más característico es la presencia de telangiectasias papilares en la AGF. A pesar de su “carácter benigno”, es conveniente realizar un seguimiento estrecho ya que hasta el 12% desarrollan retinopatía diabética proliferativa en los dos años siguientes.

Neurooncología P1

21240. ENDOCARDITIS MARÁNTICA COMO CAUSA INFRECIENTE DE ICTUS ISQUÉMICO. UN RETO DIAGNÓSTICO

Lozano López, M.; Portela Martínez, L.; Boto Martínez, R.; Sosa Luis, J.; García Pastor, A.; Vales Montero, M.; Díaz Otero, F.; Fernández Bullido, Y.; Vázquez Alen, P.; Gil Núñez, A.; Iglesias Mohedano, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: La endocarditis marántica es una entidad poco frecuente, caracterizada por la presencia de una vegetación adherida a una válvula cardíaca asociada principalmente a estados de “hipercoagulabilidad”. Presentamos un caso de endocarditis marántica en una paciente oncológica con el objetivo de mostrar el reto diagnóstico que supone.

Material y métodos: Se describe un caso de una paciente con AP de adenocarcinoma de pulmón avanzado T4N3Mx en tratamiento oncológico activo que sufrió un ictus isquémico e ingresó en la Unidad de Ictus de un hospital terciario.

Resultados: Mujer 81 años. TEP incidental el mes previo en tratamiento anticoagulante con ACOD. Presenta un cuadro clínico brusco de debilidad de miembro superior derecho. La TC urgente muestra infartos corticales múltiples en distintos estadios evolutivos. Dímero D 13064. El ETT identifica imagen filiforme y vegetante de 6 mm en válvula mitral condicionando insuficiencia moderada-grave. Se inició antibioterapia empírica ante sospecha de endocarditis bacteriana. Debido a la persistencia de hemocultivos y serologías negativas y la sospecha de estado protrombótico secundario a cáncer, se estableció el diagnóstico de endocarditis marántica. Se inició anticoagulación con enoxaparina. La paciente presentó mejoría del déficit neurológico y no hubo nuevas complicaciones embólicas.

Conclusión: La endocarditis marántica se debe tener en cuenta en pacientes oncológicos que sufren un ictus isquémico o cuando se sospeche un estado protrombótico. En este caso, una anamnesis y evaluación detallada de los resultados ecocardiográficos y de laboratorio permitió establecer un diagnóstico diferencial con la endocarditis infecciosa y adoptar una actitud terapéutica adecuada. El tratamiento de la causa primaria es fundamental para evitar recidivas.

21264. ENCEFALITIS LÍMBICA ASOCIADA AL USO DE INHIBIDORES DE CHECKPOINT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CON DESENLACE FULMINANTE

Jiménez Ureña, K.; Córdova Infantes, M.; de la Serna Fito, M.; Guerrero Carmona, N.; Pinedo Córdoba, J.; Cienfuegos Fernández, A.; Redondo López, M.; Rodríguez-Piñero Moreno, L.; Fernández Recio, M.; Cuartero Rodríguez, E.

Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme.

Objetivos: El uso de la inmunoterapia con inhibidores de *checkpoint* (ICI) se ha asociado a complicaciones neurológicas como

meningoencefalitis, *miastenia gravis* y neuropatías. El pronóstico de meningoencefalitis por ICI varía desde su resolución hasta el fallecimiento del paciente. Los factores pronósticos de esta entidad no son bien conocidos. Presentamos un caso de encefalitis asociada al uso de pembrolizumab.

Material y métodos: Mujer de 62 años. Antecedentes personales: melanoma en distintas localizaciones en 1995, 2005 y 2015. Inicia tratamiento con pembrolizumab, con buena tolerancia y respuesta inicial. 5 meses tras el inicio del tratamiento ingresa por cuadro de afasia mixta de predominio motor de días de evolución. En las primeras 24 horas de ingreso realiza crisis tónico-clónica generalizada con fiebre y estupor posterior. Se solicitan analítica, cultivos, serologías, RM cerebral, EEG y PL diagnóstica.

Resultados: Hemocultivos y serologías negativas. LCR: pleocitosis mononuclear con hiperproteíorraquia, glucosa normal, ADA no elevada, estudio infeccioso, tumoral y anticuerpos antineuronales negativos. RM cerebral: hiperintensidad en lóbulos temporales sin restricción en difusión. EEG: encefalopatía difusa sin anomalías epileptiformes. A pesar de tratamiento con corticoides intravenosos, inmunoglobulinas, anti-epilépticos y antibióticos la paciente se deteriora rápidamente entrando en coma y finalmente falleciendo.

Conclusión: Se debe sospechar esta entidad ante pacientes con deterioro neurológico rápidamente progresivo y tratamiento con ICI, dado que el diagnóstico de exclusión precoz es fundamental para el manejo y puede condicionar el pronóstico. El caso presentado tuvo un curso desfavorable a pesar del manejo precoz con discontinuación de ICI. Son necesarios más estudios para conocer los factores pronósticos de esta entidad.

21408. RETINOPATÍA ASOCIADA AL CÁNCER. EXPERIENCIA DE UN CASO TRATADO CON ANTI-CD20

Cabello Murgui, J.; Navarro Quevedo, S.; Espinosa Sansano, M.; Bataller Alberola, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: Descripción clínica y paraclínica de un caso de retinopatía asociada al cáncer.

Material y métodos: Mujer de 52 años con diagnóstico de cáncer de ovario en 2017, tratado con cirugía y adyuvancia con múltiples ciclos de quimioterapia con taxanos, platinos y bevacizumab, logrando enfermedad estable. A finales de 2023 comienza con nictalopia y pérdida de la visión periférica progresiva de semanas de evolución.

Resultados: El fondo de ojo de la paciente no mostró hallazgos destacables y la agudeza visual fue normal en condiciones de luz ambiental. La campimetría evidenció la presencia de escotoma concéntrico bilateral. La autofluorescencia evidenció parches de hiperautofluorescencia en retina media con respeto macular. La electroretinografía detectó disfunción bilateral en la retina con predominio en ojo derecho, con afectación grave de bastones y moderada de conos en dicho ojo. Se completó estudio con resonancia magnética cerebral, serologías completas, punción lumbar, anticuerpos onconeuronales y antineuronales, incluyendo antirecoverina y antienolasa, que fueron negativos. Ante la sospecha de retinopatía paraneoplásica, se administró 1 ciclo de rituximab. En el control clínico a los 3 meses la paciente describió mejoría de la sintomatología previa. En la reunión se presentarán los resultados de las evaluaciones paraclínicas de seguimiento.

Conclusión: Ante síntomas visuales de inicio subagudo en pacientes oncológicos con fondo de ojo normal, ha de realizarse una extensa evaluación diagnóstica, siendo esencial la evaluación oftalmológica, neurológica y neurofisiológica reglada. El diagnóstico de retinopatía paraneoplásica, aunque infrecuente, debe ser planteado. El tratamiento precoz con rituximab puede ser eficaz en estos casos.