

paresia braquial. La RM muestra una hiperintensidad cortical con realce meníngeo en la región frontotemporal-parietal derecha, sugestiva de PPPI. La paciente es dada de alta. Ambulatoriamente se evidencia mejoría de la paresia y se realiza una reducción gradual de los fármacos anticrisis, sin recurrencia de las crisis.

Conclusión: La PPPI es una entidad rara que debe considerarse en pacientes tratados con radioterapia que presentan características clínicas y neuroimagen típicas. En los próximos años es esperable que la incidencia aumente debido a la creciente indicación de radioterapia en gliomas de bajo grado, un tratamiento que previamente se reservaba para los gliomas de alto grado.

Neurooncología P2

20226. NEUROPATÍA CRANEAL INFILTRATIVA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DISEMINADA EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE UN CARCINOMA PROSTÁTICO: UNA RARA COMPLICACIÓN

Noroña Váscquez, E.; Almeida Zurita, P.; Cheli Gracia, D.; Cajape Mosquera, J.; del Moral Sahuquillo, B.; Arcila Salazar, D.; Antón Conejos, Á.; Garcés Becerril, E.; Ginarte Milanés, D.; Reyes Perera, N.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: Describir a través de un caso clínico la progresión de enfermedad en sistema nervioso central (SNC) de un carcinoma de próstata, describiéndose en la bibliografía como una manifestación no habitual.

Material y métodos: Reporte de caso clínico.

Resultados: Varón de 58 años, no discapacidad previa. Antecedentes médicos: carcinoma de próstata con desdiferenciación microcítica resistente a castración con metástasis óseas múltiples en tercera línea de tratamiento con cabazitaxel. Neuralgia del trigémino bilateral de predominio izquierdo. Ingreso por clínica de amaurosis brusca de OI sin otra focalidad asociada. La exploración oftalmológica es compatible con una neuritis óptica retrobulbar, descartándose etiología vasculítica. Se realiza resonancia magnética cerebral donde se evidencian múltiples lesiones ocupantes de espacio tanto en región supra como infratentoriales con marcado edema perilesional que ejerce efecto de masa sobre los surcos de la convexidad, además de carcinomatosis meníngea e imagen compatible con infiltración de nervio óptico del lado izquierdo. Se manejó conjuntamente con oncología médica. Durante su evolución clínica fluctuó clínica visual, todo esto tras iniciar dexametasona 12 mg/día durante el ingreso y manejo subsecuente con radioterapia holocraneal.

Conclusión: La afectación de SNC como enfermedad metastásica de un carcinoma de próstata es una entidad muy rara con una incidencia reportada menor al 1%. Coincide con algún reporte previo la asociación temporal entre exposición a hormonoterapia y desarrollo de la afectación neurológica posterior. Llama la atención en el presente caso la clínica infiltrativa sobre el nervio óptico izquierdo y puede ser probable que la afectación trigeminal haya sido la primera manifestación clínica del cuadro.

20758. PRESENTACIÓN CLÍNICA EXCEPCIONAL DEL LINFOMA PRIMARIO DEL SNC

Fortanet García, M.; Zahonero Ferriz, A.; Benetó Andrés, H.; Monclús Blecua, A.; Recio Gimeno, A.; Popova, L.; Campillo Alpera, M.; Vilar Fabra, C.

Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló.

Objetivos: Comunicar un caso de linfoma primario del sistema nervioso central (LPSNC) de localización predominantemente infratentorial y debut clínico inusual.

Material y métodos: Varón de 49 años inmunocompetente, que ingresa en cuidados intensivos por cuadro de "alcalosis respiratoria grave" atribuyéndose inicialmente a una dudosa intoxicación por inhalación accidental de metanol, con TC craneal normal. Una semana después, se añade cuadro de mareo tipo rotatorio y diplopía, ingresando en el servicio de Neurología. A la exploración muestra síndrome del 1 y medio, paresia facial derecha completa, inestabilidad de la marcha e hipoestesia en hemilengua izquierda.

Resultados: Se realizan RM cerebral con hiperintensidad en T2 y leve restricción a la difusión afectando a tronco encéfalo y pedúnculo cerebeloso, con captación parcial de gadolinio, áreas de similares características en fórcex mayor, lóbulo temporal y occipital derechos. Sistemático y serología, normales. Estudio de LCR: onconeuronales y autoinmunidad negativos, excepto antititina positivo, resto de estudio normal. Citometría de flujo con ausencia de células tumorales. TC-TAP y PET-TC: negativos. Ante sospecha de LPSNC, se decide biopsia cerebral con diagnóstico anatomopatológico de LBDCG primario del SNC. Iniciado tratamiento con intención curativa con terapia MATRIX, experimentando clara respuesta radiológica y clínica.

Conclusión: Ante trastornos respiratorios de etiología no aclarada es primordial realizar RM cerebral. En pacientes inmunocompetentes, la presentación típica del LBDCG es en forma de lesión única supratentorial, destacando en este caso la presentación multifocal e infratentorial. El diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales multifocales es amplio, por lo que la biopsia cerebral debe priorizarse para su diagnóstico.

21271. COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS MÁS ALLÁ DE ICANS EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE TRATADOS CON TERAPIA CÉLULAS T EFECTORAS

Pérez Prol, C.¹; Villino Rodríguez, R.¹; Abedrabbo Lombeyda, F.¹; Espinoza Vences, C.¹; Atorrasagasti Villar, A.¹; Gimeno Rodríguez, M.¹; Tamariz Amador, E.²; Alfonso Piérola, A.²; Rodríguez Otero, P.²; Gállego Pérez de Larraya, J.¹

¹Servicio de Neurología. Clínica Universidad de Navarra; ²Servicio de Hematología. Clínica Universidad de Navarra.

Objetivos: Aunque la complicación neurológica más frecuente del tratamiento con células CAR-T es el ICANS, existen otras complicaciones menos frecuentes y conocidas. Describimos 9 pacientes con mieloma múltiple (MM) tratados con CAR-T y anticuerpos biespecíficos (BiEs) que desarrollaron otras complicaciones neurológicas diferentes a ICANS.

Material y métodos: Revisión retrospectiva y descriptiva de una serie de 9 pacientes con MM tratados con CAR-T y BiEs que desarrollaron otras complicaciones neurológicas.

Resultados: 1) Mujer de 58 años que desarrolla un cuadro de miositis aguda en día +9 tras CAR-T y, en otra fase de la enfermedad, un síndrome bulbo-cerebeloso tras 1 año de tratamiento con dos BiEs. 2) Mujer de 67 años que presenta miositis aguda en día +26 tras CAR-T. 3) Mujer de 73 años en tratamiento con BiEs, presenta episodios transitorios de afasia y posterior hemiparesia por estado protrombótico. 4-5) Varón de 56 años que desarrolla crisis focales con afasia en día +30 tras BiEs; y varón de 72 años con cuadro similar en día +12 tras CAR-T, ambos por diseminación tumoral leptomeníngea. 6) Varón de 70 años desarrolla cuadro de aspergilosis invasiva con afectación cerebral en día +40 tras CAR-T. 7) Varón de 44 años desarrolla parkinsonismo en día +30 tras CAR-T. 8) Varón de 69 años diagnosticado de estado no convulsivo en día +27 tras CAR-T por meningoencefalitis por citomegalovirus. 9) Mujer de 68 años desarrolla paresia facial periférica en día +28 tras CAR-T.

Conclusión: El diagnóstico de ICANS es un diagnóstico de exclusión. La aparición o persistencia de síntomas neurológicos fuera del rango de tiempo característico de ICANS obliga a considerar otras etiologías que requieren diferente manejo.