



Ana Ramos

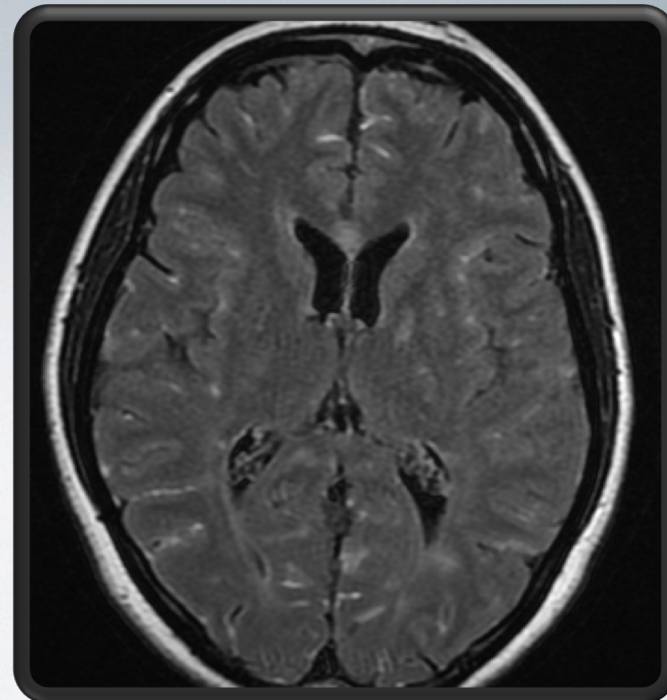
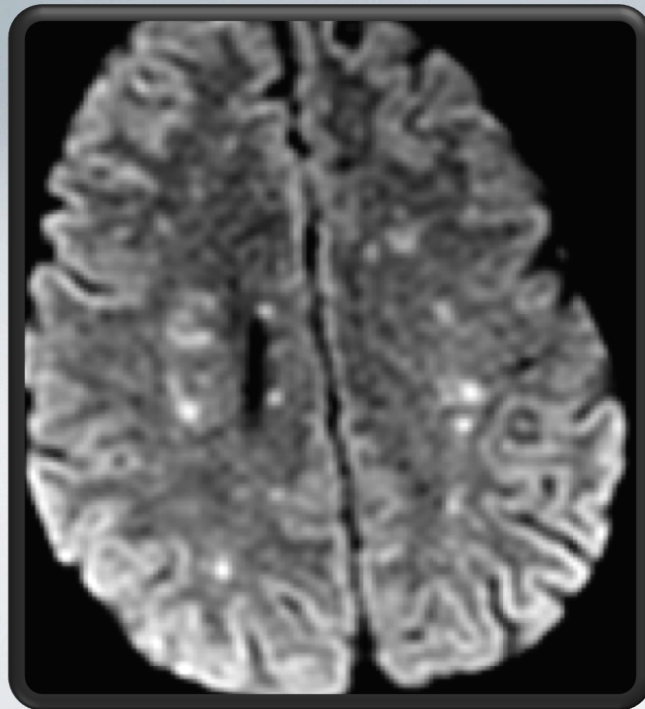
Hospital U. Madrid Sanchinarro.

Hospital U.12 de Octubre



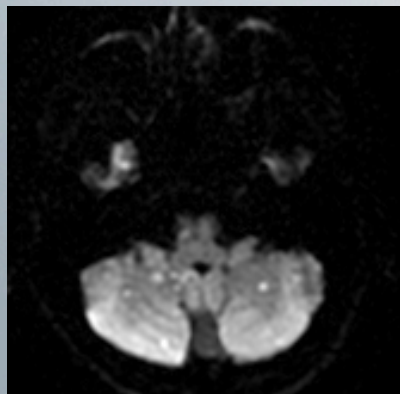
CASO 1

- Mujer de 42 años, natural de Bulgaria, en España desde 2016
- Abril, 29, 2019 cefalea occipital vómitos y vértigo, en urgencias en varias ocasiones , TC craneal N,
- 4ª vez en urgencias añade hipoacusia neurosensorial bilateral ingresa ORL
- Dos días después empeora con síndrome confusional incontinencia urinaria, y desconjugación de la mirada se, lenguaje espontáneo escaso, oftalmoplejía internuclear derecha, piramidalismo y afebril
- Se realiza punción lumbar con proteíorraquia intensa (3.53 g/l) sin pleocitosis ni glucorraquia,
- Tratamiento antibiótico empírico amplio espectro, Aciclovir y pulsos de metilprednisolona,
- RM cerebral

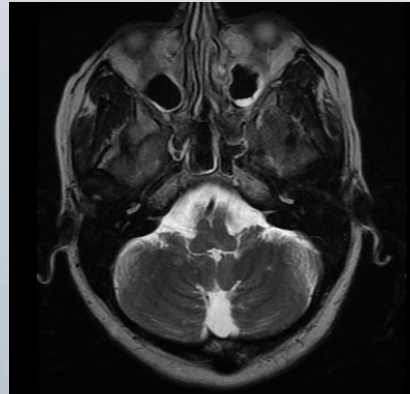


Mayo 2019

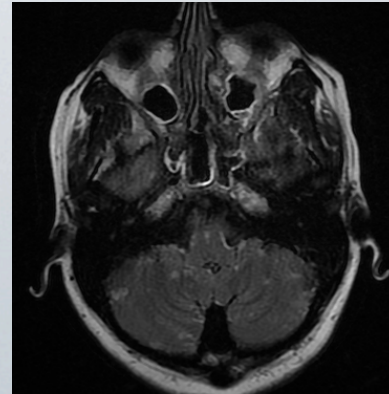
DWI



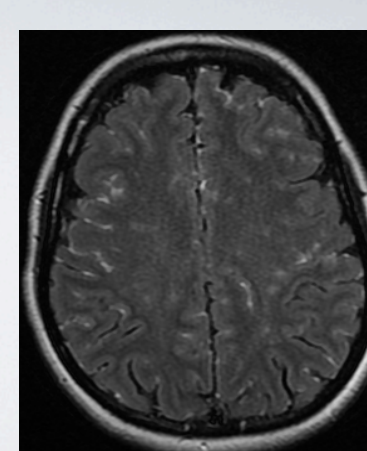
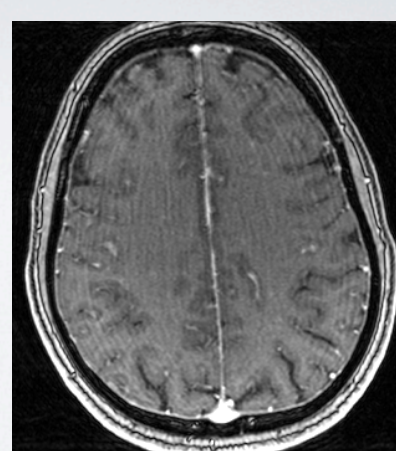
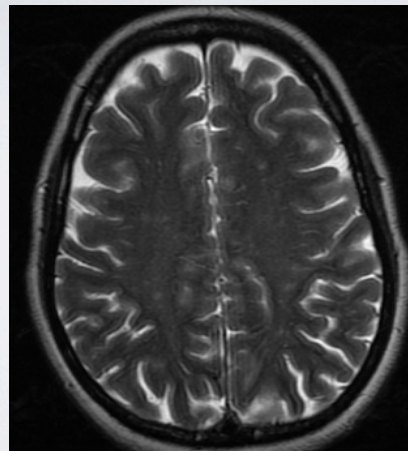
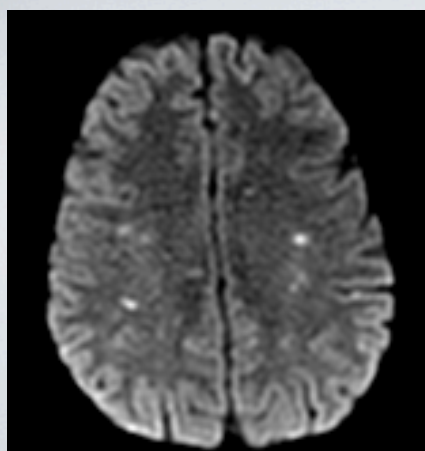
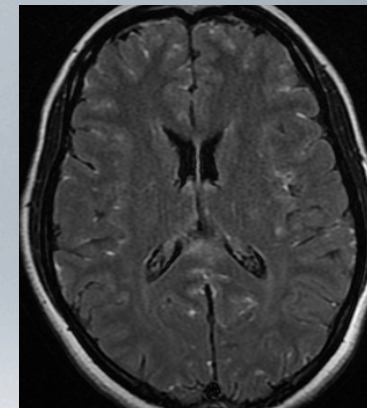
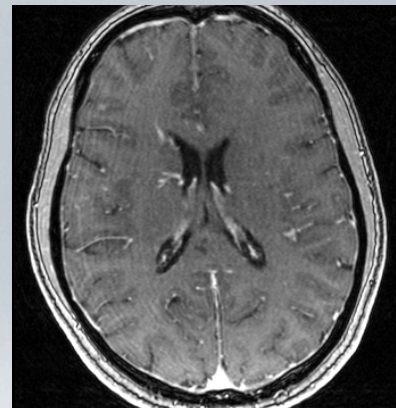
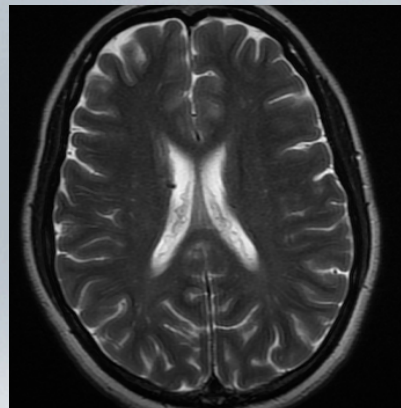
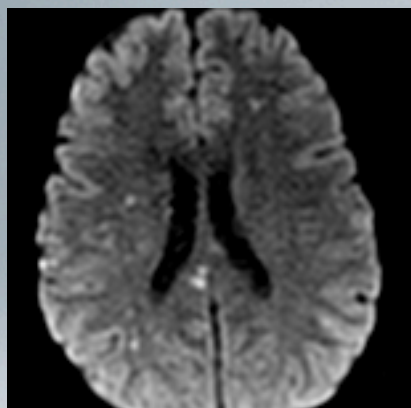
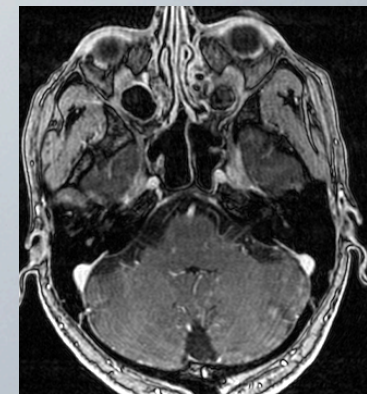
T2

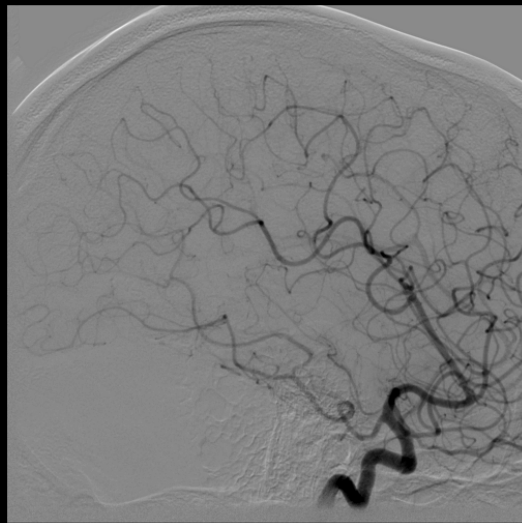
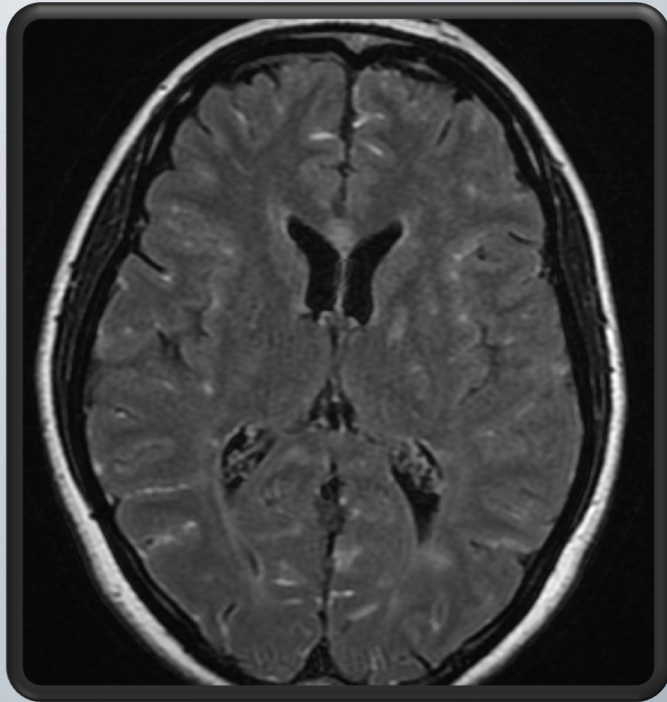
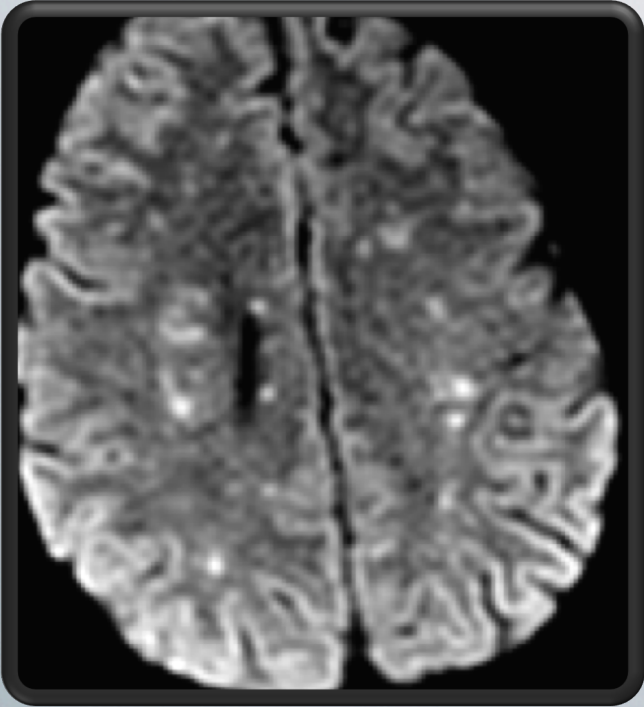


T1+C

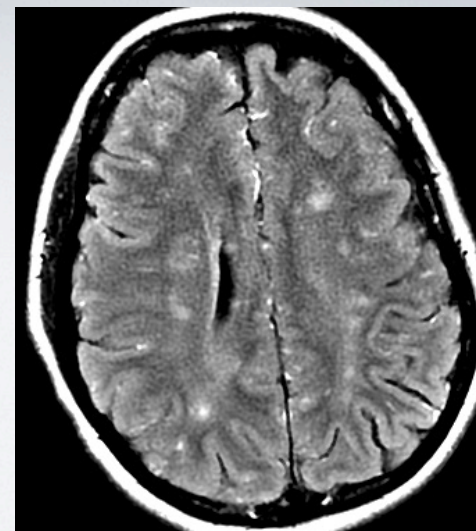
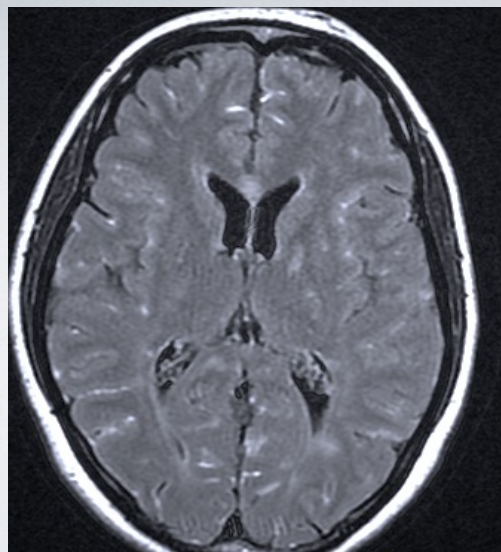
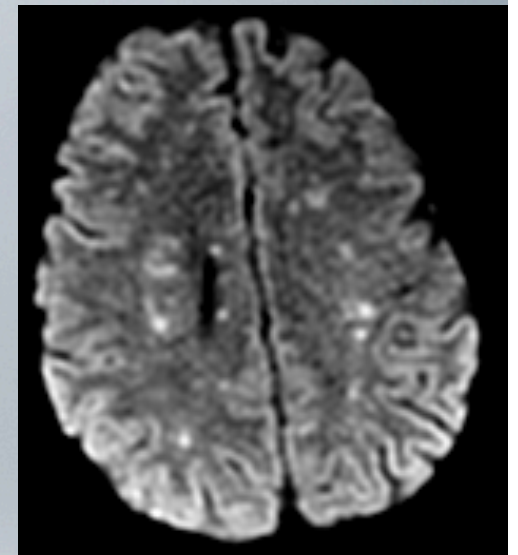
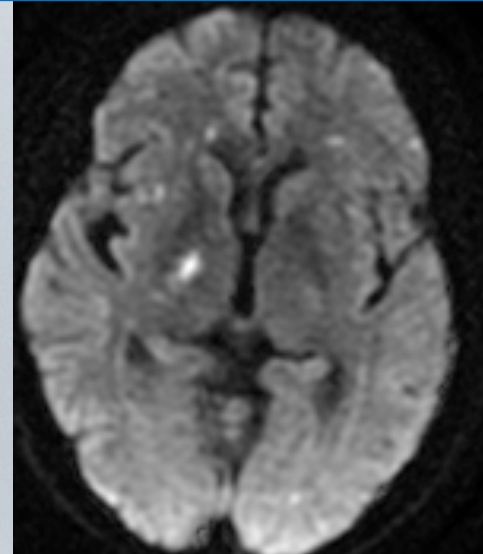
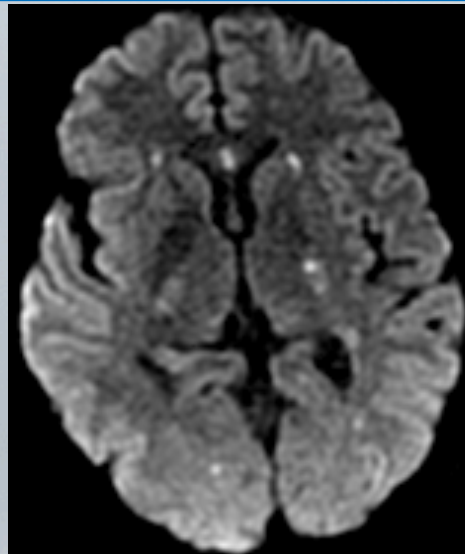
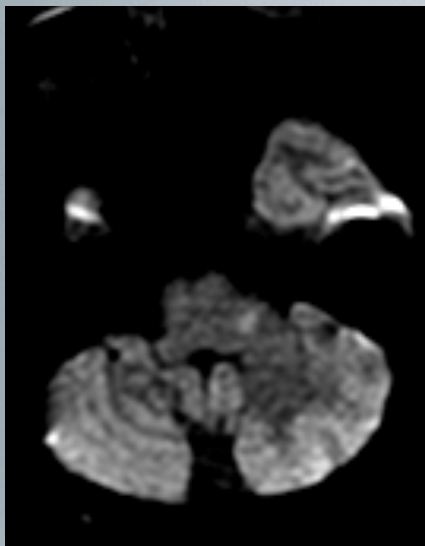


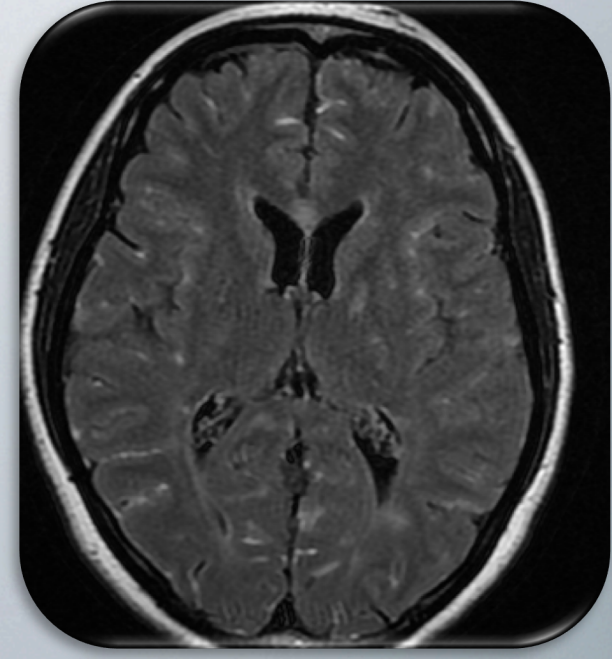
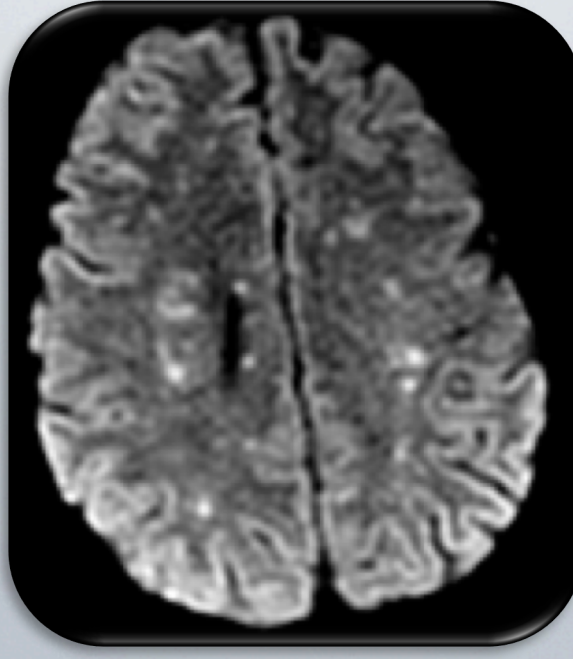
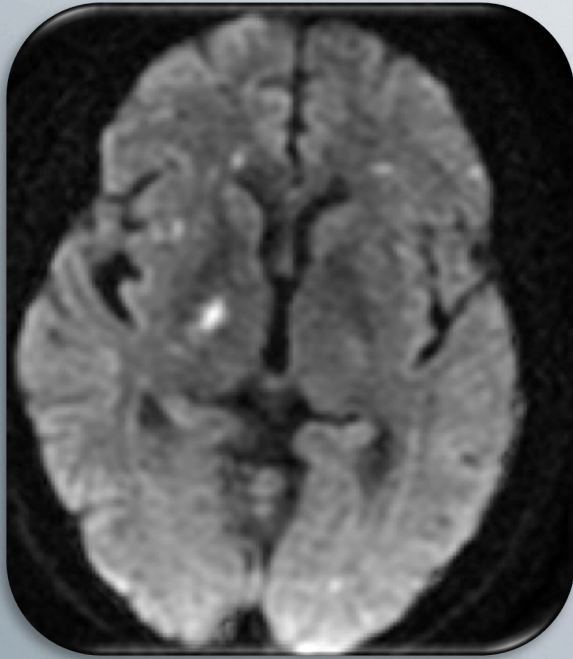
FLAIR +C





- La situación clínica no mejoraba, por lo que se inició tratamiento con metilprednisolona y posteriormente con inmunoglobulina i.v.
- Pese a ello, la paciente empeoró clínicamente con encefalopatía, escaso contacto con el entorno
- RM cerebral nuevas lesiones cerebrales agudas, alguna de ellas también en CC y tronco.





Ante esta situación y hallazgos radiológicos su diagnóstico será:

1. Síndrome de vasoconstricción reversible.
2. Síndrome de Susac.
3. Vasculitis primaria del SNC (PACNS) con afectación de pequeño vaso.
4. Síndrome de Cogan.
5. Embolismos sépticos con meningitis.

Caso 1. Ante esta situación y hallazgos radiológicos su diagnóstico será:



Síndrome de vasoconstricción reversible

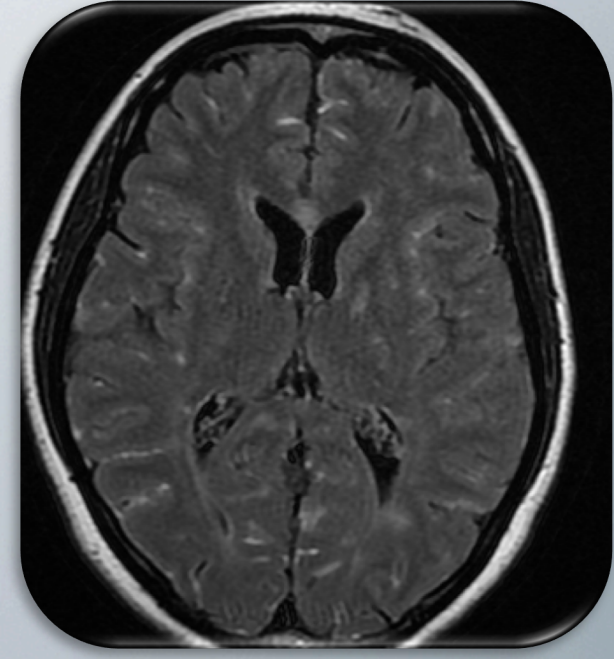
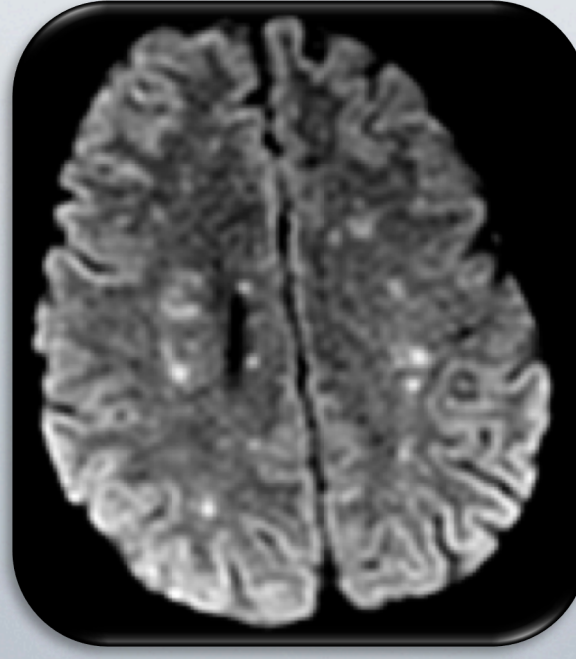
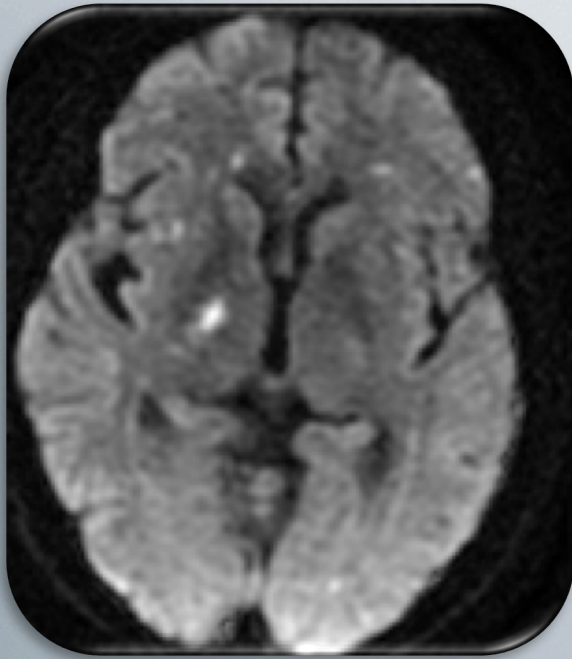
Síndrome de Susac

✓ 0%

Vasculitis primaria del SNC (PACNS) con afectación de pequeño vaso

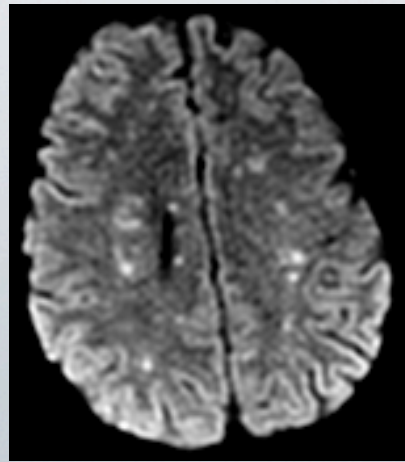
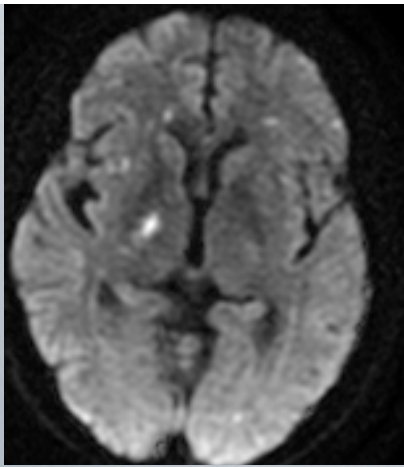
Síndrome de Cogan

Embolismos sépticos con meningitis

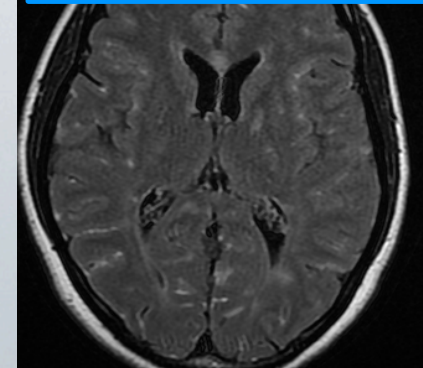


Ante esta situación y hallazgos radiológicos su diagnóstico será:

1. Síndrome de vasoconstricción reversible.
2. **Síndrome de Susac.**
3. Vasculitis primaria del SNC (PACNS) con afectación de pequeño vaso.
4. Síndrome de Cogan.
5. Embolismos sépticos con meningitis.



Susac y col. Neurology 2003
García-Carrasco y col. Autoimmunity Reviews 2014



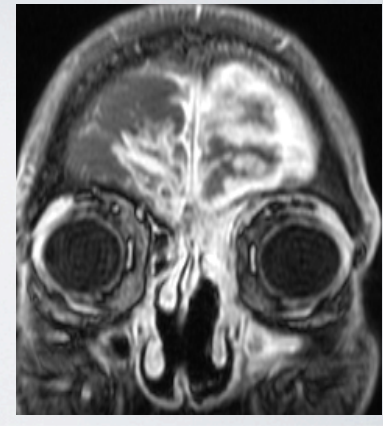
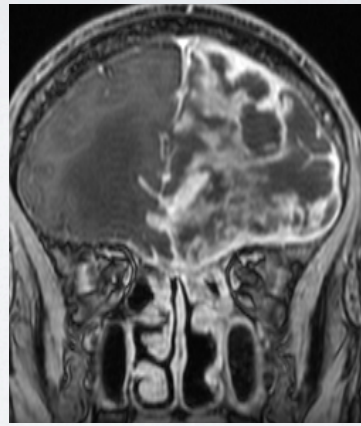
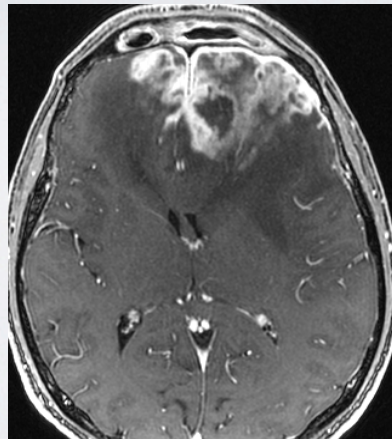
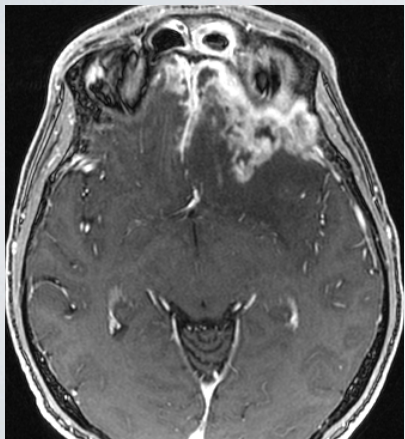
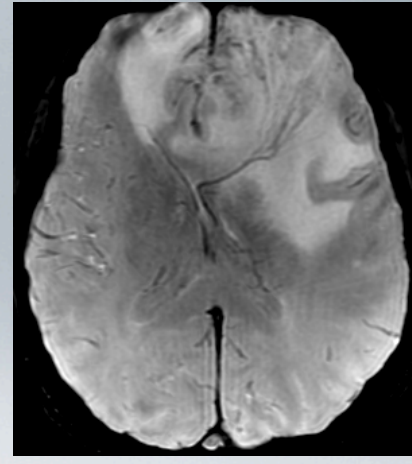
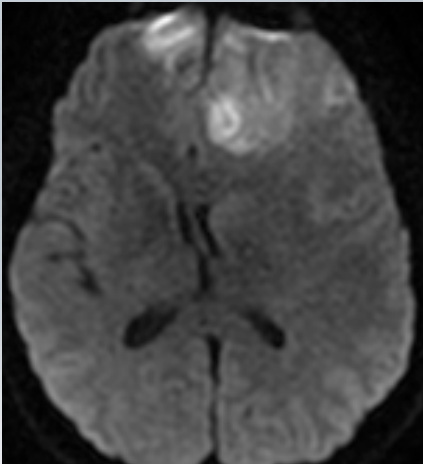
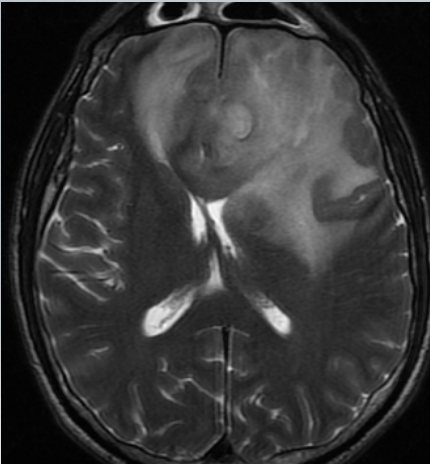
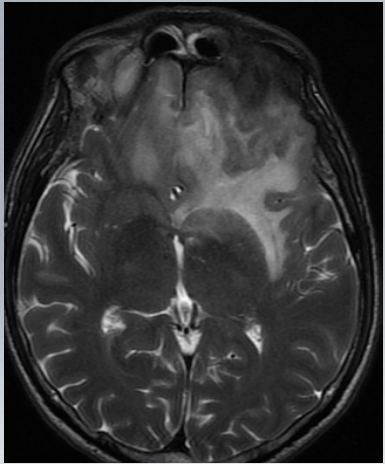
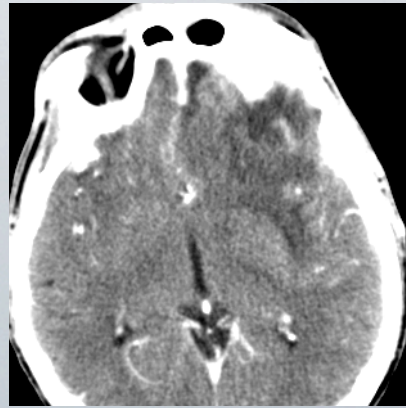
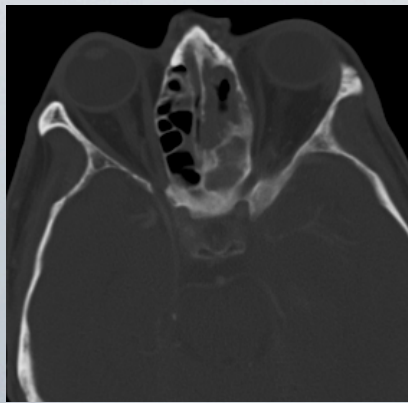
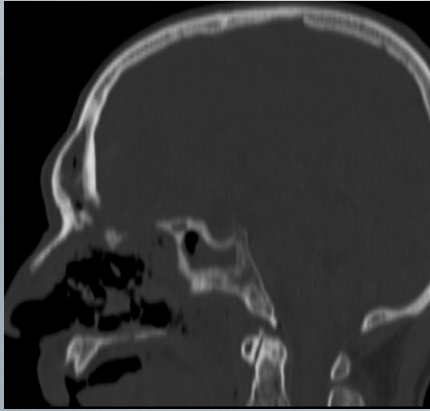
- Se realizó una angiografía fluoresceínica que confirmó la existencia de una oclusión arterial aguda a nivel retiniano.
- La paciente mejoro espectacular tras inicio de bolos de ciclofosfamida

Síndrome de Susac

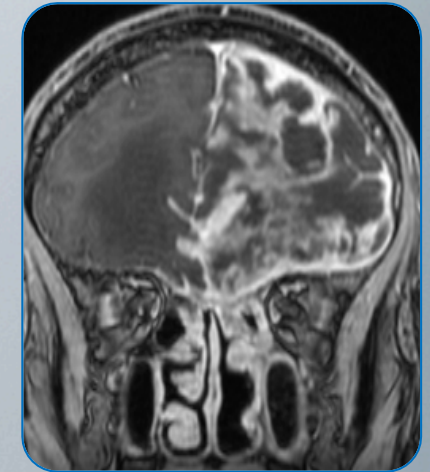
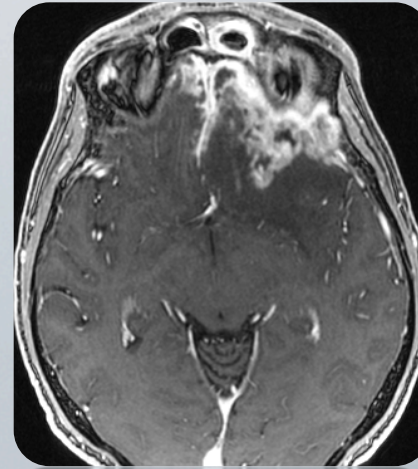
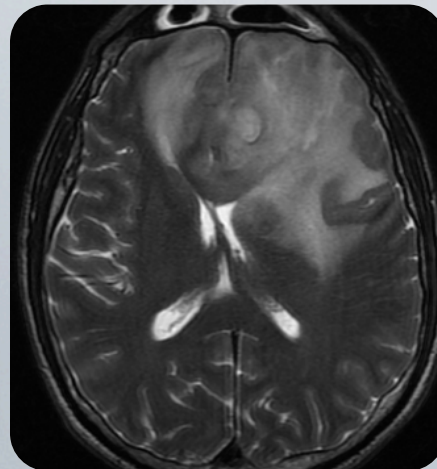
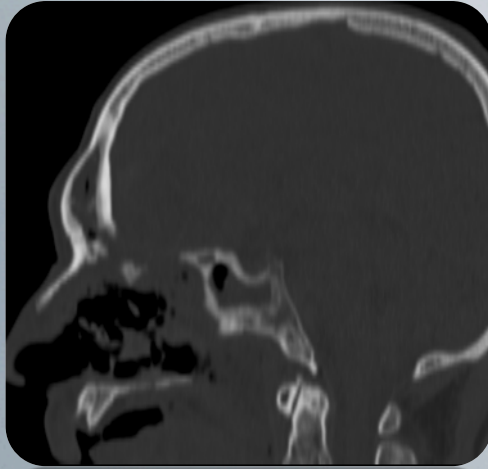
- Síndrome auto-limitado (2-4 años), presumiblemente autoinmune.
- Triada: encefalopatía, oclusión de ramas de arterias retinianas y pérdida de audición.
- Debido a una microangiopatía afectación precapilar de vasos del cerebro, la retina y el oído interno.
- Más frecuente en mujeres 3:1
- RM:
 - Lesiones supratentoriales, múltiples y pequeñas, apariencia miliar . (90-100%)
 - Lesiones en CC (90-100%)
 - Lesiones en GGBB y tálamos, (70%)
 - Captaciones parenquimatosas (70%)
 - Captaciones leptomenígeas (33%)
 - En fase aguda DWI restricción
- AP: Inflamación perivascular sin necrosis

CASO 2

Varón de 51 años diabético tipo I con mal control.
Descompensación hiperglucémica status epiléptico que le condiciona ingreso en UCI



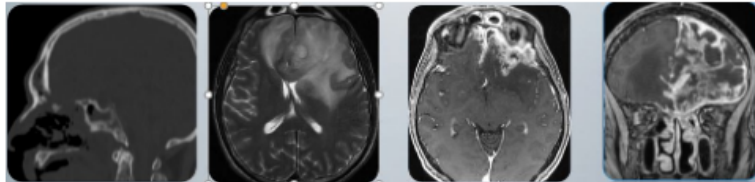
Varón de 51 años diabético tipo I con mal control.
Descompensación hiperglucémica status epiléptico que le condiciona ingreso en UCI



Cual seria el mejor diagnostico y tratamiento...

1. Es un GBM, desgraciadamente la mayoría de estas lesiones agresivas son gliomas de alto grado.
2. Es un paciente diabético y puede tratarse de una infección fúngica, realizar fibroendoscopia ORL.
3. Hay algo que me llama la atención, re-historiar al paciente para ver otros antecedentes...
4. 1 y 2 son ciertas
5. 2 y 3 son ciertas

Caso 2.Cuál sería el mejor diagnostico y tratamiento...



1. Es un GBM, desgraciadamente la mayoría de estas lesiones agresivas son gliomas de alto grado

2. Es un paciente diabético y puede tratarse de una infección fúngica, realizar fibroendoscopia ORL

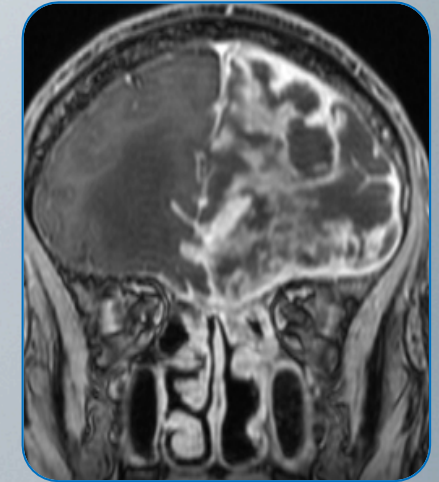
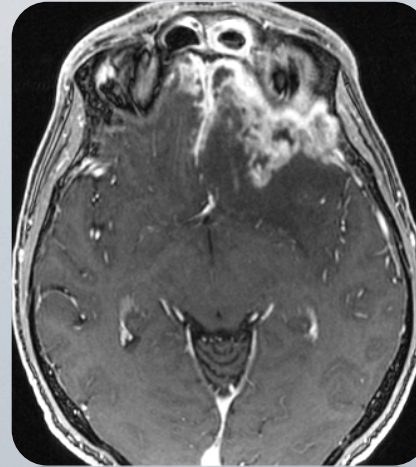
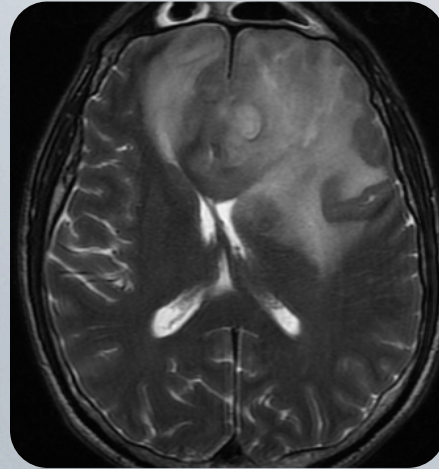
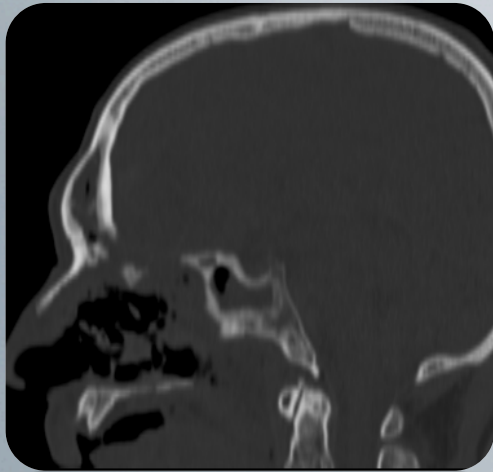
3. Hay algo que me llama la tención, re-historiar al paciente para ver otros antecedentes...

4. 1 y 2 son ciertas

5. 2 y 3 son ciertas

✓ 0%

Varón de 51 años diabético tipo I con mal control.
Descompensación hiperglucémica status epiléptico que le condiciona ingreso en UCI



Cual seria el mejor diagnostico y tratamiento...

1. Es un GBM, desgraciadamente la mayoría de estas lesiones agresivas son gliomas de alto grado.
2. Es un paciente diabético y puede tratarse de una infección fúngica, realizar fibroendoscopia ORL.
3. Hay algo que me llama la atención, re-historiar al paciente para ver otros antecedentes...
4. 1 y 2 son ciertas
5. **2 y 3 son ciertas**

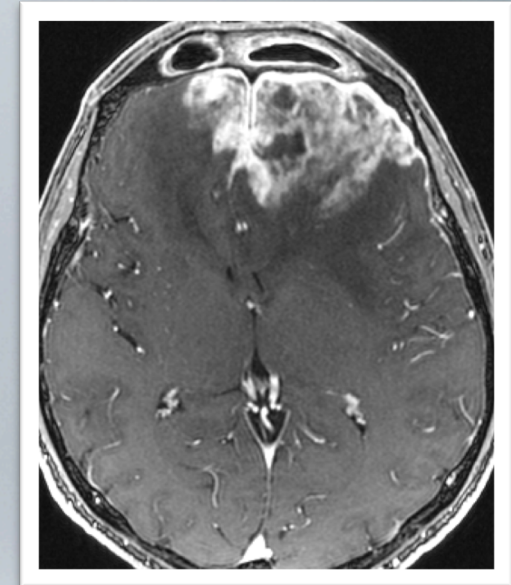
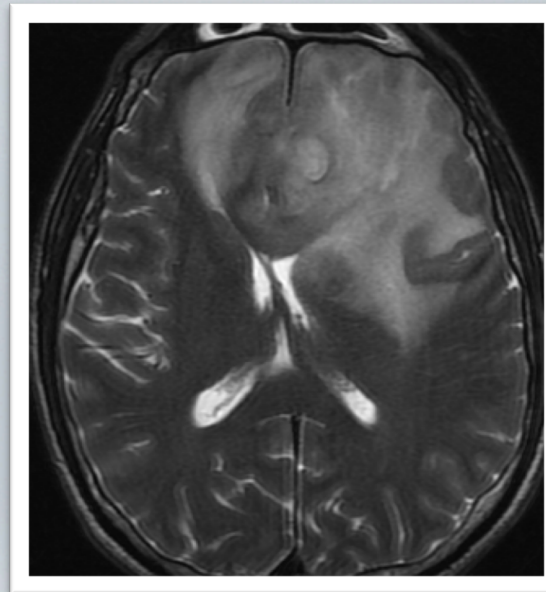
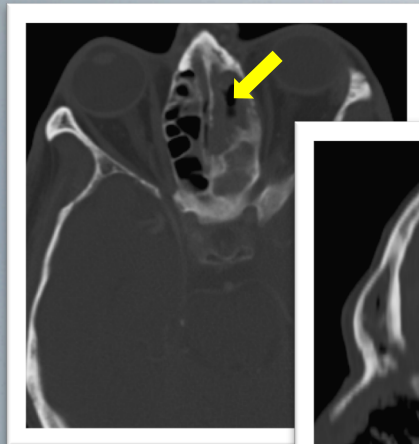
Consumidor diario de cocaína

Biopsia nasal: Necrosis e inflamación crónica

ANCA atípicos patológicos en suero (anticuerpos citoplasmáticos antineutropilo)

Paciente rechaza biopsia cerebral y pide alta voluntaria

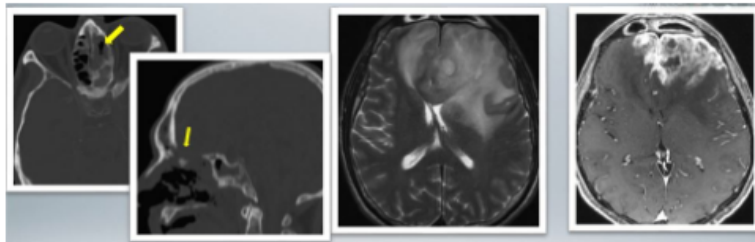
Vuelve 1 mes después con empeoramiento clínico...y se realiza biopsia



Cual espera ser el diagnóstico...

1. Es una leucoencefalopatía inducida por levamisol (antihelmíntico, aditivo frecuente en la cocaína).
2. Es una poliangeitis granulomatosa (granulomatosis de Wegener)
3. Es una lesión destructiva de línea media inducida por cocaína (CIMDL)
4. Es un linfoma cerebral
5. Es una sarcoidosis asociada a destrucción por cocaína del tabique nasal, todo el mundo puede tener un paraguas y un sombrero

Caso 2. Cuál espera ser el diagnóstico...



Es una leucoencefalopatía inducida por levamisol (antihelmíntico, aditivo frecuente en la cocaína)

Es una poliangeitis granulomatosa (granulomatosis de Wegener)

Es una lesión destructiva de línea media inducida por cocaína (CIMDL)

Es un linfoma cerebral

Es una sarcoidosis asociada a destrucción por cocaína del tabique nasal, todo el mundo puede tener unparaguas y un sombrero

✓ 0%

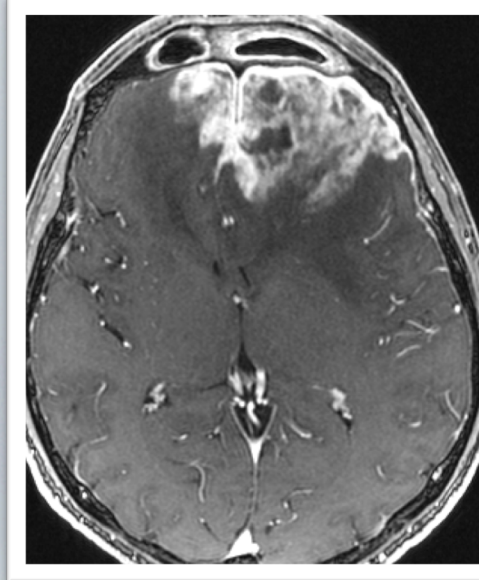
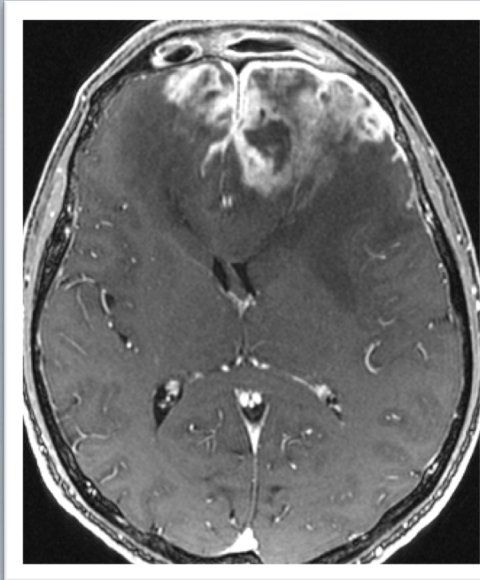
Consumidor diario de cocaína

Biopsia nasal: Necrosis e inflamación crónica

ANCA atípicos patológicos en suero (anticuerpos citoplasmáticos antineutropilo)

Paciente rechaza biopsia cerebral y pide alta voluntaria

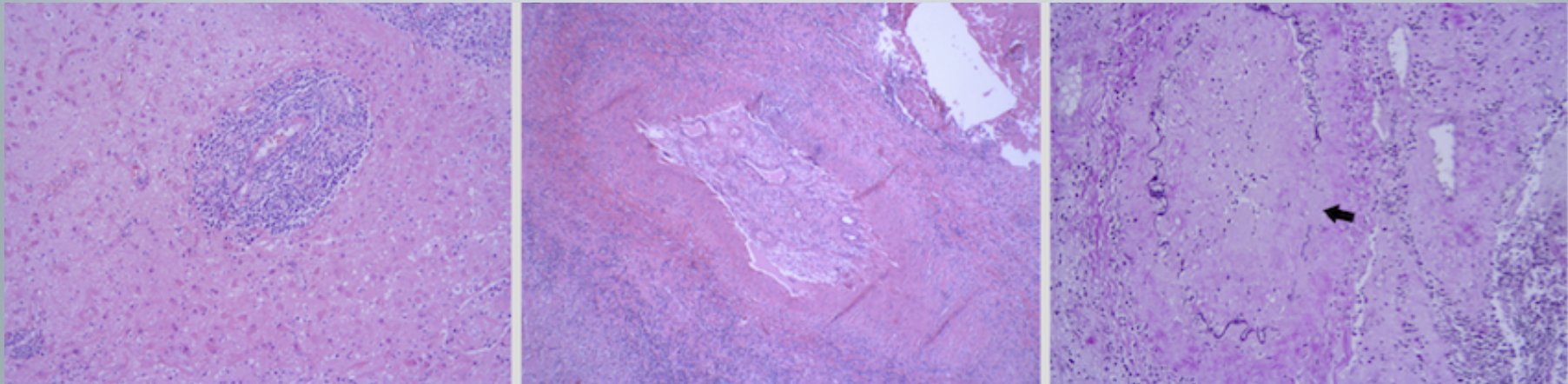
Vuelve 1 mes después con empeoramiento clínico...y se realiza biopsia



Cual espera ser el diagnóstico...

1. Es una leucoencefalopatía inducida por levamisol (antihelmíntico, aditivo frecuente en la cocaína).
2. Es una poliangeitis granulomatosa (granulomatosis de Wegener)
- 3. Es una lesión destructiva de línea media inducida por cocaína (CIMDL)**
4. Es un linfoma cerebral
5. Es una sarcoidosis asociada a destrucción por cocaína del tabique nasal, todo el mundo puede tener un paraguas y un sombrero

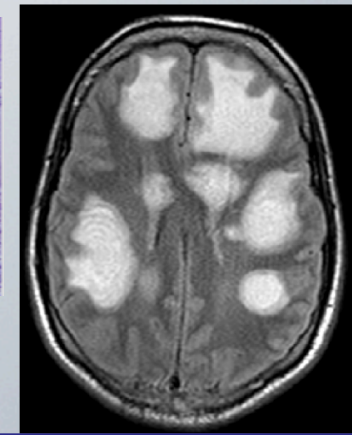
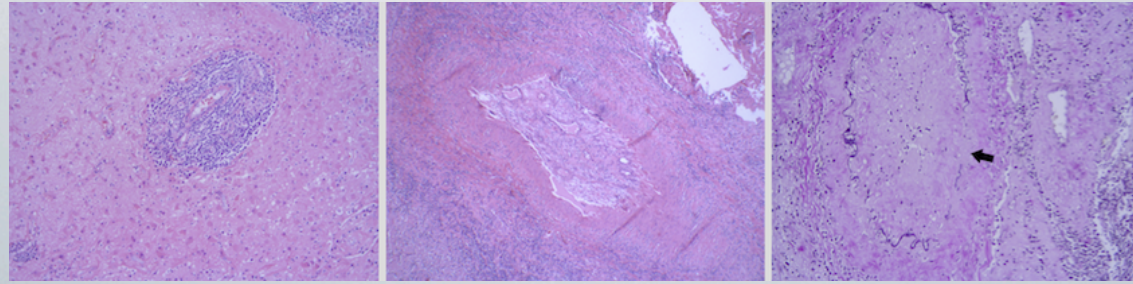
Infiltrado linfoplasmocitario de distribución perivascular. Rodeado de astrogliosis y necrosis. Lesiones vasculíticas agudas con inflam.transmural y rotura de endotelio y lamina elástica. Lesiones vasculíticas crónicas con trombosis intraluminal y fibrosis de la pared vascular .



Vasculitis ANCA positiva (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) inducida por cocaína

CIMDL: lesión destructiva de línea media inducida por cocaína

- Destrucción de estructuras de línea media: tabique nasal, cornete inferior.
- Segundo caso (NEJM 2016) de destrucción de lamina cribosa y el primer caso pseudotumoral.
- Excepcional esta afectación pseudotumoral cerebral.
- Predisposición individual, fenómeno autoinmune asociado a la cocaína.
Muy extendido el consumo de cocaína y pocos casos de CIMDL.
- Presencia de ANCAS diferencia CIMDL de otras destrucciones mecánicas de tabique de la cocaína



Vasculitis ANCA + q produce CIMDL

Cortesía de Dr Rovira. Hospital Val d'Hebron

Diagnóstico Diferencial CIMDL: (lesión destructiva de línea media inducida por cocaína)

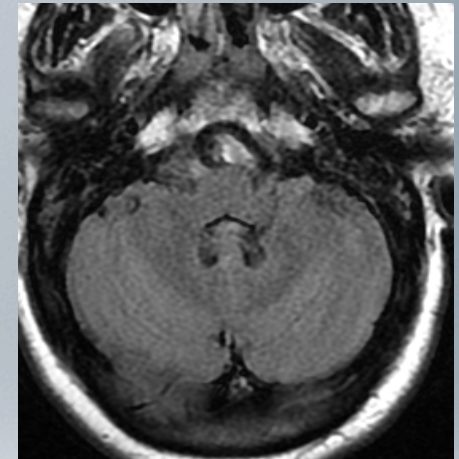
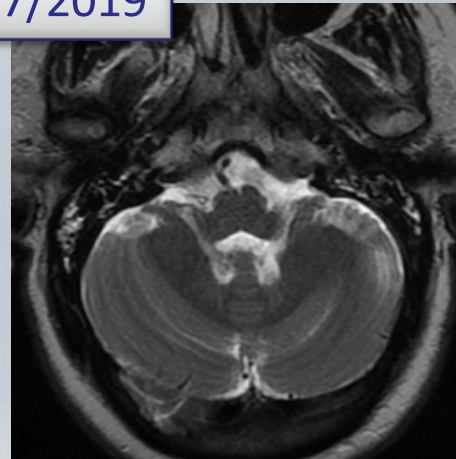
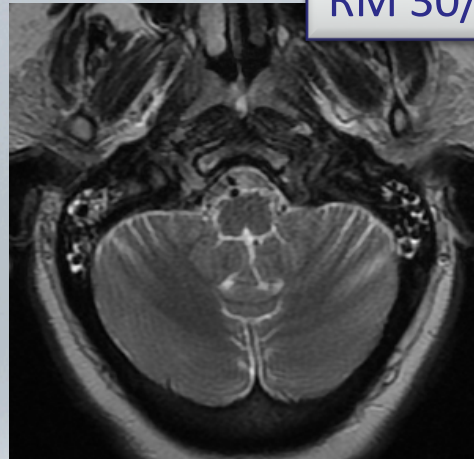
- Poliangeítis granulomatosa PAG (Granulomatosis de Wegener)
 - ANCAS de CIMDL tiene tinción perinuclear y citoplasmática y la PAG tinción citoplasmático
 - HNE ANCAS (p ANCAS) (Elastasa de neutrófilos) característico de CIMDL
 - Mayor destrucción en CIMDL (tabique y cornetes, especialmente inferior)
- Rinosinusitis fúngica
 - Biopsia específica con hifas
- Sarcoidosis
 - Tiene granulomas
- Leucoencefalopatía por Levomisol. **(Rovira y col. ASNR 2019)**
 - Antihelmíntico.
 - Utilizado para adulterar la cocaína.
 - Efecto psicotrópico y alarga los efectos de la cocaína.
 - Leucoencefalopatía, NO afectación cortical ni meníngea.

Trimarchi y col. Medicine 2011.
Ruifang y col. Exp and Therap Medic 2013.
Baden. NEJM 2016

CASO 3

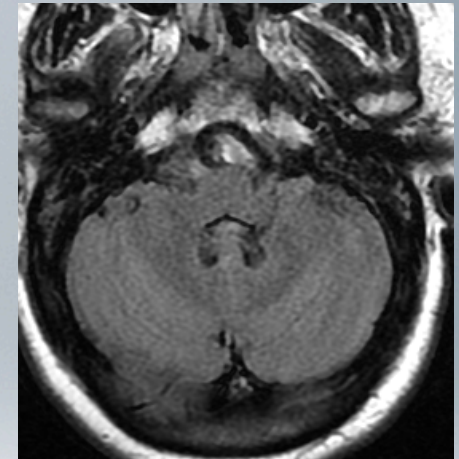
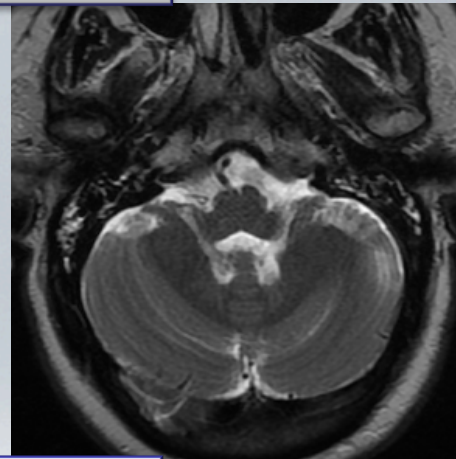
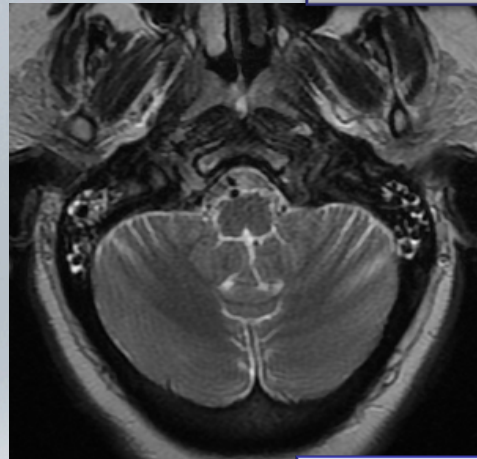
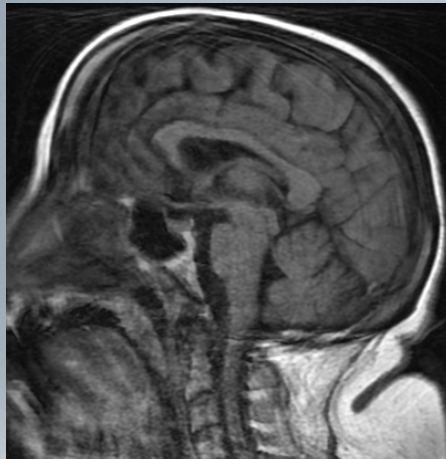
- Mujer de 60 años : HTA, DM, síndrome ansioso-depresivo,
- Ingresada el 23/7/2019 tras ser encontrada en el mercado por el SAMUR con cuadro de deterioro de nivel de conciencia (GCS 3), taquicardia, taquipnea.
- RM (30/7) sin alteraciones.
- Tras estabilización clínica la paciente no recuerda el episodio por el que ingresa
- Exploración: síndrome pancerebeloso (ataxia, dismetria y disartria) + afectación piramidal
- Se envía a centro de rehabilitación

RM 30/07/2019

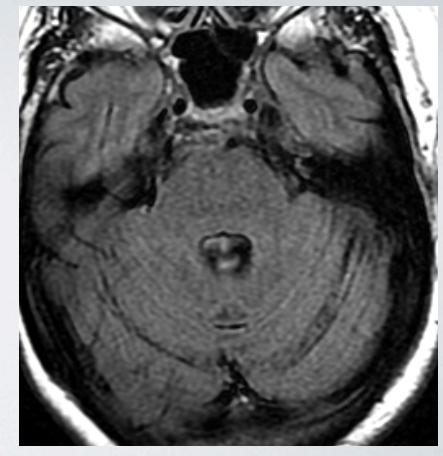
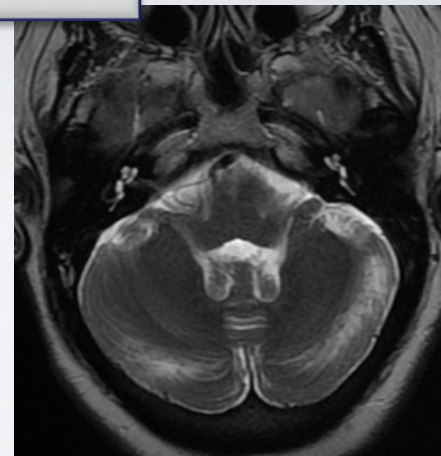


- Mujer de 60 años : HTA, DM, síndrome ansioso-depresivo,
- Ingresada el 23/7/2019 tras ser encontrada en el mercado por el SAMUR con cuadro de deterioro de nivel de conciencia (GCS 3), taquicardia, taquipnea.
- RM (30/7) sin alteraciones.
- Tras estabilización clínica la paciente no recuerda el episodio por el que ingresa
- Exploración: síndrome pancerebeloso (ataxia, dismetria y disartria) + afectación piramidal
- Se envía a centro de rehabilitación

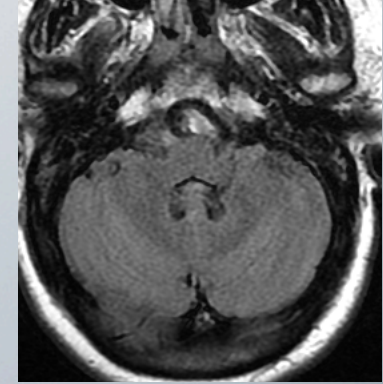
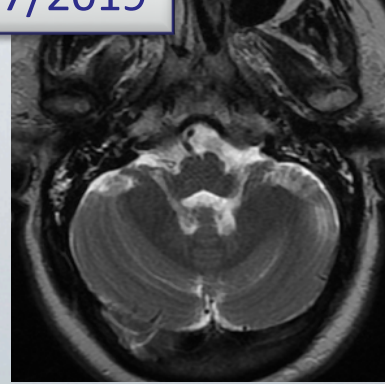
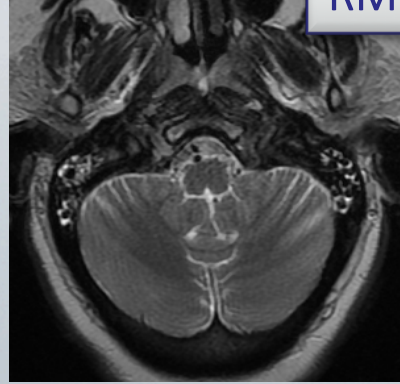
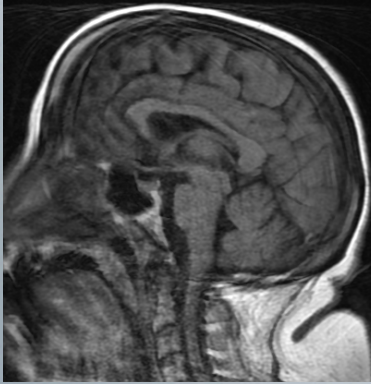
RM 30/07/2019



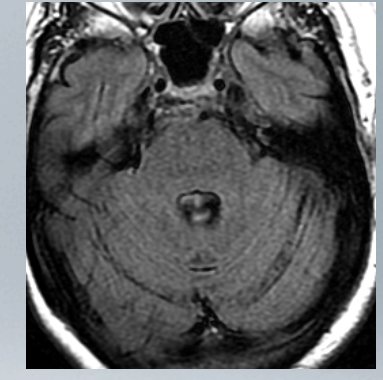
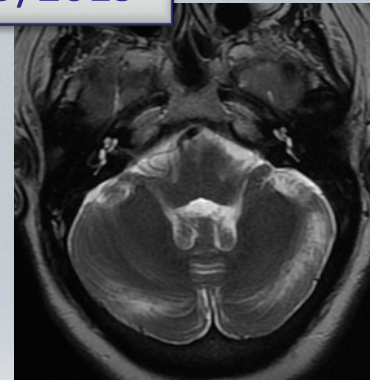
RM 11/09/2019



RM 30/07/2019



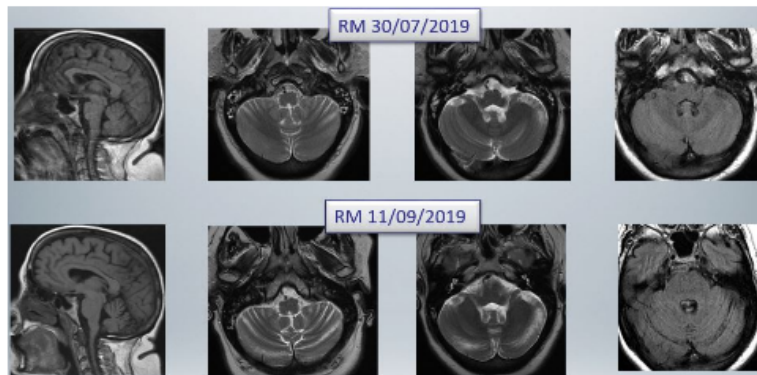
RM 11/09/2019



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Acidosis láctica por metformina.
2. Golpe de calor.
3. Déficit vitamínico parcialmente revertido por suplemento de tiamina.
4. Atrofia cerebelosa en relación con PRES.
5. Infarto cerebeloso.

Caso 3. Ante estas imágenes el diagnóstico es...



Acidosis láctica por metformina

Golpe de calor

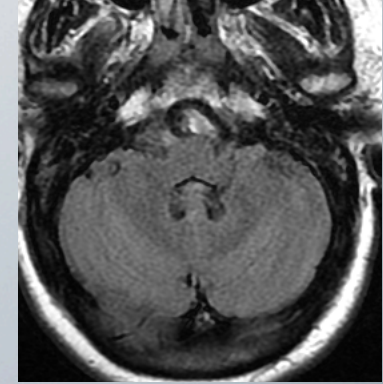
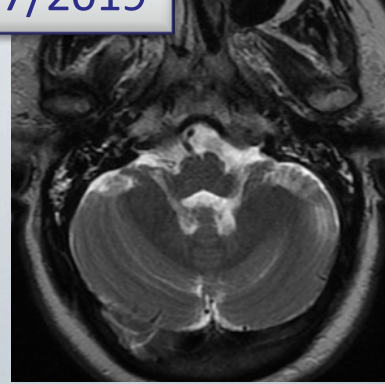
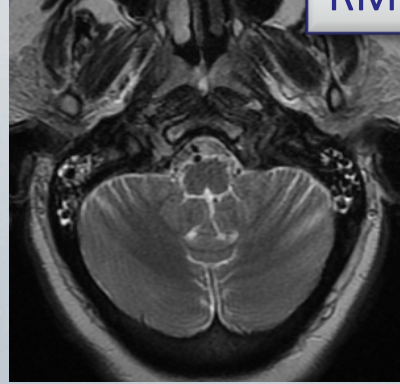
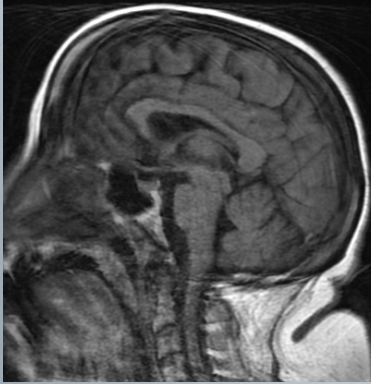
✓ 0%

Deficit vitamínico parcialmente revertido por suplemento de tiamina

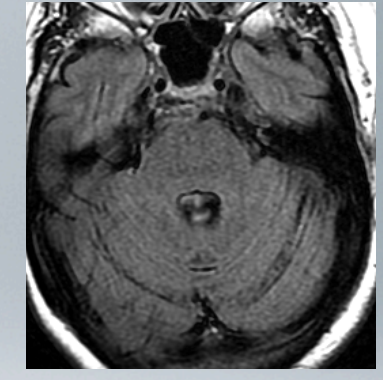
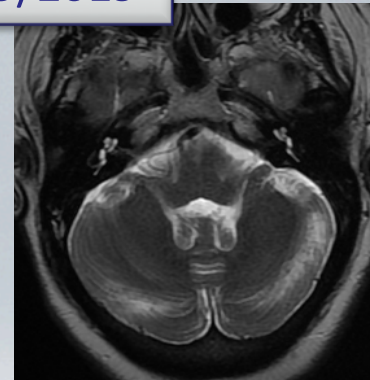
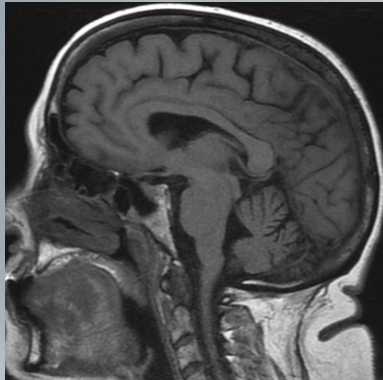
Atrofia cerebelosa en relación con PRES

Infarto cerebeloso

RM 30/07/2019



RM 11/09/2019



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

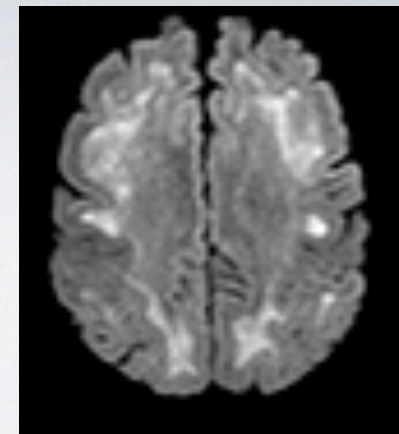
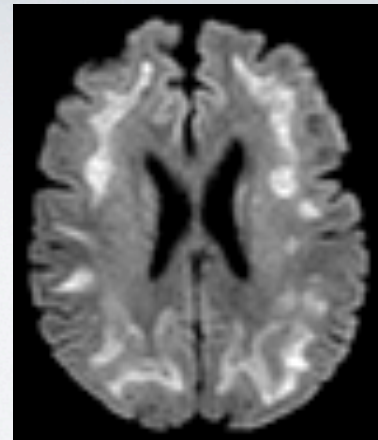
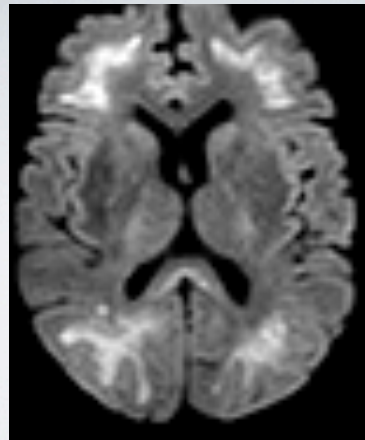
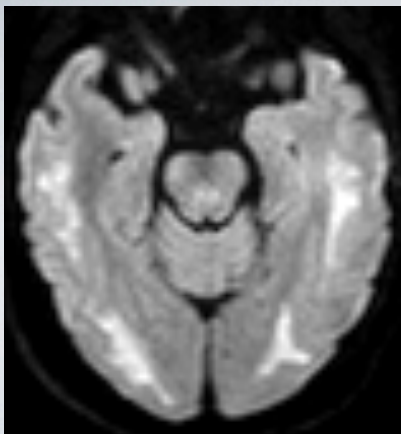
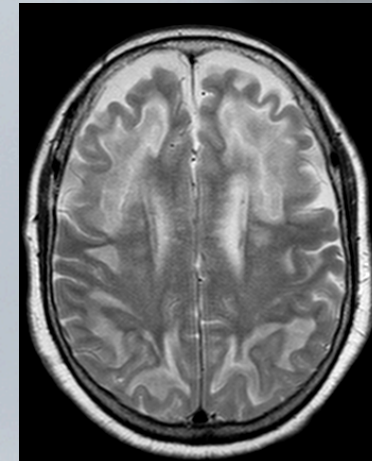
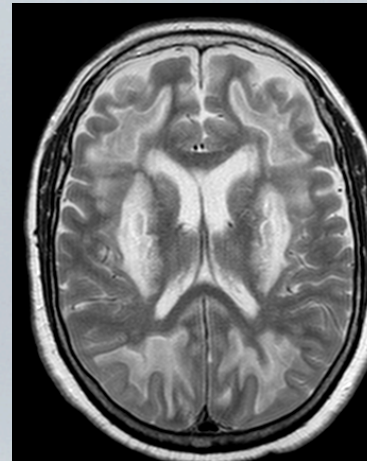
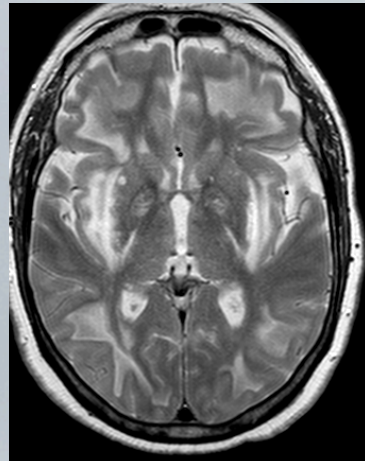
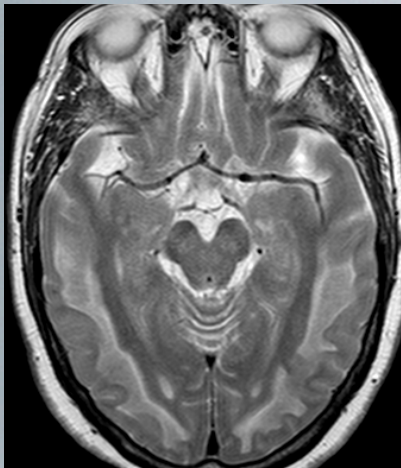
1. Acidosis láctica por metformina.
2. **Golpe de calor.**
3. Deficit vitamínico parcialmente revertido por suplemento de tiamina.
4. Atrofia cerebelosa en relación con PRES.
5. Infarto cerebeloso.

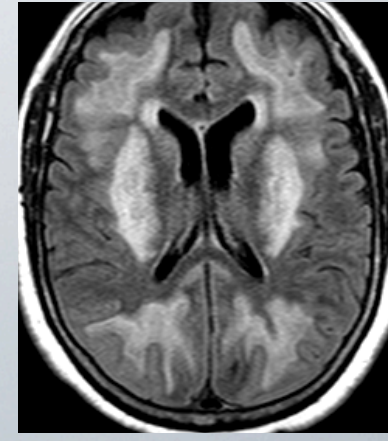
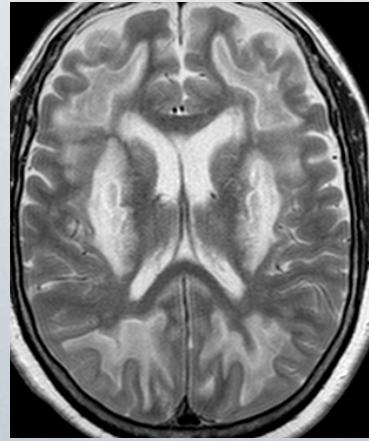
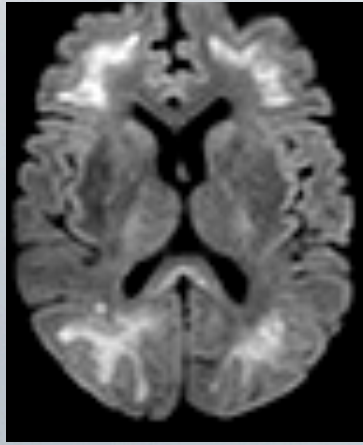
Golpe de calor: Heat stroke

- Emergencia médica.
- Temperatura de 40º.
- Deterioro nivel conciencia y de múltiples órganos (higado, riñon, rabdoliolisis)
- **SNC muy sensible al golpe calor**
 - 1º edema cerebral ; 2º mecanismo hipóxico isquémico.
 - ✓ **Cerebelo:** lesiones hiperintensas bilaterales.
+ atrofia por lesión directa a las células de Purkinje.
 - ✓ **Ganglios basales:** Lesiones hiperintensas bilaterales y simétricas.
 - ✓ **Astas anteriores de la médula** (Afectación piramidal).
 - ✓ **Nervios periféricos.**
- No es infrecuente que las lesiones aparezcan tardamente a partir 1 mes.

CASO 4

Mujer de 75 vive sola. AP: Fibromialgia, dislipemia y depresión.
Ingresa en el Hospital tras ser encontrada por una vecina .
A su llegada al S.Urgencias desconectada del medio, Glasgow 3
Gasometría: acidosis metabólica grave con hiperlactacidemia

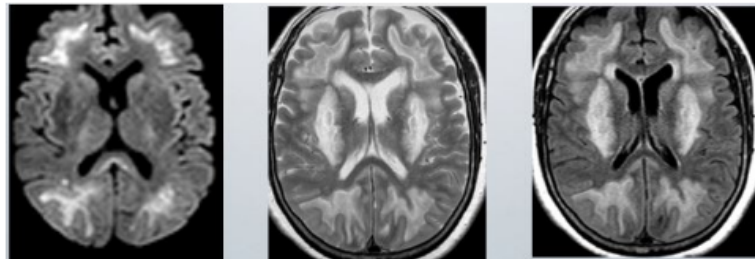




Ante estas imágenes su actitud y posible diagnóstico será...

1. Valorar parada cardio- respiratoria previa, parece patología hipóxico-isquémica, brilla en DWI
2. Intentar hacer estudio de tóxicos, es una Intoxicación por metanol, posible intento autolítico.
3. Valora las alteraciones electrolíticas fundamentalmente Na, es una desmielinización osmótica extrapontina.
4. Preguntar a familiares si tenia demencia rápidamente progresiva. Es un Creutzfeldt -Jakob rápidamente progresivo.
5. Valorar déficit de tiamina, es un Wernicke con necrosis cortical

Caso 4. Ante estas imágenes su actitud y posible diagnóstico será...



Valorar parada cardio-respiratoria previa, parece patología hipóxico-isquémica, brilla en DWI

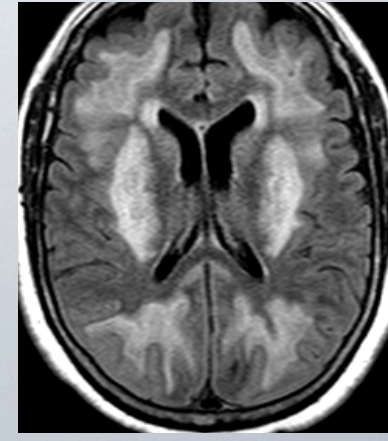
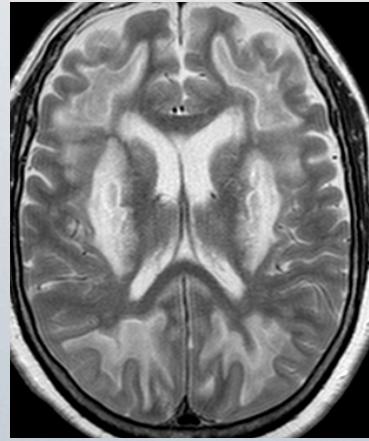
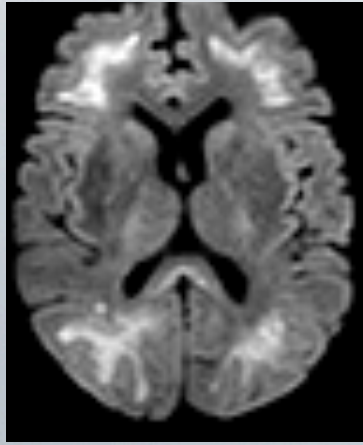
Intentar hacer estudio de tóxicos, es una Intoxicación por metanol, posible intento autolítico

✓ 0%

Valora las alteraciones electrolíticas fundamentalmente Na, es una desmielinización osmótica extrapontina.

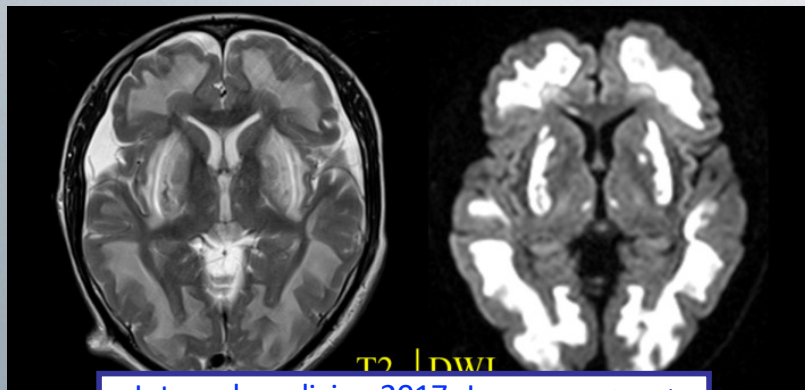
Preguntar a familiares si tenia demencia rápidamente progresiva. Es un Creutzfeldt-Jakob rápidamente progresivo.

Valorar déficit de tiamina, en un Wernicke con necrosis cortical

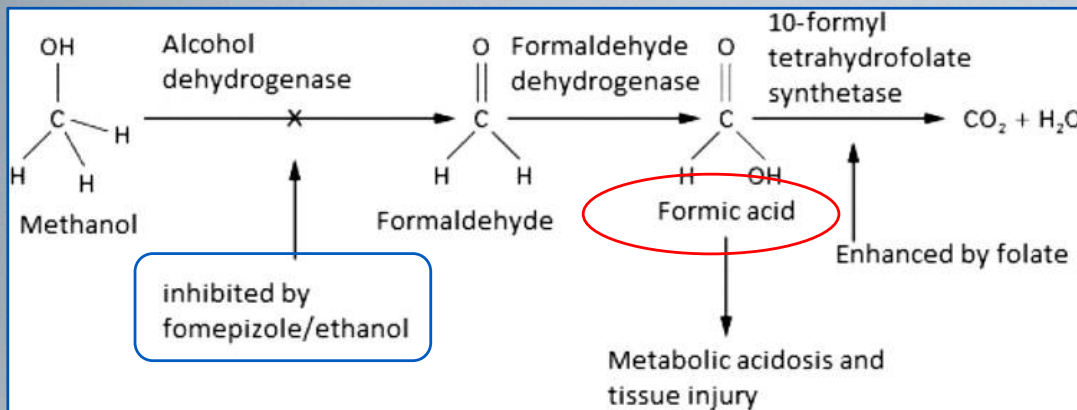
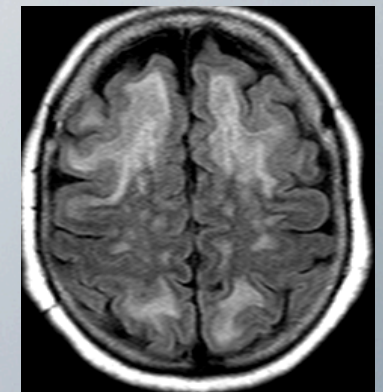
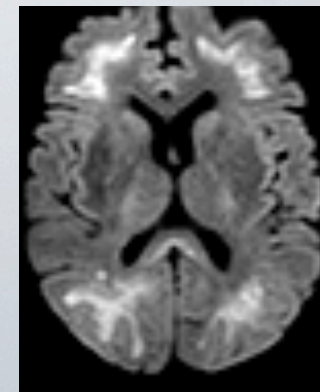
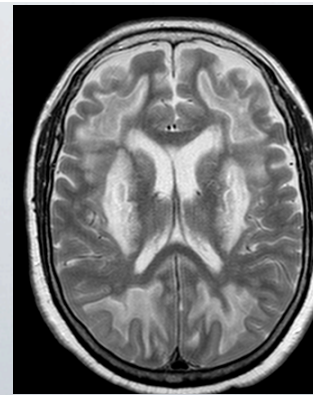


Ante estas imágenes su actitud y posible diagnóstico será...

1. Valorar parada cardio- respiratoria previa, parece patología hipóxico-isquémica, brilla en DWI
2. **Intentar hacer estudio de tóxicos, es una Intoxicación por metanol, posible intento autolítico**
3. Valora las alteraciones electrolíticas fundamentalmente Na, es una desmielinización osmótica extrapontina.
4. Preguntar a familiares si tenia demencia rápidamente progresiva. Es un Creutzfeldt -Jakob rápidamente progresivo.
5. Valorar déficit de tiamina, en un Wernicke con necrosis cortical



Internal medicine 2017. Japan. Izumi et al



Diagnóstico Diferencial

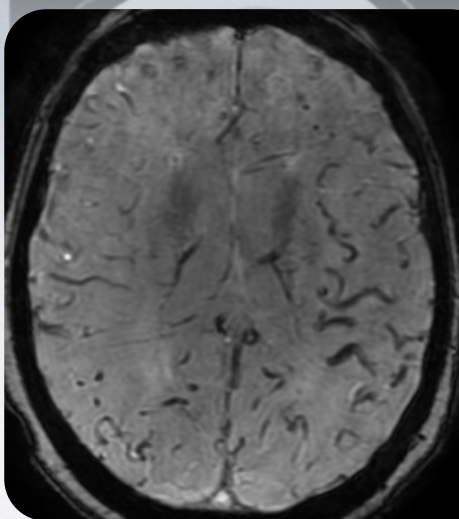
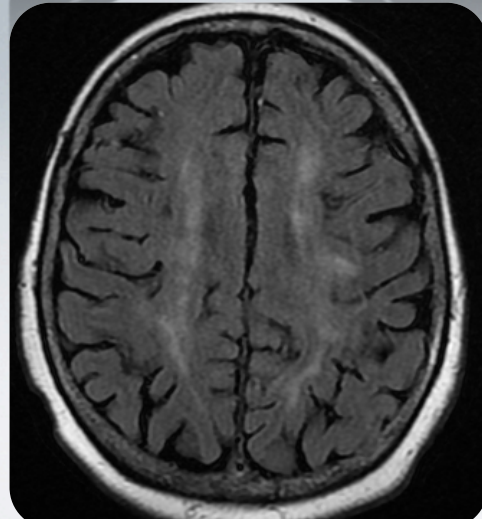
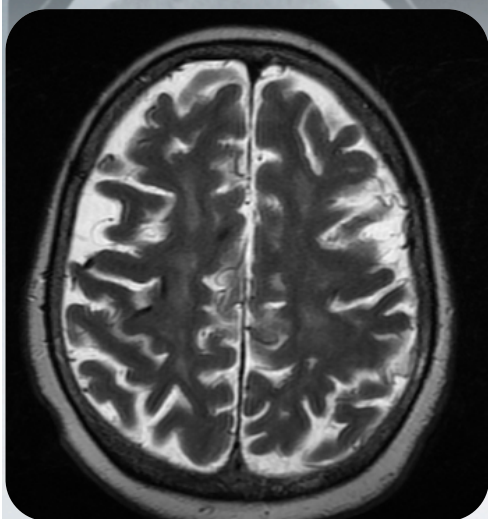
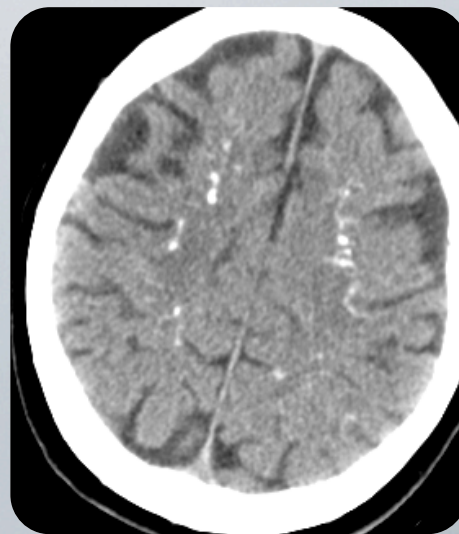
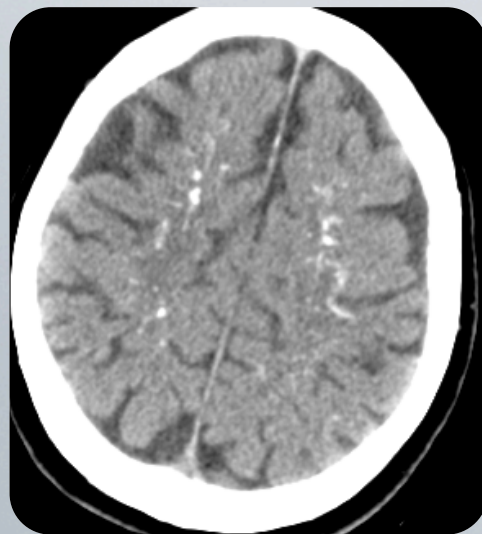
- Wilson, Leigh's
- Intoxicación monóxido de carbono
- Pat hipóxico isquémica
- Encefalopatía hipoglucemia
- Desmielinización osmótica con mielinolisis EP.
- Síndrome hemolítico urémico
- Encefalopatía hepatorenal.
- Alimentación parenteral

Intoxicación metanol

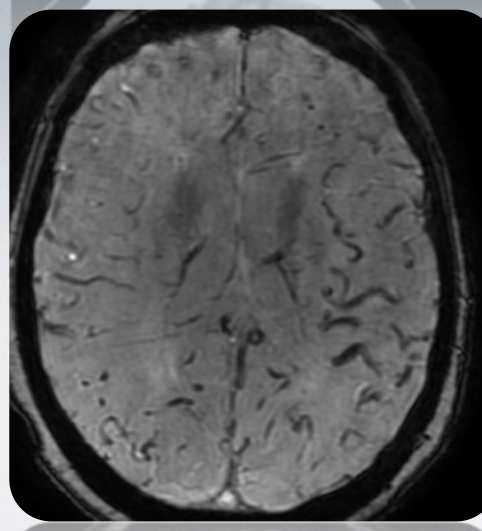
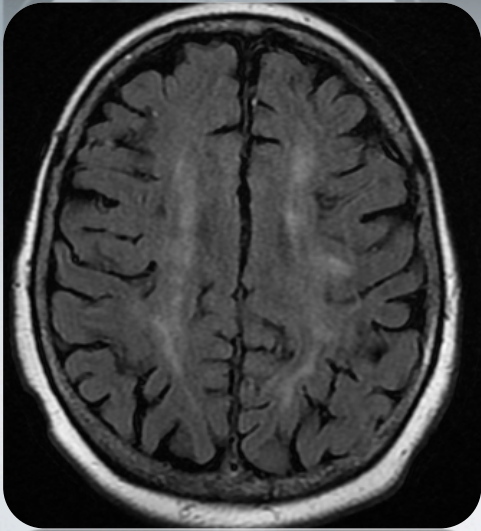
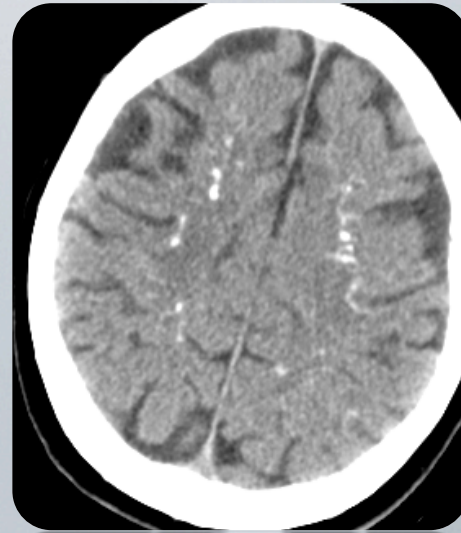
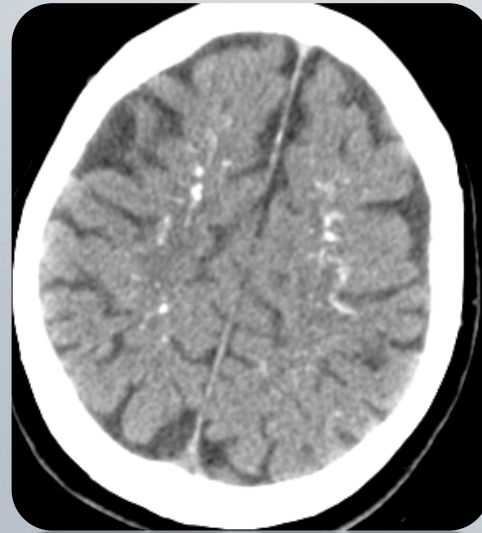
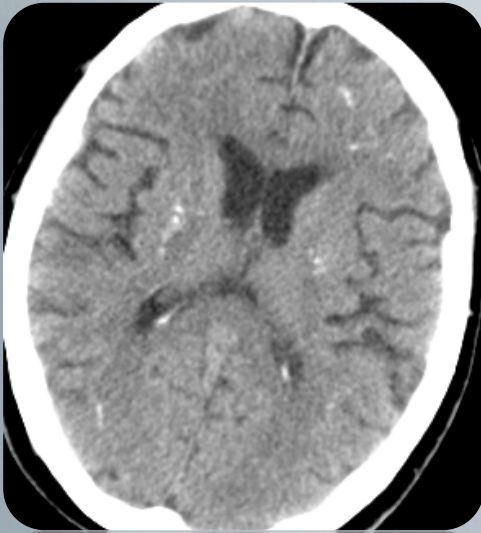
- Productos limpieza (limpia cristales), pinturas, barnices, anticongelantes
- Produce acidosis metabólica (40% de lesiones graves o muerte)
- Problema: latencia de 12-24 horas mientras metanol se transforma a formaldehído y ac. fórmico.
- Efecto tóxico directo de ácido fórmico es mieloclastico y produce acidosis metabólica e hipoxia
- RM: Ganglios basales (putamen) + Necrosis de SB de predominio subcortical +/- hemorragia 14%
- Regiones más susceptibles son la vía visual y el putamen

CASO 5

Mujer de 70 años con alteraciones del comportamiento del tipo demencia rápidamente progresiva.
Descartar Creutzfeldt-Jacob



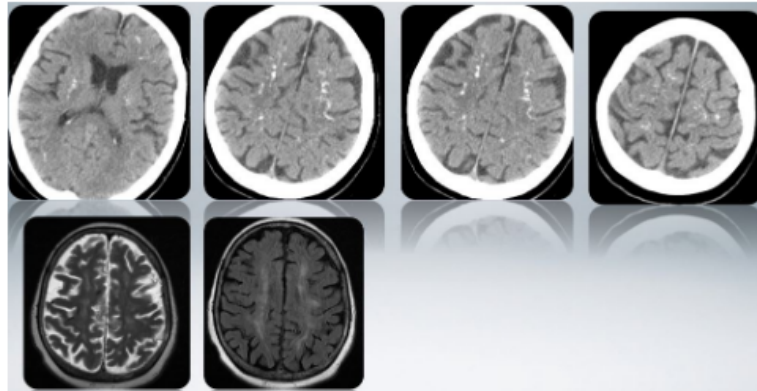
Mujer de 70 años con alteraciones del comportamiento del tipo demencia rápidamente progresiva.
Descartar Creutzfeldt -Jacob



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Infección parasitaria crónica.
2. Síndrome de Sturge Weber.
3. Aterosclerosis primaria.
4. Hiperparatiroidismo
5. Malformación vascular dural.

Caso 5. Ante estas imágenes el diagnóstico es...



Infección
parasitaria crónica

Síndrome de Sturge
Weber

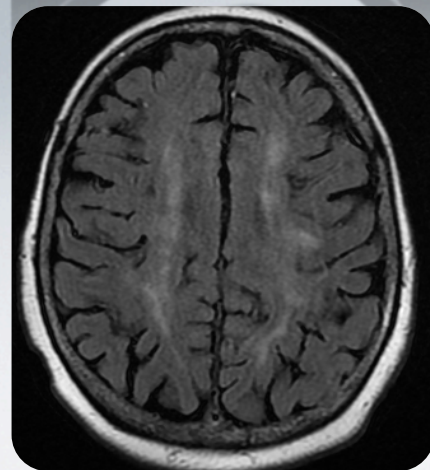
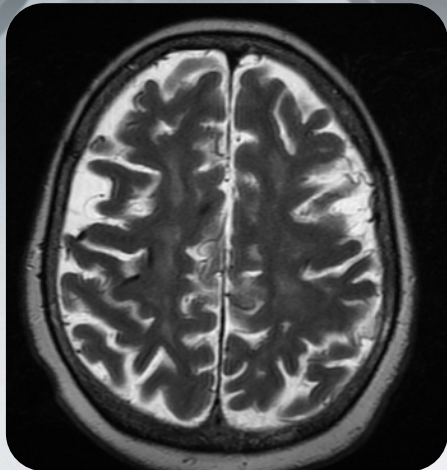
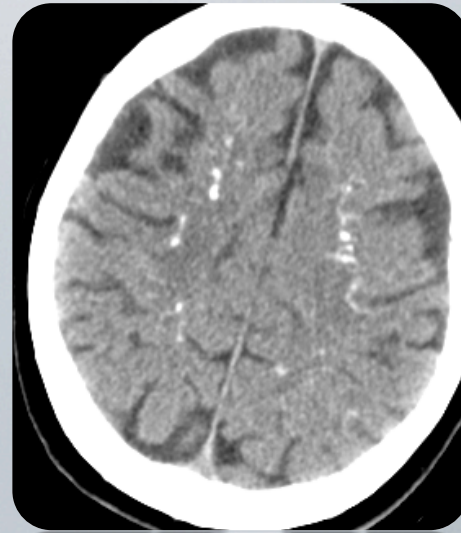
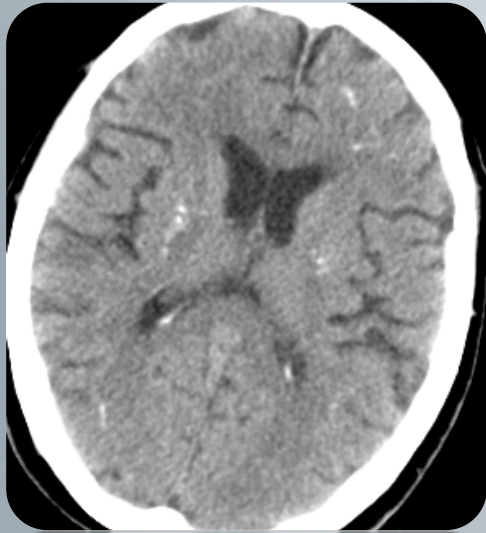
Ateroesclerosis
primaria

Hiperparatiroidismo

Malformación
vascular dural

✓ 0%

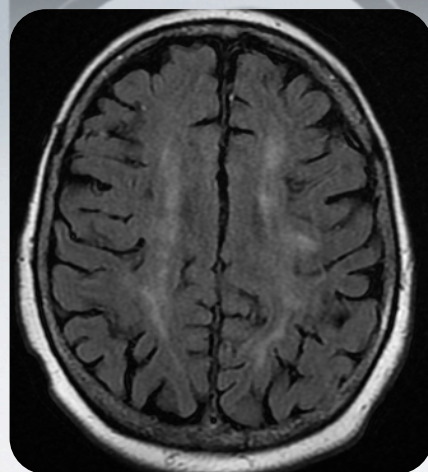
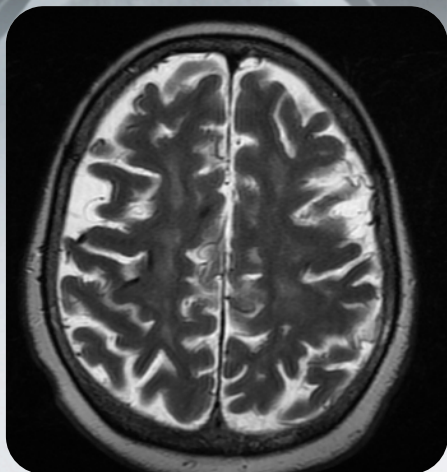
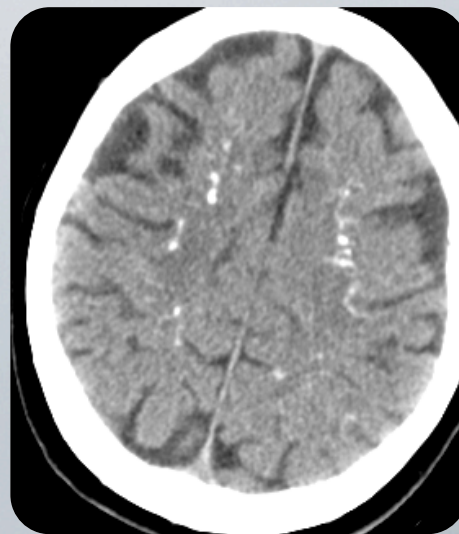
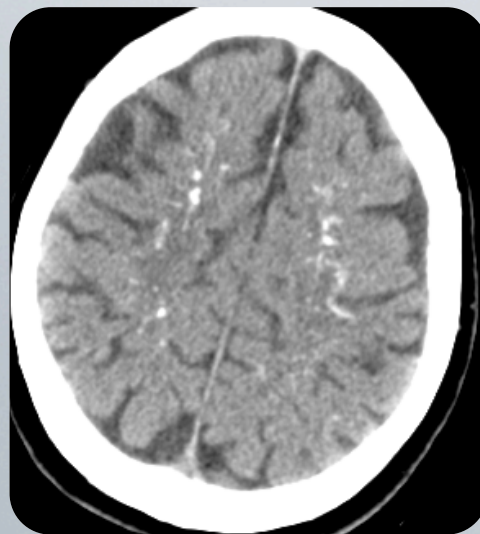
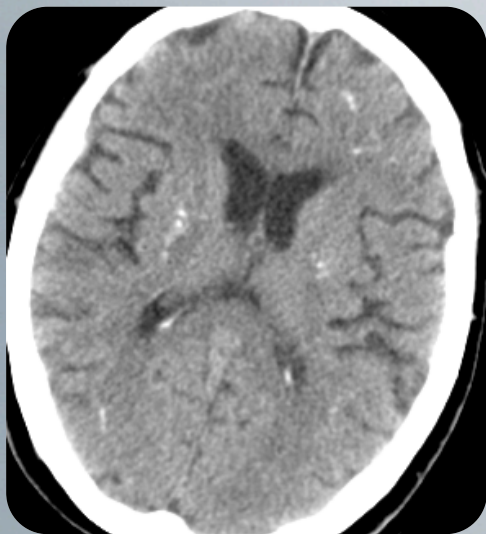
Mujer de 70 años con alteraciones del comportamiento del tipo demencia rápidamente progresiva.
Descartar Creutzfeldt -Jacob



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

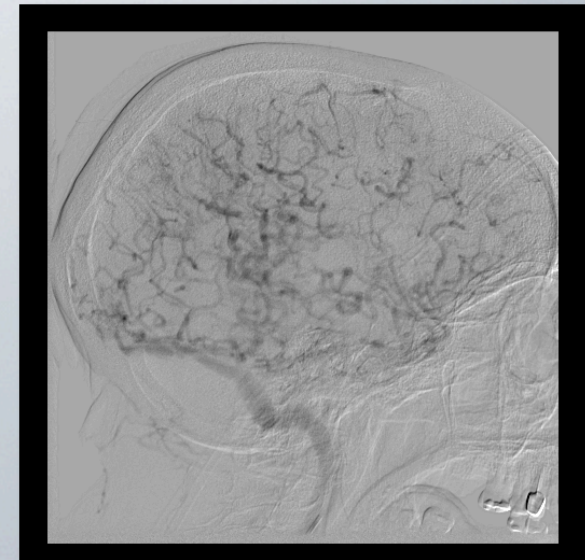
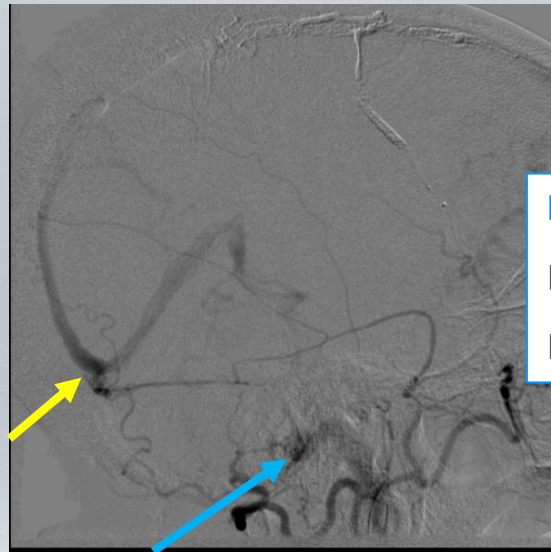
1. Infección parasitaria crónica.
2. Síndrome de Sturge Weber.
3. Aterosclerosis primaria.
4. Hiperparatiroidismo
- 5. Malformación vascular dural.**

Mujer de 70 años con alteraciones del comportamiento del tipo demencia rápidamente progresiva.
Descartar Creutzfeldt -Jacob





Fístula dural a seno sagital superior,
Aferencia principal de a. mening media,
Asocia reflujo a seno y a venas corticales
Grado III de Borden



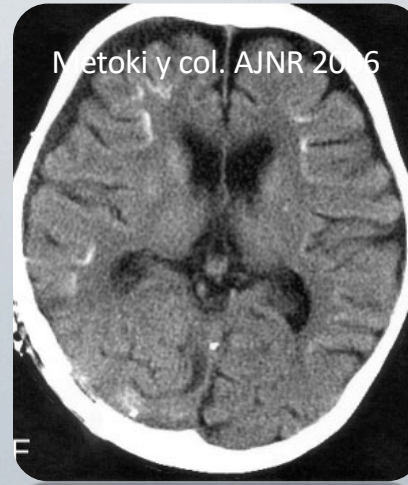
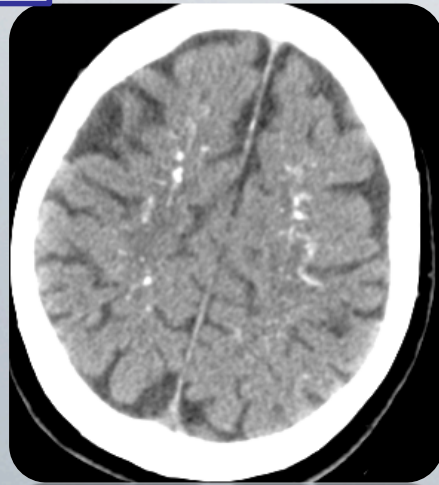
Hipertensión venosa,
Ectasia de venas corticales y ausencia de SLS
Inyección en ACI Ida en fase venosa tardía.

Flecha amarilla :

Fístula dural a tórcula
Aferencia principal de a, meníngica media,
Marcado reflujo retrogrado hacia seno longitudinal superior y seno recto hasta VC Internas.
Grado III de Borden

Flecha azul: Fístula dural a seno sigmoideo.

Aferencias desde a. occipital,
Drenaje venoso anterogrado hacia bulbo de la yugular. Grado I de Borden

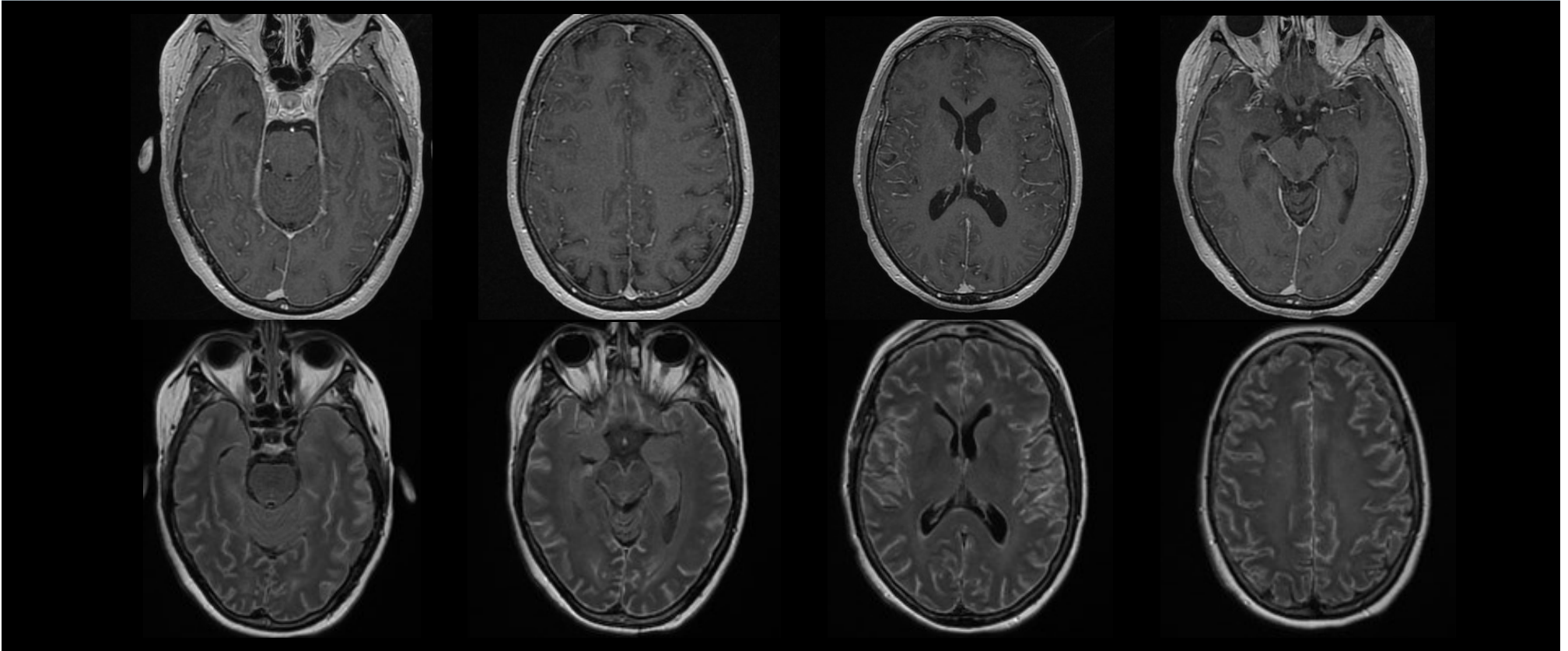


Fistulas Durales

- 10-15% de las Malformaciones vasculares. TC Craneal: normal, hemorragia o edema. Calcificaciones subcorticales no muy frecuentes, asociadas a reflujo venoso cortical
- Sospechar fistula AV dural cuando encontremos pacientes con demencia progresiva y/ o epilepsia y lesiones calcificadas cerebrales es importante porque es tratable y reversible si se diagnostica en fases iniciales.
- Las clasificaciones dependen del reflujo venoso, pueden ser localizadas (más frecuente la hemorragia) o difusa.
- La calcificaciones son bilaterales y simétricas . La etiología de las calcificaciones:
 - Congestión crónica venosa con calcificaciones distróficas en las paredes de las venas congestionadas
 - Secundario a un fenómeno de robo con calcificaciones en el parénquima adyacente debido a hipoperfusión.

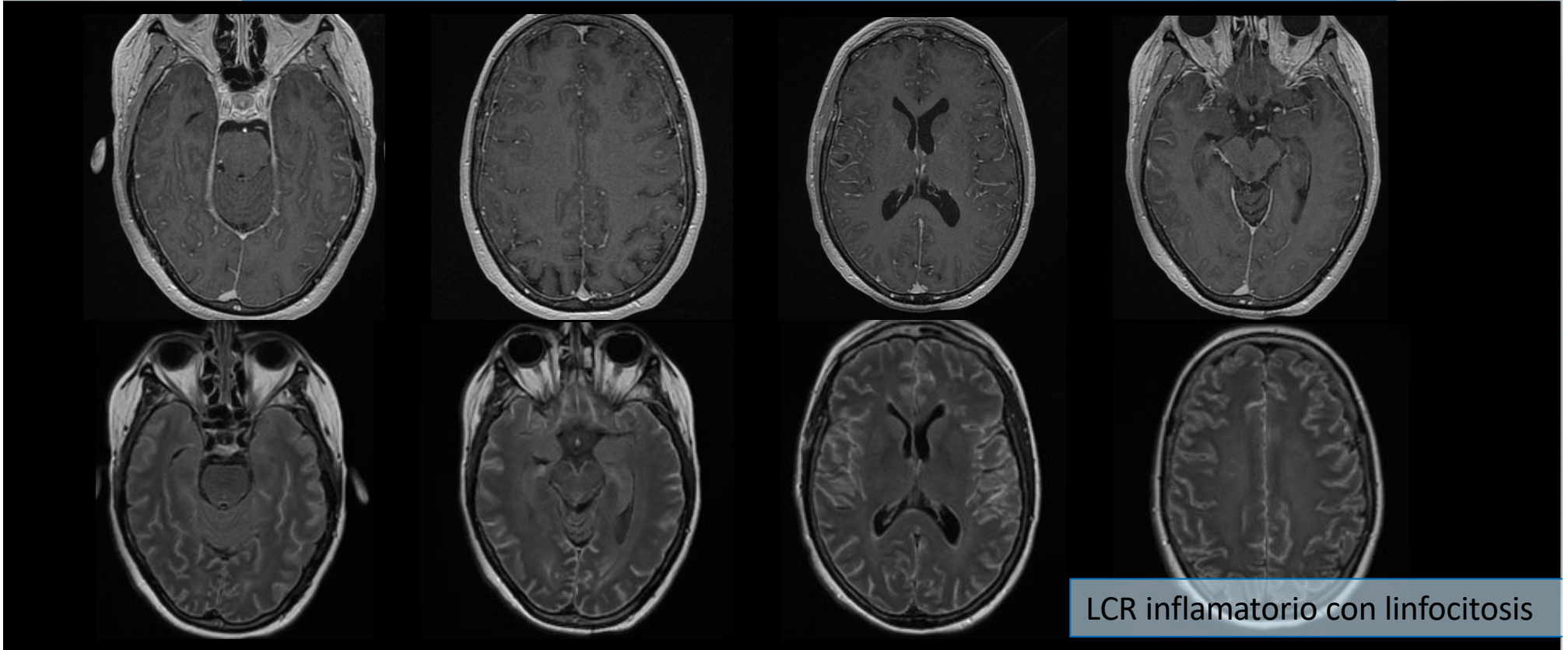
CASO 6

Mujer de 52 años. Ca cervix estadio IV en tratamiento con TILTS
transferencia celular adoptiva (ACT) de linfocitos T infiltrantes de tumor (TIL'S)
Crisis tónico crónicas. TC dudosa hipodensidad, posibilidad PRES. RM...



LCR inflamatorio con linfocitosis

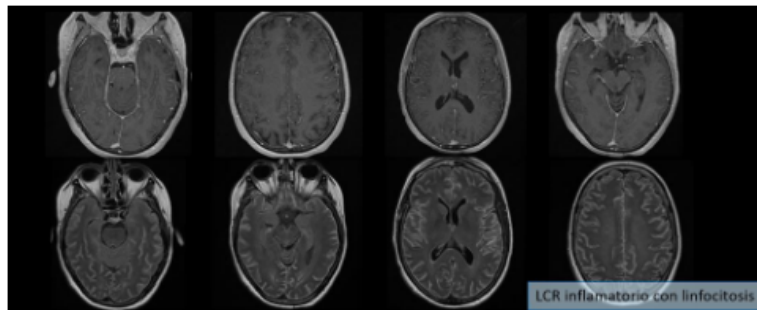
Mujer de 52 años. Ca cervix estadio IV en tratamiento con
TILTS transferencia celular adoptiva (ACT) de LT infiltrantes de tumor (TIL'S)



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Posible meningitis bacteriana , la paciente está inmunodeprimida.
2. Es una meningitis aséptica, la inmunoterapia da muchas complicaciones .
3. Es una diseminación leptomenígea por el Ca cervix, es un estadio IV.
4. Es un PRES con afectación meníngea.
5. Es una meningoencefalitis paraneoplásica frecuente en tumores ováricos y de cervix

Caso 6. Ante estas imágenes el diagnóstico es...



Posible meningitis bacteriana, la paciente está inmunodeprimida

Es una meningitis aséptica, la inmunoterapia da muchas complicaciones

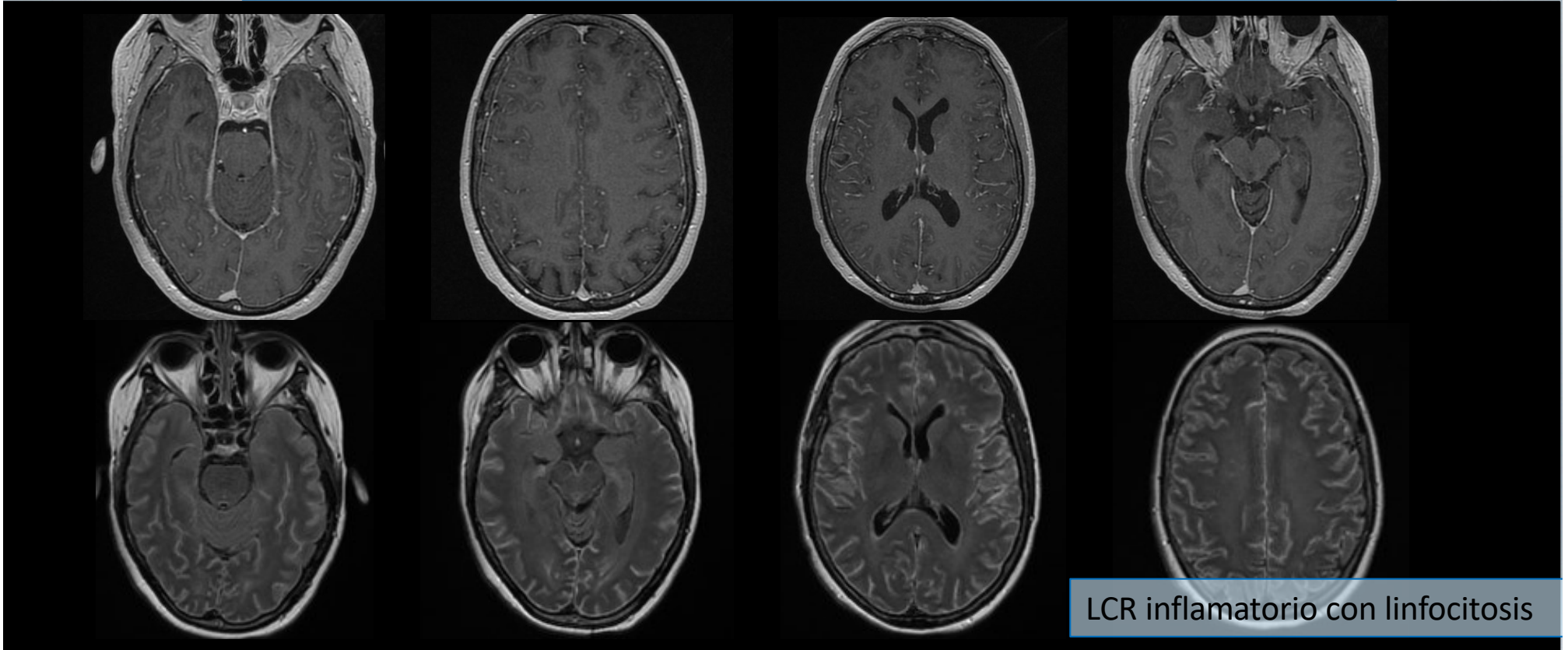
✓ 0%

Es una diseminación leptomenígea por el Ca cérvix, es un estadio IV

Es un PRES con afectación menígea

Es una meningoencefalitis paraneoplásica frecuente en tumores ováricos y de cérvix

Mujer de 52 años. Ca cervix estadio IV en tratamiento con
TILTS transferencia celular adoptiva (ACT) deLT infiltrantes de tumor (TIL'S)



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Posible meningitis bacteriana , la paciente está inmunodeprimida.
- 2. Es una meningitis aséptica, la inmunoterapia da muchas complicaciones .**
3. Es una diseminación leptomenígea por el Ca cérvix, es un estadio IV.
4. Es un PRES con afectación meníngea.
5. Es una meningoencefalitis paraneoplásica frecuente en tumores ováricos y de cérvix

ICANS: Immune cell associated neurological symptoms:

- Los linfocitos T citotóxicos (CTLs) participan en la eliminación de los tumores.
- Los tumores han desarrollado una serie de mecanismos inhibitorios (conocidos como "immune-checkpoints") que les permiten escapar de los CTLs.
- Transferencia celular adoptiva (ACT) de linfocitos T infiltrantes de tumor (TIL). La ACT-TIL consiste en tratar al paciente con los linfocitos T aislados de su propio tumor.
- Es un "giro de tuerca inmunológico" se activan las células T previamente normales para matar las células tumorales pero, al hacerlo, las células T se convierten en colonias desenfrenadas, desencadenando otras enfermedades autoinmunes para las cuales la inmunoterapia convencionales es necesaria.
- Complicaciones neurológicas de la terapia inmunológica ocurren 1-7 semanas tras inicio de tratamiento con immune checkpoint inhibitor :
 - Miastenia gravis (0,2%), miopatías (1-2%)
 - Neuropatías (1%).
 - **Meningitis aséptica (0,2%)**
 - Encefalitis autoinmune (0,2%)
 - Hipofisitis (5-10%).
 - EM
- D/D entre síndromes para neoplásicos y etiologías autoinmune

Noviembre 2017. Murcia Dx de adenocarcinoma de pulmón eIV EGFR/ALK no mutado
Tratamiento: carboplatino+Bevacizumab.... 3ª línea

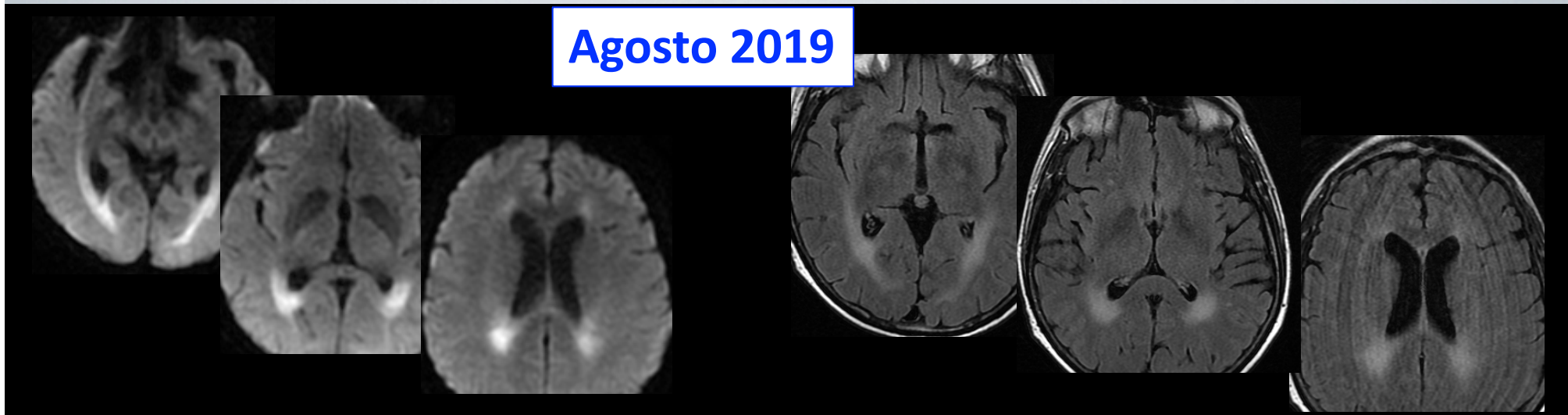
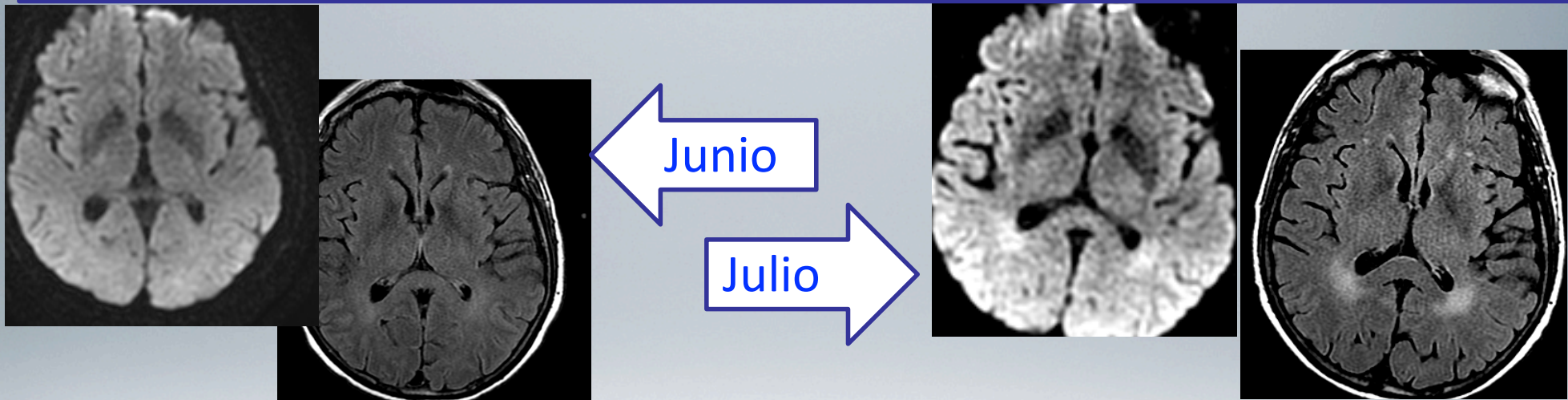
Marzo 2019: PD y se remite al 12 de Octubre para valoración. EC IOV-COM-202

Se realiza resección atípica pulmonar el 14/05/19 para obtención TILs

QT de linfodepleción (acondicionamiento) con Ciclofosfamida seguido de Fludarabina en junio 2019

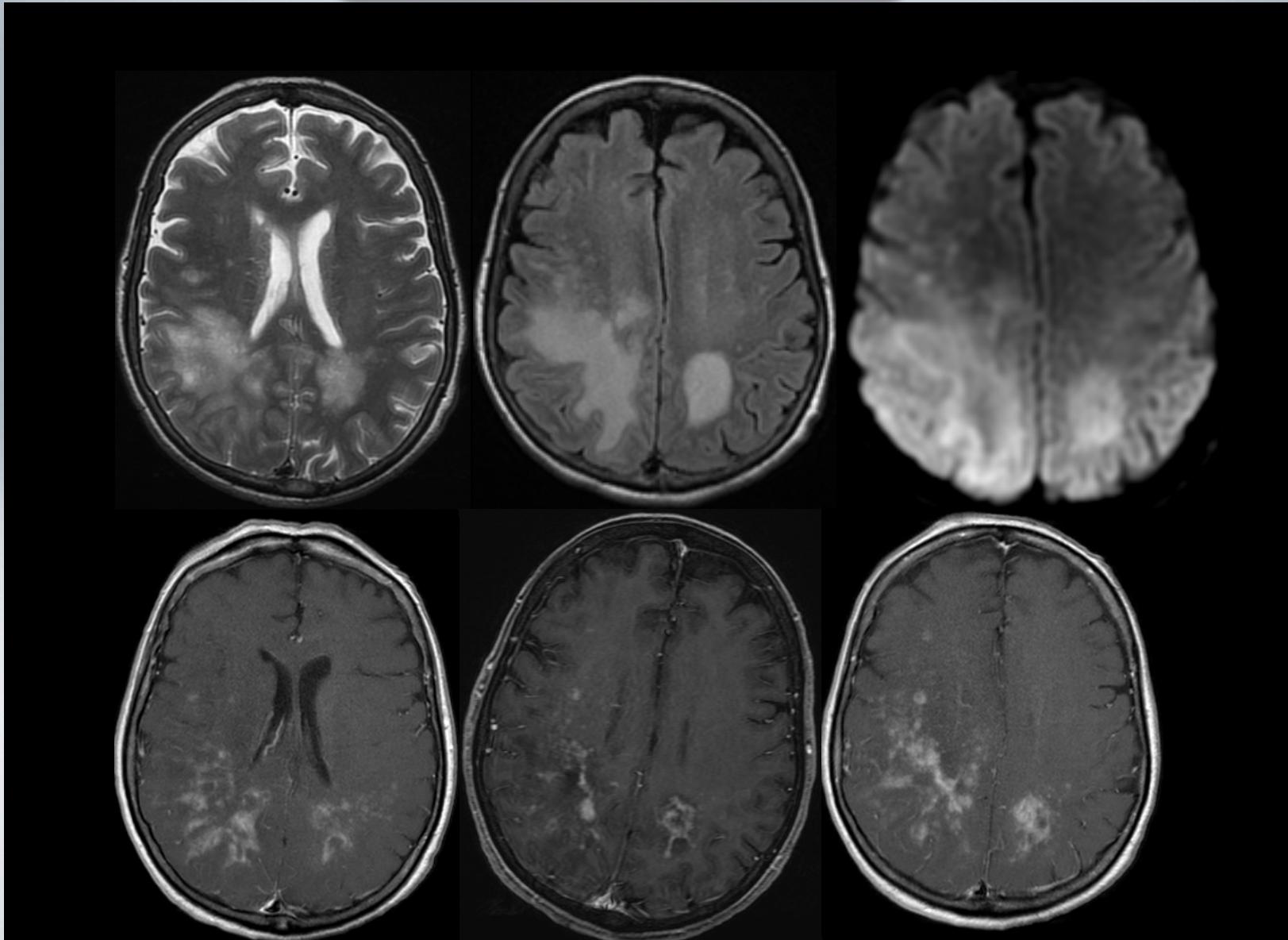
Complicaciones tras el TILT

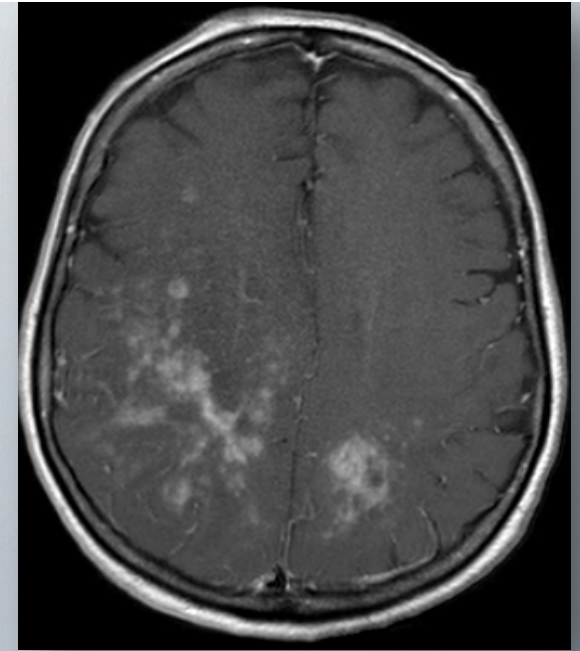
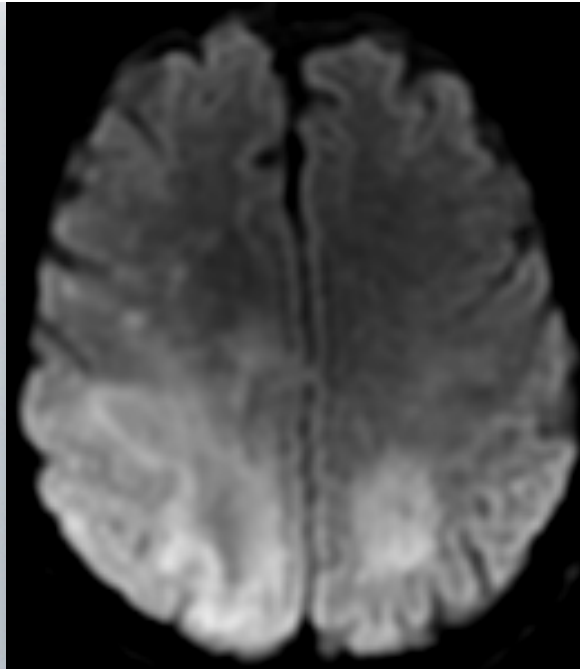
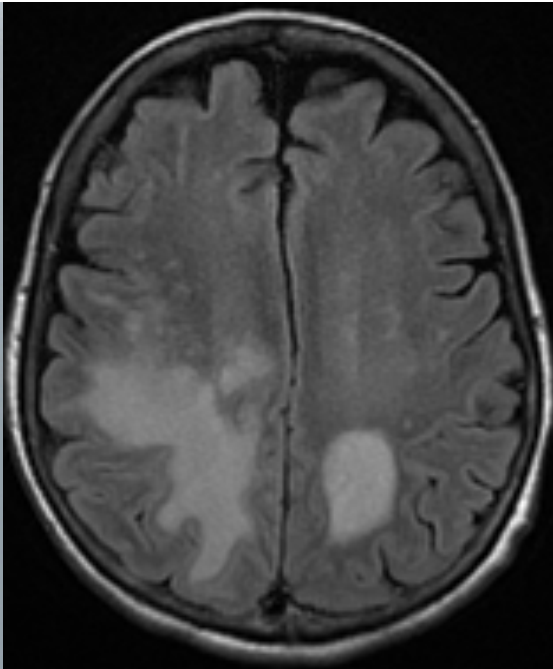
Encefalopatía difusa g3 sin actividad epiletiforme en EEG



CASO 6

Mujer 73 años
Antecedente de mieloma
Focalidad hemisférica izquierda

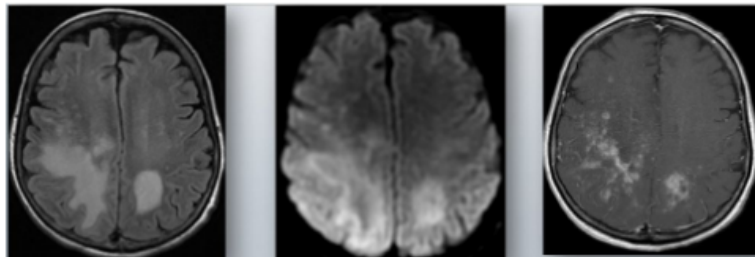




Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Linfoma intravascular
2. Diseminación axonal de la listeriosis
3. PRES (Encefalopatía posterior reversible)
4. LMP (Leucoencefalopatía multifocal progresiva)
5. Diseminación subaracnoidea de mieloma.

Caso 6. Ante estas imágenes el diagnóstico es...



Linfoma intravascular

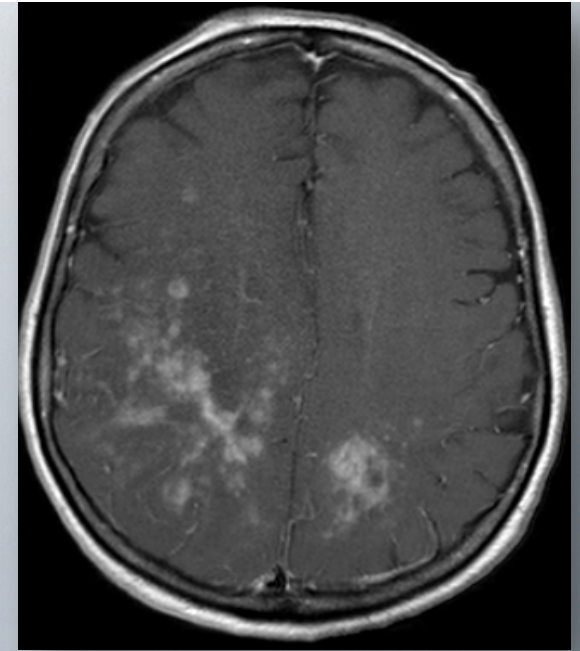
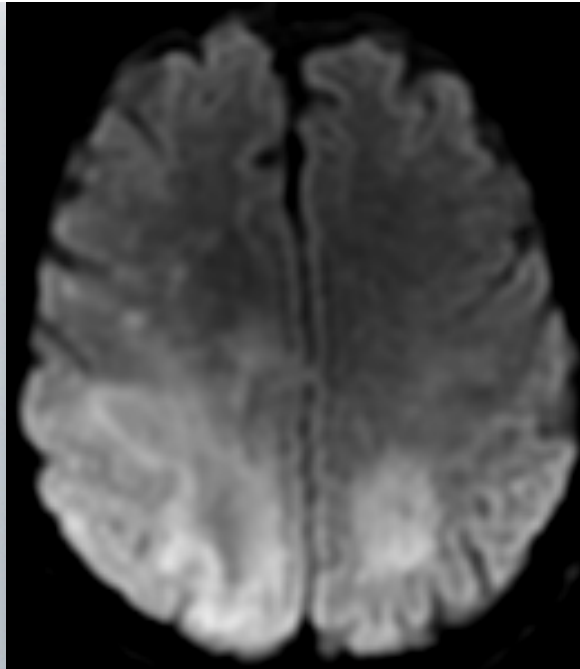
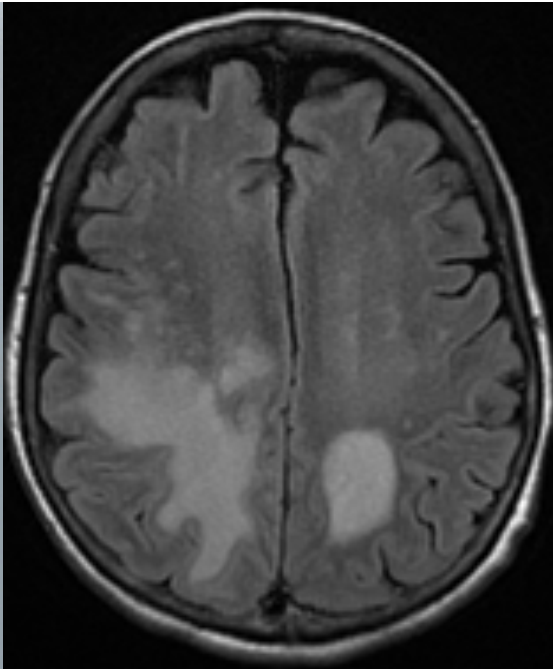
Diseminación axonal de la listeriosis

PRES (Encefalopatía posterior reversible)

LMP (Leucoencefalopatía multifocal progresiva)

Diseminación subaracnoidea de mieloma

✓ 0%



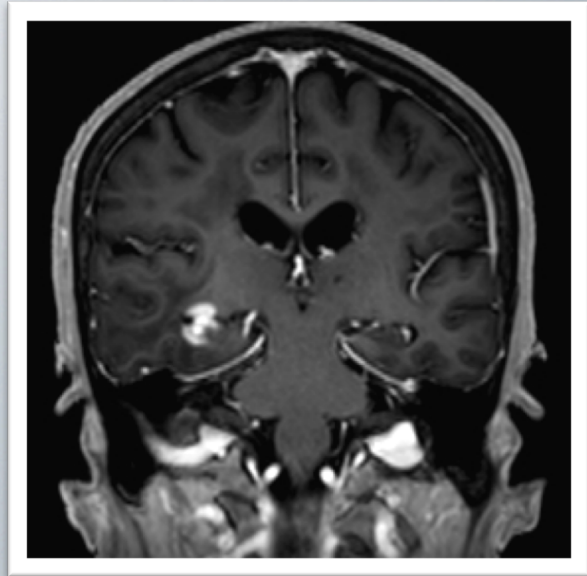
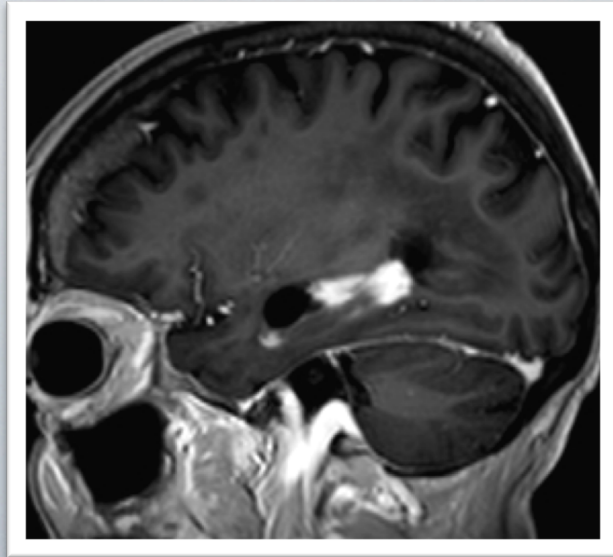
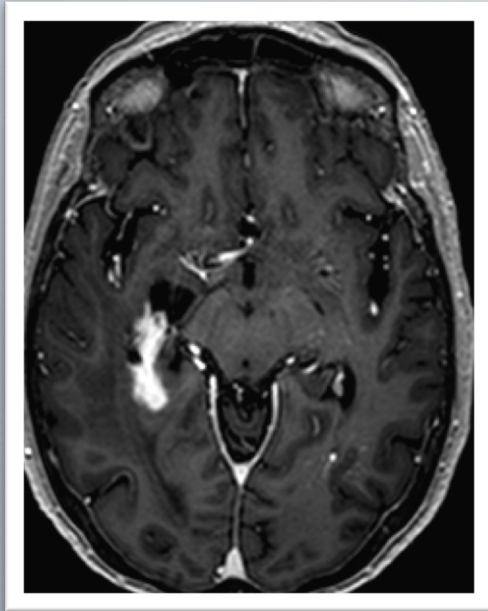
Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Linfoma intravascular
2. Criptococosis
3. PRES (Encefalopatía posterior reversible)
- 4. LMP (Leucoencefalopatía multifocal progresiva)**
5. Diseminación subaracnoidea de mieloma.

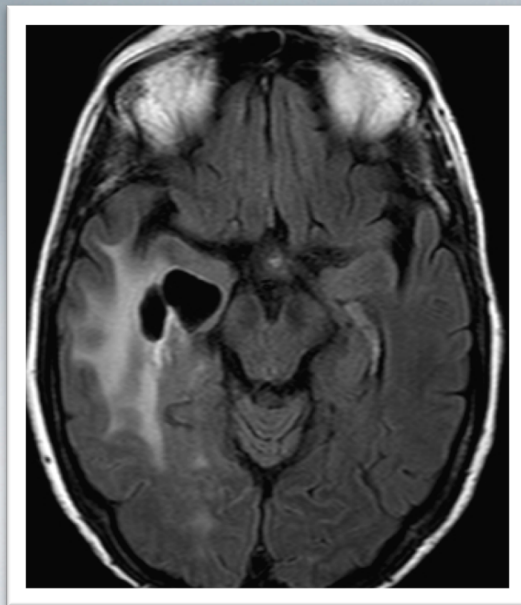
LMP Y ANTICUERPOS MONOCLONALES

- ✓ LMP descrito en paciente inmunodeprimidos tratados con anticuerpos monoclonales (Natalizumab, rituximab, efalizumab, alemtuzumab)
- ✓ Mejoran con la retirada del anticuerpo monoclonal.
- ✓ Factores de riesgo: exposición previa al JC virus, tiempo de tratamiento, tratamiento previo o simultaneo con inmunosupresores
- ✓ Lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR supra o infratentoriales.
- ✓ Lesiones puntiformes captantes sugieren inflamacion perivascular
- ✓ PML con componente inflamatorio, más captación de lo esperado.
- ✓ LMP-atípicas, LMP-IRIS, LMP-inflamatorias.
- ✓ Imposible diferenciar con imagen el componente de LMP reactivada y el componente de LMP-IRIS. (importante para el tratamiento)

CASO 7



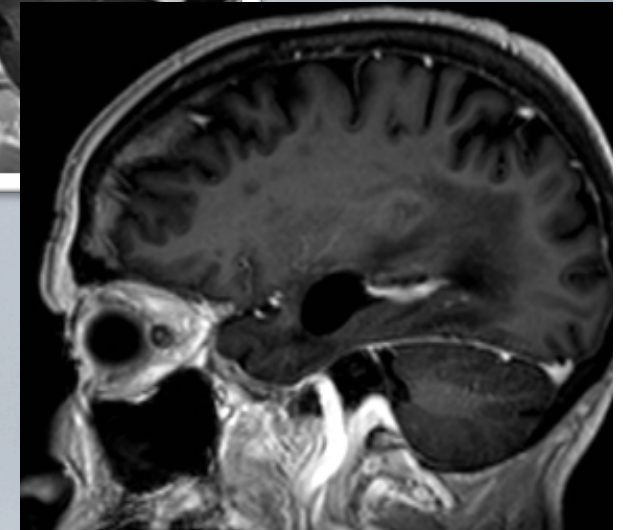
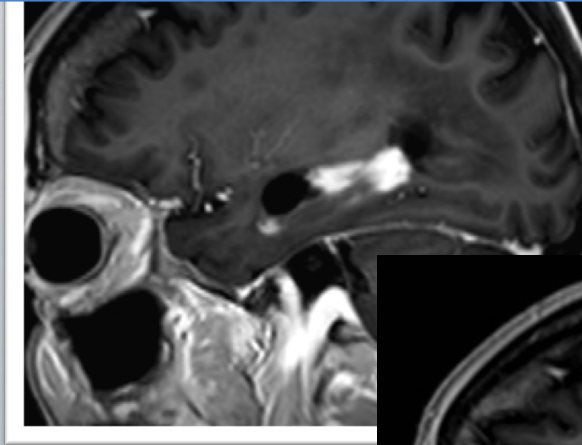
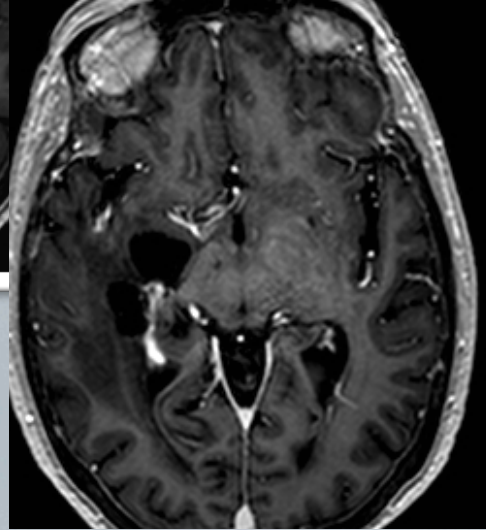
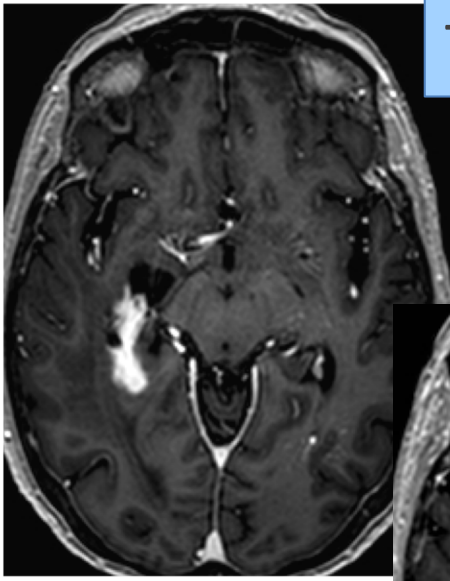
Mujer de 80 años con cefalea progresiva



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Este si es un linfoma
2. Es un ependimoma
3. Metastasis de origen desconocido
4. Es un pseudotumor
5. Es un subependimoma .

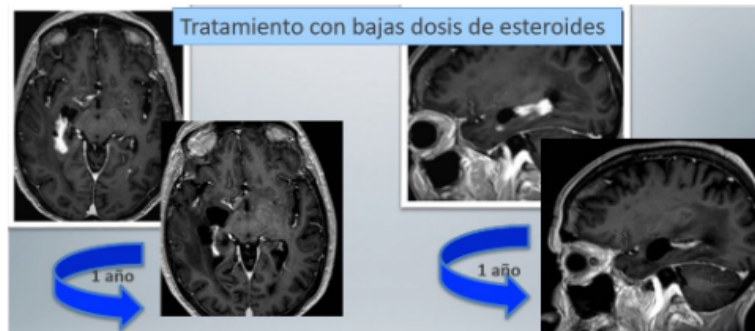
Tratamiento con bajas dosis de esteroides



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Este si es un linfoma
2. Es un ependimoma
3. Metastasis de origen desconocido
4. Es un pseudotumor
5. Es un subependimoma .

Caso 7. Ante estas imágenes el diagnóstico es...



Este si es un linfoma

Es un ependimoma

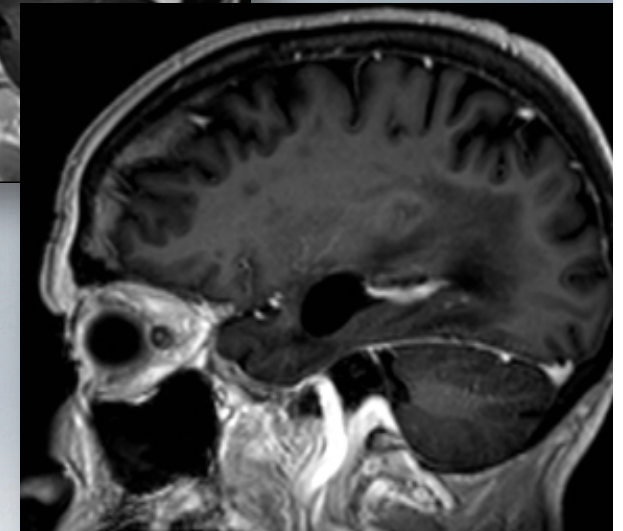
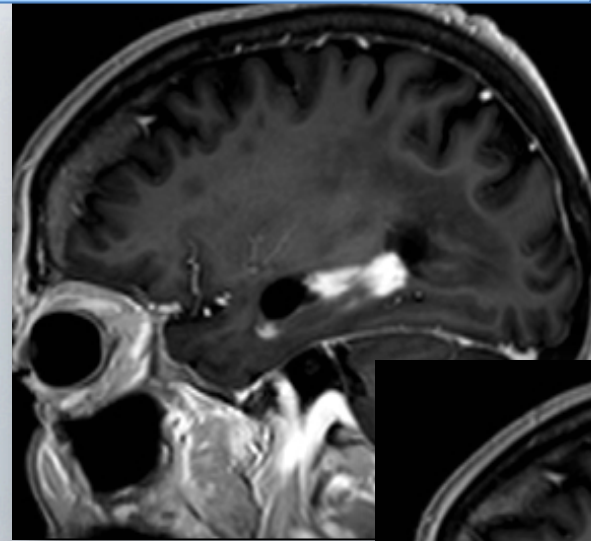
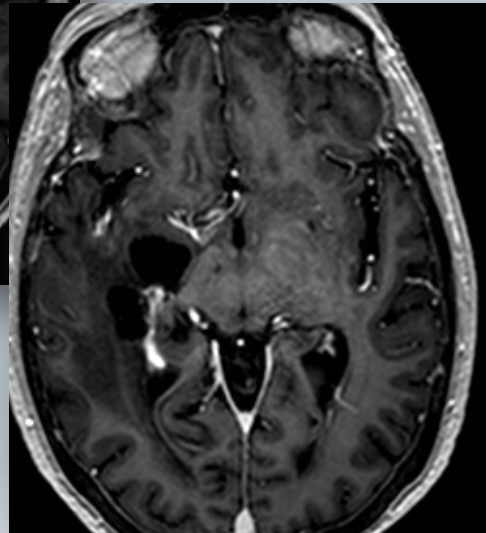
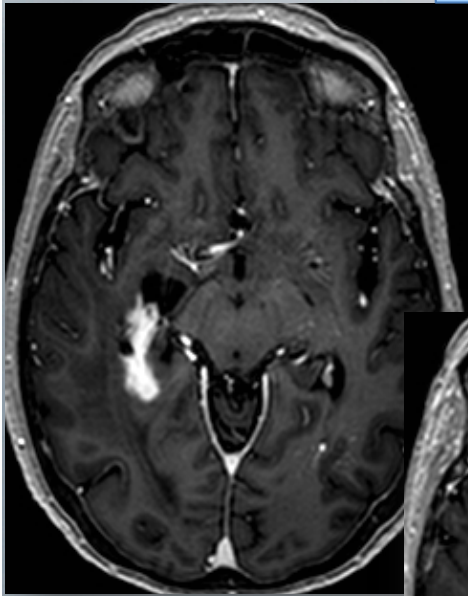
Metastasis de origen desconocido

Es un pseudotumor

Es un subependimoma

✓ 0%

Tratamiento con bajas dosis de esteroides



Ante estas imágenes el diagnóstico es...

1. Este si es un linfoma
2. Es un ependimoma
3. Metastasis de origen desconocido
- 4. Es un pseudotumor**
5. Es un subependimoma

Pseudotumor inflamatorio del plexo coroideo

- Se excluyeron enfermedades del tejido conectivo
- Plexitis: Infecciosas (Tbc o criptococosis) o inflamatorias tipo pseudotumor
- Pseudotumor inflamatorio es una proliferación no neoplásica de tejido conectivo
- Raro en SNC (meninges, órbitas y raro en plexo coroideos)
- Pueden tener aumento de inmunoglobulinas Ig G4
- D/D: Meningioma, MTS, xantogranuloma, glioma, papiloma de PC, neurocitoma