



LIBRO DE RESÚMENES

**XXIX Reunió Anual de la Societat Valenciana de Neurologia.
XXIX Reunión Anual de la Sociedad Valenciana de Neurología.
Alcoi, 30-31 de Marzo 2012.**

SESIONES CIENTÍFICAS

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN CIENTÍFICA I: VIERNES 16:00-18:30

PÓS TERS

SESIÓN CIENTÍFICA II: VIERNES 19:00-19:45

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN CIENTÍFICA I

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (SAT), EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS (UNCD) DEL HOSPITAL SAN VICENTE (UNCD)

AUTORES

Concepción Morales Espinosa, Inmaculada Abellan Miralles, Gloria Gonzalez Caballero, M^a Jose Saénz San Juan

Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital de San Vicente del Raspeig

INTRODUCCIÓN

En la UNCD del Hospital San Vicente con el objetivo de prestar un servicio lo más completo posible al paciente/cuidador y agilizar la asistencia, funciona de modo formal y estructurado el SAT, un servicio complementario a la visita tradicional que permite resolver problemas de modo rápido. La enfermera integrante del equipo multidisciplinar participa de esta actividad y facilita el teléfono del SAT para consultas referidas a su competencia. OBJETIVOS: Analizar la actividad realizada por la enfermera y la capacidad de resolución en el SAT

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo del SAT realizado entre Septiembre-Diciembre 2011. El circuito del SAT se inicia en la recepción de llamadas, por personal administrativo ó de enfermería, quien registra en un formulario específico los siguientes campos: fecha, nombre del paciente, SIP, nombre del familiar/cuidador, parentesco, teléfono, motivo y carácter de la llamada; si la consulta se deriva a la enfermera se deposita en un cajetín específico. La enfermera atiende las llamadas diariamente, de modo diferido, y completa el formulario registrando la respuesta al problema planteado. Para analizar los datos se utilizó el formulario de registro de llamadas y base de datos de la actividad de enfermería. Según la naturaleza de la llamada (reactiva-proactiva), se agruparon los motivos en categorías: problemas relacionados con (la medicación, movilidad del paciente, alimentación), seguimiento de efectos adversos, síntomas psicológicos y conductuales, y otros relacionados con cuestiones no incluidas anteriormente.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre septiembre-diciembre 2011, la enfermera registró 202 SAT, el 58% de modo reactivo, el 42% proactivo, lo que supone el 27,1% de la actividad global del servicio. De las 202 llamadas, el 84,7% fueron de mujeres, el parentesco: 41% hijas seguido del 12,5% esposas y 8,8% hijos. Los motivos de llamada: a-reactiva (56.8% problemas con la medicación, 11,8% síntomas psicológicos y conductuales, 5,4% movilidad del paciente, 2,9% alimentación y el 4,9% otros), b-proactiva (29.8% seguimiento de efectos adversos, 10,9% informar de resultados de análisis y tratamiento, 5,9% información fármacos, 2,9% información cursos y 7,4% otros). En cuanto a la capacidad resolutoria el 65,3%, lo que supone el 17,9% de la actividad global.

CONCLUSIONES

La actividad más frecuente está referida al control de fármacos y su intervención en el manejo de los SPCD. La capacidad resolutoria de la enfermera es importante (17,9% de la actividad global). La baja actividad referida a cuidados básicos, pudiera estar relacionado con los cursos para cuidadores

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO FUNCIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ESCALA SF-36

AUTORES

Vicente Peset (a), Miquel Baquero (b), Rosario Muñoz (c), Rafael Sánchez (d), Antonio del Olmo (e), Melendez JC (f), Antonio Salazar (g), Juan Andrés Burguera (b), por el subnodo ENAE del Banco Nacional de ADN.

(a) Consorcio HGU, (b) Hospital Universitario La Fe, (c) Hospital La Ribera, (d) Hospital Arnau de Villanova, (e) Hospital Dr. Peset, (f) Departamento de Psicología Evolutiva, Facultad de Psicología, Universitat de València, (g) Departamento de Epidemiología, Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Agència Valenciana de Salut, Valencia. España.

INTRODUCCION

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que incluye juicios de valor de la persona sobre su estado de salud y el apoyo recibido por su entorno. Objetivo: Conocer el comportamiento de la escala de calidad de vida SF-36 en los diferentes estadios de la evolución de la enfermedad de Alzheimer, tanto desde el punto de vista del deterioro cognitivo como en la valoración del deterioro global.

METODOLOGÍA

Se realizó la encuesta SF-36, Versión Española 1.4, calculando la suma cruda de los resultados transformados en una escala 0-100 en las 8 dimensiones del test. Los pacientes fueron remitidos por neurólogos que trabajan de forma preferente en demencias en el área metropolitana de Valencia y poblaciones adyacentes, con diagnóstico de EA probable según los criterios del NINCDS-ADRDA. Se recogieron datos desde el punto de vista demográfico, antecedentes personales y características específicas de la enfermedad, incluidos la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), el MMSE y la fluencia verbal (FV) en forma de animales en 1 minuto.

RESULTADOS

Se entrevistaron 132 pacientes con el cuidador principal presente en la entrevista, 46 hombres y 86 mujeres, la edad media fue 73 años y la distribución del grupo fue del 1% con GDS-3, del 31% con GDS-4, 28% con GDS-5, 33% con GDS-6 y 6% con GDS-7. La media del MMSE fue de 12,37 (rango: 0-26) y la media de la FV fue de 5,12 (rango: 0-20). El estado funcional en forma de GDS se relaciona directamente con las dimensiones de calidad de vida del test SF-36: función física ($p < 0,001$), rol físico ($p < 0,001$), salud general ($p = 0,029$), vitalidad ($p = 0,001$), función social ($p < 0,001$) y rol Emocional ($p = 0,019$). No se relaciona con el dolor corporal, ni con la salud mental.

CONCLUSIONES

La EA produce una gran pérdida en la calidad de vida del paciente. La mayoría de los aspectos de la valoración de la calidad de vida con SF-36 se relacionan con el empeoramiento de la enfermedad.

MIASTENIA GRAVIS EN LA MARINA BAIXA

AUTORES

C. Díaz Marín, R. Sánchez Pérez, N. Pérez Carmona, L. Berenguer y M. Lezcano
Hospital Marina Baixa

INTRODUCCION

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes afectados de miastenia gravis (MG) en el Hospital Marina Baixa. Calcular la prevalencia aproximada de miastenia en nuestro Departamento de salud.

METODOLOGÍA

Búsqueda en el sistema de historia electrónica de todos los pacientes con diagnóstico codificado de miastenia, con fecha de 1 de febrero 2011. Recogida de las variables de estudio de la historia clínica, cálculo de frecuencias y medias.

RESULTADOS

Se identificaron 34 pacientes. De ellos, 32 correspondían realmente a MG. Uno correspondía a un síndrome miasténico congénito y otro a un síndrome miasténico de Lambert-Eaton. La prevalencia fue de 166,65 casos/millón, ratio mujer/hombre 1,6. La edad media fue de 52,26 años, con una edad media de inicio de 42,54 y edad media de diagnóstico de 43,33 años. Las MG generalizadas fueron 24(70%) y las oculares 8 (30%). El grado de Osserman alcanzado fue III en 7 pacientes y II en 17 pacientes. El EMG fue patológico en 30 de los casos (88%) y los anticuerpos anti-receptor de acetilcolina en 20 (59%). En la fecha de la recogida de datos tratamiento con corticoides 6 pacientes y con inmunosupresores 21 (62%). El más usado es el micofenolato. Un total de 7 pacientes han precisado en alguna ocasión tratamiento con inmunoglobulinas y 6 plasmaféresis, lo que coincide con los pacientes con clínica más grave. Como complicaciones de los inmunosupresores destaca una toxoplasmosis retiniana por ciclosporina y una diarrea por clostridium difficile por tacrolimus. Actualmente la situación clínica de los pacientes es IIa o mejor en 27 pacientes (79%), pero solo 16 llevan una vida laboral activa (47%) y 9 están jubilados por criterios de edad. Un total de 12 (35%), han sido valorados al menos una vez en la consulta especializada de un hospital terciario.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la MG es similar o superior a la de los estudios previos, la búsqueda por el sistema informatizado de historia clínica resulta útil en esta patología por la alta especificidad del diagnóstico y porque es casi exclusiva del neurólogo. La mayoría de los pacientes consiguen una buena situación funcional con un tratamiento que incluya inmunosupresores, aunque no todos ellos son capaces de integrarse en la actividad laboral. El seguimiento conjunto con las unidades altamente especializadas permite mejorar la asistencia a estos pacientes.

ESTIMULACIÓN DEL GANGLIO ESFENOPALATINO COMO TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA REFRACTARIA

AUTORES

García Casado, Ana; López Pesquera, Begoña; Luca, Lidia; Llorens Calatayud, Gloria; Láinez Andrés, José Miguel

Hospital Clínico Universitario De Valencia

INTRODUCCION

La cefalea en racimos crónica es una patología altamente invalidante y generalmente refractaria a múltiples tratamientos preventivos solos y en combinación. Los tratamientos agudos habituales no están exentos de efectos secundarios y su precio es muy elevado. Las técnicas de neuroestimulación existentes hasta la fecha, si bien han demostrado ser eficaces, presentan ciertos inconvenientes al limitar la vida diaria del paciente, lo que ha motivado la necesidad del desarrollo de nuevas técnicas igualmente eficaces pero con menos limitaciones en el día a día. OBJETIVOS: Demostrar la eficacia y la seguridad en el tratamiento mediante la estimulación aguda, durante las crisis, del ganglio esfenopalatino, de la cefalea en racimos crónica refractaria.

METODOLOGÍA

Se seleccionan pacientes con cefalea en racimos crónica refractaria, implantándose un total de 9 estimuladores; 8 hombres y una mujer con edades comprendidas entre 20 y 48 años y una cronificación previa de entre 1.5 y 36 años. El estimulador se implanta en la fosa pterigopalatina, activándose mediante un control remoto externo, que funciona mediante baterías recargables. Los pacientes deben activar la estimulación al comienzo de las crisis aproximando el control remoto a la zona maxilar. Hay una primera fase de entrenamiento para el uso del dispositivo y ajuste de parámetros para el control óptimo del dolor, seguida de una fase experimental, de forma aleatoria, cada vez que el paciente utilice el dispositivo obtendrá una intensidad óptima, subóptima o placebo, seguida de una fase de período abierto.

RESULTADOS

5 de los 9 pacientes implantados se encuentran actualmente en período abierto, con 10 meses de seguimiento 2 de ellos y 8 meses los otros 3 pacientes. Todos ellos han conseguido una disminución de la frecuencia de crisis del 50% o superior y consiguen tratarlas con la estimulación con éxito, habiendo conseguido disminuir drásticamente el uso de triptanes por vía parenteral. Los 4 pacientes restantes han sido intervenidos recientemente, y no disponemos de resultados clínicos hasta la fecha. No hemos tenido complicaciones quirúrgicas.

CONCLUSIONES

La estimulación del ganglio esfenopalatino ha demostrado ser una técnica eficaz hasta la fecha y sin efectos secundarios graves. Asimismo, no limita la vida diaria del paciente dada su mayor sencillez y reducidas dimensiones.

BLEFAROSPASMO, NUESTRA EXPERIENCIA DE MÁS DE 10 AÑOS CON TOXINA BOTULÍNICA

AUTORES

Mollá Insa B. ; Simón Gozalbo A. ; Renau Lagranja J.; Arnau Barrés J.; Claramonte Clausell B.; Geffner Sclarsky D

Hospital General de Castellón

INTRODUCCION

El blefarospasmo primario es una distonía focal idiopática con una elevada prevalencia en la población adulta y que consiste en la contracción involuntaria de los músculos orbiculares de los párpados. Se asocia a sintomatología ocular y puede llegar a producir importantes limitaciones en la vida diaria de estos pacientes. Muchos de los pacientes presentan una maniobra voluntaria (gesto antagonista) que disminuye la severidad de los síntomas. En la actualidad el tratamiento de elección es la toxina botulínica.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en el que se revisan las características clínicas y demográficas de los pacientes diagnosticados de blefarospasmo y en tratamiento con toxina botulínica en CCEE de Neurología del Hospital General de Castellón en el periodo de 2000-2012. Analizamos también la sintomatología ocular asociada y la presencia o no de gesto antagonista en aquellos pacientes en tratamiento activo.

RESULTADOS

Se recogen 41 pacientes (58,5% mujeres y 41,5% varones), 4 de ellos diagnosticados de blefarospasmo secundario (3 PSP y 1 enfermedad de Parkinson) y 2 como síndrome de Meige. La edad media al diagnóstico es de $63,76 \pm 9,24$ años con un retraso medio en el diagnóstico de $4,48 \pm 8,2$ años. El tiempo medio de seguimiento es de 52,68 meses por paciente; con beneficio medio entre infiltraciones de 2,4 meses. Existe un aumento progresivo de las dosis de toxina entre primera y última infiltración siendo estadísticamente significativo ($p < 0,002$). Un 23,1% han presentado efectos adversos siendo la ptosis palpebral el más frecuente seguido de la diplopía. Un 39% de los casos discontinuaron tratamiento siendo la causa más frecuente desconocida (43,8%) y en segundo lugar el éxitus (25%). De los 41 pacientes se entrevistan 23 de los que un 56,5% presenta gesto antagonista consistiendo en tocarse los párpados (45,5%), masajearse los párpados (45,5%) o tocarse la frente (9,1%); siendo efectivo en un 83,3% de los casos. Un 72,7% de los entrevistados presentan en la actualidad síntomas oculares con Schirmer patológico en el 88% de los pacientes.

CONCLUSIONES

El tratamiento con toxina botulínica es efectivo y con escasos efectos adversos. Aún así, un elevado porcentaje de estos pacientes presentan sintomatología ocular asociada y el gesto antagonista se presenta con menor frecuencia en blefarospasmo que en otras distonías como la distonía cervical.

EVALUACIÓN ULTRASONOGRAFICA DE LA SUSTANCIA NEGRA

AUTORES

Nicolás López Hernández, Alex García Escrivá, Maruan Shalabi Benavent(*).

Servicio de Neurología. Hospital IMED Levante, Benidorm. (*) Servicio de Farmacia. Hospital de Elda

INTRODUCCION

Durante la pasada década, la hiperecogenicidad de la sustancia negra (SN) se ha establecido como un marcador diagnóstico complementario en la enfermedad de Parkinson (EP). Sin embargo, la prevalencia descrita varía mucho (68%-99%), estando directamente influida por factores como la definición de la hiperecogenicidad, el equipo empleado y la experiencia del investigador. Algunos estudios también evidencian una prevalencia algo aumentada en los pacientes con temblor esencial (TE).OBJETIVO: Describir la prevalencia de una hiperecogenicidad de la SN agrandada, según los criterios internacionales, en nuestros pacientes con EP y temblor esencial (TE). Igualmente, describimos nuestros hallazgos en una muestra de sujetos sanos con el fin de obtener nuestros propios valores de referencia.

METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado con un equipo Siemens Antares, con en el que se evaluaron ultrasonográficamente los pacientes del servicio de Neurología IMED Levante con diagnóstico establecido de EP y TE. Los controles fueron seleccionados de la consulta externa, entre pacientes y familiares sin evidencia de trastorno motor ni antecedente familiar al respecto, previo consentimiento informado. Siguiendo el consenso internacional, se consideró que tenían una hiperecogenicidad de SN agrandada (SN+) aquellos sujetos en los que, al menos en una de la dos SN, se obtenía una medición planimétrica por encima de 0,24 cm².

RESULTADOS

Un total de 86 sujetos han sido evaluados, de los que se excluyeron 7 no tenían ventana acústica (8,1%). Se disponía de buena ventana en 25 pacientes con EP (70,8 años de media), en 25 pacientes con TE (66,7 años de media) y en 29 controles (53 años de media). Siguiendo el criterio internacional, presentaban SN+ un 52% de los pacientes con EP y ninguno de los pacientes con TE y controles. Si empleamos nuestro propio punto de corte (P90 de los controles), presentaban SN+ 76% de los pacientes EP y un 8% de los pacientes con TE.

CONCLUSIONES

La evaluación ultrasonográfica de la SN consigue detectar en nuestro laboratorio una diferencia significativa entre los sujetos que padecen una EP y sujetos normales o con TE. Aunque son datos muy preliminares, la evaluación planimétrica en nuestro laboratorio obtiene valores por debajo del criterio establecido internacionalmente por Walter y colaboradores, considerando por tanto fundamental que cada laboratorio realice y publique sus propios análisis para mejorar los estudios comparativos.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ETIOPATOGENIA EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN EL PACIENTE JOVEN

AUTORES

David Gorriz, Marina Frasset, Jose Ignacio Tembl, Vera Parkhutik, Aida Lago

Hospital La Fe de Valencia

INTRODUCCION

Introducción: El ictus isquémico en el paciente joven supone un porcentaje importante (13% < 55 años en nuestra serie) con un perfil de factores de riesgo y etiologías habitualmente distintos al del paciente añoso. Objetivo del estudio: Analizar si existen diferencias en los factores de riesgo y etiopatogenia en el ictus isquémico agudo en función de la edad.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo de 935 casos de ictus isquémico, ingresados en la Unidad de Ictus del H. La Fe entre 31/10/05 y 30/07/10. Los factores de riesgo y la clasificación etiológica hallados han sido evaluados mediante estratificación por edad (<=55, >55 años).

RESULTADOS

Sobre un total de 935 pacientes consecutivos, 121 pacientes (12,9%) son menores de 55 años (mujeres 34%/hombres 66%, rango 15-55 años). Entre los factores de riesgo analizados, alcanzaron significación estadística el tabaquismo (55,3% en <=55 años respecto a 15,1% en >55 años $p<0,05$), la HTA (47,2% en <=55 años respecto a 72,5% >55 años $p<0,05$), Diabetes Mellitus (22,8% en <=55 años respecto a 36,8% en >55 años $p<0,05$), Cardiopatía previa (18,3% en <=55 años respecto a 38,3% en paciente >55 años $p<0,005$), la Fibrilación Auricular (7,3% en <=55 años respecto a 16,5% en paciente >55 años $p<0,005$), el Ictus previo (5,7% en <=55 años respecto a 21,6% en pacientes >55 años $p<0,005$) y el Tratamiento previo con antiagregantes (12,2% en <=55 años respecto a 37,6% en pacientes >55 años $p<0,005$). En la clasificación etiológica, también existen diferencias significativas (clasificación TOAST) entre ambos grupos en el aterotrombótico (13,8% en <=55 años respecto a 21,2% en paciente >55 años), lacunar (21,1% en <=55 años respecto a 12,6% en >55 años), otros diagnósticos (10,6% en <=55 años respecto a 1,2% en >55 años) y de causa indeterminada (16,3% en <=55 años respecto a 23,8% en >55 años)

CONCLUSIONES

Aunque comparten factores de riesgo, el paciente joven presenta menos HTA, DM, Cardiopatía previa, Fibrilación Auricular e ictus previo que el paciente añoso. Asimismo, el tabaquismo es un factor muy frecuente entre este grupo poblacional. También existen diferencias en la clasificación etiológica con menor porcentaje de ictus indeterminados, ateroscleróticos y lacunares en paciente joven y un mayor porcentaje de causas poco habituales.

EXPERIENCIA INICIAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

AUTORES

Boned Riera S, Piñana Plaza C, Navarro Cantó L, Doménech Pérez C, García Quesada MA, Alom J
Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCION

En mayo de 2011 se implantó el Código Ictus (CI) en el Hospital General Universitario de Elche (HGUE), constituyéndose como centro de referencia para la población de las áreas sanitarias de Alicante Sur. Describimos la actividad desarrollada durante los primeros seis meses desde su implantación.

METODOLOGÍA

Hemos recogido y analizado datos de los CI activados en los primeros 6 meses. Se han analizado diagnósticos, características demográficas, factores de riesgo, variables clínicas, tiempos de actuación, demora del tratamiento, complicaciones, mortalidad y valoraciones funcionales a los 3 meses.

RESULTADOS

Se han activado 65 CI, de los cuales 41 (63%) son ictus isquémicos, y se ha realizado fibrinólisis iv en 22 pacientes (32.3%); el resto comprendían 4 AITs (6.2%), 6 ictus hemorrágicos (9.2%), y 14 (21.5%) "stroke mimics". Del total de ictus ingresados en Neurología se ha activado el 48.7%. La mayoría (58.5%) pertenecen al HGUE, son varones (50.8%), hipertensos (63.1%), y tienen una edad media de 69.3. En el grupo de ictus isquémico hemos encontrado diferencias significativas entre fibrinolisados y no fibrinolisados en cuanto a presencia de tabaquismo (35% vs 5.9%, $p=0.037$), y demora desde inicio de síntomas hasta llegada al hospital (77.6 ± 45 vs 202 ± 146 , $p=0.035$). El 33% de los ictus isquémicos fueron aterotrombóticos, el 27% cardioembólicos, el 9% lacunares y el 30% de naturaleza indeterminada. Los avisos procedieron en un 49% de Urgencias, y en un 32.3% del CICU. La demora media hasta el hospital fue de $101,5 \pm 85$ minutos, y la media de la valoración por Neurología en 114 ± 59 minutos. El tiempo puerta-TC 39 ± 32 minutos, el tiempo puerta-aguja 83 ± 30 , y el tiempo de fibrinólisis 160 ± 42 . Comparando ictus isquémicos con NIHSS >4 tratados ($n=14$) vs no tratados ($n=6$), hemos obtenido un Rankin ≤ 2 en el 64.2% vs 33.3%, y Rankin ≤ 1 en 21.4% vs 0% (diferencias no significativas). En este mismo grupo de pacientes, la mortalidad fue de 14.3% vs 50%. El 50% de los ictus isquémicos moderados y el 62.5% de los severos presentaron a los 3m Rankin ≤ 2 . Un paciente sufrió hemorragia intracerebral sintomática (4.5%).

CONCLUSIONES

Se han activado más de 10 CI al mes durante los primeros 6 meses, realizándose fibrinólisis iv en 1 de cada 3 pacientes. Los tratados presentaron mejor pronóstico funcional, y menor mortalidad que los no tratados, con baja tasa de complicaciones. Con el objetivo de tratar en los primeros 90 minutos del ictus, y en la primera hora desde la llegada al hospital, debemos reducir los tiempos de actuación extrahospitalarios e intrahospitalarios. Puesto que aproximadamente por cada CI activado hay uno que no se activa, debemos fomentar las campañas de información a la población.

ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA POR ESTENOSIS TRAS RADIOTERAPIA: REVISIÓN DE 12 CASOS

AUTORES

Marina Frasquet, David Gorriz, Jose Ignacio Tembl, Vera Parkhutik, Aida Lago

Hospital La Fe

INTRODUCCION

La estenosis carotídea es una complicación frecuente en pacientes que previamente han recibido radioterapia (RT) en cabeza y cuello. El abordaje quirúrgico resulta complicado por motivos técnicos, por lo que la angioplastia (AGP) es el tratamiento de elección en estos pacientes. Objetivos: Presentar y analizar nuestra experiencia con pacientes que fueron tratados mediante angioplastia carotídea y que habían recibido previamente radioterapia en región cervical.

METODOLOGÍA

De una serie consecutiva de 426 pacientes tratados con angioplastia carotídea (AGP), 12 (2,8%) habían recibido previamente RT por antecedente de neoplasia maligna en región de cabeza/cuello. Tras el tratamiento los pacientes fueron seguidos durante una media de 58 meses (rango 1- 108 meses) mediante estudio Doppler, angiografía, angio- RMN o clínicamente.

RESULTADOS

De nuestros pacientes 11 eran hombres y 1 era mujer. La media de edad fue de 68, 4 años (rango 55 – 80 años). Todos habían recibido RT cervical +/- cirugía por diferentes neoplasias malignas. 5 de los pacientes (42%) presentaban estenosis sintomáticas. Otros 7 pacientes (58%) presentaban estenosis significativas asintomáticas. El intervalo medio entre el momento de la RT y la detección de estenosis fue de 14,7 años (rango 7 – 30 años). No se produjeron complicaciones inmediatas relacionadas con la angioplastia. En el primer mes tras el tratamiento 1 paciente (8,3%) falleció a causa de una neoplasia maligna no conocida previamente. No se produjeron más muertes, ictus/AIT ni otras complicaciones en el primer mes. Durante el seguimiento posterior, dos de los pacientes (17%) incluidos en la revisión han presentado un Ictus o AIT tras el tratamiento inicial. 4 pacientes (33%) habían fallecido en el momento de recoger los datos. Al menos 6 pacientes (50%) fueron diagnosticados de reestenosis. El tiempo medio transcurrido desde el tratamiento hasta la detección de reestenosis fue de 5,6 años (intervalo 3 – 6 años).

CONCLUSIONES

La AGP carotídea es el tratamiento de elección en la estenosis de carótida post-radioterapia. En nuestra serie, la tasa de complicaciones al primer mes es baja. La tasa de restenosis, tal como está descrito en la literatura, es elevada, así como la mortalidad por cualquier causa. Por eso es necesario realizar estudios con seguimiento a largo plazo, como el nuestro, para confirmar su indicación.

ICTUS Y DISCAPACIDAD: ESTUDIO LONGITUDINAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MODERADA TRAS UN ICTUS INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINAR

AUTORES

Mercé Balasch i Bernat¹, María Dolores Navarro², Laura Lopez-Bueno¹, Carolina Colomer², Belen Moliner², Joan Ferri², Enrique Noé²

1) Departamento de fisioterapia de la Universidad de Valencia. 2) Servicio de Neurorrehabilitación del Hospital NISA Valencia al Mar y Fundación Hospitales NISA

INTRODUCCION

Los ictus son la principal causa de discapacidad en el adulto, sin embargo, la repercusión de los problemas cognitivos, conductuales o motores resultantes, sobre el grado de discapacidad global así como la respuesta de estos problemas a programas de rehabilitación específicos no ha sido completamente estudiado. Objetivo: 1) Describir la frecuencia de presentación de problemas cognitivos, conductuales, motores y funcionales en pacientes con una discapacidad moderada-severa tras un ictus 2) Valorar la evolución de estos déficits y sus respuesta a un programa de rehabilitación específico y 3) Valorar los predictores de mejoría de estos déficits y la carga que estos problemas tienen sobre la discapacidad final.

METODOLOGÍA

396 pacientes con una edad media de 55.6±12.6 años, una cronicidad de 131.5±148.4 días y una discapacidad moderada-severa (Rankin=3) después de un ictus isquémico (n=221) o hemorrágico (n=175) participaron en este estudio. Todos los pacientes fueron clasificados de acuerdo a su situación: 1) cognitiva: Mini-Mental Test (MMSE), Orientación del PIEN-Barcelona, y Mississipi Aphasia Screening Test (MAST); 2) conductual: Inventario Neuropsiquiátrico (NPI); 3) Motora: Escala de Equilibrio de Berg y Escala de Deambulación de Hauser; y) funcional: Rankin y Barthel. Todos los pacientes fueron incluidos en un programa de rehabilitación multidisciplinar y reevaluados tras seis meses de tratamiento.

RESULTADOS

Al ingreso un 82.8% de la muestra presentaba una discapacidad funcional moderada (Barthel<75), un 75.3% no tenía capacidad de marcha (Hauser>6), un 79.5% presentaba un riesgo de caída (Berg<45), un 43.7% presentaba problemas conductuales severos (NPI>6 en alguna subescala), un 34.6% presentaba problemas cognitivos (MMSE<23), y un 15.7% presentaban un mal nivel comunicativo (MAST<40). Durante el tratamiento la discapacidad funcional mejoró en el 29.5% de la muestra, el riesgo de caída disminuyó en el 23.4%, la capacidad de marcha autónoma aumento en el 28.8%, la situación cognitiva global mejoró en el 14%, el nivel comunicativo mejoró en el 5.3% y la severidad de los problemas conductuales mejoró en un 6.1% de la muestra. Un 11% de los pacientes presentaban al final del tratamiento una discapacidad leve (Rankin: 0-2) y un 29.5% una discapacidad moderada (Rankin=3). La edad, el estado cognitivo y la capacidad de marcha fueron predictores significativos de buena recuperación (Rankin:0-2).

CONCLUSIONES

Las consecuencias del ictus son multidimensionales tanto en su presentación como en su evolución con predominio de la discapacidad motora y peor respuesta terapéutica de los problemas conductuales. Estos resultados pueden ser de utilidad a efectos pronósticos y terapéuticos

EFICACIA DE UN SISTEMA VIRTUAL MULTIUSUARIO PARA LA REHABILITACIÓN DE LAS HABILIDADES METACOGNITIVAS Y DE COGNICIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

AUTORES

María Dolores Navarro¹, Roberto Lloréns², Carmen García-Blazquez¹, Olga Renau¹, M^a Carmen Caballero Coulon¹, Patricia Mesa-Gresa², Mariano Alcañiz², Natalia Ferri¹, Joan Ferri¹, Enrique Noé¹.

1) Servicio de Neurorrehabilitación del Hospital NISA Valencia al Mar y Fundación Hospitales NISA. 2) I3BH/LabHuman, Universitat Politècnica de València.

INTRODUCCION

Además de los reconocidos problemas que las lesiones cerebrales adquiridas generan en las funciones cognitivas básicas, frecuentemente estos pacientes presentan dificultades de reconocimiento de sus propios déficits (metacognición) y alteraciones en las relaciones interpersonales (cognición social). Los avances tecnológicos nos permiten trabajar estos problemas salvando el obstáculo del entorno hospitalario. Objetivo: Determinar la eficacia de una herramienta lúdico-terapéutica multiusuario ("Escalada de la Conciencia"), basada en tecnología virtual, como método para rehabilitar la conciencia de enfermedad y las habilidades sociales en sujetos con daño cerebral adquirido (DCA)

METODOLOGÍA

Diez pacientes con DCA (TCE: n=4; Ictus: n=6) con una edad media de 41.1±15 años y una cronicidad de 302.2±147.6 días se incluyeron en este estudio. Todos los pacientes participaron en un programa semanal de 9 meses de duración específicamente dirigido al tratamiento de la anosognosia y la cognición social basado en el sistema "Escalada de Conciencia". El software utilizado se basa en los parámetros establecidos previamente por nuestro grupo de trabajo, incluyendo las modificaciones y mejoras que nos posibilita el uso de las nuevas tecnologías. El juego facilita la adquisición de conocimientos necesarios para la adecuada percepción de las deficiencias y pone en práctica estrategias de afrontamiento y compensación de las limitaciones funcionales generadas tras un DCA. Las habilidades metacognitivas fueron valoradas al inicio y al finalizar el programa por el paciente, el familiar-cuidador y el terapeuta mediante la "Self-awareness of Deficit Interview" (SADI) y la Patient Competency Scale (PCRS). Las habilidades sociales, se evaluaron mediante la Interpersonal Reactivity Index (IRI), y la Escala de Habilidades Sociales (EHS).

RESULTADOS

Inicialmente cuatro pacientes presentaban problemas de autopercepción de sus déficits, cinco pacientes problemas de autopercepción de su discapacidad y seis pacientes tenían dificultades para establecer metas realistas de futuro. Al finalizar el programa todos los pacientes percibían de forma adecuada sus déficits, tan solo dos pacientes seguían teniendo dificultades en la percepción de las dificultades generadas por tales déficits, y todavía el 50% los sujetos (n=5) tenía dificultades para aprender a establecer metas realistas. Ocho pacientes puntuaban por debajo del percentil 25 en la EHS al inicio y solo tres lo hicieron al finalizar el programa.

CONCLUSIONES

Nuestro resultados convierten a la "Escalada de la Conciencia" en un instrumento válido y útil en el proceso rehabilitador de la conciencia de enfermedad y la cognición social en pacientes con DCA. La planificación futura ajustada sigue representando un reto terapéutico en estos pacientes.

ICTUS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA APROXIMACIÓN A SU INCIDENCIA [2002-2009]

AUTORES

Chirivella Garrido J, Duque San Juan P, Ferreros Villar I, Pérez-Vicente R, Gagliardo Villa-García P, Librero López J, Peiró Moreno S.

Centro de Daño Cerebral NISA Vinalopó [Elche, Alicante]. Fundación Instituto Valenciano de Neurorrehabilitación [FIVAN]. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia.

INTRODUCCION

Las causas más habituales de daño cerebral sobrevenido son el ictus cerebral (trombosis, embolias o hemorragias cerebrales) y el traumatismo craneoencefálico (TCE). Los datos epidemiológicos de la Comunidad Valenciana y, en general, de España, son escasos y presentan diferentes dificultades metodológicas. OBJETIVO: El objetivo principal era conocer la evolución temporal del ictus en los últimos años.

METODOLOGÍA

Para ello se revisaron todos los ingresos hospitalarios en hospitales de agudos de la Agencia Valenciana de Salud entre 2002 y 2009 y se seleccionaron los casos de ictus (excluyendo los transitorios y leves). No todos estos casos desarrollarán secuelas pero su monitorización permite aproximar las tendencias epidemiológicas de este problema. Quisimos realizar una estimación para la Comunidad Valenciana de la incidencia a lo largo del periodo de 2002-2009 y de la incidencia de pacientes sobrevivientes al ingreso hospitalario.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se produjeron 56.257 altas por ictus con alta probabilidad de secuelas neurológicas. Se observa una tendencia creciente del número absoluto de casos, que pasó de 5.989 en 2002 a 7.942 en 2009. La oclusión/trombosis supuso el 34,8% de los ingresos mientras que el 15,2% fueron hemorragias. Los ingresos por accidentes cerebrovasculares con alta probabilidad de secuelas sumaron un total 547.866 días de hospitalización. El 73% de las altas fueron al domicilio del paciente, un 17,2% fueron altas por fallecimiento y un 5,4% altas por traslado a otros hospitales de agudos.

CONCLUSIONES

El ictus, con una tasa cruda de 121,9 casos dados de alta vivos tras el episodio de hospitalización aguda por 100.000 habitantes en 2009, aportó el 94% de los casos con alto riesgo de desarrollar secuelas neurológicas (aproximadamente 6200 casos/año). La tasa de pacientes dados de alta con vida tras ictus (estandarizada por edad y sexo) creció un 10,6% (desde 107,9 a 119,3 por 100.000 habitantes) entre 2002 y 2009. En números absolutos, los pacientes dados de alta vivos tras ictus crecieron un 33,1% (desde 4.666 a 6.211) entre 2002 y 2009, siendo estas diferencias atribuibles, además de al incremento en la incidencia, al aumento del número de habitantes, especialmente del número de personas mayores. Estos datos implican, entre otras cuestiones, la realización de cambios en la atención preventiva, hospitalaria y posterior del ictus, al igual que en las políticas de gestión.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL DEPARTAMENTO VALENCIA HOSPITAL GENERAL 2004-2011

AUTORES

Pons Amate JM, Domingo Monje FJ, Sanchez J, Mascarell Estrada J, Romero Martínez A.

Consorcio Hospital General Universitario Valencia

INTRODUCCION

Desde su apertura en Marzo de 2004, la Unidad de Ictus de nuestro Departamento ha atendido cerca de 2.500 pacientes. La evidencia científica nos muestra que las Unidades de Ictus disminuyen la mortalidad en un 17% y la dependencia funcional en un 25%. Objetivos: analizar el impacto que ha tenido la implantación de la Unidad de Ictus en la asistencia a nuestros enfermos, describiendo la evolución de las complicaciones y la mortalidad a lo largo de estos años.

METODOLOGÍA

Se incluyen en el análisis todos los enfermos atendidos en nuestra Unidad desde su inicio hasta el 2011 inclusive. Los datos son proporcionados por la base de datos del hospital en soporte Acces.

RESULTADOS

En el periodo de tiempo analizado se han atendido cerca de 2.500 pacientes, con una media de 318 pacientes por año. La distribución por sexos es 55% hombres con una edad media de 68 años y 45% mujeres con una edad media de 72 años. La estancia media ha descendido de 9,6 en 2002 a 8,2 en 2011, sin contabilizar arteriografías, aunque hay una gran diferencia entre los pacientes que van a domicilio con una estancia en torno a 7,5 días frente los que van a un centro de larga estancia con un promedio cercano a los 18 días. La mortalidad ha descendido de un 11,6 % a un 9,06%, lo que representa un 22% de reducción. Las complicaciones se clasifican en cardiovasculares, neurológicas y sistémicas, con un promedio de 11,67%, 17,45% y 23,26% respectivamente, situándose muy cercano a lo descrito en la bibliografía. Al alta, el 40,25% de los pacientes son independientes. Un 28,25% de los pacientes presentan una dependencia leve-moderada y el 22,12% de los pacientes presentan una dependencia grave. En la literatura se describe una dependencia funcional entre el 60 y el 80% de los pacientes, por lo que se ha reducido la dependencia entre un 17 a un 35% de los casos.

CONCLUSIONES

Los resultados de la Unidad de Ictus de nuestro Departamento avalan el trabajo de todos los profesionales implicados y se encuentran en la línea de lo descrito en la literatura, consiguiendo los objetivos marcados para la disminución de la mortalidad y la dependencia.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FINGOLIMOD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA CONJUNTA DE LAS UNIDADES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DEL HOSPITAL LA FE Y CLÍNICO DE VALENCIA.

AUTORES

Pérez-Miralles F, Boscá I, Navarré A, Escutia M, Bernad A, Coret F, Casanova B.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe - Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCION

Fingolimod es un antagonista funcional del receptor de esfingosina-1-fosfato presente en las células linfoides que se ha revelado como una terapia eficaz en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente. Objetivo: analizar la seguridad y efectividad de fingolimod en el tratamiento de la esclerosis múltiple tanto en pacientes incluidos en los ensayos clínicos fase II y III como en condiciones de uso real.

METODOLOGÍA

Se evaluó a todos los pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente tratados con fingolimod de las unidades de esclerosis múltiple del Hospital La Fe y del Hospital Clínico de Valencia. Se analizó la actividad clínica durante el seguimiento de todos los pacientes y la información relativa a acontecimientos adversos moderados y graves.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes, 21 procedentes de los ensayos en fase II y III. La media de edad de los pacientes fue de 35 años, con una media de 8 años de evolución de la enfermedad, una EDSS mediana de 2,5 y una media de brotes en los dos años previos al tratamiento de 1,7. El 53% de los pacientes recibió dos o más terapias previas al tratamiento con fingolimod. Los pacientes han llevado una media de 21,8 meses el tratamiento con fingolimod. Se observó una reducción significativa de la tasa de brotes durante el primer año de tratamiento (78% de reducción) y una tendencia (0,08) a la reducción de la EDSS de la última visita respecto a la basal. Diez pacientes presentaron al menos 1 brote durante el primer año de seguimiento con fingolimod. No se observaron incidencias significativas durante las primeras dosis del fármaco. Veinticinco pacientes desarrollaron algún tipo de acontecimiento adverso significativo; 13 pacientes en forma de infección leve. Se retiró de forma definitiva el tratamiento a 16 pacientes, en 8 de ellos por acontecimientos adversos.

CONCLUSIONES

Fingolimod es efectivo en el control de la enfermedad en condiciones de uso real, con un balance riesgo-beneficio favorable.

¿QUÉ COMUNICAMOS LOS NEURÓLOGOS VALENCIANOS?

AUTORES

Gemma Más Sesé

Hospital La Pedrera de Denia (Alicante)

INTRODUCCION

La Sociedad Valenciana de Neurología (SVN) fue fundada en el año 1985. Desde entonces, y de forma ininterrumpida se ha celebrado anualmente la Reunión de la Sociedad, en la cual siempre han tenido especial protagonismo las comunicaciones presentadas por los socios, tanto en formato oral como póster. El objetivo del presente trabajo es reflejar la evolución en los últimos años de las comunicaciones presentadas.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de las comunicaciones presentadas por la neurología valenciana desde el año 2005 hasta el momento actual tanto en las reuniones de la SVN como en las de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Para ello, se ha estado realizando anualmente una recogida sistemática de datos sobre: tipo de comunicación (oral o poster), Hospital de Procedencia y Grupo Diagnóstico al que pertenece. Se presentan los resultados del análisis.

RESULTADOS

En el periodo analizado (2005-2011) el número de comunicaciones a la SVN ha ido descendiendo progresivamente (Año 2005: 47 Año 2011: 29). El número de comunicaciones a la SEN en el mismo periodo se ha mantenido siempre por encima de 50, con un pico máximo de 73 comunicaciones en el año 2005. El grupo diagnóstico más frecuentemente representado en ambas reuniones es la Patología Vasculard, seguida del Deterioro Cognitivo. El tercer diagnóstico más frecuente en la reunión de la SEN es la enfermedad desmielinizante, mientras que en la de la SVN es Gestión y Asistencia Neurológica. Se han observado diferencias en cuanto al número de comunicaciones presentadas por cada hospital en una u otra reunión, habiendo hospitales con mayor tendencia a presentar sus trabajos en la reunión de la SEN y otros en la SVN. También hay diferencias en cuanto al número de trabajos cuando se analizan las tres provincias de forma separada. El Hospital que más trabajos ha presentado en la reunión de la SVN es el Hospital General de Castellón, seguido del Hospital la Fe de Valencia y el Hospital Peset de Valencia. Se ha observado además un descenso en el número de trabajos multicéntricos presentados a la SVN, frente al ascenso observado en los presentados en la SEN.

CONCLUSIONES

El número de trabajos presentados a la SVN ha ido en descenso en los últimos años, frente al incremento observado en los presentados a la SEN. Se observan además diferencias en cuanto a los trabajos multicéntricos, siendo más habituales en la reunión anual de la sociedad española. Los grupos diagnósticos más frecuentes son similares en ambas reuniones. El presente trabajo intenta hacer una reflexión sobre la evolución de trabajos comunicados en los últimos años, y cuáles son las áreas de mayor interés de la neurología valenciana.

POSTERS

SESIÓN CIENTÍFICA II

MANIFESTACIONES PERIFÉRICAS DE NEUROSARCOIDOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Laura Pérez-Romero, A. Alcantud, JM Ferrer-Casanova, C.Poyatos

Hospital Universitario Doctor Peset De Valencia

INTRODUCCION

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida. La afectación del sistema nervioso ocurre en un 5-10% de los pacientes pudiendo presentarse con afectación de pares craneales (VIIP), SNC, alteraciones vasculares, nervios periféricos (mononeuritis múltiple) y disfunción neuropsiquiátrica. Los corticoides constituyen el fármaco de primera opción para su tratamiento, siendo necesario en ocasiones su combinación con inmunosupresores.

METODOLOGÍA

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Presentamos el caso de un paciente varón que fue atendido en urgencias en mayo de 2011 por presentar cuadro de parestias y alodinia en hemicara izquierda, acompañándose de debilidad y sincinesias. En éste contexto presentaba una hipertrofia parotídea bilateral, motivo por el cual fue remitido a CCEE de Neurología y ORL para estudio diagnóstico de algia facial atípica de origen neuropático e hipertrofia parotídea bilateral. Como antecedentes, había presentado un cuadro de debilidad facial izquierda en enero de 2010, con diagnóstico de parálisis facial periférica izquierda de etiología idiopática y prescribiéndose tratamiento convencional con corticoterapia. En junio de 2011, antes de poder completar el estudio ambulatorio, acudió a urgencias por disfagia progresiva y disfonía, siendo ingresado para estudio hospitalario. A la exploración presentaba dolor de características neuropáticas junto a hipoestesia en múltiples territorios corporales (territorio trigeminal derecho, en pulpejos de 1,2,3 dedo de la mano derecha, antebrazo izquierdo, hemiabdomen derecho (T8-T10), antepierna derecha, muslo izquierdo) y debilidad en muslo derecho, todo ello congruente con diagnóstico sindrómico de mononeuropatía múltiple, por lo que se inició protocolo de estudio etiológico, haciéndose hincapié en el diagnóstico diferencial entre Sarcoidosis Vs Sd. Sjögren dada la afectación glandular. Análisis sanguíneo con estudio de autoinmunidad normal, destacando valores de ECA elevados (90 mcg/L). Serologías para virus neurotrópicos negativas. Pruebas de neuroimagen sin alteraciones salvo la hipertrofia parotídea. El EMG confirmó afectación sensitivo-motora de predominio axonal. Ante dichos resultados analíticos se solicitó TAC Tórax visualizándose adenopatías paratraqueales hiliares bilaterales formando en ambos lóbulos inferiores acúmulos de micronódulos. Ello condujo a la realización de una broncoscopia que confirmó la presencia de granulomas no necrotizantes compatibles con diagnóstico de Sarcoidosis. Durante su ingreso el paciente permaneció estable, sin progresión de los síntomas, iniciándose tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida con escasa respuesta terapéutica y progresión del déficit habiéndose añadido disfunción eréctil.

CONCLUSIONES

La presentación neurológica más común en la Sarcoidosis es la neuropatía craneal siendo causa poco frecuente de mononeuropatía múltiple aunque debe ser tenida en cuenta.

FALS NEGATIU EN EL DIAGNÒSTIC DE MORT CEREBRAL AMB DUPLEX TRANSCRANIAL PER UN HEMATOMA DE TRONC.

AUTORES

JM Moltó Jordà, Pilar Garcés (1)

Neurologia.(1) Unitat de Medicina Intensiva i Coordinació de Transplantaments. Hospital "Mare de déu dels Liris". Alcoi

INTRODUCCION

Tot i que la legislació espanyola reconeix que per al diagnòstic de mort cerebral sols cal els criteris clínics, la pràctica habitual és confirmar-ho amb una prova instrumental. En els darrers anys cada vegada s'utilitza més l'estudi dúplex/Doppler transcranial per fer-ho.

METODOLOGIA

Descriure l'observació clínica d'un cas de fals negatiu per diagnòstic de mort cerebral amb dúplex transcranial.

RESULTADOS

Es tracta d'una dona de 74 anys amb antecedents de Diabetis, hipertensió arterial, arítmia per fibril·lació auricular tractada entre d'altres amb acenocumarol. Mentre es trobava al seu metge de capçalera va patir de forma sobtada una pèrdua de consciència en el context d'una crisi hipertensiva. Una vegada estabilitzada hemodinàmicament es va procedir a obtindre una TC cerebral que mostrà una hemorràgia al bulb i protuberància de 3,6 cm. En els següents dies es va desestabilitzar hemodinàmicament fins que acomplir els criteris clínics de mort cerebral. Al fer l'estudi neurovascular per confirmar la mort cerebral es va trobar un patró a les artèries del polígon de Willis normal, reconfirmat a les 6 hores, quan es va repetir la valoració clínica de mort cerebral.

CONCLUSIONES

Per determinar la fiabilitat de les exploracions complementàries és fonamental conèixer els falsos negatius, així com els falsos positius. En este cas volem cridar l'atenció al fet que davant d'una lesió estructural en nuclis vitals, els criteris clínics de mort cerebral poden precedir als criteris en les proves complementàries,

VARÓN DE 37 AÑOS CON HEMIATROFIA FACIAL

AUTORES

M. Lezcano-Rodas, L. Berenguer-Ruiz, N. Pérez-Carmona, R. Sánchez-Pérez, C. Díaz-Marín

Hospital Marina Baixa

INTRODUCCION

Existen diversas causas de atrofia facial, algunas de las cuales forman parte de entidades clínicas con baja prevalencia y cuyo diagnóstico es, eminentemente, clínico. Presentamos un caso de atrofia facial idiopática.

METODOLOGÍA

Varón de 37 años que consulta por cuadro de 5-6 años de evolución, consistente en hiperpigmentación y atrofia progresiva en región cigomática y malar izquierda, con posterior afectación del resto de la hemicara, acompañado de áreas de alopecia en cuero cabelludo ipsilateral, anhidrosis y acorchamiento de la hemicara izquierda. El inicio de los síntomas fue a los 31 años, coincidiendo con la aparición de una lesión de apariencia quística malar izquierda, cuya biopsia no demostró signos de malignidad, sino un infiltrado linfocitario y depósitos de colágeno. El estudio analítico actual, incluyendo autoinmunidad y serologías, ha sido normal. Se ha realizado resonancia magnética donde se observa enoftalmos con atrofia de tejidos blandos en cuero cabelludo frontal y hemicara izquierdos, ausencia de alteraciones óseas y, a nivel cerebral, displasia cortical, lesiones hiperintensas (T2 y FLAIR) de sustancia blanca inespecíficas y áreas de gliosis, en hemisferio cerebral izquierdo.

RESULTADOS

La hemiatrofia facial progresiva (o síndrome de Parry-Romberg) es una rara enfermedad degenerativa, de inicio en las primeras décadas de la vida, de etiología desconocida (se han implicado mecanismos autoinmunes mal definidos) y que se asocia en la mitad de los casos con escleroderma lineal (morfea). Se caracteriza por la atrofia progresiva a lo largo de años con estabilización posterior, de los tejidos blandos de la mitad de la cara, asociado a hallazgos en neuroimagen como atrofia cerebral, lesiones inespecíficas de sustancia blanca y calcificaciones cerebrales, a menudo asintomáticos, pero que pueden ser causa de crisis epilépticas. El tratamiento es, principalmente, quirúrgico reparador y se han ensayado diversos tratamientos inmunosupresores con resultados poco concluyentes. No hay un tratamiento curativo.

CONCLUSIONES

El síndrome de Parry-Romberg es un trastorno degenerativo, que se diagnostica por sus características clínicas, donde juega un papel muy importante su apariencia morfológica

SUBTIPOS DE LA VARIANTE TEMPORAL DERECHA DE LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

AUTORES

G. González Caballero, I. Abellán Miralles, M. Ferrer Navajas, C. Morales Espinosa, B. Piñol Ferrer, M.J. Saénz Sanjuan

Unidad de Trastornos de la Conducta y Demencias. Hospital de San Vicente

INTRODUCCION

La demencia frontotemporal (DFT) es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de trastorno conductual, alteración de funciones ejecutivas y/o del lenguaje de curso progresivo. Es una entidad heterogénea en cuanto a presentación clínica y patología subyacente. La variante temporal derecha (DFT-vtd) es una forma infrecuente de DFT de la que recientemente se han descrito 2 subtipos. Objetivos: Identificar los perfiles clínicos asociados a DFT-vtd a propósito de 2 casos diagnosticados en nuestra Unidad.

METODOLOGIA

Se describen 2 pacientes con criterios clínicos y de imagen por Resonancia Magnética (IRM) de DFT-vtd. Se revisan los hallazgos clínicos, neuropsicológicos y de IRM de estos pacientes. Cada uno de ellos pertenece a uno de los subgrupos descritos en la literatura.

RESULTADOS

En la DFT los patrones de atrofia cortical son heterogéneos e influyen en el fenotipo. Los pacientes con DFT que presentan atrofia predominantemente temporal y asimétrica con afectación del hemisferio izquierdo cursan como demencia semántica. En la DFT-vtd el lóbulo temporal derecho es la zona con mayor grado de atrofia. Aunque esta entidad asocia los rasgos comunes a otras variantes de DFT, los síntomas centrales para el diagnóstico serían desorientación topográfica, prosopagnosia, alteraciones conductuales y de memoria episódica. A su vez, dentro de esta infrecuente variante se han descrito 2 subtipos con distintas características clínico-patológicas. El primer subtipo, con el que se corresponde nuestro primer paciente, cumple criterios clínicos de variante conductual de DFT, con predominio del trastorno de la conducta frente al resto de síntomas centrales. Suele haber antecedentes familiares, en la IRM existe mayor grado de atrofia frontal y menor asimetría temporal; el substrato patológico es predominantemente una taupatía. En el segundo subtipo, que se corresponde con nuestro segundo paciente, la prosopagnosia, la desorientación topográfica y las alteraciones del lenguaje son los síntomas más precoces y prominentes. No suele haber antecedentes familiares, en la IRM la atrofia afecta selectivamente al lóbulo temporal y la asimetría es muy marcada; el substrato patológico es predominantemente una proteinopatía TDP43.

CONCLUSIONES

Se han descrito 2 subtipos de DFT-vtd que expresan rasgos típicos de DFT y también otros síntomas (prosopagnosia, desorientación topográfica y déficits de memoria episódica) infrecuentes en el resto de variantes de DFT y presentes en otras demencias degenerativas. Es importante conocer esta entidad para evitar errores diagnósticos y tratamientos innecesarios.

SÍNDROME DE COTARD: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

AUTORES

Abellán Miralles I, González Caballero G, Morales Espinosa C, Piñol Ferrer B, Saenz Sanjuan MJ.

Unidad De Neurología De La Conducta Y Demencias. Hospital San

Vicente Del Raspeig. Alicante

INTRODUCCION

El síndrome de Cotard es un cuadro raro en el que el rasgo central es un delirio de negación o delirio nihilista. Los pacientes con este síndrome creen haber fallecido, carecer de partes de su cuerpo o sufrir una falta de funcionamiento de sus órganos llegando a negar su propia existencia y la del mundo externo .La mayoría de los casos se producen en la segunda mitad de la vida. Puede aparecer en el contexto de una enfermedad psiquiátrica, generalmente depresión, o en relación con diversa patología orgánica del sistema nervioso central, entre ellas demencia. La carencia de un consenso en la definición operacional del síndrome ha conducido a la imposibilidad de realizar estudios formales que pudieran suministraros datos reales sobre su incidencia y prevalencia. En cualquier caso, su frecuencia es baja por lo que la información disponible respecto al mismo es escasa, basada en series de casos clínicos o en casos aislados y recogida fundamentalmente en publicaciones psiquiátricas. OBJETIVOS: Describir las características del síndrome de Cotard en pacientes con demencia a propósito de varios casos de de nuestra Unidad

METODOLOGÍA

En el periodo comprendido entre Enero 2010 y Diciembre 2011 hemos diagnosticado 3 casos de este síndrome delirante. Se describe detalladamente su semiología clínica, el tipo de demencia subyacente y el tratamiento aplicado.

RESULTADOS

Presentamos 3 pacientes con Síndrome de Cotard. Los tres corresponden a mujeres de edades comprendidas entre los 79 y los 85 años, todas diagnosticadas de demencia por cuerpos de Lewy probable o posible según criterios de McKeith 2005. Una de ellas manifestó el cuadro delirante a los pocos meses del inicio del deterioro cognitivo "creyendo estar muerta ". En las otras dos pacientes el síndrome apareció al cabo de dos y seis años del comienzo de la demencia predominando las ideas delirantes de negación acerca de partes de su cuerpo. El tratamiento con neurolépticos atípicos resultó eficaz en los tres casos.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Cotard es un síndrome delirante infrecuente aunque , con el progresivo incremento de la incidencia y prevalencia de la demencia , probablemente aumente el número de casos comunicados y la información disponible al respecto. Es importante conocer que su presencia en edad senil obliga a descartar patología orgánica subyacente, fundamentalmente demencia y que el tratamiento con neurolépticos atípicos puede resultar satisfactorio en este cuadro que por sus características es fuente importante de estrés en el paciente y cuidador aumentando el riesgo de institucionalización.

USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE CEFALÉAS

AUTORES

Guillamón Guillamón E, Gascón Giménez F, Llorens Calatayud G, Blasco de Nova D, García Casado A, López Pesquera B, Láinez Andrés JM

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCION

Se considera migraña crónica la presencia de un número mayor o igual a 15 días de cefalea al mes con 8 o más ataques de migraña. El principal objetivo del tratamiento preventivo, es reducir la frecuencia, duración e intensidad de las crisis de migraña. Existen muchos tratamientos farmacológicos preventivos disponibles, desafortunadamente muchas de las opciones actuales tienen un beneficio limitado y se pueden asociar a efectos adversos potencialmente graves. Por lo que existe una gran demanda de tratamientos preventivos alternativos, efectivos y bien tolerados, en este sentido la Toxina Botulínica ha demostrado ser eficaz como tratamiento preventivo en la migraña crónica. OBJETIVOS: Describir el uso de Toxina Botulínica en el tratamiento preventivo de migraña crónica en una Unidad de Cefaleas.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de migraña crónica y escasa respuesta a tratamiento preventivo farmacológico, en los que se ha infiltrado Toxina Botulínica en la Unidad de Cefaleas del servicio de Neurología de nuestro Hospital en un año.

RESULTADOS

De un total de 112 pacientes, 9 corresponden a varones (8,04 %) y 103 mujeres (91,96 %), con edad media de 47,64 años (rango 17-77 años). La edad media de inicio de la migraña es de 23,44 años y la edad media de cronificación es de 39,06 años. El número total de infiltraciones realizadas en el año estudiado es de 215. El 30,36% de los pacientes recibieron 1 infiltración (34 pacientes), el 48,21 % recibieron 2 infiltraciones (54 pacientes), el 20,53% recibieron 3 infiltraciones (23 pacientes) y el 0,90 % recibieron 4 infiltraciones (1 paciente). El número medio de fármacos preventivos empleados en el tratamiento de la migraña es de 10,40 fármacos. Número medio de fármacos empleados en el momento actual es 2,76, el 10,71% han dejado de tomar fármacos preventivos. Un 80% de los pacientes tienen alguna respuesta clínica y entre estos pacientes mejoran en un 50-70% la frecuencia de las crisis. No se ha observado ningún efecto adverso grave con el empleo de Toxina Botulínica.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes tienen una larga evolución de la migraña con fracaso con un elevado número de fármacos preventivos, tanto por falta de eficacia como por los efectos secundarios indeseables. En nuestra experiencia, el uso de Toxina Botulínica como tratamiento preventivo es seguro, disminuye en gran medida la frecuencia e intensidad de las crisis y por lo tanto nuestros pacientes requieren un menor número de fármacos preventivos y de fase aguda.

PATOLOGÍA VERTEBRAL BILATERAL DE ETIOLOGÍA ATEROTROMBOTICA EN PACIENTE JOVEN

AUTORES

Carles Doménech Pérez, Sandra Boned Riera, Laura Lorente Gómez, Laura Navarro Cantó, Miguel Ángel García Quesada, Jordi Alom Poveda

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCION

La patología vertebral bilateral es infrecuente en nuestro medio. Así mismo, no existe suficiente evidencia científica para recomendar el tratamiento endovascular de las estenosis vertebro-basilares intracraneales.

METODOLOGIA

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Presentamos el caso de un hombre de 40 años, con antecedentes de tabaquismo e hipercolesterolemia familiar no tratada, que consulta por presentar desde hace cuatro meses episodios autolimitados, de menos de cinco minutos de duración, de mareo, diplopía, disartria y parestesias facio- braquiales izquierdas, con resolución completa, sin relación con esfuerzos o traumatismos. La frecuencia y duración de los episodios aumenta la semana previa al ingreso, llegando a presentar hasta 10 en un mismo día y siendo el episodio que motiva el ingreso de dos horas de duración. Al ingreso presenta una exploración neurológica normal. Se realiza estudio neurosonológico, detectando en el duplex cervical patrón preoclusivo en A. vertebral izquierda desde V2, y en duplex transforaminal estenosis AV derecha en V4, ausencia de flujo de AV izquierda, con resto de arterias del polígono de Willis normal. Se completa estudio con RM encefálica, presentando lesiones isquémicas agudas puntiformes, en la secuencia de difusión en ambos hemisferios cerebelosos y en Angio RM oclusión AV izquierda y estenosis focal crítica de AV derecha en su segmento intracraneal V4. Se solicita Arteriografía donde se confirma la oclusión de la AV izquierda y la estenosis de aproximadamente el 90 % de la AV derecha, de etiología aterotrombótica. A pesar de la antiagregación persisten los episodios recurrentes que motivaron el ingreso, algunos de ellos en relación con cambios posturales-giros cervicales. Se inicia anticoagulación con heparina sódica y reposo absoluto, disminuyendo la frecuencia e intensidad de los episodios sin desaparecer por completo. Se consulta a Neurorradiología intervencionista, y finalmente se decide tratamiento endovascular. Se procede a angioplastia con colocación de stent en arteria vertebral derecha intracraneal, sin complicaciones. Desde la intervención, el paciente se mantiene asintomático. En el estudio neurosonológico de control se objetiva la mejoría con normalización del flujo en AV derecha.

CONCLUSIONES

La clínica isquémica vertebro-basilar transitoria puede asociarse a estenosis vertebro-basilares intracraneales graves. El tratamiento endovascular es una alternativa aceptable en pacientes refractarios al tratamiento médico.

INTOXICACIÓN POR MANGANESO EN NUTRICIÓN PARENTERAL

AUTORES

Francisco Javier Domingo, Lucas Gómez, Josefa Mascarell, Juana Sánchez, Luis García, Roberto Macía, Ezequiel Martí, Joaquin Escudero

Hospital General de Valencia, servicios de Neurología y Farmacia, Unidad de TC y RM. Eresa Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCION

La intoxicación por Manganeso (Mn) fue descrita inicialmente en profesiones relacionadas con el contacto con este metal, que provocaban clásicamente un síndrome rígido-acinético. Recientemente se ha descrito su aparición en pacientes con nutrición parenteral de larga duración, como es el caso que presentamos en esta comunicación.

METODO

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Mujer de 40 años de edad, con síndrome del intestino corto y nutrición parenteral desde 11 años atrás. Presenta desde hace 8 meses cuadro de dificultad para hablar, inestabilidad de la marcha, alteración de la visión y confusión mental de carácter fluctuante, acompañado de un síndrome ansioso-depresivo. A la exploración se detecta un discreto síndrome cerebeloso (ataxia leve, disartria escandida y dismetría), junto a una gesticulación facial excesiva. Analítica: hemograma, coagulación, autoinmunidad, antitiroideos, función tiroidea, vitamina B12 y fólico normales. Serología normal. GOT 50, GPT 120, GGT 60, FA 150. Aluminio, cromo, manganeso, zinc, selenio, cobre y hierro, dentro de la normalidad. RM cerebral: muestra hiperintensidad en secuencia T1 del globus palido y sustancia negra bilateral. Evolución: ante la sospecha de intoxicación por Mn se retiró el mismo de la nutrición, objetivándose a los tres meses una mejoría clínica y radiológica.

CONCLUSIONES

El caso clínico que presentamos se trata de una intoxicación por Mn en el contexto de una nutrición parenteral de larga evolución. Los niveles de Mn normales en suero no descartan la intoxicación, dado que no existe correlación entre los mismos y las manifestaciones clínicas. El Mn se deposita en los ganglios de la base, y produce unos síntomas que inicialmente pueden ser poco llamativos, de carácter neurológico y psiquiátrico, que dificultan el diagnóstico inicial. Sin embargo, la hiperintensidad en secuencias T1 por RM en ganglios basales es característica de esta entidad, apareciendo también en la degeneración hepatocerebral, y siendo de gran ayuda para orientar el diagnóstico. Aconsejamos que en pacientes con nutrición parenteral de larga duración se monitorice mediante RM cerebral la posible intoxicación por este metal, dado lo sutil de la clínica inicial, y la no mejoría en fases avanzadas de la intoxicación.

ENFERMEDAD DE LA UNIÓN NEUROMUSCULAR ASOCIADA A TIMOMA: ESTUDIO DE 14 PACIENTES.

AUTORES

David Gorriz, Isabel Sastre, Marina Frasset, Juan F. Vázquez, Nuria Muelas, Bonaventura Casanova, Teresa Sevilla, Juan Vílchez, Luis Bataller.

Hospital La Fe de Valencia

INTRODUCCION

Aproximadamente el 15% de los pacientes con miastenia gravis (MG) presentan un timoma. Aunque la MG es la manifestación autoinmune más frecuente de los timomas, éstos pueden asociarse con un espectro amplio de otras manifestaciones neurológicas, incluyendo encefalitis, neuromiotonía y miositis. Objetivos: Analizar la histología tímica en una serie de pacientes con enfermedad de la unión neuromuscular (EUNM) asociada a timoma. Estudiar el espectro clínico de afectación de la unión neuromuscular en estos pacientes.

METODOLOGIA

Seleccionamos pacientes diagnosticados de EUNM y timoma vistos en nuestro servicio en los últimos 10 años. Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas, analizando los estudios electrofisiológicos, histológicos e inmunológicos.

RESULTADOS

Catorce pacientes fueron seleccionados, con una edad media de 51 años (rango 26-75) y distribución hombres:mujeres 9:6. La distribución de la histología del timo fue como sigue: timoma medular (A): 2 casos; timoma mixto (AB): 1; timoma organoide (B1): 2; timoma cortical (B2): 9. Ningún paciente presentaba un carcinoma tímico. La mayoría de los timomas eran encapsulados (3 casos) o con invasión microscópica en la cápsula (8 casos). Tres pacientes presentaron invasión local de órganos vecinos o metástasis a distancia. Trece pacientes presentaban un estudio electrofisiológico compatible con MG. Además, 4 de estos pacientes presentaban hallazgos electrofisiológicos (y clínicos) de hiperexcitabilidad de la unión neuromuscular (neuromiotonía). Un paciente presentaba un estudio compatible con síndrome de Eaton-Lambert. Los 14 pacientes presentaban títulos altos de anticuerpos anti-R de acetilcolina. Además, el paciente con síndrome de Eaton-Lambert presentaba anticuerpos anti-canales de calcio dependientes del voltaje y negatividad para el anticuerpo SOX1. Ninguno de los pacientes con neuromiotonía presentaba anticuerpos anti-canales de potasio dependientes del voltaje.

CONCLUSIONES

El espectro de afectación autoinmune de la unión neuromuscular en pacientes con timoma incluye no sólo la MG, sino también la neuromiotonía o, excepcionalmente, el síndrome de Eaton-Lambert. No es infrecuente que estos síndromes se asocien en un mismo paciente. En la mayoría de los timomas coexiste una población neoplásica de células epiteliales tímicas con linfocitos en vías de maduración. Se cree que en estos pacientes la maduración de los linfocitos en un entorno anormal facilitaría la respuesta autoinmune frente a una variedad de proteínas de la unión neuromuscular.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE NEURORREHABILITACIÓN DE LA HEMINEGLIGENCIA ESPACIAL IZQUIERDA EN PACIENTES CON AVC

AUTORES

Blasco Bataller, Sonia; Pozo Orejón, Patricia; Mojica Aracil, América; Del Barco Gavala, Alberto; Duque San Juan, Pablo; Chirivella Garrido, Javier

Centro de Daño Cerebral Nisa Vinalopó. Elche.

INTRODUCCION

La heminegligencia espacial izquierda [HE] es una de las consecuencias más comunes tras una lesión cerebral posterior derecha. La mayoría de los estudios se centran en hacer consciente al paciente de la limitación que presenta en la fijación de la atención para poder compensarla, además de otras aproximaciones con resultados contradictorios. Presentamos el caso de un paciente con un cuadro de HE en el que se llevó a cabo un programa estructurado [HEMITOP], con resultado favorable.

METODOLOGIA

Estudio de caso único, longitudinal, en paciente de 26 años que sufrió una hemorragia cerebral en junio de 2009, con el diagnóstico neurocognitivo de Síndrome Fronto-Parietal Derecho. El HEMITOP es un programa basado en fundamentos neurocognitivos y neurobiológicos que dura 2 meses, con una temporalidad de lunes a domingo, de las cuales 60-120 minutos 5 días de los 7 eran supervisados por dos terapeutas. Además, realizaba una serie de ejercicios definidos en su domicilio durante 30 minutos al día. La variable fundamental de eficacia fue el Vienna Test, administrado de forma pre, 1 mes y post.

RESULTADOS

La puntuación del Vienna Test mejoró en Percepción Periférica, entre post y pre, un total de 16,1.

CONCLUSIONES

El Programa HEMITOP es uno de los primeros programas estructurados de rehabilitación de la HE, tanto en tiempo como en actividades protocolizadas, que ha mostrado mejorías clínicas medidas por el Vienna Test. No obstante, hacen falta estudios de más casos clínicos que nos den mejores pruebas de la inclusión del Programa HEMITOP como tratamiento de elección en la HE.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, NATALIZUMAB Y VIRUS JC. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE LMP.

AUTORES

Arnau Barrés J, Belenguer Benavides A, Vilar Ventura RM, Simon Gozalbo A, Renau Lagranja J, Molla Insa B.

Hospital General de Castellón

INTRODUCCION

En los últimos años, Natalizumab se ha utilizado de forma exitosa en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM) en su forma remitente-recurrente. Sin embargo desde los ensayos fase III del fármaco, se conoce el riesgo de desarrollo de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP) por virus JC con este tratamiento, por lo que la selección de pacientes debe realizarse de forma cautelosa. Recientemente se ha publicado un documento de consenso en el que se recomienda la detección de anticuerpos contra el virus JC como parte del proceso de estratificación del riesgo de desarrollo de LMP.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo incluyendo pacientes que iniciaron tratamiento con Natalizumab en el periodo entre Febrero de 2008 y Enero de 2012. Se recogieron características demográficas y clínicas así como la determinación de Acs Anti JC en suero para determinar el grupo de riesgo al que pertenecen.

RESULTADOS

En nuestro centro contamos con un grupo de 13 pacientes que han sido tratados con Natalizumab en algún momento de la evolución de su enfermedad. De ellos, el 77% son mujeres, tienen una edad media de 40 años y han estado en tratamiento durante un periodo que oscila entre 4 y 24 meses, estando muchos de ellos en tratamiento en la actualidad. Se realizó detección de Acs anti JC obteniendo positividad en un 54% (7 de 13) de casos. En los que la determinación fue positiva, se realizó una estratificación del riesgo de LMP teniendo en cuenta el tiempo de tratamiento y el uso de tratamientos inmunosupresores previamente, encontrando que la mayoría pertenecen a grupos de riesgo mínimo (4) o bajo (8) y solo en un caso se detectó riesgo moderado, por positividad Acs JC y más de 24 meses de tratamiento. En este caso, se llegó a la decisión consensuada entre paciente y neurólogo de suspender el tratamiento. En todos ellos, el fármaco ha producido una disminución de actividad de la enfermedad, demostrada por disminución del número de brotes y el número de lesiones captantes de contraste en RM. Ninguno ha presentado signos clínicos o radiológicos de LMP.

CONCLUSIONES

En pacientes de esclerosis múltiple tratados con Natalizumab, la detección de anticuerpos contra el virus JC puede contribuir a una mejor estratificación del riesgo de desarrollo de LMP. También puede ser de gran ayuda en la toma de decisiones terapéuticas.

PERFIL DE PACIENTES EN UNA CONSULTA DE NEUROLOGIA GENERAL

AUTORES

Peset V, Guillén C, Gargallo E, Parra J, Escudero J, Lominchar J, Sancho J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCION

En los últimos años hemos asistido a un aumento cuantitativo de las consultas de neurología, consideramos necesario hacer seguimientos periódicos para conocer el perfil de pacientes que se nos remiten y controlamos. Objetivos. Conocer el perfil de los pacientes que se nos remiten a las consultas de neurología general como primeras visitas y de aquellos que controlamos en visitas sucesivas.

METODOLOGÍA

Se estudió durante 5 meses consecutivos el perfil de los diagnósticos de los pacientes que fueron vistos en la consulta de neurología general. Se subdividieron en dos grupos: primeras visitas y visitas sucesivas.

RESULTADOS

Se estudiaron 725 consultas, 317 primeras y 408 sucesivas. La distribución de las primeras fue: trastorno cognitivo o conducta 98 (31%), cefaleas 96 (30%), vasculares 33 (10%), trastornos del movimiento 28 (9%), mareo-síncope 20 (6%), patología del sistema periférico 18 (6%), epilepsia 4 (1%) y otros. En cuanto a las sucesivas: trastorno cognitivo o conducta 157 (38%), trastornos del movimiento 89 (22%), cefaleas 75 (18%), vasculares 27 (7%), epilepsia 22 (5%), patología del sistema periférico 11 (3%), mareo-síncope 8 (2%) y otros.

CONCLUSIONES

Los trastornos cognitivos y la cefalea suponen más del 60 % de las primeras visitas y en las visitas sucesivas predominan los trastornos cognitivos y los trastornos del movimiento.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS SÍNTOMAS NO MOTORES DE LA ENF. DE PARKINSON EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL ÁREA 10 DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

AUTORES

Alcantud Bertolin A, Pérez-Romero Martínez L, Vivó Ortí N, Ferrer Casanova J.M, Gonzalez Masegosa A.

H. Dr. Peset de Valencia

INTRODUCCION

Los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson no son correctamente identificados en el día a día, aún cuando su importancia para la calidad de vida de los pacientes es muy grande. La aparición de herramientas estandarizadas ha abierto la posibilidad de realizar estudios sistemáticos que permitan comparar distintas poblaciones de enfermos, y de ésta forma poder conocer mejor su prevalencia y así planificar y racionalizar su atención en la práctica clínica habitual. Objetivos: Describir y cuantificar los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson en nuestra población, y comparar los resultados con los publicados en estudios internacionales.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio descriptivo de una muestra consecutiva de 27 pacientes del área de salud 10 de la Comunidad Valenciana utilizando el NMSQuest, la primera herramienta de screening de síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson. Hemos explorado su relación con otras variables estudiadas en la muestra, como la dosis diaria equivalente de levodopa, el coste mensual del tratamiento farmacológico, y la puntuación en la escala UPDRS. Finalmente, hemos prestado especial interés a la relación entre la aparición de los síntomas no motores y la situación cognitiva de los pacientes, valorada mediante el PD-CRS, y su situación emocional, utilizando para su valoración la escala HADS para ansiedad y depresión.

RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos, hemos observado que la prevalencia de síntomas no motores de nuestra muestra es mayor a la publicada por otros autores, tanto globalmente como en el análisis ítem por ítem. También hemos observado la misma relación entre la puntuación absoluta en el cuestionario NMSQuest y variables relacionadas con la evolución de la enfermedad (Hoehn & Yahr y años de evolución), tal y como había sido publicado previamente.

CONCLUSIONES

Los resultados nos han permitido observar además potenciales factores de confusión en la utilización de la escala NMSQuest, en particular la presencia de depresión, que podrían sesgar su resultado.

**IMPACTO DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO SOBRE EL "FAMILIAR-CUIDADOR":
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA FASE DE HOSPITALIZACIÓN
AGUDA Y AJUSTE DE EXPECTATIVAS**

AUTORES

Carmen García-Blazquez, Carolina Colomer, Belen Moliner, M^a Dolores Navarro, Joan Ferri, Enrique Noé.

Servicio de Neurorrehabilitación del Hospital NISA Valencia al Mar y Fundación Hospitales NISA

INTRODUCCION

El proceso terapéutico de los pacientes que han sufrido un daño cerebral sobrevenido incluye indispensablemente a su núcleo familiar cercano. Cualquier programa de intervención sobre la familia debe aportar formación, información y apoyo emocional. Para establecer estos objetivos terapéuticos resulta crucial conocer cual es en nuestro entorno el patrón de información que el familiar con el rol de "cuidador principal" tiene respecto a las repercusiones que la enfermedad cerebral ha tenido en su familiar afecto. Objetivo: Estudio descriptivo sobre el origen, la frecuencia, y el contenido de información que reciben los familiares de pacientes que han sufrido una lesión cerebral adquirida durante la fase de hospitalización aguda y su repercusión en la fase de ajuste de expectativas.

METODOLOGÍA

A todos los familiares (cuidador principal) de los pacientes con daño cerebral adquirido que ingresaron en una unidad especializada desde febrero de 2005 a febrero de 2010 se les entregó un cuestionario elaborado "ad-hoc" dirigido a conocer el grado de información sobre la enfermedad actual de su familiar así como sus expectativas futuras

RESULTADOS

Un total de 409 familiares de pacientes que habían sufrido un daño cerebral adquirido de diferente etiología (traumatismos (n=100), ictus (n=233), anoxia (n=27), otros (n=49)) rellenaron esta encuesta. Mas de la mitad de los encuestados respondieron que habían recibido información diaria sobre la situación de su familiar afecto, pero el 60% de ellos consideró la información recibida como "regular-poca". La mayoría de los familiares consideraba el tiempo de máxima recuperación estimado en torno a los seis meses y aunque la gran mayoría consideraba que el grado de discapacidad de su familiar al ingreso era moderado-severo, sus expectativas estaban claramente desajustadas

CONCLUSIONES

La percepción media de los familiares de los pacientes con daño cerebral adquirido es aceptable respecto a la información recibida durante la fase inicial de hospitalización pero deficitaria en fases mas avanzadas, lo que provoca un mal ajuste de expectativas. El modelo de atención a estos enfermos, con un gran esfuerzo asistencial focalizado en la fase aguda, puede ser parcialmente responsable de estos resultados.

FORMA INFLAMATORIA DE ANGIOPATÍA AMILOIDE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

AUTORES

Cuevas Jiménez A, Vivó Ortí MN, Dobón Martínez I, González Masegosa A

Hospital Doctor Peset.Valencia

INTRODUCCION

La angiopatía amiloide cerebral(AAC)engloba un fenómeno clínico-patológico caracterizado por el depósito de amiloide en las capas media y adventicia de las arterias y arteriolas del córtex cerebral y las leptomeninges. Existe una forma clínica inflamatoria de la AAC que se produce como consecuencia de una reacción inmune hacia el tejido amiloide depositado en los vasos cerebrales. Se presenta típicamente con convulsiones, deterioro cognitivo subagudo, cefaleas o síntomas focales. En RM se observan típicamente hiperintensidades en secuencias T2 y FLAIR que afectan fundamentalmente a sustancia blanca y que suelen ser asimétricas. En la secuencia de eco de gradiente aparecen microhemorragias de distribución cortical y subcortical. La forma inflamatoria de la AAC responde de forma favorable a la terapia con corticoides.

METODO

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Paciente de 66 años que ingresa en neurología por cuadro de dificultad para mantener la fluidez de una conversación, con pausas e incapacidad para marcar números de teléfono. Asocia además cefalea occipital bilateral acompañada de aura visual. A la exploración dificultad para repetir, discalculia. Presenta una extinción sensitiva visual incompleta afectando hemisferio derecho. Ligeramente descenso de la comisura facial derecha. Resto de exploración normal. Se realiza PL, obteniéndose líquido sin células y con aumento de proteínas (85 mg/dl). Cultivos y serologías en LCR normales. Análisis sanguíneo con estudio de autoinmunidad y trombofilias normal. En RM de cabeza se aprecia edema vasogénico parieto-occipital izquierdo en relación con alteración del flujo venoso. La paciente es diagnosticada de trombosis venosa cerebral y recibe tratamiento al alta con anticoagulantes orales. Posteriormente es seguida en consulta. En su primera visita presenta cefalea continua y al examen se objetiva paresia de mano izquierda. Se añade tratamiento con dexametasona 1 mg/12 horas. Una semana después ingresa de nuevo en sala de neurología por cuadro de confusión e inestabilidad de la marcha. Se realiza RM externa de 3T donde se objetiva alteración de señal afectando predominantemente a sustancia blanca con hiperseñal en secuencias T2 y FLAIR a nivel parietooccipital bilateral, frontotemporal derecho y temporal izquierdo, con focos puntiformes en T2 por microhemorragias asociadas sin restricción de difusión, todo ello compatible con edema vasogénico. Se retira anticoagulación previa, se instaura tratamiento con dexametasona oral con rápida mejoría. La paciente se da de alta en situación asintomática, con dexametasona 1mg/12 horas. En seguimiento posterior se observa mejoría clínica notable tras la introducción de corticoides, así como reducción del edema vasogénico.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso típico de angiopatía amiloide tipo inflamatorio. En un paciente mayor de 50 años, con lesiones en sustancia blanca y clínica compatible, una RM que muestre la presencia de microhemorragias puede ser la clave del diagnóstico.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

AUTORES

Laura Lacruz *, Ana Ventura **, Rosa Hortal***, Yolanda Pamblanco*, Gemma Más*, Nuria Martí*, Carolina Guillén*, Samuel Díaz*

Hospital Francesc de Borja (Gandia) *Neurología **Medicina Interna ***Reumatología

INTRODUCCION

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede afectar a múltiples órganos, entre ellos el sistema nervioso central y periférico, con manifestaciones neurológicas muy variadas. "The American College of Rheumatology" definió por consenso 19 síndromes neuropsiquiátricos asociados a LES, que son usados en investigación, pero tienen limitaciones al aplicarlos en la práctica clínica. OBJETIVOS: Describir las características clínicas, de laboratorio y neuroimagen de las manifestaciones neurológicas asociadas a LES.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, de 117 pacientes diagnosticados de LES, en control por reumatología de nuestro hospital. En los pacientes que habían sufrido algún síndrome neuropsiquiátrico, se recogieron datos de edad, sexo, año de diagnóstico de LES, tipo de síndrome neuropsiquiátrico y tiempo de aparición, así como pruebas complementarias (niveles sanguíneos de ANAs, antiDNA, ENAs, Acs antifosfolípido, VSG, Hb y complemento, RMN, LCR y EMG) y tratamiento. Se excluyeron aquellos pacientes que no habían sido valorados por neurología y/o psiquiatría.

RESULTADOS

39 de los pacientes con LES (33,3%) habían sufrido algún evento neurológico. El 84,6% eran mujeres. La edad media de aparición del síndrome neurológico fue de 40,37 años, y en un 46,2% de los casos fue anterior al diagnóstico de LES. La cefalea fue el síntoma más frecuente (43,5%), seguido de la enfermedad cerebrovascular (30,8%), trastorno del ánimo (41%), ansiedad (20,5%), epilepsia (15%), mielopatía (7,6%), síndrome desmielinizante (5,1%), psicosis (5,1%), síndrome confusional agudo (2,6%), alteración cognitiva (2,6%), polineuropatía (2,6%). Se realizó RMN en 24 pacientes con hallazgos patológicos en 16 (66%) y punción lumbar en 6 pacientes, siendo el LCR patológico en 2. El nivel de ANAs medio al diagnóstico fue de 16,56, y coincidiendo con el evento neurológico de 43,29. Positividad de anticuerpos: AntiDNA 78,7%, antiRNP 40%, antiSm 29,1%, anticardiolipina 4,4%, anticoagulante lúpico 40%, antibeta2glicoproteína 40,7%. Sólo en 7 pacientes la afectación neurológica se acompañó de otros síntomas sistémicos sugestivos de brote de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones neurológicas son frecuentes en los pacientes con LES. La patogenia del síndrome neurológico es en ocasiones multifactorial y su atribución al LES discutible. Es importante ampliar nuestro conocimiento a cerca de esta enfermedad, para poder adoptar la actitud terapéutica más adecuada en cada caso.

EL LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

AUTORES

Simón Gozalbo A.1, Renau Lagranja J.1, Arnau Barrés J.1, Molla Insa B.1, Belenguer Benavides A.1, Vera Román JM.2, De las Peñas R.3, Conde A.4

1. Servicio de Neurología, Hospital General de Castellón, 2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Castellón, 3. Servicio de Oncología médica, Hospital Provincial de Castellón, 4. Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Provincial de

INTRODUCCION

El linfoma cerebral primario (LPSNC) es una forma rara y agresiva de linfoma no Hodgkin extranodal, que se encuentra confinado al SNC. En las últimas décadas se ha observado un aumento en la incidencia de esta patología, lo que hace necesario la existencia de estudios para conocer mejor su etiopatogenia. OBJETIVO: Estudio de aspectos clinicopatológicos de los LPSNC diagnosticados durante los últimos 10 años en nuestro centro.

METODOLOGIA

Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico al alta de LPSNC ingresados en el Hospital General de Castellón desde 2000 a 2010.

RESULTADOS

Durante este periodo, 13 pacientes fueron diagnosticados de LPSNC. Todos excepto 1 eran inmunocompetentes. 7 de ellos eran varones y 6 mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de $59,8 \pm 12,1$ años. El tiempo medio desde el inicio de síntomas hasta el ingreso fue de 42 días. Los déficits neurológicos focales (parestias, debilidad, alteración del lenguaje y diplopía) constituyeron la forma de presentación más común seguida de las crisis comiciales. En un caso se trató de un hallazgo casual tras traumatismo craneoencefálico. El número medio de lesiones fue de 1,92, siendo los lóbulos más frecuentemente afectados los frontoparietales, de forma bilateral en el 53,8%. Radiológicamente, la mayoría se presentaron como lesiones hiperintensas en secuencias T2 de RM con captación de contraste iv en el 85%. La LDH fue normal en el 61,5%. Todos los pacientes excepto uno fueron biopsiados, con diagnóstico anatomopatológico de linfoma B difuso de células grandes. El 69,3% recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia. En el momento actual, un 69,2% de los pacientes han fallecido.

CONCLUSIONES

EL LPSNC es más frecuente en pacientes inmunocompetentes en nuestro centro. El retraso en el diagnóstico es de 1,5 meses, presentándose con focalidad neurológica clara. A pesar de tratamiento completo, el pronóstico, en general, es desfavorable.

MONONEURITIS MÚLTIPLE CRANEAL SECUNDARIA A RECIDIVA DE CARCINOMA ESCAMOSO

AUTORES

Leticia Berenguer Ruiz, Miriam Lezcano Rodas, Carmen Diaz Marín, Natalia Pérez Carmona, Rosa María Sánchez Pérez, Carmen Roque.

Hospital Marina Baixa de la Vila-Joiosa (Alicante)

INTRODUCCION

La diseminación neurotrópica ha sido descrita en <5% de las neoplasias cutáneas. Las neuropatías craneales pueden ser síntoma inicial de recidiva tumoral, aunque constituyen un hallazgo infrecuente y de difícil diagnóstico.

METODOLOGIA

Presentación de un caso clínico

RESULTADOS

Paciente varón de 77 años, con antecedentes de carcinoma escamoso G2 de tipo acantolítico en piel de sien izquierda, que debuta con cuadro de mononeuritis múltiple craneal. Debuta clínicamente con paresia facial, disfagia, voz nasal, y posteriormente diplopia por afectación de oculomotores. La RMN encefálica, RMN de tractos nerviosos, estudio de LCR y EMG no mostraron hallazgos patológicos. Sin embargo, la biopsia cutánea evidencia la infiltración por células escamosas. Ante estos hallazgos se establece el diagnóstico de mononeuritis múltiple craneal secundaria a diseminación perineural de carcinoma escamoso. Tras valoración oncológica se inicia radioterapia focal como tratamiento.

CONCLUSIONES

La recidiva tumoral por diseminación perineural debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes que debuten con neuropatías craneales y presenten antecedentes de cánceres cutáneos. Suponen un reto diagnóstico ya que resultados normales de neuroimagen no descartan el diagnóstico.

ESTUDIO DE OLFACIÓN EN PARKINSON Y TEMBLOR ESENCIAL MEDIANTE EL SNIFFIN STICKS 12

AUTORES

Nicolás López Hernandez (1), Alex García Escrivá(1), Maruan Shalabi Benavent(2)

(1)Hospital IMED Levante, Benidorm. Servicio de Neurología. (2)Servicio de Farmacia. Hospital de Elda

INTRODUCCION

En los pacientes con EP se ha descrito una prevalencia de alteraciones olfativas que varía del 45% al 97%. Esta variación puede deberse al tipo de test empleado, los datos normativos con los que se compara el resultado, el tamaño y edad de la muestra. De los diferentes test disponibles, el Sniffin Sticks 12 es quizás uno de los más sencillos y rápidos de utilizar, pero no disponemos de datos normativos en población de origen español. Objetivo: Valorar la aplicación del test en una muestra de sujetos sanos y otra con diagnóstico de EP y TE, todos de origen español, y comparar estos resultados con los existentes en la literatura.

METODOLOGIA

Se seleccionaron de la consulta externa de Neurología Imed Levante los pacientes con diagnóstico de EP y TE. Los controles fueron seleccionados entre los acompañantes y otros sujetos sin antecedentes personales ni familiares de trastornos del movimiento. Se aplicó el test Sniffin Sticks 12 a todos los sujetos, previo consentimiento informado.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 86 sujetos, 56 controles con puntuación $10,27 \pm 1,7$ (media \pm DE), 14 pacientes con EP con puntuación $5,57 \pm 2,79$ y 16 pacientes con TE con puntuación $8,69 \pm 2,84$, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas. Se detecta alteración olfativa en el 100% de los pacientes con EP, en el 56% de los pacientes TE y en el 39% de los controles. Si ajustamos por edad, el test se considera patológico en el 50% de EP, el 18,8% de TE y el 3,6% de los controles.

CONCLUSIONES

Se trata de un test de fácil aplicación en la consulta de neurología que nos ayuda a detectar alteraciones olfativas frecuentes en los pacientes con EP. Consideramos que es necesario un normograma en nuestro medio para mejorar la rentabilidad del test.

AIT COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROSÍFILIS.

AUTORES

Laura Lorente Gómez, Carles Doménech Pérez, Sandra Boned Riera, Miguel Angel García Quesada, Laura Navarro Cantó, Jordi Alom Poveda.

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCION

Se ha producido una incidencia de las infecciones treponémicas en la última década debido al aumento de prácticas sexuales de riesgo - especialmente en hombres homosexuales - y a la inmigración. Objetivos: la notificación de un caso de sífilis meningovascular (SMV) a partir del cual se intenta remarcar la importancia del screening luético en pacientes jóvenes con clínica neurovascular.

METODOLOGIA

Presentamos el caso de un hombre de 35 años, ex-fumador y ex-consumidor de cocaína, homosexual. Acude a urgencias por disminución de agudeza visual ojo derecho, disartria y paresia del miembro superior derecho de inicio brusco y resolución completa en aproximadamente dos horas. No asocia otra sintomatología. A su ingreso en Neurología asintomático. A la exploración física destaca PNR con PI>PD. ROT +++/++++ con aumento de área reflexógena rotuliana y aquilea. Clonus aquileo agotable izquierdo. Dismetría TR derecha. Motor y sensibilidad sin déficits. Resto sin hallazgos.

RESULTADOS

Ante la sospecha de patología cerebro-vascular aguda, se completa estudio con RM craneal, RM columna, AngioRM de TSA y Polígono de Willis, evidenciándose lesiones milimétricas inespecíficas frontales derechas. El EEG revela trazado anormal en ambos lóbulos frontales de predominio izquierdo y los PES, PEAT y PEV objetivan defecto de conducción tipo desmielinizante en cordones posteriores y ambas vías ópticas. Dados los antecedentes del paciente y la edad se decide realizar estudio de LCR con los siguientes resultados: 20 leucocitos de predominio linfocitario y VDRL + (1/16), además de serología en suero con TPHA + > 1280 y RPR + 1/64. Con el diagnóstico probable de Sífilis Meningovascular, se inicia antibioterapia con Penicilina G iv 4 millones de UI/ 4 h durante 10 días y ceftriaxona 2gr iv/24 h durante 20 días.

CONCLUSIONES

La serología luética debería ser considerada una prueba de screening en todo paciente joven con clínica neurovascular, máxime si estamos frente a una enfermedad potencialmente tratable como es la neurosífilis.

ENFERMEDAD DE CREUZFELT JAKOB, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

AUTORES

Renau Lagranja, Julia; Simón Gozalbo, Ana; Arnau Barrés, Javier; Molla Insa, Begoña; Vilar Ventura, Rosa M^a; Campillo Alpera, M^a Soledad; Claramonte Clausell, Berta; Soriano Soriano, Cristina.

Hospital General de Castellón

INTRODUCCION

Las enfermedades priónicas humanas son enfermedades neurodegenerativas rápidamente progresivas, con desenlace fatal. Se caracterizan por gliosis, espongirosis y pérdida neuronal, cambios asociados a una configuración anómala de la proteína priónica humana. La forma más frecuente es la enfermedad de Creutzfeldt Jakob esporádica (ECJe), con una incidencia de 1-2 casos por millón de habitantes por año. Clínicamente se caracteriza por una demencia rápidamente progresiva junto con mioclonías, ataxia, signos piramidales y extrapiramidales, alteraciones visuales y mutismo acinético. La edad media de inicio es a los 64 años con una supervivencia media de 4 meses. En la resonancia magnética (RM) cerebral se han descrito dos hallazgos característicos: un aumento de intensidad de la señal bilateral en caudado y putamen y un ribete cortical, objetivándose principalmente en las secuencias de difusión, T2 y Flair, con una sensibilidad del 92%, 40% y 50% respectivamente, permitiendo detectar alteraciones a las 3 semanas del inicio de los síntomas. OBJETIVO: Realizar una revisión clínico-radiológica de los pacientes ingresados por ECJe en nuestro servicio en un periodo de 15 años.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo retrospectivo de 8 pacientes con ECJe ingresados en el servicio de Neurología del hospital General de Castellón durante el periodo comprendido entre 1995 a 2010.

RESULTADOS

De los 8 pacientes ingresados 5 eran mujeres y 3 varones, con edad media de 64,5 años (54-82). Clínicamente todos presentaron una demencia rápidamente progresiva junto con alteración de la marcha, mioclonías y alteración del lenguaje. Otros síntomas recogidos fueron alucinaciones visuales, agresividad, insomnio o visión borrosa. La supervivencia media fue de 3 meses desde el inicio de los síntomas. En todos los pacientes se realizó tomografía axial computerizada (TAC) craneal que fue normal y además en 5 de ellos RM cerebral, de los cuales 3 mostraron los hallazgos típicos de esta enfermedad. En todos los casos la proteína 14-3-3 fue positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) y en 6 de los 8 pacientes se realizó autopsia confirmándose el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La neuroimagen ocupa un papel importante en la investigación en enfermedades neurodegenerativas, utilizándose principalmente para excluir causas tratables de demencia más que para diagnóstico etiológico. Sin embargo en un paciente con demencia rápidamente progresiva y mioclonías, una RM cerebral donde se objetive una restricción de la difusión en áreas corticales (ribete cortical) y en ganglios basales, es altamente sensible y específica de la ECJ, permitiéndonos realizar un diagnóstico temprano, a menudo dificultoso en las enfermedades priónicas.

ENCEFALITIS POR ANTI R-NMDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Vivó Ortí M N, Cuevas Jimenez A, Vizcaino Castillo B(**), Dobón Martínez I, A, Poyatos Ruipérez C*, González Masegosa A. Sección de Neurología, Servicio de Radiodiagnóstico (*), Servicio Medicina

Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

INTRODUCCION

En los últimos 10 años, el descubrimiento de anticuerpos dirigidos contra proteínas de superficie neuronal (Ac contra el complejo Canal de Potasio Voltaje-dependiente y contra el receptor N-Metil-D-aspartato) ha permitido diagnosticar trastornos del sistema nervioso central de naturaleza inmune con respuesta a tratamiento.

METODOLOGIA

Presentamos un caso de mujer de 57 años que presenta 3 semanas previas a su ingreso síntomas neuropsiquiátricos (depresión, agitación, alteración del comportamiento y psicosis), inicialmente valorado por psiquiatría, motivando su ingreso en UCI ante la mala evolución con sospecha de meningoencefalitis. Durante su estancia en UCI presenta deterioro neurológico progresivo con aparición de crisis parciales complejas, movimientos anormales repetitivos, precisando VMNI por disminución del nivel de consciencia. Como pruebas complementarias se practican al ingreso, PL con pleocitosis de predominio linfocítico, posteriormente RM cabeza con afectación del lóbulo temporal medial izquierdo, amígdala y región perisilviana. Tras descartarse origen infeccioso, se orienta el caso hacia una meningitis límbica de origen autoinmune. Se realizan pruebas de imagen en las que no se evidencia presencia de lesiones tumorales y se decide inicio de inmunoterapia (IGIV y posteriormente corticoterapia). La paciente presenta muy buena respuesta a la corticoterapia, siendo dada de alta de UCI sin necesidad de ventilación el día 31 de ingreso. Se recibe resultado positivo para Ac anti- receptor NMDA + 1/40 en suero. Es alta hospitalaria el día 38, sin presentar secuelas de relevancia.

RESULTADOS

La encefalitis por anticuerpos contra receptor N-Metil-D-Aspartato se trata un trastorno severo, tratable y potencialmente reversible relacionada con anticuerpos "Anti-receptor NMDA", los cuales se unen a las subunidades NR1/NR2 del receptor NMDA. Estos autoanticuerpos se detectan en el suero y LCR de niños y mujeres jóvenes, asociados o no, a la presencia de tumores (habitualmente teratoma ovárico). La mayoría de los pacientes desarrollan un síndrome muy característico de curso progreso con 2 fases distintas, la inicial cursa con marcado síndrome neuropsiquiátrico y crisis comiciales, y la tardía, asocia disminución del nivel de consciencia, estupor, catatonia, aparición de movimientos anormales, disautonomía y fallo respiratorio. Las pruebas complementarias suelen ser inespecíficas y el diagnóstico se obtiene por determinación de anticuerpos anti-NMDA en suero o bien en LCR.

CONCLUSIONES

Dado que los niveles de anticuerpos se correlacionan con la severidad clínica individual, es lógico pensar que una inmunoterapia precoz dirigida a disminuir los niveles de anticuerpos se relacione con mejor respuesta a tratamiento y mejor pronóstico.

¿ES SEGURO TROMBOLISAR A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON DABIGATRÁN?: UNA NUEVA CUESTIÓN PARA EL NEURÓLOGO

AUTORES

F. Mira-Berenguer(1), JC. Giner-Bernabeu(2), K. Ben Ghezala (3), I. Beltrán-Blasco (1), P. Welter (4), C. Ruíz (4), O Barakat (5)

Hospital Clínica Benidorm: S. Neurología (1), S. Neurocirugía (3) , S. de Urgencias (4), UCI (5);
Hospital General Universitario de Elche, S. Neurología (2)

INTRODUCCION

El mundo de la anticoagulación oral está sufriendo una revolución con la aparición de diversos agentes alternativos a los derivados cumarínicos. Diversos estudios muestran resultados similares o incluso superiores a los cumarínicos en la prevención del ACV isquémico secundario a la fibrilación auricular no valvular. El primero de estos fármacos en obtener la indicación de profilaxis del ACV isquémico en pacientes con fibrilación auricular fue dabigatrán. El uso de dabigatrán se está extendiendo, por lo que el neurólogo deberá enfrentarse a la cuestión de fibrinolizar o no a un paciente con un ACV isquémico agudo y en tratamiento con dicho fármaco.

METODOLOGIA

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando la base de datos MEDLINE, con los descriptores de búsqueda siguientes: dabigatran, acute stroke treatment, rtPA, thrombolysis y combinaciones de los mismos. Se revisan las guías clínicas de American Stroke Association, European Stroke Organisation y las de la Sociedad Española de Neurología. Igualmente se revisa la ficha técnica del fármaco y se solicita información adicional al laboratorio fabricante.

RESULTADOS

Dabigatran etexilato (profármaco de dabigatrán) es un agente anticoagulante inhibidor directo de la trombina comercializado por Boehringer-Ingelheim España. En Agosto de 2011, la Agencia Europea del Medicamento aprobó su indicación en profilaxis del ACV isquémico en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Actualmente el tratamiento fibrinolítico está contraindicado en pacientes en tratamiento anticoagulante, si bien algunas guías harían una excepción en pacientes con INR <1.7. Hasta el momento se han reportado 3 casos de fibrinólisis intravenosa en ACV isquémico agudo en pacientes que estaban en tratamiento con dabigatrán. El resultado de los mismos es variable así como los pacientes muy diversos: una hemorragia fatal, una recuperación completa y una mejoría en la severidad del ictus. Se analizan los principales factores diferenciales y su potencial efecto en el resultado final. El tiempo de trombina (TT) es el parámetro más sensible para medir la actividad anticoagulante de dabigatrán, si bien el tiempo total de tromboplastina activada (apTT) y el tiempo de ecarina también pueden utilizarse. El tiempo transcurrido desde la última dosis parece ser un factor importante para valorar el riesgo hemorrágico.

CONCLUSIONES

En pacientes bajo tratamiento con dabigatrán, la trombolisis intravenosa debe tenerse en cuenta en casos seleccionados. Para tomar la decisión final, deben valorarse diversos aspectos (tiempo desde la última toma, TT o aPTT) y recabar consentimiento informado (fibrinólisis off-label).

HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA DE LARGA EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Beltrán Blasco I, Mira Berenguer F, Mateu J

Hospital Clínica Benidorm

INTRODUCCION

La Hipotensión intracraneal espontánea ((HIE) es una entidad caracterizada por la aparición aguda o subaguda de una cefalea frontal y occipitocervical con clara relación postural, asociada a una presión baja de LCR. Describimos un caso de cefalea inespecífica de larga evolución con el diagnóstico final de Hipotensión Intracraneal Espontánea.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico.

RESULTADOS

Mujer de 78 años con historia de Carcinoma ductal infiltrante de mama hace 7 años, remitida desde el Servicio de Oncología para valoración de empeoramiento de cefalea occipital de curso crónico. La paciente refería sensación de opresión en zona occipital diaria, iniciada unos 6-7 años atrás mientras recibía quimioterapia neoadyuvante para el Carcinoma y entonces se le realizó una RM craneal con resultados normales. Los síntomas persistieron de forma solapada, con fluctuaciones, atribuyéndose a patología degenerativa cervical ya que refería además cervicobraquialgia derecha de tipo radicular.. La RM craneal actual mostraba una captación de contraste dural difuso, sin otras alteraciones y por parte de oncología se sospechaba proceso infiltrativo meníngeo. La anamnesis reveló una clara relación con el ortostatismo, desapareciendo por completo en decúbito, aunque reconocía cierta mejoría al distraerse y empeoramiento vespertino y en momentos de stress. Negaba visión borrosa o doble. El FO era normal así como el resto de la exploración neurológica. Una RM de columna cervical reveló discopatía degenerativa C5-C6 y C6-C7, con estenosis foraminal derecha C5-C6. Aunque la paciente era reacia a tomar fármacos realizamos un ensayo terapéutico con amitriptilina, sin mejoría y con mala tolerancia. La PL mostró un LCR a 7 cm H₂O y análisis citobioquímico normal. Realizamos inicialmente tratamiento conservador con reposo, cafeína y metilxantinas sin mejoría. Inicialmente no fue posible realizar cisternografía isotópica por lo que se le trató con un parche hemático epidural a nivel de L1-L2. Pese a ello siguió empeorando con visión borrosa y acúfenos, pasando la mayor parte del día en decúbito. Repetimos la RM craneal así como una de columna dorsolumbar, la cual sugirió un pequeño desgarró dural en T7-T8. Para confirmar este hallazgo realizamos Cisternografía Isotópica pero no mostró fugas. Pese a ello repetimos el tratamiento con un segundo parche hemático epidural en T7-T8 consiguiéndose resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

La HIE debe considerarse ante una cefalea crónica refractaria. Las pruebas pueden ser negativas por lo que una anamnesis detallada y un alto grado de sospecha son necesarias para alcanzar este diagnóstico.

MIOPATÍA INFLAMATORIA PARANEOPLASICA ATÍPICA

AUTORES

Pamblanco-Bataller Y.¹, Vílchez J.², Mayordomo F.², Lacruz L.¹, Díaz-Insa S.¹, Guillen C¹.

Hospital Francesc de Borja. Gandia.¹ Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²

INTRODUCCION

La miopatía inflamatoria típicamente asociada a etiología paraneoplásica es la dermatomiositis. Más debatida e incierta es la asociación con polimiositis. La patogenia en la polimiositis es secundaria a citotoxicidad mediada por linfocitos T-CD8+ y el patrón de infiltrado inflamatorio es característicamente endomisial. Más raramente se puede encontrar en miopatías inflamatorias un infiltrado constituido por macrófagos. OBJETIVOS: Descripción de un caso de miopatía inflamatoria paraneoplásica asociada a infiltrado macrofágico.

METODOLOGÍA

Descripción de un caso clínico

RESULTADOS

Presentamos el caso de un varón de 64 años con antecedente de ictus menor sin secuelas, HTA, diabetes mellitus y dislipemia en tratamiento con estatinas, que es valorado por debilidad de cinturas e hiperCKemia. El paciente presentaba desde unos 7 meses antes y con carácter progresivo debilidad de cinturas escapular y pélvica con marcada dificultad para sostener objetos por encima de la horizontal y subir escaleras. Asociaba también progresiva disfagia a líquidos e hipofonía. El examen neurológico constataba debilidad proximal en extremidades superiores e inferiores. La EMG mostró un patrón miopático proximal y en las pruebas de laboratorio presentaba elevación de CK (por encima de 8000), siendo el resto de bioquímica, función tiroidea y serologías negativas. En el TAC tóraco-abdomino-pélvico se evidenció una masa renal sugestiva de hipernefroma. En la biopsia muscular presentaba infiltrado inflamatorio endomisial (HE) e inmunohistoquímica compatible con infiltrado macrofágico abundante. La clínica del paciente sugería el diagnóstico de miopatía inflamatoria. La biopsia muscular es diagnóstica de miopatía inflamatoria con abundantes macrófagos (IMAM). En este caso el estudio de extensión de la miopatía inflamatoria ha desvelado la existencia de un hipernefroma. El tratamiento con prednisona ha mejorado la debilidad muscular.

CONCLUSIONES

La IMAM es un miopatía inflamatoria que puede ir acompañada de alteraciones cutáneas como rash o edema, fenómeno de Raynaud o infiltrado lingual. El infiltrado inflamatorio muscular está constituido por macrófagos de distribución difusa y la necrosis es frecuente. La respuesta a esteroides es favorable como es el caso de nuestro paciente. La asociación a cáncer es rara en esta entidad.

MEDICIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL ÁREA MESENCEFÁLICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LA PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA.

AUTORES J.F Vázquez, I Sastre, J.I. Tembl, I Martínez-Torres, P Sahuquillo, V Parkhutik, A. Lago, J.A. Burguera.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La ecografía transcraneal (ETC) constituye una herramienta útil en el diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento. Los ecógrafos actuales proporcionan imágenes en modo B de la calidad suficiente para medir de forma fiable la ecogenicidad y tamaño de estructuras cerebrales involucradas en la enfermedad de Parkinson (EP) y los parkinsonismos atípicos. La parálisis supranuclear progresiva (PSP) es un parkinsonismo de difícil diagnóstico basado en criterios clínicos. Objetivo: Valorar la utilidad de la medición del área mesencefálica obtenida por ETC en el diagnóstico diferencial de la EP y la PSP.

METODOLOGÍA

Seleccionamos una serie de pacientes diagnosticados de EP según los criterios de la UKPDS y de PSP según los criterios NINDS-SPS. Mediante ETC se obtuvo y almacenó una imagen axial del mesencéfalo. Posteriormente y de forma ciega al diagnóstico clínico, se realizó la medida del área mesencefálica. Así mismo se recogieron características demográficas y clínicas. Mediante el programa SPSS se compararon las características demográficas, clínicas y ecográficas de las dos poblaciones.

RESULTADOS

Se recogieron 34 pacientes (27 EP, 7 PSP). La edad media fue de 68 ± 8 [42 -86], con 23 varones. No hubo diferencias estadísticamente significativas en sexo, edad o frecuencia de factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes con EP y las PSP (60% hipertensión, 33 % dislipidemia and 21% diabetes). Tres pacientes (2 EP, 1PSP) mostraron mala ventana acústica transcraneal. El área mesencefálica fue significativamente mayor en la EP que en la PSP (5.22 ± 0.66 cm² vs 3.74 ± 0.37 cm²; $p < 0,001$). Un área >4.31 cm² predijo con un valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 86% el diagnóstico de EP. En el análisis multivariado, un área >4.31 cm² fue predictor independiente del diagnóstico de EP (OR: 120; $p=0.001$).

CONCLUSIONES

La medición del área mesencefálica por ETC es un parámetro fácil de obtener y barato, que podría ayudar en el diagnóstico diferencial de EP y PSP. Entre sus limitaciones están la experiencia del ecografista y la ventana acústica.