

1.- POEMS: ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA

E.Torres San Narciso, P. Barredo Benítez, C. Díaz Marín, L. Betancourt Gómez, L. González Fernández , J. Giménez Martínez, M.E. Blanco Cantó, D. Corona Garcia, P. González Belmar, C. Diaz Urrea
Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Antecedentes y/u Objetivos:

El síndrome de POEMS es una enfermedad rara con una incidencia no claramente establecida debido a la complejidad de las manifestaciones clínicas que son multisistémicas. Por definición, todos los pacientes con Síndrome de POEMS presentan un desorden monoclonal de células plasmáticas y una neuropatía periférica como alteración neurológica. Nuestro objetivo es describir las características clínicas neurológicas (síntomas iniciales, clínicas predominante, características eléctricas y tratamiento) de una serie de 4 pacientes con diagnóstico confirmado de POEMS.

Método: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Los datos se han recopilado de la historia electrónica de los pacientes.

Resultados: Encontramos en nuestra serie 4 pacientes (3 mujeres y 1 hombre) con una edad media de 54 años, en el 75% la clínica inicial fue neurológica y en un 25% extraneurológica. La neuropatía es sensitiva distal y de predominio en MMII. En el estudio eléctrico destaca que se informan como patrón mixto en la mayoría de los casos, aunque con velocidades enlentecidas en segmentos proximales. Entre las pruebas diagnósticas realizadas están la serie ósea, la determinación de VEGF y aspirado de médula ósea. El tratamiento ha sido heterogéneo (transplante de médula ósea, bortezomib + dexametasona, melfalán + dexametasona...). En todos los casos se ha llegado a la estabilización de la clínica neurológica sin recuperación completa, pese a lo que la situación funcional de los pacientes es en general buena.

Discusión: La sintomatología de los pacientes es variada y ha habido dificultades diagnósticas en muchos de los casos, ensayándose tratamientos ineficaces. Concluimos por tanto con las ideas de que el Síndrome de POEMS es una entidad de diagnóstico difícil por la heterogeneidad clínica y que la neuropatía no tiene un buen pronóstico de recuperación. No existen pautas homogéneas o establecidas respecto al tratamiento en función de la patología neurológica.

2.-RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN EL NEURO-BEHÇET PARENQUIMATOSO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J.García-Ull, L. Pérez-Romero Martínez, E. Cañizares Ledo, F. Domínguez Sanz, J.M Ferrer Casanova, C. Poyatos Ruipérez, A. González-Masegosa. Servicio de Neurología del H. Universitario Dr. Peset. Servicio de Radiología del H. Universitario Dr. Peset.

Objetivos: Presentar dos casos de Neuro-Behçet parenquimatoso, y comparar la respuesta clínica y radiológica al tratamiento.

Método: El caso número uno, es un paciente de 47 años que ingresa en Neurología por diplopía binocular, de cuatro días de evolución, asociando somnolencia y torpeza mental. A la exploración no se observan déficits oculomotores claros, aunque sí diplopía máxima a la mirada hacia la izquierda. Como antecedentes, destaca enfermedad de Behçet familiar múltiple, manifestada con úlceras bucales y genitales recurrentes junto a uveítis, sin tratamiento específico en la actualidad.

El caso número dos es una paciente de 29 años que ingres por presentar cuadro de cuatro días de evolución de embotamiento, inestabilidad al andar, cervicalgia e hipoacusia izquierda, que progresa hasta el día del ingreso, con desviación de la comisura bucal, visión doble, sensación de acorchamiento en lengua, junto a dificultad para mantener la bipedestación. A la exploración la paciente presentaba labilidad emocional, disartria, disfagia, diploplia vertical, paresia facial y del hipogloso derechos, hipoacusia izquierda, hemiataxia izquierda, hemiparesia braquio-crural proporcionada 4/5 y signo de Babinski izquierdo. Como antecedentes destaca enfermedad de Behçet en tratamiento con prednisona y colchicina.

Resultados: En el primer caso, en la resonancia magnética se observó imagen infiltrativa, que afectaba desde protuberancia hasta tálamo y pedúnculos cerebrales con ligero efecto masa en tercer ventrículo, compatible con glioma de bajo grado o lesión inflamatoria; se instauró tratamiento con megadosis de metilprednisolona durante 5 días, con importante mejoría de la hipersomnia y disminución de la amplitud de la diplopía. A las 3 semanas, hay una marcada mejoría radiológica. En el segundo caso, radiológicamente, existía alteración de intensidad difusa pontino mesencefálica. Se instauró tratamiento corticoideo, pero sólo mejoró parcialmente, por lo que se añadió tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y, posteriormente azatioprina. A los 8 meses, en la resonancia sólo existen pequeños focos de gliosis residual.

Conclusión: Ante estos resultados, insistimos en la importancia que tiene incluir la enfermedad de Behçet en el diagnóstico diferencial de los síndromes troncoencefálicos que cursan en forma de brotes.

3.- LEUCOENCEFALOPATÍA HIPOXICO-ISQUÉMICA RETARDADA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Quintanilla Bordás C.*, Lominchar Espada J.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La leucoencefalopatía hipóxico-isquémica retardada (DPHLE) es una rara entidad clínica. Se presenta días o semanas después de sufrir un insulto anóxico prolongado tras una aparente recuperación que puede ser completa y durar días o semanas. La información clínica y radiológica de esta entidad es muy limitada en la literatura. Tradicionalmente se ha asociado a intoxicaciones por CO pero se han descrito en anoxias prolongadas de cualquier etiología. El pronóstico es generalmente bueno, recuperando la mayoría antes de los 6 meses.

Objetivo y método: descripción un caso de leucoencefalopatía hipóxica-isquémica retardada (DPHLE) tras una parada respiratoria.

Resultados: Mujer de 45 años con antecedentes de depresión y abuso de opiáceos es encontrada en su domicilio inconsciente, en parada respiratoria de tiempo indeterminado y neumonía bilateral extensa. Tras estancia en UCI la paciente mejora clínicamente llegando a hablar y caminar con ayuda. Tres días después desarrolla brusco empeoramiento con mutismo acinético y rigidez extrapiramidal. La resonancia magnética inicial previo al empeoramiento clínico mostró pequeños focos de alteración de señal en centros semiovais. En el día 40 de ingreso se evidencia empeoramiento radiológico con hiperintensidad de señal generalizada con restricción a la difusión. Durante las semanas posteriores la paciente mejoró paulatinamente, volviendo a hablar y caminar con ayuda.

Conclusiones: La DPHLE es una entidad rara pero importante de reconocer dado su curso clínico e imagen radiológica particular. Su pronóstico es generalmente bueno, y su reconocimiento es útil para evitar tratamientos e investigaciones potencialmente iatrógenas e innecesarias.

4.-POLINEUROPATIA CON DISAUTONOMIA Y GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO.

M Bonet de la Nuez; M A García Quesada, L Lorente Gómez; D Zamora Pérez; L Navarro Cantó; Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo: La amiloidosis es una entidad a tener en cuenta como causa de polineuropatía mixta con disautonomía.

Material y Método: Varón de 78 sin AP de GMSI, sin FRCV, que ingresa por un síndrome constitucional asociado a hipotensión, bradicardia y debilidad progresiva de MMII que le imposibilita la marcha con diagnóstico inicial de Polineuropatía sensitivo-motora con disautonomía, con estudios analítica general, que incluía perfil endocrino-metabólico-nutricional, autoinmunidad, serología, estudio de LCR, Médula ósea, neuroimagen (Ecografías/TAC Total/RM), EMG/ENG, Biopsia de rectos (negativa de amiloidosis), sin alteraciones de interés orientativa de diagnóstico de etiológico. Se detectó una función renal alterada con proteinuria en rango de síndrome nefrótico y en ecocardiografía un patrón de miocardiopatía restrictiva. Se le realiza una RM cardiaca con hallazgos compatibles con amiloidosis cardiaca y Biopsia de tejido adiposo abdominal: acúmulo de material rojo congo positivo de manera focal en las paredes vasculares, compatible con depósito de amiloide, informado por AP como Amiloidosis AA, Se realizó Biopsia del Nervio sural (pendiente de resultados) y estudios genéticos negativos.

Resultados: Amiloidosis es un término genérico que se utiliza para designar a un grupo heterogéneo de enfermedades cuyo nexo común es el depósito extracelular de agregados fibrilares insolubles, denominado amiloide, que va a alterar la arquitectura y la función normal de órganos y tejidos. Existen dos formas principales de amiloidosis AL, que se asocia a discrasias de células plasmáticas, y la AA o secundaria, que constituye una complicación de enfermedades crónicas. Aunque nuestro caso se informa por AP como amiloidosis AA, opinamos que se trata de una amiloidosis AL por la asociación con Gammapatía monoclonal. En la AL la afectación renal es la manifestación clínica más frecuente, (70%), la cardiomiopatía restrictiva (60%), y la neuropatía periférica sensitivo-motora y/o autonómica (20 y 15%). Conclusiones: Ante un paciente con Polineuropatía mas disautonomía y alta sospecha de Amiloidosis, es recomendable repetir la biopsia.

5.- ALUCINACIONES EN ANCIANO SIN DETERIORO COGNITIVO.

M Bonet de la Nuez; L Lorente Gómez; D Zamora Pérez; M A García Quesada; L Navarro Cantó; M Álvarez Saucó; J Alom Poveda
Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo: El síndrome de Charles Bonnet consiste en la aparición de alucinaciones visuales simples o complejas en pacientes con deterioro de la visión y estado cognitivo conservado.

Material y Método: Presentamos un caso de una mujer de 64 años con antecedentes patológicos a destacar DM tipo 2 con retinopatía. Glaucoma terminal en OD con amaurosis completa, incompleta en OI de más de 5 años de evolución. Acude a urgencias por presentar alucinaciones visuales que describe como animales u objetos inanimados de forma vívida, con coloración intensa, en ocasiones en movimiento, que no le hablan y con clara autocrítica de las mismas. Se valoró con Oftalmología que descartó patología aguda y se ingresó en neurología donde se completó estudio con test neuropsicológicos, analítica, EEG y Neuroimagen sin detectar patología orgánica o uso de sustancias como causa de los síntomas. Se concluye como un síndrome de Charles Bonnet.

Discusión: El incremento de la supervivencia y de las patologías oculares asociada al envejecimiento, está produciendo un aumento de la incidencia del SCB que puede llegar incluso al 60% de los pacientes con baja agudeza visual.

Conclusiones: La presencia de alucinaciones complejas en ancianos con déficit visuales y sin alteraciones cognitivas debe hacernos sospechar en el síndrome de Charles Bonnet.

6.- SÍNDROME DE PIERNAS DOLOROSAS Y DEDOS DE LOS PIES EN MOVIMIENTO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS EN MUJERES JÓVENES.

M.Torregrosa Ortiz¹, L.Lorente Gómez¹, J.C.Giner Bernabeu¹, L.Navarro Cantó¹, P.Jerez García², M.Álvarez Saúco¹. Hospital General Universitario de Elche. Servicio de Neurología¹. Servicio de Neurofisiología².

Introducción y Objetivo: El síndrome de las piernas dolorosas y dedos de los pies en movimiento es una patología poco frecuente, de etiología mayormente desconocida, que presenta mayor incidencia en mujeres de mediana edad (58 años). Nuestro objetivo es describir dos casos en mujeres jóvenes y realizar una exhaustiva revisión de este síndrome.

Material y Método: Presentamos dos pacientes de 24 y 33 años, sin enfermedades previas, que presentan dolor en pies y movimientos involuntarios de los dedos de ambos, la primera sin desencadenante aparente, y la segunda tras esguince en pie meses antes y distrofia simpático refleja secundaria. Se muestra videofilmación de movimientos anormales y registro neurofisiológico, y se revisa la literatura publicada hasta la fecha sobre este síndrome (Pubmed).

Resultados: El registro neurofisiológico evidenció actividad motora continua con movimientos lentos de flexo-extensión de dedos de ambos pies; en un caso a frecuencia de 4-5 Hz, y en el otro de 1-2 Hz. No se encontraron neuro-ni radiculopatías subyacentes y se descartaron causas secundarias analíticas y farmacológicas. Los agonistas dopaminérgicos no revelaron mejoría sintomatológica en ninguna de las dos pacientes mientras que, clonacepam en un caso y pregabalina en el otro, sí manifestaron efectividad clínica.

Conclusión: Describimos dos pacientes con este síndrome de edad más joven a la media descrita, ambas con buena evolución, siendo uno de los casos de etiología idiopática y el otro secundario a traumatismo. Realizamos revisión actualizada de este síndrome.

7.- FLUCTUACIONES CLÍNICAS Y OBSTRUCCIÓN DE GRAN VASO, ¿TRATAR O NO TRATAR?

L. González Fernández, N. López Hernández, N. Vivó Ortí, S. Martí Martínez, L. Hernández Rubio, C. Díaz Urrea, E. Torres San Narciso. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Los pacientes con ictus isquémico con sintomatología leve o rápida mejoría clínica se presentan como un dilema terapéutico. Constituyen la causa más frecuente de exclusión de pacientes del tratamiento fibrinolítico. Esto es así porque se les atribuye un pronóstico favorable y se piensa que existe más riesgo de iatrogenia que beneficios puede aportar una terapia agresiva. Presentamos tres pacientes con estas características y una revisión de la evidencia científica.

Métodos: se trata de tres casos con síntomas de ictus isquémico de menos de 6 h de evolución, fluctuaciones de la clínica y oclusión de gran vaso en los que se tomaron diferentes decisiones terapéuticas según su evolución. Realizamos una revisión bibliográfica de series de pacientes similares y analizamos las variables y los posibles riesgos que nos pueden influir a la hora de tomar la decisión de tratar o no tratar.

Resultados: 1) Mujer de 64 años que ingresa por episodio de afasia aislada. A las 4h se deteriora con un NIH de 14. Estando en ventana temporal límite se mantiene estable con un NIH de 6 por lo que se decide no realizar trombectomía. A las 24h se deteriora con un NIH de 22. 2) Hombre de 62 años que ingresa con un NIH de 9. La clínica mejora hasta un NIH de 2 por lo que se decide no tratar. A las 2h empeora. Sin embargo, al estar aún dentro de ventana temporal se decide realizar tratamiento endovascular. 3) Hombre de 56 años aceptado como código ictus con un NIH de 17. Una hora después mejora e ingresa con un NIH de 4. Se inicia la fibrinólisis pero a la media hora se deteriora por lo que se decide realiza trombectomía. El paciente se mantiene estable hasta el alta con mismo NIH. Se tiene evidencia que los ictus con síntomas leves que se deterioran neurológicamente sin tratamiento son los que al ingreso presentaban NIH>10 y una oclusión de gran vaso. Aquellos tratados presentaban un mejor pronóstico funcional a los 3 meses con bajo riesgo de hemorragia postratamiento.

Conclusiones: los ictus con síntomas leves no siempre tienen un curso clínico favorable. Aquellos que se inician con un NIH alto y presentan un gran vaso ocluido se mantienen estables gracias a la circulación colateral. Cuando esta compensación cesa tienen un alto riesgo de deteriorarse por lo que son candidatos a tratamiento de revascularización aguda.

8.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 16 PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ PARA INFILTRACION CON ONABOTULINUMTOXINA

Martín Ibáñez N, Diaz Insa S, Ibáñez Julia MJ, Aguilera Linares C, Hospital Univesitari i Politècnic la Fe, Valencia. Correspondencia: Nuria Martín Ibáñez. Hospital la Fe de Valencia

Introducción y objetivo: La migraña crónica es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la Unidades de Cefaleas , considerada por la OMS una de las enfermedades más discapacitantes. Se recogen las características clínicas de los pacientes con migraña crónica que reciben por primera vez tratamiento con OnabotulinumtoxinA.

Método: Se han estudiado 16 pacientes con migraña crónica que acuden por primera vez a la consulta de cefaleas del Hospital la Fe para infiltración de OnabotulinumtoxinA desde septiembre de 2014 a febrero de 2015. Se recogen datos demográficos, factores de riesgo de cronificación de la migraña, características de las crisis y tratamientos. Además todos los pacientes son evaluados mediante la escala HIT 6, escala de calidad de vida de la migraña (MSQOL), escala de alodinia (ASC-12), MIDAS y escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)

Resultados: El 94 % de los pacientes fueron mujeres. El tiempo de evolución medio fue de 29 años. En todos los casos el número de crisis fue superior a 10 al mes. En relación a los factores de riesgo modificables de cronificación de la migraña se detectó abuso de analgésicos en un 31 %, obesidad en un 19 %, apnea del sueño/roncopatía en un 50 %. Un 37 % de los pacientes referían síntomas de ansiedad y un 44 % de depresión. La alodinia estaba presente en un 75 %. Se estudiaron las características de la crisis, calidad de vida y discapacidad en el mes previo al inicio de tratamiento con OnabotulinumtoxinA. La media de crisis de intensidad grave por paciente fue de 12. El consumo medio de triptanes fue de 14,5 comprimidos por mes . La puntuación media del HIT 6 fue de 69. Un 56 % de los pacientes presentaba una discapacidad grave y un 31 % moderada en el test de MIDAS . La puntuación media en la escala de migraña de calidad de vida (MSQOL) fue de 62/84. Un 56 % obtuvo una puntuación compatible con ansiedad en el test de Goldberg y un 50 % compatible con síntomas depresivos, con coexistencia de ambas patologías en un 44 % de los casos.

Conclusiones. Los pacientes con migraña crónica presentan una alta frecuencia de crisis de intensidad grave, con un consumo de triptanes elevado lo que produce un alto impacto en la calidad de vida, en el trabajo y en las actividades diarias. Se asocia con ansiedad y depresión en más de la mitad de los casos. En estos pacientes que presentan elevada discapacidad por la migraña el tratamiento con OnabotulinumtoxinA podría ser una alternativa eficaz cuando no hay respuesta a la terapia convencional.

9.- ACETATO DE ESLICARBAZEPINA EN MONOTERAPIA: SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE.

S. Palao Duarte. Hospital General de Alicante.

Introducción y Objetivos: El 60-70% de pacientes epilépticos mantienen un buen control de las crisis en monoterapia. La elección del antiepiléptico (FAE) es una decisión clínica basada en el tipo de epilepsia, el perfil del paciente, sus comorbilidades y la evaluación de potenciales interacciones farmacológicas. Por tanto, no existe un protocolo estandarizado sino sólo una serie de recomendaciones. El acetato de eslicarbazepina (ESL) es un antagonista de los canales de sodio dependientes de voltaje que pertenece a la misma familia que la carbamazepina y la oxcarbazepina. Estos FAEs están recomendados como tratamiento inicial en monoterapia en la epilepsia focal. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y tolerabilidad del ESL en monoterapia en un grupo de pacientes con epilepsia focal a los 6 meses.

Método: Estudio retrospectivo de una serie de 24 pacientes de la consulta monográfica de epilepsia en el Hospital General de Alicante seguidos durante 6-12 meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con crisis focales que fueron tratados con ESL en monoterapia inicial o tras el uso de 1-3 antiepilépticos (FAEs). Los datos fueron recogidos de forma retrospectiva a través de las historias clínicas. Se analizó la edad, sexo, tipo de crisis, años de evolución de la epilepsia, frecuencia de crisis y antiepilépticos previos, motivo de inicio de este FAE, eficacia y tolerabilidad a los 3 y 6 meses, así como otros posibles efectos beneficiosos.

Resultados: Total de 24 pacientes, 50% varones. Edad media: 54 años. La etiología vascular es la más frecuente. 24 pacientes tienen seguimiento hasta los 6 meses, 19 (79,16%) hasta los 12 meses. En 8 pacientes (33,3%) se inicia ESL como primera monoterapia, 13 (54,2%) habían probado 1 FAE previamente y 3 (12,6 %) más de 2 FAEs. En el 83,3% y el 70,83% de los casos mantienen la monoterapia a los 3 y 6 meses respectivamente. El 87,5% y 84,2% se mantienen libre de crisis o son respondedores a los 3 y 6 meses respectivamente. Aparición de efectos adversos (EA) en el 37,5 % a los 3 meses, de los cuales motiva retirada final en el 44,4% de los casos. El mareo es el EA más frecuente. Se elige como terapia inicial por su simplicidad de administración en el 66,6% de los casos y para mejorar el ánimo en el 33,33%.

Conclusiones: El ESL parece ser efectivo y bien tolerado como tratamiento en monoterapia en pacientes con epilepsia parcial de reciente comienzo o que hayan recibido 1-3 FAEs previamente. Entre sus ventajas se encuentra su forma de administración en dosis única que mejora la adherencia terapéutica y el ser un estabilizador del ánimo

10.- AUMENTO DE LA AUTONOMÍA POR INTERVENCIÓN TEMPRANA EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. LA NEURORREHABILITACIÓN TEMPRANA.

E Sánchez Durán, J Oltra-Cucarella, R Martín, M Menchón, G Sirvent, E Lucas. Fundación Casaverde. Hospital de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde

Introducción: Existe en la literatura suficiente evidencia para recomendar la rehabilitación neurológica interdisciplinar tras un episodio de daño cerebral adquirido (DCA). Sin embargo, se desconoce cuál debe ser el tiempo de latencia óptimo para derivar a los pacientes con DCA a un servicio de rehabilitación neurológica para evitar la dependencia mantenida en el tiempo. **Objetivos:** determinar el tiempo óptimo de latencia entre el episodio de DCA y el inicio de la rehabilitación neurológica interdisciplinar.

Método: análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde de Alicante con primer episodio de DCA. Se categorizó la latencia entre el episodio y el inicio de la rehabilitación mediante 5 categorías: <1 mes, 1-3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses, >12 meses. La variable dependiente fue la puntuación en el índice de Barthel y las categorías de dependencia asociadas: 0-15, dependencia total; 20-35, dependencia grave; 40-55; dependencia moderada; 60-95, dependencia leve; 100, independencia. Se realizaron análisis descriptivos univariantes y multivariantes. Las variables independientes fueron el factor tiempo (ingreso/alta) y el tiempo de estancia (covariable).

Resultados: La muestra se compone de 51 pacientes, 24 de ellos mujeres (47.05%). El diagnóstico más frecuente fue el de ictus isquémico. La edad media de los pacientes fue de 56.11 (Dt = 17.89), y la estancia media de 169.67 días (Dt = 69.58). Las puntuaciones al alta fueron mayores que al ingreso (ANOVA de medidas repetidas, $p = .000$). La diferencia en las puntuaciones al ingreso y al alta en los grupos <1 mes y 1-3 meses fue mayor que en el grupo >12 meses incluso controlando el tiempo de estancia (ANCOVA de medidas repetidas, $p = .033$). Al separar los grupos en <1 mes y >1 mes, se hallaron patrones diferentes de dependencia. El grupo de >1 mes presentó niveles superiores de dependencia grave al ingreso y al alta, aumentó la dependencia moderada, duplicó la dependencia leve y no modificó la independencia al alta. El grupo de <1 mes presentó menor dependencia grave al ingreso y al alta, redujo la dependencia moderada, duplicó la dependencia leve y multiplicó por 4 la independencia al alta.

Conclusiones: El presente trabajo demuestra la necesidad de realizar intervenciones tempranas tras sufrir un DCA, puesto que impedir un tratamiento precoz dentro de los 30 primeros días podría limitar la recuperación funcional máxima que las personas con DCA pueden conseguir. La derivación para el inicio del tratamiento neurorrehabilitador intensivo debe producirse dentro de los 30 primeros días tras el episodio de DCA para conseguir el máximo beneficio terapéutico.

11.- EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO INTRARTERIAL DEL ICTUS ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL LA FE.

LI. Morales, D. Górriz, JI Temb, G. Fortea, F. Aparici, E. Mainar, V. Vázquez-Añón, A. Wicht, A. Ponz, J. Gil, A. Lago. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; Hospital Clínic de Valencia.

Objetivo: Describir la situación funcional a los tres meses de los pacientes con ictus isquémico sometidos a intervencionismo vascular por contraindicación para fibrinólisis sistémica con rtPA o como tratamiento de rescate.

Material y métodos: Recogemos los pacientes con ictus sometido a tratamiento intrarterial desde enero de 2014. Se consideró independencia funcional (IF) aquellos pacientes con ≤ 2 puntos en la escala modificada de Rankin (mRs) a los 3 meses. Se analizó la asociación entre la IF y la presencia de variables demográficas, factores de riesgo vascular, la gravedad clínica (NIHSS), el grado de recanalización y circulación colateral observados por arteriografía. Realizamos un análisis univariante comparando el resultado de IF con las variantes recogidas.

Resultados: Se recogieron 51 pacientes atendidos como código ictus en nuestro centro, a 48 de los cuales se les realizó trombectomía mecánica en el mismo o en el Hospital Clínic de Valencia. De estos el 56.9% fueron hombres, la media de edad fue de 64.2 años, presentaron una mediana de NIHSS al ingreso de 20. El tiempo medio hasta el inicio del tratamiento intrarterial fueron 276 minutos. En un 29.2% de ellos se realizó sin fibrinólisis iv. En 4 pacientes la arteriografía no fue seguida de tratamiento. Un 35% de los pacientes tratados alcanzaron un mRs ≤ 2 a los 3 meses. Se detectó una asociación entre este resultado y el no ser hipertenso ($p < 0.041$), la edad ($p < 0.001$, inversamente proporcional), el grado de circulación colateral observada en la arteriografía ($p = 0.041$), la recanalización con TICI score 2b o 3 ($p = 0.042$) y la transformación hemorrágica ($p = 0.037$).

Conclusiones: Los pacientes sometidos a tratamiento intrarterial son pacientes graves con elevada morbimortalidad sin tratamiento. Observamos que un tercio de los pacientes alcanzan la IF a los tres meses, particularmente aquellos jóvenes con características angiográficas favorables.

12.- EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE BIOMARCADORES DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO.

M. Bas Abad; MS. Campillo Alpera(1); B. Mollá Insa; MP. Yanguas Ramirez; L. Salais López. Servicio de Neurología, Hospital Universitario General de Castellón; (1)Unidad de Memoria y Demencias, Hospital La Magdalena.

Introducción y objetivos: Los nuevos criterios diagnósticos para la Enfermedad de Alzheimer (EA) y el deterioro cognitivo leve (DCL) debido a EA incluyen el uso de los biomarcadores, entre otros β -amiloide ($A\beta$), fosfo-tau (P-tau) y tau total (T-tau) en líquido cefalorraquídeo (LCR), para aumentar la certeza diagnóstica. Aunque en las guías diagnósticas se propone su uso con fines de investigación, la realidad es que ya están disponibles en la práctica clínica, a falta de una estandarización y protocolos para su uso. Nuestro objetivo es revisar la utilidad de la determinación de dichos biomarcadores en un grupo de pacientes estudiados en una unidad de demencias especializada.

Método: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes con diagnóstico de DCL y demencia EA posible, según criterios NIA-AA de 2011, durante un periodo de dos años en los que se realizó determinación de $A\beta$, P-tau y T-tau en LCR, además de las exploraciones complementarias habituales.

Resultados: De los 20 pacientes (10 mujeres y 10 varones) en los que se realizó punción lumbar, había 17 pacientes con diagnóstico de DCL (2 amnésico, 13 amnésico multidominio, 2 no amnésico) y 3 pacientes con demencia EA posible. La mediana de edad fue de 62.5 años. La exploración neurológica fue normal en todos salvo en 5 casos. La puntuación media en el MMSE fue de 26/30. En todos ellos se realizó analítica de despistaje para demencias y estudio de neuroimagen: TC craneal en 8 y RM cerebral en 12, ninguno de estos mostró atrofia del lóbulo temporal medial significativa. El SPECT mostró hipoperfusión temporo-parietal en 2 pacientes, de los 16 realizados. Mediante el patrón positivo ($A\beta < 500$ pg/ml, T-tau > 350 pg/ml, P-tau > 85 pg/ml) se confirmó etiología EA en 4 de los pacientes del grupo DCL y en 1 del grupo demencia EA posible.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las limitaciones de una serie pequeña y tiempo de evolución, el uso de los biomarcadores en LCR de pacientes con DCL y demencia EA posible, nos ha resultado útil ya que ha permitido descartar etiología EA evitando así tratamientos inapropiados. No obstante, aún está por determinarse su valor diagnóstico y pronóstico, así como la estandarización de resultados entre diferentes laboratorios.

13.- TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS AGUDO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE: UN AÑO DE EXPERIENCIA

M.E. Blanco Cantó; N. López Hernández; A. Pampliega Pérez; S. Martí Martínez; N. Vivó Orti; L. Hernández Rubio; E. Torres San Narciso; L. B. Betancourt Gómez; J.M. Giménez Martínez; F. Ballenilla Marco; J.I. Gallego León; C. Rodríguez Fernández; A. Luttich Uroz.

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Servicio Neurorradiología Intervencionista. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: En los pacientes con un ictus isquémico agudo debido a la oclusión de gran vaso el tratamiento endovascular ha demostrado mejorar el pronóstico. En febrero del 2014, se inicia el nuevo protocolo del tratamiento endovascular en la Comunidad Valenciana en la fase aguda del ictus. Presentamos la experiencia tras un año de su aplicación en nuestro centro.

Material y métodos: Se describen todos los pacientes que han recibido tratamiento endovascular (trombolisis intraarterial o trombectomía mecánica) primaria o de rescate entre el 1 de Febrero del 2014 y el 1 de Febrero de 2015, realizados en el Hospital General Universitario de Alicante.

Resultados: Se trataron un total de 74 pacientes, 46 hombres (62%), con una media de edad de 64 años. De ellos, sólo un 26% procedían del propio departamento de Alicante, siendo el resto derivados de otros departamentos. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la punción arterial fue de 279 minutos (rango 130-875). El NIHSS medio en urgencias fue de 17. Los sitios de oclusión fueron la ACM segmento M1 (42%), ICA cervical (1%), ICA distal (4%), T-carotídea (7%), oclusión en tándem (31%) y vertebrobasilar (12%). Un 61% recibieron previamente tratamiento fibrinolítico endovenoso. Las modalidades de tratamiento endovascular empleadas fueron: trombectomía mecánica en 57 pacientes (77%), tratamiento fibrinolítico intraarterial en 3 pacientes (4%), y tratamiento combinado en 14 (19%). Para la trombectomía mecánica se usaron stent retrievers en el 92% de los casos, y tromboaspiración en el 14%, consiguiéndose la extracción completa del trombo en 49 pacientes (84%). Un 10% de los pacientes presentaron transformación hemorrágica PH-1 o PH-2 en el TAC de control a las 24 horas. En 32 pacientes (43,2%) se obtuvo una mejoría ≥ 5 puntos de la escala NIH (ingreso respecto al alta) y en 20 pacientes (27%) la mejoría fue de ≥ 10 puntos. La mortalidad al alta fue del 23%.

Conclusiones: El tratamiento endovascular ha demostrado una mejoría del pronóstico del ictus isquémico agudo debido a oclusión de gran vaso. Pese a la gravedad de los pacientes incluidos en nuestra muestra, consideramos que el resultado global ha sido satisfactorio, y que la implementación de este tratamiento dentro del proceso global de atención al ictus agudo es necesaria. La adecuada selección de los pacientes y el adecuado funcionamiento del código ictus nos parecen piezas clave para mejorar los resultados de este procedimiento.

14.- SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE ESTIMULACIÓN OCCIPITAL EN CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA REFRACTARIA.

E. Guillamón, A. García, G. García, P. Roldán, J.M. Láinez. Servicio de Neurología Hospital Clínico Universitario de Valencia; Servicio de Neurocirugía Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: La cefalea en racimos se considera como una de las cefaleas primarias más dolorosa e incapacitante. Alrededor de un 10-15% de estos pacientes desarrollan la forma crónica, de los cuales un 10-20% no responden a ningún tipo de medicación. Estos pacientes sufren crisis recurrentes que limitan su calidad de vida. Las series de casos sugieren que la estimulación del nervio occipital puede ser efectiva a corto plazo como tratamiento de la cefalea en racimos crónica.

Objetivos: Evaluar la eficacia a largo plazo de la estimulación del nervio occipital en pacientes con cefalea en racimos crónica que no responden a tratamiento farmacológico.

Método: Presentamos datos de eficacia, seguridad y tolerabilidad de todos los pacientes con cefalea en racimos a los cuales se les ha implantado un estimulador occipital bilateral en nuestro centro desde 2006.

Resultados: Dieciséis pacientes con cefalea en racimos crónica se les ha implantado un estimulador occipital bilateral. La edad media fue de 44.75 años (rango 25-70 años). Doce fueron mujeres y cuatro hombres. El tiempo de seguimiento fue entre 1-8 años (media 4.5). La mejoría fue: ocho pacientes quedaron asintomáticos, dos pacientes cambiaron a cefalea en racimos episódica, cuatro pacientes presentaron una mejoría mayor al 50%, un paciente no presentó mejoría y un paciente cambió a cefalea en racimos crónica contralateral. En nueve pacientes se retiró el tratamiento preventivo. Las complicaciones en estos pacientes fueron: tres explantes del sistema, dos migraciones y tres recambios de batería.

Conclusión: La estimulación occipital es un buen tratamiento para la cefalea en racimos crónica y mantiene su eficacia durante varios años. Esta técnica es segura pero la tasa de complicaciones es elevada en el seguimiento a largo plazo.

15.- EXPERIENCIA CON LA COMBINACIÓN DE RITUXIMAB CLOFOSFAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE SÍNDROMES NEUROLÓGICOS PARANEOPLÁSICOS CON ANTICUERPOS ONCONEURONALES.

H. Argente-Escrig (1), E. Torres Vega (2), Ll. Morales Caba (1), C. Valero Merino (3), J. López Arqueros (4), I. Sastre Bataller (1), C. Alcalá Vicente (1), T. Sevilla Mantecón (1,2), L. Bataller Alberola (1,2).

(1) Servicio de Neurología, (2) Laboratorio de Neurología Experimental, Hospital Universitari i Politecnic La Fe, Valencia; (3) Sección de Neurología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia; (4) Sección de Neurología, Hospital General de Requena, Valencia

Introducción: Los síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) son aquellos que ocurren como manifestación remota de un tumor sistémico. La mayoría son producidos por mecanismos inmunológicos. El pronóstico de los SNP con anticuerpos onconeuronales dirigidos frente a antígenos intracelulares es sombrío, a pesar del tratamiento combinado anti-neoplásico e inmunosupresor. Actualmente se desconoce cuál es la mejor estrategia terapéutica de inmunosupresión en estos casos.

Método: Revisión retrospectiva de las características clínicas y evolutivas de pacientes con SNP con anticuerpos onconeuronales tratados con la combinación de Rituximab y Ciclofosfamida intravenosa en bolos mensuales en nuestro centro en los últimos 5 años.

Resultados: Se estudiaron cinco pacientes (tres hombres/dos mujeres), con edades comprendidas entre los 40 y 70 años. Los pacientes presentaron una degeneración cerebelosa (4) o una neuropatía sensitiva (1) subaguda. Los anticuerpos relacionados fueron: anti-Yo (1), anti-GAD (1), anti-CV2 (2) y anti-Hu (1). Los tumores asociados fueron: carcinoma pélvico indiferenciado (1), carcinoma pulmonar microcítico (1) y tumor neuroendocrino tímico (1). En dos pacientes no se encontró un tumor con un seguimiento de 4 meses y 3 años respectivamente. Los pacientes recibieron un tratamiento de inducción con 4 dosis de Rituximab junto con 1-2 dosis mensuales de 750 mg/m² de Ciclofosfamida intravenosa. Durante un seguimiento de entre 3 meses y 5 años, cuatro pacientes recibieron dosis de recuerdo de Rituximab (3) y Ciclofosfamida (3) por agravamiento de los síntomas (que en ningún caso supuso una peor puntuación en la escala de Rankin). En tres pacientes se consiguió una estabilización de los síntomas neurológicos de entre 3 meses y 5 años. Mientras que en dos se alcanzó una estabilización inicial de los síntomas neurológicos durante 4 y 18 meses respectivamente, pero fallecieron de progresión tumoral (1) o complicaciones infecciosas del proceso (1).

Conclusiones: Los pacientes con SNP asociados a anticuerpos onconeuronales frente a antígenos intracelulares tienen mal pronóstico. La asociación al tratamiento antineoplásico de un esquema de inmunosupresión agresiva mediante la combinación de Rituximab y Ciclofosfamida puede conseguir la estabilización de los síntomas neurológicos de estos pacientes.

16.-CORRELACIÓN ENTRE SITUACIÓN CLÍNICA Y LABORAL EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE.

L. Betancourt Gómez, C. Díaz Urrea, E. Torres San Narciso, C. Díaz Marín, R. Sánchez Pérez.

Hospital General Universitario Alicante. Servicio de Neurología.

Introducción: La miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune que llega a limitar la capacidad física y por consiguiente la capacidad laboral de los pacientes. Para clasificar la gravedad clínica de los pacientes con MG se utiliza habitualmente la clasificación de Osserman. Esta clasificación es la más utilizada por ser sencilla y tener una buena correlación con la situación funcional.

Objetivos: Describir la situación laboral de los pacientes con MG que se atienden en la consulta de Neurología del HGUA y Correlacionar la actividad laboral con la situación funcional de los pacientes medida por la escala de Osserman.

Materiales y Métodos: Se revisó la base de datos CIBERNER-ENM y se seleccionaron los pacientes que se atienden en la consulta de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante con el diagnóstico de Miastenia Gravis, en seguimiento actual. Se recogen las siguientes variables: diagnóstico (MGO, MGG), edad (años), sexo (masculino, femenino), grado de Osserman (asintomático, grado I, grado IIA, grado IIB, grado III, grado IV), situación laboral (jubilado por edad o por otra enfermedad distinta a MG, jubilado por MG, desempleado, empleado por cuenta ajena, empleado por cuenta propia, ama de casa) y horario de trabajo (tiempo completo, tiempo parcial, no activo).

Resultados: Se revisaron 63 pacientes con diagnóstico activo de MG en nuestra base de datos. La mediana de edad fue 63 con una desviación típica 16,3. Un 57.1% eran varones y un 42.9% mujeres. De ellos el 46% presentaba un diagnóstico de MGO y un 54% de MGG. Los grados de Osserman fueron: 0 (28.6%), I (38.1%), IIA (28.6%), IIB (3.2%) , III (0%) y IV (1.6%). De estos 63 pacientes sólo hemos obtenido información sobre la situación laboral de 43 de ellos: 14% eran amas de casa, 14% estaban desempleados, 25.6% empleados por cuenta ajena, 11.6% empleados por cuenta propia, jubilados por edad u otra enfermedad 25.6% y jubilados por MG un 9.3%. De estos pacientes un 14% se encontraba no activo debido a la MG y un 86% por una limitación diferente a la MG.

Se realizó un análisis de los pacientes según grado de Osserman agrupado en (asintomáticos y MGOy, generalizada sintomáticos (grados IIA, IIB, III y IV)) y su relación con la situación actual de No activo por MG o se encontraba en una situación laboral activa o No activa diferente de MG.

Donde obtuvimos que en los asintomáticos y grado I: se encontraban No activos por MG un total de 4 pacientes (14,3%) y en el grupo de generalizada sintomáticos: se encontraban 2 pacientes (13,3%), por lo que no hay diferencia en ambos grupos.

Conclusión: No se han encontrado diferencias en la situación laboral de los pacientes, en relación al grado clínico de la enfermedad. Los pacientes jubilados por MG o No activos por MG están distribuidos en los diferentes grados de Osserman.

17.- LESIONES DESMIELINIZANTES PSEUDOTUMORALES INFLAMATORIAS DEL SNC. REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN. (PERIODO 2010-2015)

P. Yanguas Ramírez.; A. Belenguer Benavides, B. Mólta Insa; M. Bas Abad; L. Salais López. Servicio de Neurología. Hospital Universitario General de Castellón

Introducción: Las formas desmielinizantes pseudotumorales inflamatorias del SNC (DPI) son una rara condición con pocas descripciones en la literatura y de pronóstico y curso no bien definido. Suponen un reto diagnóstico, especialmente cuando aparecen al inicio de la enfermedad, debiéndose diferenciar principalmente de tumores del SNC.

Métodos: Describimos de forma retrospectiva una serie de casos de DPI atendidos en nuestro hospital en los últimos 5 años. Evaluamos las características clínicas, radiológicas, respuesta a tratamiento y datos de seguimiento. Definimos las lesiones según la clasificación morfológica propuesta por el grupo MAGNIMS.

Resultados: 8 pacientes fueron diagnosticados de DPI en nuestro hospital; la proporción mujeres y hombre fue de 1:1, y la edad media de inicio de los síntomas fue de 33 años (mínimo 19à, máximo 55à, desv: 12,18). En 7 de los 8 pacientes fue el primer evento clínico compatible con enfermedad desmielinizante del SNC. Las presentaciones clínicas fueron polisintomáticas, predominando los cuadros sensitivomotores. El 50% de los pacientes presentaron más de 1 lesión en RM cerebral al diagnóstico, pero solo uno cumplía criterios de McDonald para Esclerosis Múltiple. Según criterios radiológicos encontramos 4 pacientes con enf. de Baló, 3 con lesiones infiltrativas y 1 paciente con lesión en anillo. Cabe destacar la negatividad de BOC en 7 de los 8 pacientes. La biopsia se realizó en un total de 3 pacientes, mismo número que necesitó de altas dosis de tratamiento inmunosupresor dada la agresividad del cuadro clínico. La mediana de seguimiento fue de 22 meses, y la media de EDSS a largo plazo fue de 1,5; tan solo 2 pacientes han desarrollado EM definida, mientras que el resto mantienen un síndrome clínico aislado.

Conclusiones: A pesar de la baja incidencia descrita en la literatura, encontramos un número elevado de casos pseudotumorales en nuestro centro, destacando las formas tipo Baló. Las formas DPI representan frecuentemente un reto diagnóstico. Las características de las lesiones en RM, el LCR, y la biopsia cuando es necesario permiten un correcto diagnóstico. El reconocimiento de estas entidades de forma precoz conlleva un tratamiento óptimo evitando posibles secuelas. Nuestra serie apoya las revisiones más recientes que hablan de una enfermedad autolimitada y de curso relativamente benigno.

18.- DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE POSTUROGRAFÍA ONLINE EMPLEANDO PLATAFORMAS DE PRESIÓN DE BAJO COSTE

E. Noé, R. Llorens, C. Colomer, J. Latorre, I. Verdecho, A. Baldoví, C. Rodriguez Sanchez-Leiva, J.M. Climent, B. Moliner, G. Martinez-Crespo, J. Ferri.

Servicio de Neurorrehabilitación y Daño Cerebral, Hospitales NISA; Instituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano (Labhuman), Universitat Politècnica de València.

Introducción: Gran parte de las enfermedades neurológicas afectan al control postural generando una importante limitación funcional. Los sistemas de posturografía convencionales permiten valorar objetivamente este problema a través del análisis del centro de presiones (COP), sin embargo el uso generalizado de estos sistemas está limitado por el coste y por otros aspectos ergonómicos.

Objetivo: Diseñar y validar clínicamente un sistema gratuito de posturografía accesible vía web y basado en la plataforma de presión Nintendo® Wii Balance Board (Wii-BB).

Método: Se presenta un sistema gratuito y online en el que la determinación del COP se realizó a través de la información proporcionada por la Wii-BB de acuerdo a un software específico. Se analizaron 144 sujetos sanos (rango: 10-80 años) y se determinó el patrón de normalidad (percentil >16) del COP en el test clínico modificado de interacción sensorial en el equilibrio (mCTSIB) y en el test de límites de estabilidad (LOS). Se analizó la sensibilidad del sistema y se determinó su validez concurrente correlacionando los datos obtenidos por 53 pacientes con ictus valorados a su vez con el sistema posturográfico NedSVE/IBV así como con diferentes escalas clínicas (Berg, Up-and-Go, Alcances, Escaleras, 10m marcha). Finalmente, se realizó un estudio de reproducibilidad del sistema en 10 sujetos con ictus mediante un análisis de validez inter e intraobservador (ICC, SEM y cambio mínimo detectable). Resultados: Se muestra el patrón de normalidad centilado para cada variable del sistema posturográfico-Wii-BB ajustado a rangos de edad (décadas). Nuestro sistema mostró una aceptable correlación entre las distintas escalas clínicas y la velocidad del COP en las pruebas del mCTSIB ($r > 0.4$, $p < 0.01$) así como con el desplazamiento medio del COP en la prueba de LOS ($r > 0.5$, $p < 0.01$). Nuestro sistema posturográfico mostró una excelente correlación con el sistema comercial NedSVE/IBV ($r > 0.8$, $p < 0.01$ en todas las correlaciones). El sistema mostró una excelente reproducibilidad tanto inter como intraobservador ($r > 0.8$, $p < 0.01$ en todas las correlaciones).

Conclusión: La tecnología de bajo coste como la Wii-BB puede adaptarse al ámbito clínico consiguiendo sistemas con excelentes propiedades psicométricas, como el aquí descrito para el análisis del control postural, a lo que se añaden las ventajas tecnológicas del coste, accesibilidad y portabilidad.

19.- EXPERIENCIA CLÍNICA CON TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

L. Saláis López, B. Mollá Insa, M. Bas Abad, MP. Yanguas Ramirez, B. Claramonte Clausell. Servicio de Neurología Hospital Universitario General de Castellón.

Introducción y Objetivos: La migraña crónica se define por la presencia de cefalea 15 o más días al mes, de los que al menos 8 deben cumplir criterios de migraña con o sin aura durante al menos 3 meses. El objetivo del estudio es valorar nuestra experiencia clínica en el tratamiento de la migraña crónica con toxina botulínica.

Método: Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes con migraña crónica que han recibido infiltraciones con toxina botulínica según el protocolo PREEMPT (150 U) entre Enero de 2012 y Diciembre de 2014, en la consulta de toxina de nuestro hospital, siendo remitidos desde consultas de Neurología general. A través de entrevista telefónica se determina la mejoría subjetiva, cambios en intensidad y frecuencia de cefalea, consumo previo y actual de fármacos profilácticos y analgésicos, así como la disminución de visitas a urgencias, frecuencia de episodios intensos y efectos adversos.

Resultados: Se recogen 23 pacientes con cefalea que han sido infiltrados con toxina, de los cuales se excluyen 4 por no cumplir criterios de migraña crónica (3 cefaleas tensionales y una cefalea en racimos). Entre los 19 pacientes restantes dos son hombres (10,5%) y 17 mujeres (89,5 %) con una edad media de 48,95 años. Dos de ellos abandonan el tratamiento (10,5%). La media de infiltraciones por paciente es de 5 (rango: 1-11). El 76,5% previamente habían sido tratados con al menos 3 fármacos preventivos. El 94,1% refiere mejoría subjetiva (reducción >50% del número de días con cefalea en la mitad de los pacientes y disminución de la intensidad de cefalea >50% en el 43,8%). También se ha reducido la frecuencia de visitas a urgencias (64,7%) y de episodios intensos (76,5%). Todos refieren menor consumo de analgésicos. Un 31,3% han presentado algún tipo de reacción adversa a la toxina (cervicalgia, debilidad de musculatura orbicular o debilidad de musculatura cervical), pero en ningún caso han sido motivo de abandono del tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con toxina botulínica en la migraña crónica de pacientes refractarios a tratamiento médico muestra gran eficacia en las variables analizadas en el estudio con mejoría subjetiva en la calidad de vida. Aunque se detecta un importante porcentaje de reacciones adversas, estas son leves y transitorias por lo que no son causas directas de abandono.

20.- PRIMER AÑO TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, LA EXPERIENCIA DEL HGCS.

B. Mollá Insa, M. Bas Abad, MP. Yanguas Ramírez, L. Salais López, C. Vilar Fabra; D. Geffner Sclarsky; C. Soriano Soriano. Hospital Universitario General de Castellón (HGCS)

Introducción y objetivos: El actylise endovenoso (r-tpa ev) es el único tratamiento aprobado para el ictus isquémico en fase aguda, pero éste tiene una amplia lista de contraindicaciones, estrecha ventana terapéutica y menor tasa de recanalización en oclusiones de gran vaso. El 1/1/2014 se implantó en la Comunidad Valenciana el protocolo para tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. El objetivo principal de nuestro estudio es describir un año de experiencia con la aplicación del protocolo. Analizar aquellos pacientes que han recibido tratamiento endovascular de forma directa y los que no (terapia de rescate), así como determinar la seguridad, eficacia y pronóstico del mismo.

Método: Estudio retrospectivo a partir de base de datos recogida de forma prospectiva de códigos ictus activados en el HGCS entre 1/1/2014-31/12/2014. En pacientes sometidos a tratamiento endovascular se recogen datos de: NIHSSinicial, a los 40 minutos (si r-tpa ev), a las 24h del tratamiento y al alta; así como Rankin (mRs), Barthel al alta y grado de revascularización (TICI) y de hemorragia sintomática tras tratamiento.

Resultados: En 2014 se activaron 318 códigos ictus (52% varones, con mediana de edad: 73 años, 25-97), 68% con diagnóstico inicial de ictus isquémico. El 22% de estos recibieron tratamiento en el momento agudo.

15 pacientes (21,7%) recibieron tratamiento endovascular (46,7% varones, con mediana de edad de 73 años (44-84)). Más de la mitad (8) fueron derivados para tratamiento directo: 3 por tiempo de evolución >4,5h, 2 por presencia de aneurismas sistémicos, 2 por tratamiento con heparina y 1 por tratamiento con sintrom e INR>1,7. Todos los pacientes tenían oclusión de gran vaso demostrado por angioTC (13) o por doppler (2) y el 87% localizada en territorio anterior. El grado de recanalización tras el procedimiento fue completo (TICI III) en el 64% de los pacientes. Clínicamente: La mediana en la escala NIHSS inicial fue 17 (p₂₅:11-p₇₅:19), objetivándose mejoría clínica significativa post-procedimiento endovascular (mediana NIHSS_{24h}:8, p₂₅:0 - p₇₅:12, p<0,004) y al alta (mediana NIHSS_{alta}: 6,5 p₂₅:1 - p₇₅:14, p<0,003). Ninguno de los pacientes presentó hemorragia sintomática. En cuanto al pronóstico al alta según la escala mRs, el 27,5% tuvieron un mRs 0-1. Hubieron 2 éxitos de etiología no relacionada con infarto cerebral ni con el procedimiento terapéutico: 1 varón de 76 años por cardiopatía isquémica y 1 mujer de 75 años por tromboembolismo pulmonar (ambos con NIHSS_{24h}:0-1)

Conclusiones: La puesta en marcha del protocolo de la Comunidad Valenciana para tratamiento endovascular en nuestro medio ha aumentado la posibilidad de tratamiento en pacientes en los que existía contraindicación inicial para r-tpa ev, demostrando seguridad y una mejoría significativa del déficit neurológico post-tratamiento.

21.- EPIDEMIOLOGIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN EL DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

J. Giménez Martínez; A. Pérez Sempere; M. Blanco Cantó; E.M. Torres San Narciso; P. González Belmar; D. Corona García; C. Díaz Urrea, P. Barredo Benítez; L. Betancourt Gómez; L. González Fernández; M. Asensio Asensio; M.N. Vivó Orti; R. Sánchez Pérez; C. Díaz Marín.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción y objetivos. El síndrome de Guillain-Barré consiste en un grupo de al menos 4 subtipos de neuropatía inflamatoria aguda periférica que constituye la causa más frecuente de parálisis aguda generalizada en el adulto “sano”. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas y clínicas de esta entidad en el área del Hospital General Universitario de Alicante.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital General Universitario de Alicante durante los últimos 10 años (2005-2014). El diagnóstico se estableció según criterios del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) de 1990.

Resultados. Se revisaron un total de 222 casos de pacientes diagnosticados de Neuropatía inflamatoria y tóxica (CIE-9: 357.0) en consultas externas o que presentaban este diagnóstico registrado en el sistema “Alta hospitalaria” de nuestro centro. Se estudiaron un total de 42 pacientes con Síndrome de Guillain- Barré. La media de edad de los pacientes con este diagnóstico fue de 45,8 años. Se encontró una mayor frecuencia en varones (64,3%). En un 69% de los casos confirmados de síndrome de Guillain-Barré se identificó un antecedente infeccioso. Un 73,8% fueron tratados con inmunoglobulinas. Un 21,4% de los pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad global fue del 4,8%

Conclusiones. El síndrome de Guillain-Barré tiene una incidencia aproximada en nuestro medio de 1,5 casos/100 000 habitantes-año, similar a lo documentado en la literatura (0,4-4 casos/ 100 000 habitantes-año).

22.- FÍSTULA DURAL INTRACRANEAL: ANALISIS DE UNA SERIE

A. Ramos Pachón; A. Ponz de Tienda; J. Gil Romero; R. Chamarro Lázaro; R. Gil Gimeno; D. Blasco de Nova; A. Martín Bechet; R.A. Regajo Gallego; J.M Láinez Andrés. Hospital Clínic Universitari de València.

Introducción y Objetivos: Las fístulas arteriovenosas durales (FAVDs) intracraneales representan el 10-15% de todas las malformaciones arteriovenosas intracraneales. La forma de presentación es diversa lo que dificulta el diagnóstico. La mejora de las técnicas endovasculares nos sitúan en un nuevo panorama para afrontar su tratamiento. El objetivo de este estudio es analizar las características poblacionales, forma de presentación y tratamiento realizado en una serie de pacientes con fístula dural intracraneal en nuestro centro.

Método: Desde 2010 a 2015, se registran retrospectivamente los casos diagnosticados de fístula dural intracraneal en el Hospital Clínic Universitari de Valencia. Analizamos datos demográficos, características de la fístula, tipo de tratamiento, tasa de obliteración y repermeabilización y complicaciones asociadas.

Resultados: Se recogen 20 pacientes, 13 hombres y 7 mujeres con edad media de 57 +/- 19 años. La clínica de presentación más frecuente fue la crisis epiléptica, seguido de la hemorragia intracraneal. El tiempo medio hasta el diagnóstico es de 90.8 +/- 154 días. La localización mayoritaria fue supratentorial (11). En 12 casos, la FAVD se excluyó con tratamiento endovascular, 1 con cirugía, 1 con radiocirugía, 2 con tratamiento combinado y 4 casos no fueron tratados. Sólo en dos ocasiones, se requirió de un segundo tratamiento endovascular por repermeabilización.

Conclusiones: La fístula AV es una entidad de diagnóstico habitualmente difícil que requiere una alta sospecha clínica. El tratamiento endovascular, sólo o en combinación, es un tratamiento seguro y altamente eficaz para conseguir el cierre de las FAVDs.

23.- RESULTADOS DEL ESTUDIO GENERISC: ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DEL CAMBIO A MEDICAMENTOS GENERICOS EN EPILEPSIA.

M,Bonet, E. López Gomáriz, M.Garcés, C.Santafé, V.Villanueva, V.Medrano, J.Giner, J.Palau. Grupo EPIVAL (grupo de estudio de epilepsia de la Sociedad Valenciana de Neurología).

Introducción: La sustitución de tratamiento antiepiléptico por fármacos genéricos continúa generando controversia. Desde el grupo de epilepsia de la Sociedad Valenciana de Neurología se planteó la recogida de complicaciones derivadas del cambio a formas genéricas en pacientes diagnosticados de epilepsia así como un estudio de los profesionales implicados en el cambio. Se analizaron tanto complicaciones médicas como la repercusión de la reaparición de crisis.

Método:La recogida de datos se realizó mediante un sencillo cuestionario remitido a todos los neurólogos de la Sociedad Valenciana de Neurología.

Participaron siete centros y se comunicaron 24 casos a lo largo del año 2013. Los participantes rellenaron las fichas tras la visita en la que se detectó la incidencia.

Resultados: Se analizó el tipo de epilepsia y la frecuencia de crisis en el año previo a la visita. Un 71% de los pacientes no habían tenido crisis en el último año, por lo que podían considerarse como epilepsias con buen control. La edad media de los pacientes fue de 43 años, con un predominio de sexo masculino (79%).

El fármaco implicado con mayor frecuencia en el cambio a presentación genérica fue el levetiracetam (62% de los casos), seguido por lamotrigina, topiramato y carbamazepina. Respecto al profesional implicado en el cambio en un 79% de los casos fue el personal de la oficina de farmacia y el médico de atención primaria en el 21% restante. No se solicitó el consentimiento del paciente en un 92% de los casos. En el 8% de los casos restantes en que se solicitó se realizó de forma verbal. La consecuencia médica más frecuente fue la reaparición de crisis (81% de los casos), seguida de una peor o mejor tolerancia a un efecto adverso ya presente previamente (12%), la aparición de un efecto adverso nuevo (4%) y una reacción alérgica (4%). En todos los casos en los que las crisis reaparecieron se produjo un control al reanudar el tratamiento original. 19 de los 24 casos reportados precisaron de atención médica urgente.

Respecto a las consecuencias sociolaborales 8 de 24 pacientes sufrieron restricción de la conducción y 9 de los 24 pacientes tuvieron repercusión laboral.

Conclusiones: Pese al reducido tamaño de la muestra del estudio tras el análisis de los datos destacamos las siguientes conclusiones: En ningún caso el cambio a genérico fue realizado por un neurólogo. En un 92% de los casos no se solicitó el consentimiento al paciente. un alto porcentaje de pacientes con epilepsia bien controlada (71%) presentó crisis tras el cambio a genéricos.