

COMUNICACIONES ORALES

01.

ALIVIO DE LA MIGRAÑA UNILATERAL REFRACTARIA CON INYECCIÓN DE CORTICOIDES EN LA REGIÓN TROCLEAR

F.J. Barriga^a, J. Yangüela^b, M.L. Cuadrado^a, B. Clar^a,
C. Sánchez^a, J.L. Dobato^a, M. Barón^a, L. Vela^a, J.A. Pareja^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Oftalmología. Fundación Hospital
Alcorcón. Universidad Juan Carlos I. Madrid.

Objetivo. Basándonos en nuestra experiencia previa del excelente manejo de pacientes con trocleítis y migraña, nos propusimos investigar la presencia de dolor en la región troclear (trocleodinia) en pacientes migrañosos, establecer su papel etiopatológico en la migraña y valorar un tratamiento sencillo, rápido y seguro. **Pacientes y métodos.** Es un estudio prospectivo de pacientes diagnosticados de migraña (criterios IHS-2004), referida como estrictamente unilateral, refractaria a, al menos, cuatro tratamientos profilácticos y que presentaban trocleodinia ipsilateral, en ausencia de trocleítis o cefalea troclear primaria. Se realizó exploración neurooftalmológica, analítica completa, Doppler orbitario e IRM-craneo. Se inyectaron corticoesteroides en la región peritroclear y se realizó análisis estadístico (SPSS, versión 12.0). **Resultados.** Se incluyeron 28 pacientes (18 mujeres) con una edad media de $33,4 \pm 8$ años (rango de 16-49), e historia de migraña familiar en 16. Todos los pacientes presentaban migraña estrictamente unilateral (16, derecha; 12, izquierda). La historia de migraña tuvo una media de $21,9 \pm 7,3$ años (rango: 3-35). El patrón temporal, en 16 pacientes, se había transformado en crónico diario al menos en los últimos seis meses; y en los otros 12, en episódico, con 5-7 ataques mensuales. Todos habían recibido múltiples fármacos profilácticos, que fueron mal tolerados o ineficaces. Todos presentaban trocleodinia ipsilateral: dolor crónico selectivo, basal, de una intensidad entre 4-8 en la escala analógica, que se exacerbaba a la palpación y supravergencia a 8-10. En todos, una inyección de corticoesteroides en la región peritroclear alivió la trocleodinia en menos de 24 horas, y se constató un excelente control de la migraña. **Conclusiones.** Los inputs periféricos desde el ángulo interno de la órbita pudieran sensibilizar las neuronas del núcleo caudado del trigémino. La liberación de esas neuronas de tal sensibilización periférica pudiera ser eficaz para controlar la cefalea.

02.

DISEÑO DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

C. Oreja Guevara^a, A. Miralles^a, M.D. Esteban^b,
J. García Caballero^b, E. Díez Tejedor^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Epidemiología y
Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Una vía clínica es una herramienta que coordina la labor asistencial y disminuye la variabilidad entre profesionales, al tiempo que mejora la atención a los pacientes y la gestión. El objetivo de este estudio es el diseño de una vía clínica para la atención a pacientes con esclerosis múltiple (EM) para mejorar el diagnóstico,

el tratamiento y la atención a estos pacientes y, asimismo, facilitar la coordinación de todos los especialistas implicados en este proceso. **Materiales y métodos.** Un equipo formado por neurólogos y especialistas en calidad analizó estudios internacionales basados en medicina de la evidencia, guías clínicas sobre EM, así como otras vías desarrolladas por el servicio de neurología del mismo hospital. **Resultados.** Se crea una vía clínica compuesta por los siguientes elementos: una matriz temporal para ordenar el proceso diagnóstico y el tratamiento, un impreso de información a los pacientes sobre las pruebas diagnósticas, una hoja de información sobre la enfermedad, una hoja con los indicadores de evaluación y un mapa de procesos. Además, se establecen los estándares de calidad. La vía es de aplicación a todos los pacientes con síndrome desmielinizante aislado o EM que se atiendan en las consultas del hospital. **Conclusiones.** El desarrollo de la vía clínica para la atención a los pacientes con EM permite que se realice un diagnóstico y tratamiento, así como una atención multidisciplinar del paciente con calidad científico-técnica, que aumenta la satisfacción de los pacientes, disminuye la variabilidad clínica y racionaliza el uso de los recursos sanitarios.

03.

ICTUS POR TROMBO MÓVIL GIGANTE DE CAYADO AÓRTICO: MANEJO CONSERVADOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. Díaz Guzmán^a, R. Tello de Meneses^b, L. Ballesteros^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Cardiología.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo. Se describe un caso de ictus cardioembólico, en paciente con trombo gigante móvil del cayado aórtico, y su evolución con tratamiento conservador. **Caso clínico.** Se trata de un paciente varón de 66 años, diabético, hipertenso y ex fumador. Sufrió tres ataques isquémicos transitorios de territorio vertebrobasilar cinco meses antes de la clínica actual; antiagregado con clopidogrel tras el estudio ambulatorio –análisis, electrocardiograma, tomografía axial computarizada (TAC) y dúplex de los troncos supraaórticos–. Presentó un cuadro brusco de hemiparesia faciobraquial izquierda, que recurrió al décimo día del ingreso, en contexto sincopal. Las analíticas fueron normales, salvo hiperglucemia y banda monoclonal IgG lambda; el electrocardiograma y radiografía de tórax, normales. Neuroimagen –TAC, resonancia magnética (RM)–: isquemia antigua de los ganglios basales izquierdos, isquemia aguda del territorio frontera arteria cerebral anterior-arteria cerebral media derecha, y ramas corticales arteria cerebral posterior derecha. Dúplex de los troncos supraaórticos: ateromatosis difusa sin estenosis. Doppler transcraneal: normal. Ecocardiograma transesofágico: trombo fresco bilobulado de $1,3 \times 1$ cm, ampliamente móvil, en el cayado aórtico, posterolateral y próximo a la salida de los grandes vasos. Un TAC torácico y una RM cardíaca fueron menos sensibles a la lesión. Se desestimó intervención quirúrgica o procedimiento endovascular. Se indicó tratamiento anticoagulante y antiplaquetario con clopidogrel, estatinas, control de la hipertensión arterial y diabetes. Se realizaron ecocardiogramas periódicos de control, disminuyendo el tamaño del trombo. El paciente permaneció asintomático tras dos años de su ictus. **Conclusiones.** El trombo gigante móvil del cayado aórtico es una causa infrecuente de ictus cardioembólico.

co. Su manejo (intervencionista o conservador) no está claro en la actualidad. Con tratamiento médico, puede observarse una evolución favorable a medio-largo plazo.

04.

EL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA SUPERIOR EN LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS Y SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO DISMINUYE LAS RECURRENCIAS Y MORTALIDAD TRAS EL ICTUS

L. Ballesteros^a, J. Díaz Guzmán^a, F. González Torralba^b, M.J. Díaz de Atauri Rodríguez de los Ríos^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neumología.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo. Determinar si el tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea superior (CPAP) en los pacientes con ictus isquémicos y síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) disminuye las recurrencias y mortalidad tras el ictus. **Pacientes y métodos.** Es un estudio observacional prospectivo. Se recogen variables demográficas, factores de riesgo, clínica asociada al SAHS, y tipo y gravedad de ictus isquémico en pacientes consecutivos con sospecha de SAHS. Se realizó un estudio poligráfico en estos casos, y se indicó tratamiento con CPAP en aquéllos con un índice de apnea-hipopnea > 20. Quedaron posteriormente definidos dos grupos: aquéllos que toleraron y siguieron el tratamiento (grupo 1), y aquéllos que no (grupo 2). Se evaluó entonces la incidencia de recurrencias de ictus, episodio o muerte de causa vascular (evento) durante un seguimiento medio de tres años (mediana), y el papel protector del tratamiento con CPAP en tales casos. **Resultados.** Se estudiaron 53 pacientes, con una ratio hombre:mujer de 3,1:1. La edad media fue de 62,4 años (desviación estándar = 10,8). De ellos, 36 (67,9%) toleraron y realizaron el tratamiento con CPAP. La incidencia de eventos en el grupo 2 (35,3%) fue mayor que en el grupo 1 (11,1%; Wilcoxon, $p = 0,019$). El no usar tratamiento con CPAP en estos casos aumenta la probabilidad de evento al doble que si se usa CPAP (*odds ratio*, 1,7-2,6, ajustado por factores de riesgo y variables clínicas). **Conclusiones.** En los pacientes con ictus isquémicos y SAHS, el tratamiento con CPAP puede disminuir significativamente la probabilidad de recurrencia.

05.

RESULTADOS DE LA ASISTENCIA AL ICTUS EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN: EL PAPEL DEL NEURÓLOGO

C. Sánchez Sánchez^a, M. Barón^a, J. Pardo^a, B. de la Casa Fages^a, C. Moral Moraleda^b, C. Fernández del Blanco^b, J.A. Pareja^a

^a Unidad de Neurología. ^b Medicina Familiar y Comunitaria.

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivos. La valoración precoz por el neurólogo del paciente con ictus mejora los resultados asistenciales, según recogen múltiples trabajos. El objetivo fue evaluar algunos indicadores de resultados en pacientes ingresados por ictus en neurología, buscando diferencias según la valoración en urgencias por el neurólogo. **Pacientes y métodos.** Es un análisis descriptivo de los datos recogidos en el registro BADICAL de pacientes atendidos durante 2006. Comparamos los factores de riesgo previos, mortalidad, complicaciones, estancia media y pérdida de independencia en el momento del alta según la valoración en urgencias por el neurólogo (grupo 1) o no (grupo 2), y el tipo de ictus, agrupados en leve (accidente isquémico transitorio, infarto lacunar e infarto parcial de la circulación anterior) o grave (infarto total de la circulación anterior, infarto en la circulación posterior y hemorrágico). **Resultados.** 213 pacientes in-

cluidos en 2006: valorados por el neurólogo en urgencias, el 35,2%; con ictus leves, el 70,7%; con ictus graves, el 29,3%. Las características basales de los grupos eran (grupo 1/grupo 2): edad media, 69/73,6 años; hombre, 55/44%; hipertensión arterial, 51/65%; diabetes, 9/28%; dislipemia, 31/25%; claudicación intermitente, 5/1%; ictus previo, 29/22%; demencia, 4/17%; número de fármacos previos, 3,65/4,23; independencia previa, 91,4/70%. Los resultados fueron (grupo 1/grupo 2): mortalidad, 1,7/11,2%; estancia media, 8,67 ± 7,71/10,36 ± 9,97; complicaciones, 32,8/46,7%; pérdida de independencia en el momento del alta, 39,6/39,7%. Para ictus leves: mortalidad, 2,3/5,5%; estancia media, 6,95 ± 4,7/8,85 ± 9; complicaciones, 27,9/42,5%; pérdida de independencia en el momento del alta 23,7/26,5%. Para ictus graves: mortalidad, 0/21,2%; estancia media 13,6 ± 11,83/14,3 ± 11; complicaciones, 46,7/57,6%; pérdida de independencia en el momento del alta, 80/73%. **Conclusiones.** La valoración por el neurólogo en la urgencia mejora todos los indicadores de resultados analizados, excepto el de pérdida de independencia en el momento del alta en los pacientes con ictus graves, y mejora de forma muy llamativa la mortalidad.

06.

PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE ICTUS

J. Masjuán Vallejo, M. Alonso de Leciana Cases, I. Corral Corral, N. García Barragán, J.C. Martínez Castrillo, G. García Ribas, J. Buisán Catevilla, A. Cruz Culebras, L.C. Fernández Ruiz

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. Las unidades de ictus (UI) constituyen la base del tratamiento del ictus. Son unidades especializadas ubicadas en un área geográfica concreta de neurología. **Objetivo.** Se trata de presentar la experiencia del primer año de funcionamiento de una UI. **Pacientes y métodos.** Se hace un registro prospectivo de todos los pacientes ingresados en la UI durante el primer año de funcionamiento. La UI consta de una sala con cuatro camas monitorizadas y un ayudante técnico sanitario con plena dedicación. La planta de neurología dispone de 28 camas de drenaje. Se presentan número de ingresos, edad (media y rango), estancia (media y rango), porcentaje de ocupación, procedencia y destino de los pacientes. Se describen las causas de ingresos, número de fibrinólisis y angioplastias. **Resultados.** Durante el período de estudio, 495 pacientes (53,6% hombres) ingresaron en la UI. La edad media fue de 70,1 ± 14 años (rango 23-96). La estancia media fue de 2,4 ± 1,6 días (rango 0,5-12), con un porcentaje de ocupación del 74,8%. La procedencia de los ingresos fue: el 86,2%, de urgencias; el 4%, de la planta de neurología; el 3,3%, de radiología intervencionista; el 2,6%, de otras plantas de hospitalización; el 2,5%, de la unidad de cuidados intensivos; y el 1,3%, de otros hospitales. Las causas de ingreso fueron: el 64,9%, ictus isquémicos; el 18,1%, accidentes isquémicos transitorios; el 12,9%, hemorragias cerebrales; y el 3,9%, otros procesos no vasculares. Durante este período se realizaron 63 fibrinólisis intravenosas, dos fibrinólisis intraarteriales, 14 angioplastias carotídeas y una intracraneal. **Conclusiones.** La UI, en su primer año de funcionamiento, ha cumplido los objetivos previstos. Su implantación ha favorecido el desarrollo de protocolos específicos y una mejor atención a los pacientes con patología cerebrovascular.

07.

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA Y LA VÍA CLÍNICA PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

F.J. Rodríguez de Rivera Garrido^a, C. Oreja Guevara^a, M.A. Gómez Mendieta^b, A. Santiago Recuerda^b, B. Rodríguez Vega^c, A. Palao^c, E. Díez Tejedor^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Neumología. ^cServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) requiere cuidados complejos. El desarrollo de unidades multidisciplinarias y vías clínicas podría organizar y procurar una mejor asistencia. **Objetivo.** Evaluar la eficacia de la instauración de una unidad siguiendo la vía clínica desarrollada. **Pacientes y métodos.** Se creó una unidad multidisciplinaria (neurología, neumología, nutrición, rehabilitación, psiquiatría y trabajo social) partiendo de la vía clínica sociosanitaria de la ELA de Madrid. Se trata de un estudio observacional de los pacientes atendidos durante 2006. Se analizaron según si se diagnosticaron en la unidad (UDG) o por otros neurólogos (ODG). Se registró la precocidad del diagnóstico, el estado funcional (escala ALSFRS-r) en el momento del diagnóstico y el tratamiento. Estudio estadístico *t* de Student y χ^2 . **Resultados.** Se atendió a 45 pacientes en la unidad de ELA del Hospital Universitario La Paz durante 2006 (UDG 10, cuatro mujeres y seis hombres; ODG 35, 19 mujeres y 16 hombres). La edad en ambos grupos fue similar (UDG 67,3/ODG 59,67; *p* = 0,053). Los pacientes UDG se diagnosticaron más precozmente (UDG 9,9 meses/ODG 27,61 meses; *p* = 0,002) y en el momento del diagnóstico estaban en mejor situación funcional (UDG 39,44 puntos ALSFRS/ODG 27,74 puntos; *p* = 0,0006). No hubo diferencias en gastrostomías (UDG 10%/ODG 8,6%; *p* = 0,91), pero sí en las BIPAP (UDG 40%/ODG 11,5%; *p* = 0,017) en los dos primeros años. El tratamiento fisioterapéutico (el 88,2 frente al 29,1%), psicológico (el 94,1 frente al 16,6%) y social (el 94,1 frente al 33,3%) fue mayor en los UDG (*p* < 0,0001). **Conclusiones.** La atención en la unidad de ELA siguiendo la vía clínica permite un diagnóstico más precoz y en una mejor situación funcional. La precocidad e incremento de los cuidados representa una importante mejora en la atención a los pacientes con ELA.

08.

NEUROGÉNESIS EN PARKINSON EXPERIMENTAL

R. Gonzalo Gobernado^a, D. Reimers^a, E. Bazán^a, J.J. Díaz Gil^b, A.S. Herranz^a

^aServicio de Neurobiología-Investigación. Hospital Ramón y Cajal.

^bServicio de Bioquímica Experimental. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción. La aplicación intracerebral de factores tróficos que promuevan neurogénesis es una estrategia experimental para paliar el Parkinson. El factor de crecimiento de hígado (LGF) es un factor de proliferación y regeneración en distintos tipos celulares. Nuestro objetivo ha sido comprobar si el LGF estimula la proliferación celular y la neurogénesis en el modelo experimental de Parkinson. **Materiales y métodos.** La lesión parkinsoniana se realizó por inyección de 6-hidroxidopamina en la sustancia negra. Tanto la infusión intracerebroventricular como la intraestriatal se llevaron a cabo mediante una minibomba osmótica que contenía LGF. El estudio histológico se efectuó mediante técnicas inmunohistoquímicas. La valoración comportamental de la lesión parkinsoniana se realizó mediante el test de conducta rotacional inducida por apomorfina. Para el análisis inmunohistoquímico se utilizó el sistema de análisis estereológico computarizado CAST-GRID. **Resultados.** La infusión intraestriatal de LGF aumentó significativamente el número de terminales tirosina hidroxilasa positivos en el estriado desinervado y

mejoró la conducta rotacional provocada por apomorfina. La administración intraventricular de LGF incrementó la incorporación del marcador de proliferación celular BRDU a lo largo de la zona subventricular y en el parénquima estriatal. A su vez, se observó un significativo incremento en el número de neuroblastos, los cuales invadieron el parénquima estriatal mostrando la morfología característica de células en migración. **Conclusiones.** La administración intraestriatal de LGF en animales parkinsonianos promueve el rebrote de los terminales dopaminérgicos en degeneración y mejora su conducta rotacional. La infusión intracerebroventricular estimula la proliferación celular en la zona subventricular y la migración de neuroblastos dentro del estriado desinervado.

PÓSTERS

P1.

ICTUS ISQUÉMICO TRAS ESCLEROSIS DE VARICES EN MIEMBROS INFERIORES

L. Castillo, R. Sáez, F. Pérez, P.E. Bermejo, R. Velasco, C. Escamilla
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. El tratamiento esclerosante de varices de extremidades inferiores es una técnica con bajo riesgo de complicaciones, de las cuales las más frecuentes son la flebitis y las alteraciones locales. Presentamos el caso de un paciente que, tras esclerosis de varices en miembros inferiores, presenta un cuadro ictal embólico debido a la presencia de foramen oval permeable. **Caso clínico.** Varón de 44 años sometido a esclerosis de varices en el miembro inferior derecho la semana previa al evento actual. Presenta, tras realizar esfuerzo físico, cuadro brusco de mareo sin giro de objetos, hemianopsia homónima izquierda e hipoestesia táctil en las extremidades izquierdas a nivel distal. El ecocardiograma transesofágico realizado mostró la existencia de foramen oval permeable con aneurisma del septo interauricular. Se inició tratamiento anticoagulante con buena evolución clínica, y remitió la alteración sensitiva y mejoró la alteración visual. La bioquímica, hemograma, coagulación, electrocardiograma, radiografía de tórax, serologías y estudio inmunológico fueron normales. La resonancia magnética y la tomografía computarizada cerebral mostraron un infarto en territorio de la arteria cerebral posterior derecha. La angiotomografía de TSA fue normal y el eco-Doppler de los miembros inferiores descartó trombosis profunda. El ecocardiograma transesofágico evidenció un foramen oval permeable y aneurisma del septo interauricular. **Conclusiones.** La esclerosis de varices de miembros inferiores es un procedimiento terapéutico frecuente y, en general, con un escaso número de complicaciones. Se ha descrito la aparición de embolismos en el sistema venoso profundo tras su realización. En nuestro paciente, la existencia de foramen oval permeable condicionó la aparición de un cuadro ictal embólico.

P2.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA SERIE HOSPITALARIA

I. Sanz Gallego, B. Fuentes, P. Martínez, M. Ortega Casarrubios, E. Díez-Tejedor

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo. Estudiar el perfil de factores de riesgo asociados al desarrollo de trombosis venosa cerebral (TVC) en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo con inclusión de pacientes consecutivos con diagnóstico de TVC atendidos en la unidad de ic-

tus del servicio de neurología de un hospital universitario en el período 1999-2006. Se analiza la presencia de los siguientes factores de riesgo: trombofilia (genética o adquirida), neoplasias, alteraciones hematológicas, vasculitis y otras enfermedades sistémicas inflamatorias, embarazo, puerperio, infecciones, factores mecánicos precipitantes, fármacos y deshidratación. **Resultados.** Se incluyeron 27 pacientes (18 mujeres, el 66,66%) con edad media de 42,62 años. En 15 (55,55%) casos se identificó al menos algún factor de riesgo, y en cinco (18,51%), combinación de varios. El factor más frecuentemente asociado fue el uso de anticonceptivos orales (ACO) (el 25,92% del total de pacientes y el 38,88% en el grupo de mujeres), seguido por la trombofilia genética (el 25,92% del total de pacientes). La combinación más frecuente de factores de riesgo fue el uso de ACO con trombofilia (el 11,11% del total de pacientes). **Conclusiones.** El factor de riesgo que más se asocia al desarrollo de TVC en nuestro medio es el uso de ACO y la presencia de trombofilias. No hemos encontrado asociación con otros factores, como deshidratación, puerperio, embarazo o infecciones locales, factores que se presentan más frecuentemente en otras áreas geográficas.

P3.

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS

C. Moral Moraleda^a, C. Fernández del Blanco^a,
R. Acebal Berruguete^a, B. de la Casa Fages^b,
S. Lorenzo^c, C. SánchezSánchez^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria. ^b Unidad de Neurología. ^c Unidad de Calidad. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Las guías de práctica clínica son una herramienta útil para evaluar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Analizamos el cumplimiento de algunas recomendaciones de las guías de tratamiento del ictus en la Fundación Hospital Alcorcón en urgencias y planta de neurología. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo de revisión de historias clínicas (registro BADI-CAL: base de datos de ictus y calidad de Alcorcón) de pacientes con ictus ingresados en 2006 en neurología. Analizamos en urgencias: valoración por neurólogo, recogida de constantes –tensión arterial (TA), glucemia, frecuencia cardíaca, saturación de O₂, temperatura– exploraciones complementarias –laboratorio, ecocardiograma (ECG), radiografía tórax y tomografía axial computarizada (TAC) craneal– y el tratamiento (sueroterapia, hipotensores, antihipertensivos, insulina según glucemias, anticoagulación profiláctica y estatinas) en urgencias y en planta. Recogimos también el tiempo hasta la valoración neurológica (ictus-neurólogo). **Resultados.** 213 pacientes: hombres, 51,3%; edad media, 71,3. En urgencias: valoración por neurólogo, 35,2% (75); recogida de constantes: TA, 79,7%; glucemia, 98,4%; frecuencia cardíaca, 65,2%; saturación de O₂, 23,3%; temperatura, 35,2%. Al menos cuatro constantes al 50% (106). Estudio básico completo: 67,5%. Faltaban: TAC, un paciente; radiografía de tórax, 37,3%; y ECG, 36,8%. Tratamiento (urgencias-neurología): sueroterapia con glucosa/glucosalinos, 24,4-4%; hipotensores según TA, 43-68,6%; antipiréticos según TA, 26,7-66,3%; insulina según glucemias, 15,1-39,4%; heparinas profilácticas, 14-43%; y estatinas, 8,3-24,3%. Tiempo ictus-neurólogo: < 3 h, 2,3%; 3-6 h, 2,3%; 6-12 h, 8%; 12-24 h, 26,9%; 24-48 h, 25,1%; y > 48 h, 34,3%. **Conclusiones.** La implementación de las recomendaciones de las guías para la atención urgente al paciente con ictus ofrece un amplio margen de mejora, y es un aspecto fundamental el tiempo hasta la valoración neurológica.

P4.

INFARTO CEREBRAL EN PACIENTES CON CÁNCER ACTIVO: MECANISMOS Y EVOLUCIÓN

M.J. Aguilar-Amat Prior, M.A. Ortega Casarrubios, B. Fuentes, M.J. Abenza, P. Martínez, E. Díez Tejedor

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid.

Objetivos. Se ha señalado una mayor incidencia de infarto cerebral (IC) en pacientes con cáncer, que puede aparecer como complicación, bien del propio tumor, bien de los tratamientos antineoplásicos. Nuestro objetivo es describir los mecanismos implicados en el IC y su evolución en los pacientes con IC y cáncer activo. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional: 65 pacientes con IC atendidos en la Unidad de Ictus y con diagnóstico de cáncer activo (enero 2000-diciembre 2006). Analizamos los factores de riesgo vascular, tipo de tumor y tratamiento antineoplásico recibido, subtipo etiológico de IC, gravedad en el momento del ingreso (escala canadiense de ictus), complicaciones hospitalarias, mortalidad y estado funcional en el momento del alta (escala de Rankin modificada). **Resultados.** De los 65 pacientes, el 75,38% eran hombres. La edad media fue de 71,02 ± 12 años. Hipertensión arterial: 67,7%; diabetes mellitus: 30,8%. En el momento del IC, el 18,6% de los pacientes estaba en tratamiento con hormonoterapia, el 11,9% con radioterapia, y el 18,8% con quimioterapia. Se identificaron 18 tipos de tumores distintos, de los cuales el más frecuente fue el de próstata (36,8%). Por subtipo etiológico de ictus, el más frecuente fue lacunar (29,2%), seguido de aterotrombótico (24,6%) y, menos frecuentemente, cardioembólico (16,9%). **Conclusiones.** En los pacientes con cáncer activo, los mecanismos más frecuentes de ictus isquémico son aterotrombótico y lacunar en relación con factores clásicos de riesgo vascular, como hipertensión arterial o diabetes mellitus.

P5.

HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE VASCULITIS BENIGNA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

R. Velasco Calvo^a, J.A. Zabala Goiburú^a, A. Ruiz Molina^a, P.E. Bermejo^b, L. Castillo Moreno^c, A. Fraile Pereda^a

^a Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. ^b Servicio de Neurología. Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. Hospital de la Zarzuela.

^c Servicio de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivos. La vasculitis primaria del sistema nervioso central se ha descrito tradicionalmente como un proceso maligno con alta morbilidad y mortalidad. En los últimos años, se han comunicado diversos casos de vasoconstricción multisegmentaria de las arterias intracraneales, que sugieren vasculitis con evolución clínica y radiológica benigna. La presentación clínica habitualmente cursa con cefalea brusca, acompañada de déficit neurológico con líquido cefalorraquídeo normal. Su asociación con hemorragia intraparenquimatosa es excepcional. Presentamos un caso clínico con estas dos patologías. **Caso clínico.** Mujer de 52 años con antecedentes de migraña y bocio multinodular que presentó una cefalea intensa de inicio brusco acompañada de deterioro del nivel de consciencia y hemiparesia izquierda. Las pruebas de imagen mostraron una hemorragia en el núcleo caudado derecho abierta a ventrículos sin evidencia de sangrado subaracnoideo. El análisis del líquido cefalorraquídeo y las determinaciones analíticas no objetivaron hallazgos patológicos. La angiografía cerebral mostró estenosis bilaterales multisegmentarias en los segmentos proximales de A1, M1 y P1 de predominio izquierdo, y M2 izquierda. Tras cuatro semanas de tratamiento con prednisona y nimodipino, las imágenes angiográficas se resolvieron totalmente. **Conclusiones.** La hemorragia como forma de presentación de la vasculitis benigna del sistema nervioso central no es fre-

cuenta. Aunque se ha sugerido que la sangre intraventricular podría provocar irregularidades angiográficas por vasoespasmo, en nuestra paciente la ausencia de sangre en las cisternas de la base y el predominio contralateral de las estenosis apoyan el diagnóstico de que las alteraciones angiográficas corresponden a la entidad denominada vasculitis benigna del sistema nervioso central.

P6.

INFLUENCIA DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL INFARTO CEREBRAL AGUDO. MODELO EXPERIMENTAL

J. Álvarez Grech^a, M. Gutiérrez^a, B. Fuentes^b, J.M. Roda^c, F. Carceller^c, E. Díez Tejedor^b

^a Unidad de Investigación Cerebrovascular. ^b Servicio de Neurología.

^c Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La hiperglucemia en fase aguda de un infarto cerebral se relaciona con un aumento del tamaño de la lesión y de la muerte neuronal, tanto en estudios clínicos como en modelos animales. **Objetivo.** Evaluar los efectos de la hiperglucemia en un modelo de isquemia cerebral focal transitoria en ratas. **Materiales y métodos.** Se emplearon 27 ratas machos Long-Evans distribuidas en tres grupos; 1, sham ($n = 3$); 2, control ($n = 4$), con oclusión de la arteria cerebral media (MCAO) durante 1 h; y 3, infarto con MCAO (1 h) más hiperglucemia ($n = 20$) mediante la administración de glucosa intraperitoneal (2,5 mL al 25%) 30 min antes de la isquemia. Tras una semana de supervivencia, los animales fueron sacrificados y se procedió a la valoración del volumen de infarto (H&E), muerte neuronal (TUNEL) y parámetros bioquímicos plasmáticos (IL-6, TNF- α) mediante ELISA. Se analizó la correlación de las variables con los valores de glucemia. **Resultados.** Los niveles de IL-6 en plasma se correlacionaron significativamente ($r = 0,534$; $p < 0,05$) con los valores de glucemia. Asimismo, observamos también una tendencia al aumento en los niveles de volumen de infarto, muerte neuronal y TNF- α . **Conclusiones.** En el infarto cerebral experimental, la hiperglucemia se traducirá en un incremento de los valores de volumen de infarto, muerte neuronal y respuesta inflamatoria. Esto puede ayudar a explicar los mecanismos por los que la hiperglucemia empeora el pronóstico en pacientes con ictus.

P7.

REGISTRO BADICAL: BASE DE DATOS DE ICTUS Y CALIDAD DE ALCORCÓN. DESCRIPCIÓN DEL PRIMER AÑO

C. Sánchez Sánchez^a, B. de la Casa Fages^a, M. Barón Rubio^a, L. Borrega^a, L. Vela Desojo^a, R. Acebal Berruete^b, S. Lorenzo^c

^a Unidad de Neurología. ^b Medicina Familiar y Comunitaria. ^c Unidad de Calidad. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivo. Los registros son herramientas útiles para monitorizar y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. Nuestro objetivo es describir algunos parámetros de asistencia neurológica al paciente con ictus en la Fundación Hospital Alcorcón a través del registro BADICAL. **Pacientes y métodos.** Se creó un registro de pacientes con ictus ingresados en neurología. Fue retrospectivo durante el año 2006, mediante revisión y recogida de datos exhaustiva de historia clínica electrónica. Se presentan algunos datos significativos. **Resultados.** Durante 2006, se incluyeron 213 casos: hombres, 51,3%; edad media, 71,3 ($\pm 13,75$); institucionalización, 13,8%. Factores de riesgo: hipertensión arterial, 58%; diabetes, 22,3%; dislipemias, 26,6%; cardiopatía, 33,2%; claudicación intermitente, 4,2%; ictus previo, 25%; demencia, 12,3%; Rankin previo: 0, 62,8%; 1, 5,5%; 2, 12%; 3, 13,7%; 4, 5,5%; 5, 0,5%; media de fármacos, 3,98 ($\pm 3,18$). Fibrinólisis: pacientes valorados, 15 (7%); tratados con r-tPA, 5 (2,3%). Diagnóstico en el momento del ingreso: accidente isquémico

transitorio, 20,3%; infarto lacunar, 20,3%; infarto parcial de la circulación anterior, 28%; infarto total de la circulación anterior, 8,2%; infarto en la circulación posterior, 9,9%; y hemorragias, 13,2%. Día de ingreso: lunes, 12%; martes, 15,2%; miércoles, 15,2%; jueves, 18,3%; viernes, 19,9%; sábado, 11,5%; y domingo, 7,9%. Tiempo ictus-neurólogo: < 3 h, 2,9%; 3-6 h, 2,9%; 6-12 h, 8%; 12-24 h, 26,9%; 24-48 h, 25,1%; y > 48 h, 34,3%. Mortalidad, 7,3%; estancia media, 10,55 ($\pm 12,55$); complicaciones, 42% (infecciosas, 32%; neurológicas, 22,4%; cardiovasculares, 20%; y otras 24,8%); Rankin alta: 0-2, 47,3%; 3-5, 45,1%. **Conclusiones.** El tiempo ictus-neurólogo es > 24 h en más del 65% de los pacientes, la valoración de tratamiento fibrinolítico sólo la realiza el neurólogo en el 50% de los casos, y el porcentaje de complicaciones durante el ingreso supera el 40%, aspectos claramente diferentes respecto a otros centros de nuestra comunidad.

P8.

¿INFLUYE LA CIFRA DE CREATININA EN LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL?

L. Gabaldón Torres, B. Fuentes, J. Domínguez, P. Martínez, E. Díez Tejedor

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La insuficiencia renal está relacionada con el incremento de la morbilidad cardiovascular, y se empieza a relacionar actualmente como posible factor de riesgo independiente de infarto cerebral. Presentamos el análisis de la relación entre las cifras de creatinina y el riesgo de muerte y/o dependencia funcional (medida mediante escala de Rankin modificada). **Pacientes y métodos.** Estudio observacional de pacientes consecutivos con diagnóstico de primer infarto cerebral en un período de tres años (2004-2006). Consideramos como cifra patológica de insuficiencia renal a partir de 1,3 mg/dL en el momento del ingreso (considerada por el laboratorio de urgencias). Análisis estadístico: univariante (χ^2) y regresión logística multivariante. **Resultados.** 923 pacientes incluidos, con edad media = 68,85 $\pm$ 12,87. En el análisis univariante, la creatinina $> 1,3$ mg/dL está asociada a mayor mortalidad hospitalaria (16,7 frente a 7,8%; $p < 0,003$), pero no a peor pronóstico en el momento del alta. En el análisis por regresión logística multivariante, el desarrollo de complicaciones sistémicas (odds ratio, 7,83; intervalo de confianza al 95%, 0,36-1,71) y complicaciones hospitalarias (odds ratio 7,83; intervalo de confianza al 95%, 0,36-2,06) se asocia de forma independiente a mayor mortalidad sin influencia de la cifra de creatinina. **Conclusiones.** Los niveles séricos de creatinina no tienen una influencia significativa en cuanto a la morbilidad de los pacientes con infarto cerebral. Nuevos estudios ponen de manifiesto el papel de la microalbuminuria y del aclaramiento de creatinina. En este sentido, son necesarios mejores estudios para definir unas conclusiones positivas.

P9.

LA ISQUEMIA CEREBRAL FOCAL INDUCE LA ACTIVACIÓN DE DIFERENTES MECANISMOS LESIONALES, DEPENDIENDO DE QUE SE PRODUZCA O NO REPERFUSIÓN

M. Gutiérrez^a, I. Ayuso^b, E. Díez Tejedor^a, M. Salinas^b, J. Masjuán^c, J.M. Roda^a, M. Alonso de Leciñana^c

^a Unidad de Investigación Cerebrovascular. Hospital Universitario La Paz.

^b Sección de Proteínas. Servicio de Bioquímica-Investigación.

^c Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. Dependiendo de que exista o no reperfundación, es posible encontrar diferencias en los mecanismos lesionales (necrosis/apoptosis) tras una isquemia focal. **Objetivo.** Valoramos la activa-

ción de caspasa-3 implicada en la cascada de apoptosis y de calpaína, en la de necrosis, en un modelo de isquemia cerebral focal permanente o transitoria. *Materiales y métodos.* Se usaron ratas Long Evans sometidas a ligadura permanente de arteria cerebral media durante 5 min ($n = 4$), 30 min ($n = 4$), 1 h ($n = 5$), 3 h ($n = 4$), 72 h ($n = 6$) y otras con oclusión durante 1 h y reperusión durante 2 h, 23 h y 71 h ($n = 3$ por grupo). Se obtienen muestras de corteza del centro y del borde de la lesión y del hemisferio contralateral. Mediante inmunoblot, determinamos la activación de calpaína y caspasa (degradación de α -espectrina en sus fragmentos específicos de 150 y 145 kDa y de 120 kDa, respectivamente) y degradación del sustrato de calpaína eIF4G. *Resultados.* Tras isquemia permanente, se produce activación de calpaína (degradación de α -espectrina y de eIF4G) a partir de 1 hora de isquemia. La degradación es máxima en el core de infarto y menor en el área de penumbra. No se produce activación de caspasa. Tras la reperusión, se produce, además, activación de caspasa, más acusada en el core que en la zona de penumbra. *Conclusiones.* La activación de calpaína indica muerte por necrosis, tanto en la isquemia permanente como transitoria, mientras que la activación de caspasa sugiere que sólo se produce apoptosis tras una isquemia transitoria. La implicación de distintas cascadas lesionales sugiere la necesidad de asociar estrategias de neuroprotección específicas tras la reperusión.

P10.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA POSCOITAL. CUATRO NUEVOS CASOS

R. Velasco Calvo ^a, P.E. Bermejo Velasco ^b,
S. Al Hussayni ^a, A. Fraile Pereda ^a

^a Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

^b Servicio de Neurología. Clínica Nuestra Señora del Rosario. Madrid.

Introducción. La amnesia global transitoria es un cuadro clínico de duración limitada consistente en pérdida de la memoria anterógrada y retrógrada reciente sin alteración del nivel de consciencia y otra focalidad neurológica asociada. Aunque no se conoce su etiopatogenia, se ha relacionado con muchos desencadenantes. Aunque se ha relacionado con el coito, los casos descritos son aún muy escasos. *Casos clínicos.* Cuatro pacientes que desarrollaron amnesia global transitoria después del coito, tres varones y una mujer con una edad media de 54 años (rango: 40-60 años) sin antecedentes patológicos de interés, salvo hipertensión arterial en uno de ellos e hipercolesterolemia en otro de los pacientes. Todos presentaron una amnesia global transitoria de características típicas, con una recuperación entre cuatro y seis horas. Ninguno había tomado fármacos antes del acto sexual. En todos ellos, la exploración neurológica fue rigurosamente normal y las pruebas complementarias realizadas, entre las que se incluyó analítica completa, electroencefalograma, tomografía craneal y Doppler de troncos supraaórticos, no mostraron datos patológicos de interés. *Conclusiones.* Aunque la relación de la amnesia global transitoria y el acto sexual se ha considerado anecdótica, son cada vez más los estudios que demuestran que esta asociación podría ser más frecuente de lo que se ha considerado hasta ahora. Alertamos de la necesidad de tener en cuenta al acto sexual como posible desencadenante de la amnesia global transitoria.

P11.

ROTURA DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE TRAS TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DE UN ICTUS ISQUÉMICO

N. Huertas González, S. Estévez Santé, F.J. Navacerrada Barrero,
J.C. Martínez Castrillo, M. Alonso de Leciana, J. Masjuán Vallejo
Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo. Presentar una complicación poco frecuente del tratamiento fibrinolítico del ictus isquémico agudo: disección-rotura de la aorta torácica ascendente con hematoma pericárdico y mediastínico. *Caso clínico.* Varón de 70 años, con único antecedente de arritmia en tratamiento con atenolol, que presentó un cuadro brusco de dolor torácico con cortejo vegetativo seguido de un síncope. Tras recuperar la conciencia se objetivó una hemiparesia derecha y afasia mixta (NIHSS: 17). La tomografía axial computarizada craneal fue normal y, cumpliendo los criterios de inclusión, se administró rt-PA intravenoso a los 120 minutos del inicio. Tras una mejoría inicial en los primeros 30 min (NIH: 8), de modo brusco comienza con cianosis central, aumento de la presión venosa yugular, inestabilidad hemodinámica y parada cardiorrespiratoria, que se resuelve tras maniobras de resucitación avanzada. Un ecocardiograma evidenció disección de la aorta ascendente (tipo A) con rotura del pericardio y taponamiento cardíaco, lo que se confirmó con angiotomografía computarizada torácica. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de inmediato, y se consiguió solucionar la disección mediante colocación de una endoprótesis aórtica. Sin embargo, falleció al día siguiente por coagulopatía secundaria a los múltiples concentrados de hematíes que requirió y al rt-PA. La histología intraoperatoria confirmó la disección aórtica aguda subadventicial y ateromatosis. *Conclusiones.* La disección de aorta es una contraindicación formal para la fibrinólisis intravenosa. Sin embargo, su diagnóstico puede no ser posible, debido a la corta ventana terapéutica, si no existe una alta sospecha clínica. El rt-PA puede producir la rotura aórtica en este contexto.

P12.

SÍNDROME DE WALLEMBERG CON PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD VIBRATORIA IPSILATERAL

J. Fernández Domínguez, J.P. Medina Báez, A. Tallón Barranco,
L. Gabaldón Torres, A. Frank García, E. Díez Tejedor
Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. El síndrome de Wallenberg, descrito con mayor detalle en 1895, presenta típicamente afectación de las sensibilidades táctil y algésica contralateral, y afectación de los pares craneales bajos ipsilaterales a la lesión. Existen diferentes combinaciones topográficas, y algunas son excepcionales. En los años noventa, se inicia un intento de clasificar los subtipos de clínica sensitiva, entre los que se incluye la clasificación de Stopford (cuatro tipos). Presentamos un paciente con un infarto tipo IV según dicha clasificación. *Caso clínico.* Varón de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia familiar, que ingresa por mareo e inestabilidad para la marcha, alteración de las sensibilidades táctil, algésica en hemicuerpo derecho y vibratoria en hemicuerpo izquierdo, síndrome de Horner izquierdo y paresia del IX y X pares craneales izquierdos. Se le realiza una resonancia magnética (RM) craneal con angio-RM. Se visualiza un infarto en el bulbo lateral y en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierdas, secundario a trombosis de la arteria vertebral izquierda, que alcanza la zona inferomedial del bulbo. *Conclusiones.* En el síndrome de Wallenberg típico, existe una alteración característica de la sensibilidad protopática. Existen diferentes subtipos de afectación sensitiva y, rara vez, se puede afectar también la sensibilidad vibratoria, bien por variación anatómica de conducción a través del tracto espino-cerebeloso anterior, o bien, como en nuestro caso, por afecta-

ción de los núcleos *gracillis* y *cuneatus* en la médula cervical alta, previa a su decusación. Consideramos necesario realizar más trabajos para una correcta clasificación topográfica, y establecer la evolución y el pronóstico de estos infartos según sus formas clínicas.

P13.

TIEMPO DE LLEGADA AL HOSPITAL EN PACIENTES CON ICTUS: FACTORES INFLUYENTES

R. Acebal Berruguete^a, C. Moral Moraleda^a,
C. Fernández del Blanco^a, B. de la Casa Fages^c,
B. Rodríguez Miranda^b, C. Sánchez Sánchez^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria. ^b Servicio de Urgencias.

^c Servicio de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivo. Analizar factores que influyen en el tiempo de llegada de pacientes con ictus al hospital en nuestra área. **Pacientes y métodos.** Es un estudio retrospectivo de pacientes con ictus atendidos en urgencias e ingresados en neurología (registro BADICAL: base de datos de ictus y calidad de Alcorcón) durante 2006. Recogimos sexo, edad, Rankin previo, síntomas iniciales, hora de inicio y llegada a urgencias, procedencia y distancia domicilio-hospital. Dividimos los pacientes en dos grupos según el tiempo ictus-hospital (< 2 h y > 2 h). **Resultados.** La muestra fue de 213 pacientes, el 51,3% eran hombres. La edad media fue de 71,3 ($\pm$ 13,75). Distancia domicilio-hospital: Alcorcón, 53,4%; 0-23 km, 15%; 23-46 km, 10,4%; y 46-72 km, 13,5%. Procedencia: por iniciativa propia, 45,6%; en transporte sanitario, 14,3%; de atención primaria, 23%; y otros, 17%. Los síntomas iniciales fueron: debilidad, 31,9%; alteración del lenguaje, 29,8%; cefalea/alteración de la conciencia, 15,2%; y otros, 19,9%. El Rankin previo fue: 0-2, 78,3%; 3-4, 21,7%. Ictus previo, 16,4%; demencia, 11,3%. Turno de ictus: 8-15 h, 55,5%; 15-24 h, 32,8%; 24-8 h, 11,7%. El tiempo ictus-hospital fue: < 2 h, 17%; > 2 h, 83%. Las variables asociadas a llegar < 2 h fueron: ser mujer, procedencia por iniciativa propia y transporte sanitario, inicio con alteraciones del lenguaje y debilidad; y los factores asociados a llegar > 2 h: clínica sensitiva, demencia previa y procedencia de la zona 23-46 km. La independencia previa, el tipo y el turno del ictus no mostraron diferencias. **Conclusiones.** Los pacientes con ictus que llegan a la Fundación Hospital Alcorcón antes de dos horas son mujeres, acuden por propia iniciativa o transporte sanitario, y comienzan con debilidad o alteraciones del lenguaje. Dada la proporción de pacientes que acuden por sus propios medios, la educación de la población sería la primera medida a tomar para reducir el tiempo ictus-hospital.

P14.

RENDIMIENTO DEL HOLTER-EKG EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL ICTUS ISQUÉMICO

A. Morillo Muñoz^a, G. Reig Roselló^a, V. Meca Lallana^a,
M. López López^b, L. López Manzanares^a, J. Vivancos^a

^a Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

^b Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivo. Cuantificar el rendimiento del Holter-EKG en el estudio de un paciente con ictus isquémico para conseguir un diagnóstico etiológico, así como la decisión terapéutica más adecuada. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan los pacientes ingresados en una unidad de ictus, en los que se realizó Holter-EKG, desde enero de 2005 hasta diciembre de 2006. Se utiliza la base de datos BADISEN. **Resultados.** De un total de 318 ingresos, se realiza Holter-EKG a 91 pacientes, de los cuales 10 (11%) presentaban patología embolígena. De los 10 pacientes, a dos ya se les había detectado fibrilación auricular en EKG en el momento de su ingreso, siete presentaban un EKG normal, y un pa-

ciente ya tenía antecedente de fibrilación auricular. En los siete casos de EKG normal que en la urgencia con Holter presentaban patología embolígena (7,7%), se llegó a un diagnóstico etiológico del ictus en seis casos, y en cuatro de ellos (5,5%) se produjo un cambio en el tratamiento del paciente. Esto no fue así en uno de ellos por tener avanzada edad y Rankin 4, por lo que se mantuvo el tratamiento antiagregante. **Conclusiones.** La realización del Holter-EKG en la fase aguda del ictus isquémico en pacientes en los que se sospecha un origen cardioembólico y con EKG normal en el momento del ingreso presenta buena rentabilidad diagnóstica y terapéutica, dada su inocuidad, sencillez y bajo coste.

P15.

FORAMEN OVAL PERMEABLE E ICTUS ISQUÉMICO: CIERRE PERCUTÁNEO

M.A. Ortega-Casarrubios^a, B. Fuentes^a, B. San-José^b,
P. Martínez^a, M. Lara^a, L. Calvo^c, G. Galeote^c,
A. Sánchez-Recalde^c, E. Díez-Tejedor^a

Unidad de Ictus. Servicios de Neurología^a, Bioestadística^b y Cardiología^c.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. En pacientes $\leq$ 55 años, la combinación de foramen oval permeable (FOP) y aneurisma del septo interauricular (ASA) se asocia a un mayor riesgo de ictus, por lo que en estos casos y en aquéllos con ictus recurrente a pesar del tratamiento médico, el cierre percutáneo del FOP podría considerarse una opción terapéutica. Analizamos la seguridad y eficacia del cierre percutáneo. **Pacientes y métodos.** Es un estudio observacional con inclusión de pacientes con ictus isquémico $\leq$ 55 años atendidos en la Unidad de Ictus (2002-2006) a los que se realiza cierre percutáneo por FOP con ASA o FOP aislado (si es ictus recurrente). Se realiza cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer (18, 25, y 35 mm). Se evalúan las recurrencias, complicaciones del cierre, *shunt* residual por ecocardiografía y Doppler al año. **Resultados.** Trece pacientes, el 69,2% hombres. Edad: $43,5 \pm 8,9$ años. Siete con infarto cerebral. Once pacientes con FOP con ASA y dos con FOP aislado. Tiempo medio desde el ictus hasta el cierre: 168 días (35-455). Tiempo medio de seguimiento tras el cierre: 760,4 días (277-1.285). Complicaciones: un paciente tuvo derrame pericárdico sin repercusión funcional, autolimitado. No se han registrado recurrencias. En dos pacientes persistía un *shunt* residual mínimo al año. **Conclusiones.** El cierre percutáneo del FOP en pacientes $\leq$ 55 años con insuficiencia cardíaca seleccionados puede ser una técnica segura y eficaz para prevenir las recurrencias. Son necesarios estudios prospectivos para confirmar estos datos.

P16.

FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS AGUDAS DE MIGRAÑA

P.E. Bermejo Velasco^a, R. Dorado Taquiguchi^b, R. Velasco Calvo^c

^a Servicio de Neurología. Clínica Nuestra Señora del Rosario.

^b Servicio de Neurología. Hospital de La Zarzuela. ^c Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción. La experiencia clínica y los estudios electrofisiológicos han sugerido una mayor sensibilidad de los cerebros de pacientes migrañosos respecto a los que no lo son. En ocasiones, los pacientes señalan que estímulos como la luz, el sonido, el ejercicio, los olores o el estrés pueden desencadenar crisis de migraña. **Objetivos.** Evaluar el porcentaje de pacientes que reconoce estímulos desencadenantes de crisis agudas de migraña y estudiar cuáles son éstos. **Pacientes y métodos.** Se encuestó a 173 pacientes consecutivos diagnosticados de migraña según los criterios de la International Headache Society, y se les pidió que identificaran los factores

desencadenantes de sus crisis. Se recogieron otros datos, como la edad, sexo, existencia o no de aura, presencia de síntomas vegetativos e intensidad de la cefalea según la escala analógica visual. **Resultados.** El 62% de los pacientes identificó factores desencadenantes. Los más asociados fueron los endógenos, de los cuales el estrés (67%) fue el principal, junto con los cambios en el ritmo de sueño (39%) y las hormonas (28%). Los exógenos fueron muy variados, como alimentos (22%), tabaco (31%), viajes (21%) o cambios del clima (20%). Hasta el 28% señaló otro tipo de cefaleas (tensional, dolor cervical) como un desencadenante. **Conclusiones.** Un amplio porcentaje de los pacientes migrañosos reconocen desencadenantes, los cuales se asocian más a las crisis de migraña más graves. Todo esto apoya la idea de una hiperexcitabilidad cerebral en los pacientes migrañosos, que los hacen más sensibles a determinados estímulos. El control de estos desencadenantes puede ser un importante aspecto del tratamiento de la crisis de migraña.

P17.

CEFALEA CLUSTER-LIKE SECUNDARIA A TUMOR DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO

M. Eimil Ortiz ^a, F.J. María Salgado ^b, C. Fontán Tirado ^a,
R. González Santiago ^a, M.E. Villar ^a, E. Martín González ^a

^a Sección de Neurología. ^b Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción. Una cefalea *cluster-like* tiene características similares a las histamínicas primarias, pero con causa subyacente. Comunicamos un dolor periocular terebrante, lagrimeo y ojo rojo ipsilaterales, en cuyo estudio se detectó un quiste epidermoide contralateral. Se revisa la historia clínica. **Caso clínico.** Varón de 47 años con el dolor mencionado sobre el lado izquierdo, sin náuseas ni vómitos. Duraba unas tres horas, con frecuencia variable y tendencia a aparecer durante la siesta. La exploración inicial fue normal. En una tomografía axial computarizada urgente se vio aumento de la cisterna magna. La resonancia magnética mostró un quiste epidermoide en el ángulo cerebelopontino derecho que englobaba los pares V, VII, VIII, las arterias cerebral y cerebelosa superior derechas, con efecto masa sobre la protuberancia. Antes de la cirugía, presentó una parálisis completa del III par craneal izquierdo. Tras la exéresis, desapareció el dolor, y mejoró el III par craneal. **Conclusiones.** Basamos el mecanismo etiopatogénico en un efecto masa contralateral que da lugar a la activación del sistema nervioso periférico por medio del VII par craneal, llegando al ganglio eseno palatino y a la activación de glándulas nasales y lagrimales, lo que ocasiona los signos externos; por otro lado, se activa el V par craneal izquierdo por tracción meníngea, y, vía rama oftálmica, se desencadena el sistema inflamatorio que provoca dolor de distribución trigeminal. La alteración contralateral viene apoyada por la aparición tardía de un III par craneal contralateral. Dado que hay muchas estructuras implicadas en la génesis de estas cefaleas, consideramos primordial el estudio completo de la fosa posterior con resonancia magnética para descartar un dolor secundario.

P18.

CEFALEA TIPO CLUSTER Y FÍSTULA DURAL

C. Isart Ferré ^a, E. Escolar Escamilla ^a, R. Marasescu ^a,
M.J. Gil Moreno ^a, A. Pínel González ^a, M. Carretero ^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Radiología.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción. A través de un caso se analiza la relación entre cefalea trigeminoautonómica y malformación arteriovenosa, así como el procedimiento endovascular como factor desencadenante. **Caso clínico.** Varón de 35 años diagnosticado en 1995 de cefalea tipo *clus-*

ter, que cumple criterios diagnósticos de la International Headache Society (tomografía axial computarizada del cráneo sin alteraciones) y permanece asintomático con tratamiento profiláctico. En septiembre de 2006 acude a Urgencias por un nuevo episodio de cefalea de diferentes características, por lo que se realiza nueva tomografía axial computarizada, en la que se aprecian imágenes que parecen estar en relación con una malformación vascular frontoparietal derecha. Tras la arteriografía, se confirma una fístula dural a expensas de ambas carótidas externas con drenaje a seno longitudinal superior. Se realiza tratamiento endovascular de la malformación, y se consigue su oclusión completa. 72 horas después de la embolización, el paciente presenta nueva crisis de cefalea temporal retroorbitaria izquierda, de intensidad grave, asociada a signos autonómicos, de 40 minutos de duración, que se controla completamente con flunaricina. Desde entonces, el paciente se mantiene asintomático. **Conclusiones.** El caso clínico presentado plantea dos interrogantes: la relación entre cefalea trigeminoautonómica y lesión estructural, y el desarrollo de un episodio de cefalea secundario al procedimiento endovascular. En cuanto al primer aspecto, encontramos en la literatura casos que cumplen criterios diagnósticos de cefalea trigeminoautonómica, incluso adecuada respuesta a tratamiento sintomático, en los que se demuestra posteriormente lesión estructural. Respecto al procedimiento endovascular como factor precipitante de cefalea, hay casos de cefalea descritos tras distintos procedimientos vasculares, proponiéndose distintos mecanismos fisiopatológicos (estímulo mecánico sobre la pared arterial, cambios hemodinámicos...).

P19.

MIOCLONÍA HEMICORPORAL EN UN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M.J. Gil Moreno ^a, C. Isart Ferré ^a, E. Escolar Escamilla ^a,
A. Monereo ^b, A. Pínel González ^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción. Existen numerosas referencias respecto a la afectación neurológica en el curso de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), algunas de ellas independientes del momento evolutivo y el estado de inmunodepresión. **Caso clínico.** Varón de 43 años, VIH (+), grupo B3, que ingresa por episodios paroxísticos recurrentes de rigidez tónica dolorosa en extremidades derechas, seguida de sacudidas clónicas, sin alteración del nivel de conciencia, autolimitados, de 20-40 segundos, con plejía posterior transitoria. Tienen una alta frecuencia (1-2/hora) y están desencadenados por el tacto o el movimiento. La exploración neurológica no mostró hallazgos relevantes, salvo plejía completa a nivel de miembro superior derecho después de las crisis, arreflexia e hipotonía transitoria. Interpretado como estatus parcial, se inicia tratamiento con valproico, con control parcial a pesar de niveles adecuados. Se realiza electroencefalograma crítico, que no muestra actividad epileptógena. Con sospecha de mioclonos hemicorporales, se asoció tratamiento con clobazam, con control completo de la sintomatología. Se solicita resonancia magnética craneal, que muestra afectación difusa de la sustancia blanca, con estudio cervical normal. Se realiza punción lumbar con bioquímica básica normal, índice IgG elevado y bandas oligoclonales positivas. **Conclusiones.** El caso clínico plantea tres cuestiones fundamentales: el diagnóstico semiológico entre crisis reflejas o mioclonos hemicorporales propiamente. El electroencefalograma crítico sin actividad epileptiforme descarta razonablemente un origen epileptico, y se establece el diagnóstico de mioclonos subcorticales; el diagnóstico diferencial de las lesiones de la sustancia blanca en pacientes con VIH. Se encontraron datos en la literatura de evidencia de desmielinización y gliosis por afinidad del virus, sin traducción clínica; y, por último, el hallazgo de alteraciones licuorales, incluso en pacientes sin clínica neurológica.