

# V REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (II)

Alcalá de Henares, Madrid,  
17-18 de octubre de 2007

## P20.

### MECANISMOS INHIBITORIOS EN EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

A. Fusari Santillo<sup>a</sup>, B. García Rodríguez<sup>a</sup>,  
H. Ellgring<sup>b</sup>, J.A. Molina Arjona<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología Básica II. UNED. Facultad de Psicología. Madrid. <sup>b</sup> Departamento de Psicología. Universidad de Würzburg. Würzburg, Alemania. <sup>c</sup> Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción.** La enfermedad de Parkinson se caracteriza por un declive del funcionamiento ejecutivo, donde la inhibición, capacidad para desatender estímulos irrelevantes, desempeña un papel fundamental. **Objetivo.** Investigar el reconocimiento emocional facial en la enfermedad de Parkinson y en qué medida está afectado por el deterioro de los mecanismos inhibitorios. **Sujetos y métodos.** Los estímulos son caras con las seis emociones básicas presentadas por ordenador. Comparamos 15 pacientes de Parkinson (60-80 años) con 30 controles sanos (60-80 años) en tres tareas: reconocimiento emocional facial, tarea Stroop de colores/palabras y una tarea tipo Stroop de caras/palabras. En la primera, los participantes identifican la expresión emocional. En la tarea Stroop, nombran el color de las palabras e inhiben su contenido semántico. En la última, tienen que identificar la expresión emocional en dos condiciones: congruente e incongruente. **Resultados.** Los resultados indican que el grupo de Parkinson identifica peor las emociones. Además, cuando tienen que inhibir estímulos irrelevantes o distractores, esta dificultad aumenta. Estos datos se ven apoyados por el resultado obtenido en la tarea Stroop (colores/palabras), que mide la capacidad general para inhibir estímulos irrelevantes. **Conclusiones.** El reconocimiento de las emociones faciales es sólo un aspecto muy importante de la vida afectiva. La medida en que los diferentes aspectos del procesamiento emocional se deterioran depende, entre otras causas, de la tarea requerida. Identificar emociones faciales tiene una importante carga cognitiva; por tanto, nuestros datos confirman que las tareas con contenido emocional no son inmunes al deterioro del funcionamiento ejecutivo.

## P21.

### INFUSIÓN DUODENAL DE LEVODOPA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS

R. García-Ramos, J. del Val, C. Villanueva, P. Pin, M.J. Catalán  
Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción.** La infusión intraduodenal de levodopa/carbidopa es una nueva alternativa terapéutica en el tratamiento del Parkinson avanzado. La administración intraduodenal de levodopa supone una aproximación a la estimulación dopaminérgica continua, que es la mejor estrategia en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson con fluctuaciones motoras. La reducción de la variabilidad de los niveles de levodopa en sangre produce una reducción de las fluctuaciones motoras y una mejoría de las discinesias, según los resultados de los ensayos clínicos disponibles. **Casos clínicos.** Tres pacientes con enfermedad de Parkinson avanzado en politerapia con fluctuaciones motoras y discinesias invalidantes, en los que se ha optado por el tratamiento con bomba de duodopa. En los tres casos se ha observado un beneficio terapéutico respecto al tratamien-

to con politerapia oral, consistente en reducción del porcentaje del tiempo *off* diario y reducción de las discinesias. Las fluctuaciones motoras mejoran, aunque las vespertinas son más resistentes. En los tres casos se ha observado una depresión después del tratamiento. En cuanto a la técnica, no ha existido ningún efecto secundario local grave y el fármaco se ha tolerado bien. **Conclusiones.** La infusión intraduodenal de levodopa/carbidopa es eficaz en pacientes con Parkinson avanzado. Se tolera bien y las complicaciones observadas han sido muy leves. Es importante exponer bien las expectativas a los pacientes para evitar decepciones después del tratamiento. Es necesario hacer estudios comparativos de eficacia con otras alternativas terapéuticas indicadas también en este estadio de la enfermedad. Se deben definir criterios de indicación uniformes para sacar conclusiones a medio-largo plazo.

## P22.

### MONITORIZACIÓN MOTORA AMBULATORIA (ACTIGRAFÍA)

I. Cabo López, P. García Bermejo, M. del Valle Loarte,  
P.J. García Ruiz-Espiga

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Objetivos.** Hay una gran variedad de test clínicos que se utilizan en la práctica clínica para evaluar la capacidad motora en los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). El objetivo de este estudio es comparar los test clínicos habituales con la monitorización motora ambulatoria de la capacidad motora (actigrafía). **Pacientes y métodos.** Hemos aplicado la actigrafía en 29 pacientes con EP, estudiado la capacidad motora durante 72 horas, y comparado estos datos con los resultados de las escalas clínicas habituales (UPDRS y test motores). **Resultados.** Se observa una correlación positiva entre la actividad media observada con la actigrafía y la UPDRS total y motora ( $p < 0,01$ ). **Conclusiones.** El estudio mediante monitorización ambulatoria motora permite evaluar la capacidad motora del paciente con EP en condiciones naturales y correlacionarla con los test clínicos habituales.

## P23.

### DIAGNÓSTICOS DE CRIBADO MODIFICADORES EN SERIES DE CASOS DE TEMBLOR ESENCIAL: TEMBLOR DE REPOSO PLUS, *SOFT SIGNS*, DISMINUCIÓN DE FRECUENCIA, INCREMENTO DEL TEMBLOR FISIOLÓGICO

S. Echevarría

Neurólogo.

**Introducción.** El creciente avance en la caracterización y semiología del temblor esencial, plasmado en descripciones observacionales y poblacionales, puede incrementar su valor exploratorio y pronóstico respecto a muestras de series en el sentido dimensional en las fases de cribado y muestreo. **Objetivos.** Son la dimensión diagnóstica, la dimensión de cribado y la categorización de diagnóstico del temblor avanzado. **Pacientes y métodos.** Se trata de una *rule-decision making* en correlación de niveles, tras la aplicación de rangos de correlación tipo Spearman ( $r$ ) y regresión multivariante entre componente pronóstico y no paramétrico. **Resultados.** Es posible incrementar el valor diagnóstico de las fases de cribado en ran-

gos de edad estratificados si se aplican *charts* que cubran la variabilidad diacrónica del temblor, así como su percepción categorial por el paciente y/o con respecto a niveles históricos en la genealogía familiar. **Conclusiones.** La presencia de signos neurológicos añadidos se autoplantea según descriptores de habilidad aumentada o disminuida en  $r > 0,8$  de correlación entre exploración neurológica e incremento/decremento del temblor percibido.

## P24.

### TOXINA BOTULÍNICA EN EL TARTAMUDEO INVALIDANTE

I. Cabo López, P. García Bermejo, M. del Valle Loarte, P.J. García Ruiz-Espiga

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Introducción.** La eficacia de la toxina botulínica (TB), demostrada en distonía y espasticidad, abarca otras aplicaciones posibles, incluyendo el tartamudeo invalidante. **Caso clínico.** Varón de 30 años, con antecedentes de parálisis cerebral infantil y tartamudeo desde la infancia, remitido desde su médico de atención primaria para valoración. El paciente era mudo funcional, con gravísimas limitaciones para la comunicación oral. En consulta, una vez evaluado, se infiltran cuatro unidades de toxina (Allergan) en ambas cuerdas vocales bajo control electromiográfico. El paciente mejora de manera espectacular durante tres meses, y, posteriormente, remitió el efecto beneficioso de la medicación, por lo que se reinyectó trimestralmente desde entonces, debido a la gran mejoría alcanzada. **Conclusiones.** Es bien conocida clásicamente la eficacia terapéutica de la TB en circunstancias de hiperactividad muscular, como la distonía y la espasticidad, lo que conllevó a ampliar su área de acción a otros campos, como el de los tics, el temblor y las mioclonías, con resultados ciertamente satisfactorios. La TB también puede ser eficaz en los casos de tartamudeo incapacitante, como ya han demostrado publicaciones anteriores.

## P25.

### ZONISAMIDA EN EL TEMBLOR ESENCIAL REFRACTARIO

P.E. Bermejo Velasco <sup>a</sup>, R. Velasco Calvo <sup>b</sup>, A. Fraile Pereda <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. Clínica Nuestra Señora del Rosario.

<sup>b</sup> Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Introducción.** El temblor esencial es uno de los trastornos del movimiento más frecuentes, que llega a afectar a un 5% de la población en mayores de 65 años. Los tratamientos farmacológicos más utilizados son el propranolol y la primidona, que no están exentos de efectos secundarios ni de interacciones farmacológicas, fundamentalmente en los pacientes de más edad. Entre las alternativas se encuentran los fármacos antiepilépticos, y publicaciones sobre el topiramato, la gabapentina, la pregabalina y la zonisamida cada vez son más numerosas. Sin embargo, poco se conoce sobre el papel en el temblor esencial refractario a otros fármacos. **Objetivo.** Evaluar la eficacia y tolerabilidad de la zonisamida en el tratamiento del temblor esencial refractario. **Pacientes y métodos.** Ocho pacientes diagnosticados de temblor esencial refractario a dos o más fármacos iniciaron tratamiento con zonisamida. El sexo, edad, tratamiento previo, dosis de zonisamida, efectos secundarios y respuesta al tratamiento fueron recogidos y evaluados. **Resultados.** La edad media fue de 60,9 años, con una media de 2,7 fármacos fallidos. La dosis media fue de 215 mg/día, y los días de tratamiento de 65. Seis de los ocho pacientes experimentaron una buena respuesta clínica y decidieron continuar el tratamiento. Los efectos secundarios fueron leves y bien tolerados. **Conclusiones.** A pesar del bajo número de pacientes incluidos, éstos son claramente refractarios a otros fármacos, lo cual no se ha publicado hasta ahora. Los resultados invitan a seguir investigando la utilidad de la zonisamida en el temblor esencial refractario.

## P26.

### ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD NEURONAL Y MUSCULAR EN PACIENTES DISTÓNICOS TRATADOS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

I. Regidor, M. del Álamo, L. Cabañes, C. Magariños, R. Figueiras  
Unidad de Neurocirugía Funcional. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El tratamiento farmacológico de la distonía generalizada puede ser poco efectivo. Las alternativas quirúrgicas están consiguiendo buenos resultados, especialmente la estimulación cerebral profunda del segmento interno del globo pálido. Pretendemos relacionar la actividad neuronal y muscular en pacientes con distonía sometidos a este tratamiento. **Pacientes y métodos.** Diez pacientes distónicos se sometieron a estimulación cerebral profunda en el globo pálido. Se estudiaron la actividad de las células palidales y la correlación con la actividad muscular registrada simultáneamente. **Resultados.** Las neuronas descargaron principalmente en forma de ráfagas, con incrementos cíclicos en la media de descarga de hasta el 300%. Los pares de neuronas del globo pálido descargaron en sincronía, con una interrelación inhibitoria. La respuesta al movimiento reveló una organización somatotópica del globo pálido. El movimiento moduló las células analizadas con importantes incrementos en la tasa de descarga. La movilización pasiva reveló un mecanismo distinto para la flexión y la extensión, mientras que los movimientos voluntarios revelaron una respuesta compleja. La estimulación de los mejores electrodos en el quirófano mostró una disminución de la actividad de fondo del electromiograma. **Conclusiones.** El registro electromiográfico puede ser una herramienta complementaria válida para discernir la región dentro del globo pálido, cuya estimulación produce los mejores resultados.

## P27.

### ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISTONÍA

I. Regidor, M. del Álamo, C. Magariños, R. Figueiras

Unidad de Neurocirugía Funcional. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El tratamiento farmacológico de la distonía es a menudo poco efectivo, y las estrategias quirúrgicas están obteniendo buenos resultados. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la eficacia y seguridad de la estimulación cerebral profunda (ECP) del segmento interno del globo pálido (GPi) para el tratamiento de la distonía en un hospital de la Comunidad de Madrid. **Pacientes y métodos.** Se reclutó para cirugía a 10 pacientes con distonía médicamente intratable. Los electrodos se implantaron en el GPi mediante guía estereotáxica y conectados al neuroestimulador que se insertó subcutáneamente. La escala Burke-Fahn-Marsden (BFMDRS) se usó para evaluar los efectos de la neuroestimulación. **Resultados.** Un año después del inicio de la ECP, la BFMDRS fue significativamente más baja que los valores preoperatorios. La mejoría en las escalas persistió en las siguientes evaluaciones, con un descenso medio del 65% en el segundo año después de la cirugía. Un total de ocho pacientes tuvo una mejora en la puntuación motora mayor del 50% en el segundo año. No se observaron signos de empeoramiento motor en ningún paciente. La puntuación en la escala de discapacidad global mejoró con significación estadística en el segundo año. Como única complicación se presentó una infección de herida quirúrgica que precisó explante del generador, sin consecuencias añadidas. **Conclusiones.** La ECP del GPi es eficaz y segura para el tratamiento de la distonía. Tanto la incapacidad como la discapacidad mejoran y permanecen estables después de dos años. El índice de complicaciones relacionadas con el dispositivo (10%) parece mayor que en otras patologías.

**P28.****DISTONÍA GRAVIDARUM**

R. Marasescu, E. Escolar Escamilla, C. Isart Ferre, M.J. Gil Moreno, M.D. Torrecillas Narváez, A. Pinel González  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Introducción.** Los trastornos de movimiento durante el embarazo son mucho más infrecuentes que durante la infancia o en el anciano. **Caso clínico.** Mujer de 31 años, gestante de 19 semanas, sin antecedentes médicos, farmacológicos o tóxicos de interés, que consulta por movimientos involuntarios a nivel lingual, arrítmicos, asimétricos, que afectan a ambos lados de la lengua, y disminuyen en intensidad y frecuencia con la lateralización bilateral. No dificultan la alimentación ni el habla. Se realiza un estudio etiológico, con prueba de neuroimagen normal, y batería analítica, que descarta patología infecciosa, carencial o autoinmune de base. El electromiograma muestra datos sugestivos de temblor distónico. Dada la ausencia de repercusión funcional, se decide no tratar. Se produce una evolución progresiva de forma paralela a la gestación, con remisión completa de los movimientos después del parto. **Conclusiones.** Se trata de una paciente con movimientos involuntarios de tipo distónico a nivel lingual, relacionados con la gestación. El embarazo y los anticonceptivos orales pueden exacerbar los movimientos involuntarios por el aumento de los niveles de estrógenos, de dopamina y de sus receptores a nivel cerebral. Los tratamientos están indicados en los casos graves, cuando el beneficio terapéutico supera el riesgo fetal.

**P29.****MEROPENEM Y ÁCIDO VALPROICO: LAS AMISTADES PELIGROSAS**

M. Eimil Ortiz <sup>a</sup>, A. Sierra Limpo <sup>b</sup>, D. Aguirre Mollehuana <sup>c</sup>, S. Búa <sup>d</sup>, M.E. Villar Villar <sup>a</sup>, C. Fontán Tirado <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sección de Neurología. <sup>b</sup> Medicina de Familia. <sup>c</sup> Servicio de Neurofisiología.

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Móstoles. Madrid.

**Introducción.** Aunque está descrita la interacción meropenem/ácido valproico (VPA), algunos de los instrumentos que empleamos en la práctica no advierten sobre ello. Comunicamos un estatus epiléptico inducido por añadir meropenem a una paciente tratada con VPA. Se revisa la historia. **Caso clínico.** Mujer de 25 años con crisis parciales secundariamente generalizadas bien controladas con VPA (1.000 mg/día), que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por un estatus de causa desconocida. En la UCI se añade fenitoína, y se aumenta el VPA a 500 mg/8 h. Ante una neumonía, recibe amoxicilina/clavulánico durante cuatro días, pero se sustituye por meropenem por ineficacia. Teniendo niveles de VPA de 49, se hacen indetectables a las 36 horas de la instauración del Meropenem <sup>®</sup>, recurriendo el estatus. Pese a varias cargas con VPA, no se reinstauran niveles terapéuticos, así que se suspende el meropenem a los tres días de iniciado. Tras su interrupción, no se logran niveles en rango hasta el vigésimo día, aun con una dosis de 2.200 mg/día de VPA. **Conclusiones.** Hay varios casos descritos de una caída drástica de los niveles de VPA tras la instauración de meropenem, que se produce ya en las primeras 24 horas, y cuya persistencia es variable. Si bien en este caso la adquisición de nuevos niveles de VPA pudo verse interferida por fenitoína, no dudamos de la drástica actuación del meropenem. Aunque es práctica habitual valorar las interacciones de los fármacos que se administran a pacientes epilépticos, nunca serán demasiadas las precauciones que adoptemos.

**P30.****LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIA A SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

V. Meca Lallana, A. Barroso Merinero, A. Morillo Muñoz, G. Reig Roselló, M. Losada López, L. López Manzanares  
Servicio de Neurología. Hospital de La Princesa. Madrid.

**Introducción.** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) puede producir una leucoencefalopatía posterior reversible (LPR). **Objetivo.** Presentamos el tercer caso en la literatura de un adulto con SGB que desarrolla LPR antes del inicio del tratamiento con IgIV. **Caso clínico.** Mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, que presenta un cuadro de días de evolución de lumbalgia intensa que no cede con analgésicos habituales. Acude a urgencias tras un episodio de desorientación y crisis tónico-clónica generalizada. A la exploración sólo presenta cierta bradipsiquia y dolor a la palpación lumbar. Mantiene desde el ingreso tensión arterial por encima de 190/100 mmHg. Al día siguiente presenta parálisis facial periférica izquierda, hipoestesia distal y debilidad en miembros inferiores, con ROT abolidos, y episodios de segundos de luces centelleantes en el hemicampo visual derecho. Tras tratamiento con IgIV, labetalol, fenitoína, analgesia y rehabilitación, mejora progresivamente. La tomografía axial computarizada craneal presenta hipodensidades en la sustancia blanca subcortical de lóbulos occipitales; resonancia magnética craneal con hiperintensidad de la señal en la sustancia blanca subcortical de predominio en lóbulos occipitales, tálamos y frontoparietales altos, sin realce tras contraste; electroencefalograma con afectación moderada corticosubcortical difusa. Líquido cefalorraquídeo: glucosa, 66 mg/dL; proteínas, 204 mg/dL; células, 0. **Conclusiones.** La disautonomía puede acompañar o ser predominante en el SGB. La LPR es una entidad clinicoradiológica que cursa con crisis epilépticas, cefalea, alteraciones visuales o confusión de rápida progresión, y carácter reversible tras el tratamiento precoz, cuyas causas más frecuentes son la encefalopatía hipertensiva, eclampsia, insuficiencia renal o fármacos como IgIV o inmunosupresores. En nuestro caso, las manifestaciones disautonómicas preceden en varios días a las alteraciones motoras. Las IgIV mejoraron el cuadro de LPR.

**P31.****SUPLEMENTOS DE SOJA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO**

P.E. Bermejo Velasco <sup>a</sup>, A. Fraile Pereda <sup>b</sup>, R. Velasco Calvo <sup>b</sup>, S. Al Hussaini <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. Clínica Nuestra Señora del Rosario.

<sup>b</sup> Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Introducción.** Recientemente se ha sugerido la soja como tratamiento efectivo de determinados tipos de dolor. Aunque los estudios aún son muy escasos, parece que las dietas que contienen esta sustancia previenen el desarrollo de dolor neuropático en modelos animales y han demostrado ser eficaces para ciertos tipos de dolor en seres humanos. **Objetivos.** Se trata de evaluar la eficacia y la tolerabilidad de la soja como posible tratamiento de dolor neuropático. **Pacientes y métodos.** Ocho pacientes con diversos tipos de dolor neuropático (cuatro con neuralgia del trigémino, dos con neuralgia de Arnold y dos por lesiones talámicas) fueron incluidos en este estudio. Se añadió soja (Phyto Soya <sup>®</sup>), en dosis de 700 mg/día, al tratamiento que estaban tomando. Éste estaba compuesto por una media de 2,3 fármacos, de los cuales los más frecuentes eran carbamacepina, gabapentina, pregabalina y topiramato. Se evaluaron la intensidad del dolor según una escala analógica visual de 0 a 10 y el número de días con dolor al mes. El seguimiento medio fue de 92 días. **Resultados.** No se produjeron variaciones ni en la intensidad ni en la frecuencia del dolor en ninguno de los pacientes evaluados. Tampoco existie-

ron efectos secundarios, y no se produjo ningún abandono del tratamiento. **Conclusiones.** Al contrario de lo observado en modelos animales, la soja no ha demostrado mejorar el dolor neuropático en humanos. Entre las limitaciones de nuestro estudio destacan el escaso número de pacientes incluidos y la heterogeneidad etiológica del dolor. Se precisan estudios doble ciego y con más pacientes para confirmar estos resultados.

### P32.

#### PLEXITIS BRAQUIAL POR HERPES ZÓSTER

A. Fraile Pereda<sup>a</sup>, P.E. Bermejo Velasco<sup>c</sup>,  
R. Velasco Calvo<sup>a</sup>, S. Al Hussayni<sup>a</sup>, F. Martínez Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. <sup>b</sup> Servicio de Neurofisiología.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. <sup>c</sup> Servicio de Neurología.

Clínica Nuestra Señora del Rosario. Madrid.

**Introducción.** El virus varicela zóster es un virus de la familia de los herpes que se ha asociado con distintas complicaciones neurológicas, entre las que destacan encefalitis, meningitis, neuralgias postherpéticas y mielitis. Sin embargo, los casos de afectación del plexo braquial de esta etiología son muy escasos, y únicamente hemos encontrado cuatro casos descritos en la literatura. **Objetivo.** Presentamos un paciente que desarrolló una plexitis braquial secundaria a una infección por el virus varicela zóster. **Caso clínico.** Varón de 80 años con los antecedentes personales de bronquitis crónica, cardiopatía isquémica y anemia ferropénica. Desarrolló un cuadro de lesiones vesiculosas en la región lateral del antebrazo y brazo derechos y la región de la espalda correspondiente a las metámeras C6 y C7. Cinco días después, presentó un cuadro de debilidad muscular en el miembro superior derecho de predominio proximal, con el resto de la exploración neurológica rigurosamente normal. Se realizó una resonancia magnética de cráneo y de columna cervical que no mostraron datos patológicos, una analítica completa, que fue normal, un electromiograma-electroneurograma, que corroboró la presencia de una plexitis, y un estudio serológico, que confirmó la infección por el virus varicela zóster. **Conclusiones.** A pesar de que las descripciones de esta patología en la bibliografía son muy escasas, el caso de nuestro paciente y otros destacan la necesidad de tener en cuenta el diagnóstico etiológico del virus varicela zóster en los pacientes con plexitis de causa no filiada.

### P33.

#### POLINEUROPATÍA CRÓNICA INFLAMATORIA DESMIELINIZANTE EN LA EDAD PEDIÁTRICA

G. Lorenzo Sanz, R. Buenache Espartosa, G. Mateo Martínez,  
J.M. Rizo Pascual, M.L. Cubero Lorenzo

<sup>a</sup> Neurología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal.

Universidad de Alcalá. <sup>b</sup> Servicio de Neurofisiología Clínica.

Hospital Carlos III. Madrid.

**Introducción.** La polineuropatía crónica inflamatoria desmielinizante (PCID) es una entidad infrecuente en la edad pediátrica. Sus principales manifestaciones clínicas, pérdida de fuerza y disestesias, pueden mimetizar otras patologías, por lo que su diagnóstico puede ser difícil, y retrasarse el inicio del tratamiento. **Caso clínico.** Varón de 14 años, con marcha inestable de cuatro meses de evolución, que presentó tres episodios de pérdida brusca de fuerza en los miembros inferiores, con caída al suelo. Exploración: hábito asténico, atrofia de cuádriceps, pérdida de fuerza distal en los miembros inferiores, los miembros superiores y la cintura pelviana. Reflejos miotáticos abolidos en los miembros inferiores, marcha bamboleante y estepaje. El hemograma, la bioquímica y el estudio metabólico fueron normales. Las serologías, negativas. En el líquido cefalorraquídeo se observó aumento de albúmina (1,47 g/L) e IgG

(12,1 mg/dL). En el electromiograma se apreciaron signos electrofisiológicos de afectación desmielinizante sensitivomotora grave con bloqueos de conducción. Ante la sospecha de PCID, se inició tratamiento con 2 g/kg de gammaglobulina intravenosa. En controles posteriores, seis meses y un año después del diagnóstico, se repitió tratamiento de consolidación y se asociaron corticoides. El paciente mejoró tanto clínica como analíticamente, se normalizó la proteinorraquia y se apreció aumento de fuerza y trofismo muscular a nivel distal y proximal. **Conclusiones.** Habitualmente, las neuropatías crónicas sensitivomotoras en el niño son de carácter hereditario, y el tratamiento médico no modifica su curso clínico. No obstante, ante un paciente con debilidad muscular en miembros inferiores de larga evolución, con areflexia osteotendinosa, habrá que considerar la posibilidad de una PCID, ya que un tratamiento específico precoz puede modificar significativamente su pronóstico.

### P34.

#### SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ COMO FENÓMENO PARANEOPLÁSICO

M. Eimil Ortiz<sup>a</sup>, J. Benito León<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Neurología. Hospital de Móstoles.

<sup>b</sup> Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción.** La existencia de un síndrome de Guillain-Barré (SGB) es controvertida. Sin embargo, recientemente, se ha sugerido que la incidencia del SGB asociado a cáncer es más alta de lo esperado. Describimos el primer caso de una paciente con un SGB como forma de presentación de un carcinoma pulmonar de células pequeñas asociado a anticuerpos anti-Hu. Se revisa su historia clínica. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, fumadora, que acudió a urgencias por un cuadro de debilidad flácida ascendente rápidamente progresiva. La exploración mostró una paresia de los miembros superiores (4/5) e inferiores (3/5), con areflexia osteotendinosa. Los hallazgos de laboratorio fueron normales, incluyendo los anticuerpos antigangliosidos. El líquido cefalorraquídeo mostró seis células con una proteinorraquia de 0,65 g/L. El estudio electrofisiológico mostró una neuropatía desmielinizante aguda con bloqueos de conducción en los nervios motores y alteración de las respuestas sensitivas. Ante la sospecha de SGB, se inició tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas con pobre respuesta. En una placa de tórax se observó una masa paratraqueal. La biopsia fue compatible con un cáncer de pulmón de células pequeñas. Se solicitaron anticuerpos anti-Hu, que fueron positivos, y se inició carboplatino y ectopósido, sin mejoría. Diez meses después, la paciente falleció. **Conclusiones.** Este caso cumpliría los criterios para un síndrome paraneoplásico definitivo. El SGB podría ser una manifestación atípica de un síndrome neurológico paraneoplásico anti-Hu. Creemos que el tumor pudo favorecer el desarrollo de un SGB a través de un mecanismo autoinmune aberrante.

### P35.

#### PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO LIGERO Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

M. Valentí Soler<sup>a</sup>, A. Tallón Barranco<sup>a</sup>, T. Navarro Martínez<sup>b</sup>,  
R. Gonzalo Barbas<sup>a</sup>, N. Jiménez Perdices<sup>a</sup>, A. Frank García<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. <sup>b</sup> Servicio de Medicina Nuclear.

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción.** En los últimos años se presta atención creciente a factores de riesgo vascular por su posible influencia en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (EA), y se especula que podrían potenciar los efectos de la neurodegeneración. **Objetivos.** Se trata de estudiar la prevalencia de factores de riesgo vascular en personas ma-

yores de 70 años con y sin deterioro cognitivo para analizar posibles diferencias. *Sujetos y métodos.* Es un estudio observacional, transversal, de casos y controles, que forma parte de otro más amplio (PRIDEM-70). En todos los sujetos se efectuó exploración neurológica, neuropsicológica y escalas, y se clasificaron en tres grupos: deterioro cognitivo leve (DCL), EA y controles (GC). Las variables analizadas fueron tabaquismo, consumo de alcohol, nivel de educación, ejercicio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, índice de masa corporal, dislipemia, cardiopatía y depresión. Análisis estadístico: frecuencias absolutas y porcentuales,  $\chi^2$ , Kruskal-Wallis y análisis logístico univariante. *Resultados.* Participaron 92 personas (39 en el GC, 21 en el DCL y 32 en el EA), con una edad media de  $75,9 \pm 4,4$  años. Hubo predominio femenino en el DCL (62%) y el EA (72%) frente al GC (36%). En el GC hubo significativamente más personas con estudios superiores (*odds ratio*: 0,25; intervalo de confianza 95%: 0,14-0,45) y con actividad física moderada/intensa (*odds ratio*: 0,57; intervalo de confianza 95%: 0,33-0,99), así como una tendencia al hábito tabáquico y al consumo de alcohol. La hipertensión arterial fue más prevalente en el EA (53%) y el DCL (62%) frente al GC (46%). *Conclusiones.* En nuestra serie, poseer alto nivel de estudios, practicar ejercicio y consumir alcohol son factores más prevalentes en personas sin deterioro cognitivo. La hipertensión arterial ocurre con mayor frecuencia en el DCL y el EA. Resulta conveniente continuar este estudio aumentando el tamaño muestral para poder establecer la consistencia de estos resultados.

### P36.

#### AFASIA SELECTIVA EN PACIENTES BILINGÜES. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Fraile Pereda<sup>a</sup>, P.E. Bermejo Velasco<sup>b</sup>, S. Al Hussayni<sup>a</sup>, R. Velasco Calvo<sup>a</sup>, J.A. Zabala Goiburu<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

<sup>b</sup> Servicio de Neurología. Clínica Nuestra Señora del Rosario. Madrid.

*Introducción.* La afasia motora se ha asociado a lesiones del área de Broca. Sin embargo, la afectación de uno de los idiomas en pacientes bilingües aún no se comprende bien. Aunque existen algunos casos descritos en la literatura, no es una patología común, y son necesarios más estudios. *Objetivos.* Presentamos una paciente bilingüe que de forma brusca presentó una afasia completa para uno de sus idiomas, y revisamos la evidencia existente para estas alteraciones. *Caso clínico.* Mujer de 89 años con los antecedentes patológicos de hipertensión arterial no tratada y bronquitis crónica leve. Su lenguaje materno era el castellano, pero hablaba francés fluido, ya que su familia política era belga. Acudió a urgencias por un cuadro brusco de imposibilidad para hablar y escribir en castellano, pudiendo expresarse con facilidad en francés. Era capaz de comprender ambos idiomas. Además del trastorno del lenguaje, el resto de la exploración neurológica fue normal, mientras que el electrocardiograma, la radiografía de tórax, el hemograma y la bioquímica básica no mostraron hallazgos patológicos. La tomografía craneal en el ingreso y la de control a los cuatro días sólo mostraron una leve retracción parenquimatosa. Evolucionó favorablemente con una recuperación progresiva. Esto sugirió un origen vascular. *Conclusiones.* Aunque la causa de la afectación de un único idioma no está aclarada, nuestro caso y otros descritos sugieren distintas regiones cerebrales para el control de los idiomas maternos y los aprendidos. El hecho de que las pruebas de imagen no mostraran lesiones, sugiere que las zonas afectadas son de pequeño tamaño.

### P37.

#### RIESGO DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE: DATOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL

J. Benito León, C. Rodríguez Rodríguez, F. Bermejo Pareja  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

*Introducción.* Existen pocos datos que relacionen mortalidad con demencia y deterioro cognitivo leve (DCL) en España. Evaluamos el riesgo de mortalidad de demencia y DCL en el estudio NEDICES (*Neurological Diseases in Central Spain*). *Pacientes y métodos.* Presentamos una cohorte poblacional de ancianos de tres áreas del centro de España (estudio NEDICES), seguida durante 3,3 años. El diagnóstico de demencia se realizó mediante criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.<sup>a</sup> edición, y el de demencia dudosa con criterios del WHO-AAD. Los sujetos que puntuaban por debajo de una desviación típica de la media del *Minimal State Examination*, corregido por el nivel cultural, fueron diagnosticados de DCL. El riesgo de mortalidad se analizó mediante modelos de regresión de Cox. *Resultados.* En 4.687 sujetos estudiados, se detectaron 270 pacientes con demencia, de los cuales fallecieron 188 casos (correspondientes al 69,6%); de 80 sujetos con demencia dudosa, fallecieron 33 casos (41,3%); y de 721 con DCL, fallecieron 125 casos (17,3%) frente a los 633 fallecidos (17,5%) de los 3.616 controles cognitivamente intactos. En un modelo ajustado por edad, género y educación, y teniendo en cuenta el grupo control como variable de referencia, los pacientes con demencia tuvieron un riesgo relativo de fallecer de 2,54; intervalo de confianza al 95%: 2,11-3,07;  $p < 0,001$ ; los pacientes con demencia probable de 2,26; intervalo de confianza al 95%: 1,58-3,22;  $p < 0,001$ , y los de DCL de 0,88; intervalo de confianza al 95%: 0,73-1,07;  $p = 0,21$ . *Conclusiones.* Nuestros datos apoyan la hipótesis de que existe un riesgo de mortalidad incrementado en la demencia, mayor aún que en los casos probables. No parece que ocurra lo mismo en el DCL.

### P38.

#### ENCEFALITIS LÍMBICA EN UN VARÓN ASOCIADA A ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR NMDA

M.E. Novillo López<sup>a</sup>, J. Masjuán Vallejo<sup>a</sup>, J. Dalmau<sup>b</sup>, J. Rossi<sup>b</sup>, J.L. López Sendón<sup>a</sup>, I. Corral Corral<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>b</sup> División de Neurooncología. Departamento de Neurología. Universidad de Pensilvania. Estados Unidos.

*Introducción.* Recientemente se ha descrito un tipo de encefalitis límbica (EL) paraneoplásica asociada a anticuerpos contra el receptor NMDA. Todos estos pacientes eran mujeres jóvenes con teratomas y buena respuesta al tratamiento inmunomodulador. *Objetivo.* Presentamos el caso del primer varón con EL asociada a anticuerpos anti-NMDA, sin evidencia de neoplasia y con buena respuesta a inmunoterapia. *Caso clínico.* Varón de 53 años, con cuadro de tres meses de evolución de déficit de la memoria reciente y desorientación, así como múltiples crisis parciales complejas. El estudio analítico y autoinmune no evidenció alteraciones significativas. El líquido cefalorraquídeo demostró 5 células linfocitarias/mm<sup>3</sup>. Los anticuerpos antineuronales y anticanales de potasio fueron negativos. El electroencefalograma mostró actividad epiléptica bitemporal. La resonancia magnética craneal reveló hiperintensidades en T<sub>2</sub> y FLAIR en la porción medial de ambos lóbulos temporales. La ecografía testicular, tomografía axial computarizada *body* y tomografía por emisión de positrones corporal fueron normales. Se detectó la presencia de anticuerpos anti-NMDA en suero y líquido cefalorraquídeo. Se inició tratamiento inmunomodulador con esteroides e IgIV, con buena respuesta. Un año después, el paciente está

asintomático y los hallazgos de la resonancia magnética han mejorado. **Conclusiones.** La experiencia sugiere que más del 40% de los pacientes con EL no presentan los clásicos anticuerpos antineuronales o anticanales de potasio. En algunos de estos pacientes se han encontrado anticuerpos contra el receptor NMDA. Estos hallazgos traen a consideración el papel del receptor NMDA como autoantígeno en varias encefalitis inmunomediadas, y su importancia en cuanto a pronóstico, ya que, a pesar de su gravedad, suelen responder bien al tratamiento inmunomodulador.

### P39.

#### TUMOR EN EL TRONCO CEREBRAL EN UN NEONATO

R. Marasescu, C. Isart Ferre, E. Escolar Escamilla, M.J. Gil Moreno, B. Martínez Menéndez, A. Pinel González  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

**Introducción.** Los tumores cerebrales ocupan el grupo de tumores sólidos más frecuentes en la infancia, y constituyen el segundo grupo del total de neoplasias en este grupo de edad. **Caso clínico.** Varón de 49 días que presenta crisis de llanto incontrolable, no relacionadas con las tomas y atagantamientos cada vez más frecuentes. La exploración destaca paresia del VI, VII y XII pares craneales izquierdos e hipotonía axial marcada. La resonancia magnética craneal evidencia una masa en la fosa posterior sin dilatación del sistema ventricular sugestivo de glioma. El niño tiene una evolución progresiva hacia empeoramiento con fallecimiento poco tiempo después del ingreso. **Conclusiones.** El tipo más frecuente de glioma pontino es el astrocitoma fibrilar. Los gliomas pontinos se acompañan, en general, de mal pronóstico, fundamentalmente en relación con el desarrollo de síntomas en los seis meses antes de la primera consulta, parálisis del VI par craneal y compresión de la arteria basilar. Los hallazgos radiológicos tienen una buena correlación con la clínica. Entre las pruebas de neuroimagen, la resonancia magnética craneal es el método principal de diagnóstico y que decide el manejo terapéutico.

### P40.

#### DEBUT DE UN MIELOMA MÚLTIPLE

L. Izquierdo Esteban, M. Arroyo Solera, A. Parra Santiago, L.L. Rubio Pérez, M.A. García Soldevilla, C.I. Gómez-Escalonilla Escobar  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivo.** Presentar un paciente con un infarto isquémico bitalámico como primera manifestación de un mieloma múltiple. Esta entidad es una de las displasias hematológicas asociadas de forma infrecuente a ictus isquémicos. **Caso clínico.** Varón de 56 años, con antecedentes de hemocromatosis (buen control con sangrías periódicas), que presenta un cuadro brusco y sin aparente desencadenante de hemiparesia faciobraquial derecha leve, junto con una alteración en la emisión del lenguaje congruente con una afasia motora. La tomografía computarizada craneal fue normal. La resonancia magnética craneal mostró alteración de la señal en la zona medial de ambos tálamos, compatible con afectación isquémica. Todos los estudios realizados (analíticas completas con perfil hepático, serologías, marcadores tumorales, Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal, ecocardiograma) para descartar etiología vascular, autoinmune, infecciosa o tumoral fueron normales, salvo el espectro electroforético (pico monoclonal en IgG κ), la tomografía axial computarizada abdominal (patrón permeativo óseo, que afecta, sobre todo, al esqueleto axial y a las caderas con geodas subcondrales en la cabeza femoral izquierda) y la biopsia de médula ósea (compatible con mieloma múltiple). **Conclusiones.** En este paciente llama la

atención que la principal manifestación clínica (trastorno del lenguaje) se relaciona con una lesión paramedial bitalámica. El episodio isquémico cerebral ha sido el inicio del proceso hematológico, como consecuencia del estado protrombótico que pueden desarrollar las discrasias sanguíneas. Es necesario vigilar esta posible complicación en el manejo de este tipo de pacientes.

### P41.

#### MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE LOS TUMORES CARDÍACOS

M.E. García, A.M. García, P. Simal, J.A. Egido  
Unidad de Ictus. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

**Introducción.** Los mixomas son los tumores primarios cardíacos más frecuentes en el adulto. De localización preferente en la aurícula izquierda (70%), pueden permanecer asintomáticos o manifestarse con síntomas cardíacos (90%), sistémicos (71%) o embolias (40%), de las que más de la mitad son al sistema nervioso central. **Objetivo.** Describir la epidemiología, clínica y complicaciones neurológicas de los tumores cardíacos en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Es un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro con diagnóstico de tumor cardíaco en el período 2000-2005. Para minimizar el número de pérdidas, se consultaron las bases de datos de los servicios de neurología, cirugía cardíaca y codificación. **Resultados.** De 24 pacientes, 19 fueron mujeres (79%) y cinco varones (21%), con una edad media en el momento del diagnóstico de 61,67 años (rango 25-83). En el 25%, el diagnóstico fue casual; el resto de pacientes presentó clínica: el 44,4%, neurológica, en todos los casos eventos isquémicos (el 50%, infarto parcial de la circulación anterior; el 25%, accidente isquémico transitorio; el 12,5%, infarto lacunar; y el 12,5%, top basilar); el 38,8%, síntomas cardíacos (soplo, disnea e insuficiencia cardíaca); y el 22,2%, clínica sistémica. El tratamiento elegido fue la anticoagulación seguida de cirugía en 22 casos, y presentó complicaciones neurológicas postoperatorias un 9% (dos pacientes: un accidente isquémico transitorio y un infarto total de la circulación anterior). En la anatomía patológica, existe un claro predominio de los mixomas (96%) frente al resto de tumores cardíacos (un fibroelastoma). Dos pacientes fallecieron, uno en espera de cirugía (4,2%). **Conclusiones.** Los mixomas cardíacos deben considerarse en el diagnóstico diferencial del ictus isquémico territorial en pacientes mayores de 45 años, especialmente en mujeres. El diagnóstico debe ser lo más precoz posible, dada la alta mortalidad prequirúrgica.

### P42.

#### OLIGODENDROGLIOMA MULTIFOCAL Y HERPES SIMPLE, ¿UNA RELACIÓN CASUAL O CAUSAL?

J. Pardo Moreno<sup>a</sup>, M. Recio Rodríguez<sup>b</sup>, C. Ruiz Ocaña<sup>c</sup>, E. del Cerro Peñalver<sup>d</sup>, P. Salinas<sup>e</sup>, R. Arroyo González<sup>a</sup>  
<sup>a</sup> Servicio de Neurología. <sup>b</sup> Servicio de Neuroradiología. <sup>c</sup> Servicio de Neurocirugía. <sup>d</sup> Servicio de Oncología Radioterápica. <sup>e</sup> Servicio de Oncología Médica. Hospital Quirón. Madrid.

**Introducción.** El papel oncogénico de algunos virus es conocido. Hasta la fecha no se ha atribuido un papel etiológico al virus herpes simple con respecto a tumores del sistema nervioso central. Presentamos el caso de una paciente con un oligodendroglioma anaplásico multifocal y diseminación espinal con positividad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para herpes simple en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la sangre. **Caso clínico.** Mujer de 68 años sin antecedentes de interés, que comienza dos meses antes con cefalea refractaria y malestar. En el momento de la exploración tiene inestabilidad en bipedestación con lateropulsión, y en la resonancia magnética (RM) craneal, tres imágenes sin efecto de masa y sin real-

ce en el lóbulo temporal izquierdo (2) y en el pedúnculo cerebeloso medio derecho. La analítica, LCR, marcadores tumorales y tomografía axial computarizada *body* fueron normales o negativos. Se biopsió una lesión y se evidenció una desmielinización sin infiltrado inflamatorio. Se pautaron megadosis de esteroides. Durante este tratamiento, se recibieron dos PCR para herpes en el LCR y la sangre que eran positivas. Recibió aciclovir intravenoso durante 15 días consecutivos, con progresivo empeoramiento (inestabilidad e imposibilidad para deambulación). La lesión cerebelosa creció y se realizó biopsia, que se informó como oligodendroglioma anaplásico. Se inició radioterapia y la paciente empeoró con hemiparesia izquierda progresiva. En una RM cervical se objetivó una extensión de la lesión por toda la médula cervical. La paciente falleció a los seis meses de iniciada la clínica. **Conclusiones.** La positividad de la PCR para herpes en nuestra paciente probablemente sea un falso positivo, pero no se puede descartar que haya reactividad cruzada frente a un hipotético agente causal.

#### P43.

##### TUBERCULOSIS MILIAR CEREBRAL Y PULMONAR

A. Parra Santiago, L.L. Rubio Pérez, M. Arroyo Solera, L. Izquierdo Esteban, C.I. Gómez-Escalonilla Escobar  
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.  
Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivo.** Presentar un caso de tuberculosis miliar pulmonar y cerebral en un paciente inmunocompetente, cuyo inicio son crisis epilépticas. **Caso clínico.** Varón de 29 años, con episodio de fosfenos en hemicampo derecho autolimitado a tres minutos, que refiere, como único antecedente, tos seca de cinco meses de evolución sin fiebre, contacto con pacientes tuberculosos ni condiciones de hacinamiento. En los días posteriores, recurre la misma sintomatología visual, con posterior pérdida de consciencia. Semanas más tarde, presenta una crisis tónicoclónica generalizada que motiva su ingreso, sin encontrarse focalidad general ni neurológica reseñables. La radiografía torácica muestra un sutil patrón intersticial bilateral, con estudio de auramina en el esputo positivo y una tomografía computarizada torácica compatible con tuberculosis miliar. En la resonancia craneal aparecen múltiples nódulos inferiores a 1 cm de diámetro, hiperintensos en T<sub>2</sub>, con ocasional imagen puntiforme en su interior de menor señal, distribuidos de forma bilateral por el parénquima cerebral y cerebeloso, y con un edema vasogénico moderado. Presentan realce con gadolinio, unos en forma de anillo grueso y otros de forma homogénea. El estudio licuoral presenta 12 leucocitos (mononucleares); glucorraquia, 56 mg/dL; proteinorraquia, 37 mg/dL; adenosindeaminasa, 3,2; y auramina, negativa. El resto de pruebas complementarias, incluyendo serología de virus de la inmunodeficiencia humana, sin alteraciones. **Conclusiones.** Presentamos un paciente joven, sin factores predisponentes ni inmunosupresión, que presenta un cuadro de tuberculosis miliar pulmonar y cerebral, con buena evolución tras iniciar un tratamiento con cuatro fármacos de primera línea, y asociación de esteroides y antiepilépticos.

#### P44.

##### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA EN EL PERÍODO 1994-2007 EN MADRID-ÁREA 5

R. Lobato Rodríguez, L. Idrovo Freire,  
S. Martín Valbuena, J. Arpa Gutiérrez

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

**Objetivos.** La mielitis transversa aguda (MTA) es una mielopatía aguda que precisa la evidencia de inflamación medular, y se distingue de las compresivas, isquémicas, hemorrágicas, etc. Se descri-

ben características epidemiológicas y clínicas de los pacientes identificados con MTA en el Hospital Universitario La Paz desde 1994 hasta 2007. **Pacientes y métodos.** Se han analizado pacientes con diagnóstico de mielitis procedentes de la base de datos de nuestro hospital. Tras revisar las historias clínicas, se han seleccionado 50 casos que cumplían los criterios para MTA propuestos por el Myelitis Consortium Working Group. **Resultados.** El 70% son mujeres. En el 92%, la clínica se establece entre uno y siete días. La forma de presentación fue: motora pura, 6%; sensitiva pura, 48%; y sensitivomotora, 46%. La afectación de esfínteres fue del 14%. El nivel medular fue: cervical, 28%; cervicotorácico, 6%; torácico, 44%; y lumbar, 2%. Líquido cefalorraquídeo: pleocitosis, 14%; proteínas, 32%; y *tibbling* significativo, 12%. Las serologías fueron negativas en el 66%, y los casos de *Mycoplasma*, dos; de virus varicela zóster, uno; y de virus de Epstein-Barr, uno. Las causas fueron: esclerosis múltiple (EM) y posible EM, 46%; idiopáticas, 32%; lupus eritematoso sistémico, 4%; parainfecciosas, 4%; y neuromielitis óptica, 2%. Marzo, septiembre, noviembre y diciembre registran un acúmulo mayor de casos. Estacionalmente, se presentaron: en otoño, 34%; en invierno, 33%; en primavera, 26%; y en verano, 6%. La incidencia anual media fue de 0,48 por 100.000. **Conclusiones.** La MTA es una patología inflamatoria de la médula que tiene mayor incidencia en los meses de otoño e invierno. Se da más en mujeres que en hombres. Casi la mitad tiene una presentación sensitiva pura y otro tanto sensitivomotora. Casi la mitad de los casos se relaciona con EM. Casi un tercio son idiopáticas y en más raras ocasiones se corresponde con otras causas.

#### P45.

##### HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ASOCIADA A PARESIA UNILATERAL DEL III PAR CRANEAL

A. Alonso Cánovas<sup>a</sup>, J. Martínez San Millán<sup>b</sup>,  
J. González Valcárcel<sup>a</sup>, M. Aparicio Hernández<sup>a</sup>,  
J. Masjuán Vallejo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. <sup>b</sup> Servicio de Neurorradiología.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción.** El síndrome de hipotensión intracraneal (SHIC) se caracteriza por cefalea ortostática debida a hipovolemia del líquido cefalorraquídeo (LCR), asociada en ocasiones a afectación de pares craneales bajos y con cierta frecuencia a paresia del VI par craneal. Presentamos un caso de SHIC con afectación secundaria unilateral del III par craneal, y revisamos los casos similares descritos en la literatura. **Caso clínico.** Varón de 43 años que consulta por cefalea y visión doble de evolución subaguda y perfil ortostático. En la exploración, destaca paresia del III par craneal izquierdo sin afectación pupilar. El estudio del LCR muestra presión de apertura de 8 cmH<sub>2</sub>O, leve proteinorraquia (0,63 g/L) y pleocitosis linfocitaria (13 leucocitos/mL). En la resonancia magnética craneoespinal se observan hallazgos típicos que confirman la sospecha clínica de SHIC. Un traumatismo raquídeo acontecido tres meses antes de iniciarse la clínica con demostración de fracturas vertebrales lumbares en una tomografía axial computarizada de columna indica el probable origen de la fuga del LCR. **Conclusión.** La asociación de cefalea por hipovolemia del LCR y paresia del III par craneal es una circunstancia clínica excepcional.

**P46.****EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL PACIENTE CON ICTUS AGUDO: ESTUDIO PRELIMINAR**

P. Martínez Sánchez<sup>a</sup>, J. Medina Báez<sup>a</sup>, B. Fuentes Gimeno<sup>a</sup>, M. Grande Arnesto<sup>b</sup>, C. Llorente Parrado<sup>b</sup>, A. Fuster<sup>c</sup>, P. Parrilla<sup>a</sup>, A. Gil<sup>c</sup>, M. Sánchez<sup>d</sup>, C. Olgín<sup>a</sup>, J. García Caballero<sup>b</sup>, E. Díez Tejedor<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología. <sup>b</sup> Servicio de Medicina Preventiva. <sup>c</sup> Servicio de Rehabilitación. <sup>d</sup> Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid.

**Objetivo.** Evaluar la adecuación de la vía clínica del ictus agudo (VCIA) a los estándares de calidad y verificar su impacto en la atención médica. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional de pacientes atendidos según la VCIA (post-VCIA) (octubre de 2006 a abril de 2007) y pacientes pre-VCIA (2004-2005) pareados por edad, sexo, subtipo etiológico y gravedad del ictus. Los datos recogidos fueron variables demográficas, factores de riesgo vascular, gravedad y subtipo de ictus, datos de actividad asistencial, complicaciones hospitalarias y calidad en la asistencia percibida. Se evaluó la adecuación de los pacientes post-VCIA a unos estándares de calidad, comparándolos con los pre-VCIA. **Resultados.** Se estudió a 72 pacientes, 36 pre-VCIA y 36 post-VCIA, con una edad media de 73,10 años (desviación estándar: 9,5). El 47,2% eran varones. Se adecuaron a los estándares el tratamiento antiagregante y fibrinolítico, así como la evaluación de disfagia a tiempo (el 100% de los casos). La valoración global del servicio por los pacientes y sus familiares es muy alta (90%). La adecuación al tiempo de los resultados de coagulación, tomografía computarizada craneal en urgencias y retirada de la vía venosa fue mejor en los pacientes post-VCIA que pre-VCIA (el 51,6 frente al 40%; el 42,9 frente al 32,3%; y el 60 frente al 39,3%; no significativo), así como el tiempo medio entre petición y realización de pruebas neurosonológicas y segunda tomografía computarizada (0,87 frente a 1,33 días y 1,37 frente a 2,06 días, respectivamente; no significativo). **Conclusiones.** La VCIA supone una tendencia a la reducción de los tiempos de diagnóstico y tratamiento. La valoración global de la asistencia es muy positiva. Se está realizando una evaluación con mayor número de pacientes para establecer diferencias significativas.

**P47.****EL SEXO FEMENINO MUESTRA UNA PEOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN LA PRÁCTICA HABITUAL**

P. Martínez Sánchez<sup>a</sup>, B. Fuentes<sup>a</sup>, M. Alonso de Leciana<sup>b</sup>, J. Masjuán<sup>b</sup>, J. Egido<sup>c</sup>, P. Simal<sup>c</sup>, F. Díaz Otero<sup>d</sup>, A. Gil Núñez<sup>d</sup>, E. Díez Tejedor<sup>a</sup>

Servicios de Neurología. Unidades de Ictus. <sup>a</sup> Hospital Universitario La Paz. UAM. <sup>b</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal. UAH. <sup>c</sup> Hospital Clínico Universitario San Carlos. UCM. <sup>d</sup> Hospital General Universitario Gregorio Marañón. UCM. Madrid.

**Objetivo.** Evaluar diferencias en la respuesta al rt-PA entre mujeres y hombres en la práctica clínica habitual. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional multicéntrico en pacientes con infarto cerebral agudo tratados con rt-PA intravenoso en cuatro hospitales universitarios. Se estudiaron las siguientes variables según el sexo: factores de riesgo vascular, gravedad (NIHSS), glucemia y tensión arterial sistólica previas al rt-PA, subtipo etiológico de ictus, complicaciones (transformación hemorrágica, edema cerebral), mortalidad y escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses. **Resultados.** Se estudió a 325 pacientes, de los cuales 144 eran mujeres. La edad media fue de  $65,6 \pm 13,3$  años. Las mujeres tuvieron un menor tiempo inicio de síntomas-tratamiento ( $p = 0,018$ ), menor antecedente de tabaquismo ( $p < 0,0001$ ) e ictus de origen arterial ( $p = 0,001$ ), pero mayor frecuencia de fibrilación auricular ( $p = 0,007$ ) e ictus cardioembólico ( $p = 0,008$ ) que los hombres. A los tres meses, el 35% de las mujeres y el 41,7% de los varones tenían una ERm  $< 2$  ( $p$  no significativo), pero el 44,2% de las mujeres tenía dependencia moderada o peor (ERm  $> 3$ ) respecto al 28,8% de los hombres ( $p = 0,008$ ). El análisis multivariante mostró que el sexo femenino era un factor independiente de mal pronóstico a los tres meses (*odds ratio*, 2,048; intervalo de confianza al 95%, 1,027-4,081), ajustado por datos demográficos, factores de riesgo, tensión arterial sistólica, glucemia, subtipo de ictus y complicaciones. **Conclusión.** En nuestra serie, el sexo femenino es un factor independiente de mal pronóstico tras el tratamiento fibrinolítico de un infarto cerebral.