

COMUNICACIONES

1.

ESTUDIO PILOTO DE UN CUESTIONARIO PARA ESTUDIAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y RESPUESTA ANTE LA PATOLOGÍA CARDIO Y CEREBROVASCULAR AGUDA EN LA POBLACIÓN GENERAL DE EXTREMADURA

Roa Montero A^a, Ramírez Moreno JM^a, Querol Pascual R^a,
Pons García M^a, Millán Núñez V^b, Alonso R^b, Malca JF^a,
Monterde Villar AM^a, Elduayen J^b

^a Sección de Neurología. ^b Servicio de Cardiología.

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción. Con el fin de valorar las necesidades de educación sanitaria acerca de las enfermedades cardiovasculares en la población general que permitan diseñar campañas eficaces de información pública sanitaria hemos diseñado un estudio transversal exploratorio de ámbito autonómico para estudiar el grado de conocimiento y respuesta ante la patología cardiovascular. El objetivo de este trabajo piloto es valorar la fiabilidad del cuestionario antes de su lanzamiento definitivo. **Pacientes y métodos.** Cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas y datos sociodemográficos. Entrevista personal, simulacro de estudio puerta a puerta. Realizada por entrevistadores previamente entrenados. Efectuamos un análisis no paramétrico con medidas intrasujetos para comparar el conocimiento del ictus y la cardiopatía isquémica (CI) en la población general con referencia a los signos de alarma, factores y hábitos de riesgo y grado de respuesta ante ambas entidades. **Resultados.** N = 33. Edad: 46,7 ± 18,5 años. 61% mujeres. 78% casados. 33% universitarios. 18,2% jubilados. 70% con estado de salud bueno o muy bueno. Un 30,3% tenía experiencia familiar de ictus y un 24,1% de IAM. La población estudiada conoce mayor número de síntomas de alarma de CI que de ictus (test de Wilcoxon: $z = -2,528$, $p = 0,011$), también se conocen más factores de CI (TW: $z = -2,796$, $p = 0,005$) y hábitos de riesgo (TW: $z = -2,862$, $p = 0,004$) en las preguntas abiertas. Existen diferencias en la actitud correcta ante la situación hipotética de sufrir un ictus o un IAM (prueba de McNemar, $p = 0,031$), siendo la actitud ante un hipotético AIT o un *angor* mayoritariamente incorrecta pero sin diferencias significativas ($p = 0,625$). **Conclusiones.** Un estudio de este tipo tiene el objeto de priorizar las necesidades de educación sanitaria acerca de las enfermedades cardiovasculares. El cuestionario pilotado con mínimas modificaciones es útil para sacar conclusiones.

2.

LESIÓN CEREBRAL EN UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Barquilla Cordero P, Calle Escobar ML, Tena Mora D,
González Soltero E, Gavilán Iglesias T, Serrano Cabrera A,
Portilla Cuenca JC, Falcón García A, Gómez Gutiérrez M,
Caballero Muñoz MM, Casado Naranjo I

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Introducción. La presencia de una lesión ocupante de espacio en el parénquima cerebral abre un amplio diagnóstico diferencial que, en

la mayoría de las ocasiones, resulta complejo. Es necesario llegar al diagnóstico etiológico para poder proporcionar así el tratamiento adecuado. **Caso clínico.** Varón de 44 años con antecedente personal de neumonitis intersticial aguda en programa de trasplante pulmonar que presentó, de forma rápidamente progresiva, un déficit motor en el hemisferio izquierdo, objetivándose además, en la exploración física, una afectación cortical de predominio parietal derecho. En el estudio diagnóstico realizado destacaron los hallazgos en la resonancia magnética y en el SPECT cerebral. Con la sospecha clínica, y en espera de la confirmación anatomopatológica, se inició tratamiento empírico. Se concluyó el diagnóstico de absceso cerebral, en el frontoparietal derecho, secundario a infección por *Nocardia*. **Conclusiones.** La *Nocardia* es una bacteria grampositiva que asienta en suelos ricos en materia orgánica, tiene baja virulencia, por lo que suele afectar a personas inmunodeprimidas. La mayoría de las infecciones se adquieren por vía respiratoria o cutánea. Clínicamente se manifiesta en forma de neumonía de progresión lenta con afectación pleural, sin embargo cualquier órgano puede verse afectado. En el 25% de los casos puede causar infección en el sistema nervioso central en forma de encefalitis o absceso, aunque no es frecuente que aparezca de forma aislada. Suele tener buena evolución tras el tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol.

3.

RESECCIÓN DE GLIOMAS CEREBRALES MALIGNOS GUIADA POR FLUORESCENCIA INTRAOPERATORIA CON ÁCIDO AMINOLEVULÍNICO

Bernal García LM, Cabezu Artero JM, Rodríguez Sánchez JA,
Lorenzana Honrado LM, Porras Estrada LF, Ugarriza Echebarrieta LF,
Fernández Portales I, Pineda Palomo M, Ortega Martínez M,
Giménez Pando J, Huete Allut A, Molina Orozco M,
Malca Balcázar JF

Servicio de Neurocirugía. Hospital Infanta Cristina.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción. Dada la naturaleza infiltrante de los gliomas cerebrales malignos, la diferenciación intraoperatoria del tejido patológico a veces es difícil, lo que puede conllevar el dejar restos tumorales que pasan inadvertidos. La administración de ácido aminolevulínico (5-ALA), junto al uso de luz polarizada, permite una identificación intraoperatoria del tejido tumoral, diferenciándolo del tejido cerebral normal, lo que sirve de gran ayuda al cirujano para la identificación de tumor residual. Desde el año 2008, los pacientes con gliomas malignos candidatos a resección quirúrgica que ingresan en nuestro servicio son intervenidos con esta técnica. Mostraremos la metodología, sus fundamentos y una revisión de los casos intervenidos usando la misma. **Materiales y métodos.** Se muestran fotos y vídeos intraoperatorios que demuestran las excelencias de la técnica. Se hace una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes intervenidos en nuestro servicio asistidos por fluorescencia intraoperatoria con 5-ALA. **Resultados.** Desde febrero de 2008 se realizaron 23 intervenciones en 22 pacientes. La AP definitiva fue de glioblastoma en 21 casos, oligodendroglioma malignizado en un caso y metástasis de adenocarcinoma en otro. Se realizaron pruebas de neuroimagen para comprobar la resección en todos los pacientes. No hubo complicaciones derivadas del uso del 5-ALA. **Conclusiones.** La fluorescencia intraoperatoria es una técnica de gran ayuda

para la identificación del tejido patológico en la resección de los gliomas malignos. El pequeño número de pacientes y el corto periodo de seguimiento no nos permiten sacar conclusiones acerca del impacto real de la técnica en el pronóstico de estos pacientes.

4.

MULTINEURITIS CRANEAL DE CURSO SUBAGUDO

Calle Escobar ML, González Soltero E, Gavilán Iglesias T, Tena Mora D, Falcón García A, Serrano Cabrera A, Portilla Cuenca JC, Gómez Gutiérrez M, Caballero Muñoz MM, Casado Naranjo I

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Introducción. En ocasiones la afectación aislada de varios pares craneales plantea un diagnóstico complejo, ya que no va a ser fácil establecer la localización exacta de la lesión ni la etiología de la misma. En estos casos, la evolución clínica posterior y los resultados de los estudios complementarios, serán las claves para el diagnóstico. **Caso clínico.** Varón de 55 años, sin antecedentes personales de interés, que presentó de forma brusca visión doble sin otra clínica asociada. En la exploración física destacó la afectación de pares craneales, con paresia del VI par bilateral y del VII par derecho. Ante la sospecha clínica inicial se realizó el estudio complementario que incluyó analíticas, pruebas de neuroimagen y ultrasonografía, que resultaron normales. 36 horas más tarde presentó empeoramiento clínico consistente en oftalmoplejía, diplejía facial y dificultad para deglutir sobre todo líquidos, asociado a hiporreflexia generalizada. Se completó el estudio con una punción lumbar que fue normal, el estudio neurofisiológico que mostró retraso de los potenciales somestésicos y el estudio analítico en el que destacó la positividad de los anticuerpos anti-GQ1b. Se realizó el diagnóstico de polirradiculoneuritis axonal aguda, síndrome de Miller Fisher. **Conclusiones.** El síndrome de Miller Fisher es una polirradiculoneuritis axonal aguda en la que es característica la tríada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, suele precederse de una infección y a veces se asocia a enfermedades autoinmunes o neoplasias, para su diagnóstico es específica la presencia de títulos elevados de anticuerpos antigangliósidos antiGQ1b, y tiene buen pronóstico aun sin tratamiento.

5.

LEUCOPATÍA ASOCIADA A DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO

Cueli Rincón B, Gahete C, Zurdo M, García Fernández F, Fernández Gómez A, Castellanos F

Sección de Neurología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres.

Introducción. Los procesos desmielinizantes del sistema nervioso incluyen un amplio abanico etiológico, desde procesos autoinmunes hasta endocrinometabólicos. **Caso clínico.** Mujer de 34 años con cuadro de inestabilidad y hemihipoestesia derecha, progresiva de meses de evolución. Se le practicó estudio de neuroimagen en la que se objetivaron lesiones parcheadas de sustancia blanca, su estudio etiológico sólo reveló deficiencia de ácido fólico, resolviéndose tras aporte de dicha vitamina. **Conclusiones.** Los trastornos neurológicos asociados a la deficiencia de complejo vitamina B tienen un patrón clínico similar; dentro del espectro de lesiones desmielinizantes son poco frecuentes las relacionadas con la deficiencia aislada de ácido fólico, y sus características clínicas son similares a las descritas con la deficiencia de vitamina B₁₂, coincidiendo con la bibliografía previa.

6.

REVISIÓN DE CINCO CASOS DE ICTUS TRAS CATETERISMO CARDÍACO EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA

Cebrián González I^a, Domínguez Ballesteros E^a, Pérez de Colosía Rama V^a, Marcos Toledano MM^a, Sanz de Forcallo J^a, Velicia Mata MR^b

^aServicio de Medicina Interna. ^bSección de Neurología.

Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz.

Introducción. A pesar de que la incidencia global de ictus isquémico tras cateterismo cardíaco es baja (0,2-0,4%) también es una complicación grave de dicha técnica, asociada a una alta morbimortalidad. La fisiopatología de esta entidad se basa en la migración de embolismos al SNC, que proceden de la formación de trombos en el catéter, o bien del desprendimiento de placas de ateroma del arco aórtico durante la manipulación. **Pacientes y métodos.** Se revisaron los casos de cinco pacientes, entre 62 y 80 años, que presentaron episodios cerebrovasculares isquémicos (AIT o infarto) en las 24-72 primeras horas tras cateterismo, acontecidos en el Hospital de Mérida entre julio de 2007 y septiembre de 2008. En esta muestra se analizaron distintas variables tales como la preexistencia de factores de riesgo vascular (HTA y control tensional en los meses previos, DM y control glucémico en meses previos, dislipemia e índice LDL en última revisión, tabaquismo activo o previo) el tratamiento antihipertensivo, hipolipemiente, antiagregante o anticoagulante recibido, la preexistencia de patología cardioembólica o aterotrombótica, así como los antecedentes de ictus o AIT. **Resultados.** El 80% de los pacientes se sometieron a la técnica para estudio de cardiopatía isquémica. Sólo dos de los cinco pacientes no recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante previo. El 80% de ellos padecían HTA, sólo uno era diabético y dos de ellos presentaban dislipemia. En ninguno de los casos existieron complicaciones durante la realización de la técnica. La media de aparición de la clínica ictal fue de 36,8 horas. Todos ellos fueron evaluados por el neurólogo y se les solicitó prueba de neuroimagen. Se diagnosticó de ictus en territorio vertebrobasilar a tres de estos pacientes, uno de ellos se catalogó como AIT en territorio carotídeo y el último como ictus isquémico en territorio de la ACM. **Conclusiones.** El ictus isquémico tras cateterismo cardíaco es una complicación infrecuente pero grave de dicha técnica. Su aparición está íntimamente relacionada con la preexistencia de factores de riesgo vascular, así como el tratamiento adecuado de los mismos. No obstante, a la vista de nuestros datos, se trata de una complicación difícilmente previsible, por lo que resulta esencial la observación estricta del paciente en las 72 horas siguientes a la técnica, para asegurar así un diagnóstico y tratamiento precoces.

7.

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL ICTUS Y LA CADENA ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN URGENTE AL ICTUS

Falcón García A, Ramírez Moreno JM, Portilla Cuenca JC, Caballero Muñoz M, Serrano Cabrera A, Gómez Gutiérrez M, Tena Mora D, Calle Escobar ML, González Soltero E, Casado Naranjo I

Sección de Neurología. Hospital San Pedro. Cáceres.

Objetivos. Evaluar la cadena asistencial en la atención urgente al ictus en nuestro hospital y analizar las vías de activación del Código Ictus, así como los tiempos atención de los pacientes con ictus, incidiendo en los factores que influyen en su demora. **Pacientes y métodos.** Se han analizado los datos de 372 pacientes admitidos consecutivamente en la Unidad de Ictus, extraídos de la base de datos de la unidad. **Resultados.** El 30% de los pacientes con ictus llegaron en tiempo de fibrinólisis (0-3 h desde el inicio de los síntomas hasta la evaluación por el neurólogo). Otro 29% llegó en la franja in-

mediatamente superior (3-6 h). Aunque estos pacientes se encontraban en poblaciones a una distancia media mayor de Cáceres, un porcentaje importante estaban en la ciudad o núcleos cercanos. Se activó el Código Ictus en el 31% de los pacientes, siendo la principal vía de activación Urgencias (60%), seguida del servicio de emergencias 112 (31%). De éstos, se realizó fibrinólisis al 18%. Las causas de desestimación de la fibrinólisis y desactivación del Código Ictus fueron principalmente: ictus leve o en recuperación (41%) e ictus hemorrágico (22%). **Conclusiones.** El Código Ictus es una herramienta fundamental para la derivación urgente de los pacientes con ictus. Aunque existen importantes condicionantes geográficos, una coordinación de todos los elementos de la cadena asistencial así como una concienciación de los propios pacientes podría incrementar sustancialmente el número de pacientes que se beneficiarían de esta terapia.

8.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES SISTÉMICAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ICTUS

Tena Mora D, Ramírez Moreno JM, Falcón García A, Gómez Gutiérrez M, Caballero Muñoz M, Portilla Cuenca JC, Serrano Cabrera A, Gonzalez Soltero E, Calle Escobar ML, Casado Naranjo I

Sección de Neurología. Hospital San Pedro. Cáceres.

Objetivo. Evaluar la evolución médica y la incidencia de complicaciones sistémicas en los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. **Pacientes y métodos.** Se han analizado los datos correspondientes a 372 pacientes admitidos consecutivamente en la Unidad de Ictus, prestando atención a las complicaciones sistémicas (no neurológicas) que sufrieron a lo largo de su evolución, así como a las variables (edad, gravedad y tipo de ictus, antecedentes personales) que puedan predecir el desarrollo de las mismas. **Resultados.** Presentaron complicaciones de cualquier tipo 130 pacientes (35,4%), siendo las más frecuentes arritmias benignas, febrícula o trastornos urinarios. Excluidas las incidencias menores, 60 pacientes (16,1%) presentaron complicaciones de mayor gravedad potencial (cuadros febriles, ICC, neumonía). Cuatro pacientes fallecieron en relación con complicaciones no neurológicas. En el grupo de pacientes con complicaciones, la gravedad del ictus era mayor (NIH media al ingreso de 12 frente a 7,75 global) y la frecuencia de ictus hemorrágicos era más alta (23% frente a 13% global). También resultaba más frecuente la existencia de enfermedades médicas preexistentes (HTA, diabetes, cardiopatía previa). **Conclusiones.** Estos datos muestran una tasa de morbilidad por complicaciones sistémicas en la Unidad de Ictus relativamente baja, condicionada por existencia de patología médica previa, la gravedad del ictus y la presencia de ictus hemorrágico. En este subgrupo de pacientes se deberían extremar las medidas de prevención debido al alto riesgo de presentar complicaciones médicas.

9.

TETRAPARESIA BRUSCA TRAS UN ESFUERZO FÍSICO

Gavilán Iglesias T, Tena Mora D, Calle Escobar ML, González Soltero E, Portilla Cuenca JC, Gómez Gutiérrez M, Falcón García A, Serrano Cabrera A, Caballero Muñoz MM, Casado Naranjo I

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Introducción. La sospecha clínica de una lesión medular, así como el conocimiento etiológico de la misma, permite realizar de una forma precoz el tratamiento adecuado. **Caso clínico.** Varón de 74 años con antecedente de espondiloartrosis cervical que, tras esfuer-

zo físico leve-moderado, presenta de forma brusca cervicalgia intensa seguida de tetraparesia grave en MMSS y en menor grado en MMII, asociada a hipoestesia con nivel sensitivo C3-C4. Con la sospecha clínica de síndrome medular cervical anterior se realiza estudio complementario de neuroimagen, en el que se detecta área de isquemia cervical en dicha localización. Para el estudio etiológico se realizan diversas pruebas complementarias, destacando los resultados del dúplex TSA, que muestra una imagen de vacío de flujo en la arteria vertebral izquierda, y los hallazgos de la angiografía digital, que confirma una trombosis, probablemente por disección de la misma. Tras el estudio complementario se estableció el diagnóstico de isquemia medular cervical en territorio de la arteria espinal anterior secundaria a disección de la arteria vertebral izquierda. **Conclusiones.** La isquemia medular es una entidad poco frecuente que se asocia con una elevada morbilidad. Sus causas son múltiples e incluyen principalmente la patología aórtica, malformaciones arteriovenosas, hipotensión arterial prolongada, cirugía cardíaca, causas compresivas locales y la disección de la arteria vertebral cervical, entre otras. Lograr un diagnóstico etiológico es importante ya que proporcionará una mejor adecuación del tratamiento.

10.

SÍNDROME AMNÉSICO SECUNDARIO A HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DEL CUERPO CALLOSO EN UN ADOLESCENTE

Domínguez Ballesteros E^a, Pons García MA^b, Bartolomé Alberca S^b

^a Sección de Neurología. Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz.

^b Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción. El síndrome amnésico clásico produce una afectación prominente de la memoria declarativa anterógrada con afectación variable de la memoria retrógrada. La cronología y forma de presentación de este síndrome nos puede orientar hacia su etiología. Las formas agudas sugieren lesiones isquémicas (fundamentalmente por oclusión de ambas arterias cerebrales posteriores), hemorrágicas (HSA), traumáticas o estados hipóxicos. La enfermedad cerebrovascular es poco frecuente en la infancia. En menores de 15 años, la incidencia no asociada a traumatismo o infección es de 3/100.000, siendo las malformaciones vasculares la causa más corriente de hemorragia intracraneal. Las secuelas más comunes del sangrado de malformaciones arteriovenosas (MAV) en niños son el déficit neurológico focal y las crisis parciales. Pese a que los trastornos del aprendizaje y del rendimiento intelectual están descritos, su relación causa-efecto no está claramente demostrada, siendo relativamente infrecuente su presentación. **Caso clínico.** Mujer de 14 años que un año antes del ingreso fue tratada mediante embolización y drenaje ventricular de una hemorragia secundaria a MAV del cuerpo calloso. Actualmente consulta por presentar episodios autolimitados de distorsión de la imagen de su brazo izquierdo. Su familia refiere trastornos del aprendizaje y déficit de memoria que aparecieron tras la hemorragia. Se realizó RM cerebral, evidenciándose lesiones posquirúrgicas, y EEG, con anomalías epileptiformes en región parietotemporal derecha. La evaluación neuropsicológica mostró graves alteraciones en la memoria declarativa episódica y moderadas en procesos de fijación (amnesia episódica anterógrada) presentando intrusiones y perseveraciones. No se objetivaron alteraciones del lenguaje, praxias o gnosias, ni déficit en la memoria retrógrada. En funciones ejecutivas existían leves fallos en planificación, secuenciación, inhibición y razonamiento abstracto. Conductualmente presentaba leve desinhibición. Tras el inicio del tratamiento antiepiléptico y la estimulación cognitiva la paciente mejoró notablemente en su rendimiento intelectual. **Conclusiones.** El síndrome amnésico clásico produce una afectación de la memoria declarativa anterógrada con afectación variable de otras funciones

cognitivas. Su diagnóstico tiene indudable trascendencia en la práctica clínica, ya que permite apuntar hacia una topografía lesional. El caso presentado demuestra que a pesar de tratarse de una secuela infrecuente de la patología vascular en la infancia, resulta un trastorno altamente incapacitante para el desarrollo intelectual del niño. Por este motivo, y por presentarse en un cerebro con mayor plasticidad neuronal, es importante su diagnóstico y tratamiento precoces, siendo imprescindible el control de las crisis epilépticas y la estimulación cognitiva individualizada.

10.

TRASTORNO DEL MOVIMIENTO DE CURSO SUBAGUDO

González Soltero E, Gavilán Iglesias T, Tena Mora D, Calle Escobar ML, Portilla Cuenca JC, Serrano Cabrera A, Falcón García A, Gómez Gutiérrez M, Caballero Muñoz MM, Casado Naranjo I
Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Objetivo. Destacar cómo el reconocimiento clínico de los síndromes neurológicos de origen paraneoplásico y su asociación con distintos anticuerpos nos puede orientar en la localización y el tipo de neoplasia oculta. **Caso clínico.** Varón de 72 años que sufrió un trastorno del movimiento de inicio insidioso, curso progresivo y de evolución subaguda, con afectación predominantemente cefálica y axial. En el estudio complementario realizado destaca la presencia en sangre periférica de anticuerpos anti-CV2 positivos, objetivándose en la TC de tórax un nódulo pulmonar que, tras estudio anatomopatológico, confirma la presencia de un carcinoma microcítico (estadio T1N0M0). Se concluye el diagnóstico de corea subaguda de origen paraneoplásico secundario a carcinoma microcítico en estadio T1N0M0. Se inició tratamiento inmunomodulador y exéresis de la lesión pulmonar. **Conclusiones.** Los síndromes neurológicos paraneoplásicos se pueden asociar a la presencia de distintos anticuerpos antineuronales. El reconocimiento clínico de la sintomatología neurológica y la posible especificidad diagnóstica del anticuerpo asociado nos puede hacer sospechar la localización y la estirpe celular de la neoplasia primaria oculta. En el tratamiento de los síndromes neurológicos paraneoplásicos se han utilizado varias terapias inmunosupresoras, como corticosteroides, plasmáferesis e inmunoglobulinas por vía intravenosa.

11.

BANDAS OLIGOCLONALES Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REVISIÓN Y RESULTADOS DE SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA

Gómez Gutiérrez M, Cámara C, Ramírez Moreno JM, Portilla Cuenca JC, Serrano Cabrera A, Falcón García A, García Trujillo JA, Caballero Muñoz M, Casado Naranjo I
Sección de Neurología. Hospital San Pedro. Cáceres.

Objetivo. Determinar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo del análisis de bandas oligoclonales (BOC) en esclerosis múltiple

realizado en el laboratorio de Inmunología del HSPA. **Pacientes y métodos.** La técnica utilizada para la determinación de BOC es el isoelectroenfoque seguido de inmunodetección con fosfatasa alcalina. Se revisan los resultados de 229 pacientes realizados consecutivamente desde marzo de 2002 a junio de 2008, clasificándose según los patrones de bandas obtenidos y el diagnóstico clínico final. **Resultados.** De los 229 pacientes, 86 presentan BOC+ y 133 BOC-. El total de pacientes con esclerosis múltiple definida es de 67. La sensibilidad para el diagnóstico de la esclerosis múltiple ha sido del 98% y la especificidad, (excluyendo enfermedades infecciosas y CIS sin RM diagnóstica) es del 90%. El valor predictivo positivo es del 84% y el valor predictivo negativo del 98%. **Conclusiones.** El estudio del LCR ha mostrado ser de gran interés tanto para el diagnóstico diferencial como para el diagnóstico precoz de la enfermedad, como se ha demostrado ya por varios autores. Los resultados obtenidos en el laboratorio de inmunología demuestran una elevada sensibilidad y especificidad de la técnica empleada, similar o superior a otras series publicadas.

12.

SÍNDROME DE DIÓGENES: ¿CUADRO PSIQUIÁTRICO O DEMENCIAL?

Rodríguez Fúnez B, Zurdo Hernández JM, Castellanos Pinedo F, Hernández Pérez JM, García Fernández C, Cueli Rincón B, Gahete Jiménez C, Hernández Bayo JM
Unidad de Neurología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres.

Introducción. El síndrome de Diógenes se caracteriza por el abandono de la higiene personal y del entorno. Las personas que lo sufren acumulan grandes cantidades de basura y viven voluntariamente en la pobreza aun disponiendo de medios para evitarlo. Asocia conductas de evitación y retraimiento social. Se describe un síndrome de Diógenes como manifestación clínica de una demencia frontotemporal, detallándose el cuadro clínico y curso evolutivo. **Caso clínico.** Varón de 83 años que presenta un síndrome de Diógenes. Desde hace aproximadamente cinco años presenta trastorno conductual e ideación delirante en referencia a la apropiación de tierras que no le corresponden, encontrándose inmerso en varios procesos judiciales. Retraimiento social y tendencia a acumular objetos inservibles. Anteriormente era una persona afable sin problemática social. La exploración neuropsicológica comparativa pone de manifiesto un declive de la situación cognitiva durante el periodo de seguimiento compatible con un patrón de demencia frontotemporal. **Conclusiones.** El síndrome de Diógenes es una patología que ha trascendido a la opinión pública por la amplia difusión en los medios de comunicación y por condicionar una gran alarma social. Sin embargo su prevalencia es desconocida, dado que la ausencia de conciencia de enfermedad en estos pacientes lleva a que no soliciten asistencia sanitaria. Presenta una etiología controvertida habiendo sido considerada una entidad psiquiátrica. Al igual que ocurre en otras patologías conductuales en la edad adulta, el estudio detallado de esos casos sugieren la asociación de este síndrome con síntomas de disfunción orgánica cerebral y probable demencia frontotemporal.