

COMUNICACIONES

1.

PRONÓSTICO Y NEUROIMAGEN FUNCIONAL EN UN CASO DE INTOXICACIÓN POR METANOL

B. Moliner, J. Ferri, C. Colomer, J. Chirivella, E. Noé

Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA.

Fundación Instituto Valenciano de Neurorrehabilitación (FIVAN). Valencia.

Introducción. La intoxicación por metanol produce una inhibición de la respiración mitocondrial y una acidosis metabólica, tóxica para el SNC, con especial tropismo sobre nervio óptico, retina y putamen. Hasta la fecha no existen datos de neuroimagen funcional y apenas estudios longitudinales centrados en el tratamiento de esta patología. **Caso clínico.** Varón de 58 años de edad, con antecedentes de alcoholismo crónico. Ingresa en estado de coma (Glasgow: 7), confirmando niveles tóxicos de metanol en sangre. La TC craneal inicial fue normal. Treinta días después del inicio del cuadro fue derivado a un servicio de neurorrehabilitación, en situación de respuestas neurológicas mínimas, destacando una amaurosis bilateral y un síndrome rigidobradicinéptico axial. Una TC cerebral de control mostró una marcada atrofia junto a una hipodensidad en la sustancia blanca frontobasal bilateral. Una RM cerebral mostró una atrofia corticosubcortical, asociada a focos de leucoencefalopatía frontoparietooccipitales, y zonas de necrosis laminar en ambos putámenes. Una PET con FDG mostró un hipometabolismo difuso en lóbulos frontoparietales, asociado a un hipometabolismo en ganglios basales y ambos tálamos. Se inició tratamiento con bromocriptina, metilfedinato y escitalopram, con beneficio parcial en su situación física pero persistiendo deterioro cognitivo y funcional grave. **Conclusiones.** La escasa respuesta al tratamiento del caso descrito confirma el mal pronóstico de esta patología. La PET puede ser una herramienta útil para ayudar a entender la relevancia clínica de los hallazgos de neuroimagen estructural y orientar en la pauta de tratamiento de este tipo de pacientes.

2.

NUCÁLGIA COM A FORMA D'INICI D'UN ADENOCARCINOMA PROSTÀTIC

J.M. Moltó Jordà^a, J.M. Sastre Albiach^b,

R. Mañes Mateo^a, J.M. López Arlandis^a, P. Solís Pérez^a

^a Unitat de Neurologia. ^b Unitat d'Oncologia.

Hospital Mare de Déu dels Liris. Alcoi, Alacant.

Introducció. Les metàstasis òssies de l'adenocarcinoma de pròstata són freqüents, especialment a nivell vertebral, però l'afectació del crani és més infreqüent, sobre tot com a motiu de consulta inicial. **Cas clínic.** Home de 56 anys sense antecedents mèdics o quirúrgics d'interès, que va consultar al servei d'urgències per un mal de cap occipital dret d'uns dos mesos d'evolució. Havia consultat en diverses ocasions per mal de cap. Presentava en l'exploració una clara asimetria a occipital, amb una massa sèssil. En la neuroimatge inicial (TC) es va detectar una lesió osteoclàstica de l'occipital dret i amb afectació meníngia i de teixit cel·lular subcutani. La RM va confirmar l'origen metastàtic de la lesió. Un estudi d'extensió va confirmar la presència de lesions a múltiples nivells, sempre associades a lesió

òssia. En l'anàlisi es van incloure marcadors tumorals, detectant un antígen prostàtic de 839.10. L'ecografia prostàtica, incloent biòpsia, va confirmar que es tractava d'un adenocarcinoma prostàtic. Reinterrogat el malalt, referia lleu clínica d'urgència miccional i pol·laciúria per les quals no havia consultat el seu metge de capçalera. El malalt va passar a càrrec d'Oncologia per a tractament pal·liatiu. **Conclusions.** L'interès del cas és principalment remarcar la raresa de les metàstasis amb afectació òssia cranial, molt especialment com a forma de presentació d'un adenocarcinoma de pròstata amb molt poca expressivitat clínica urològica, així com mostrar les imatges de TC i RM. També volem emfasitzar la importància de la palpació cranial en els casos amb una localització fixa.

3.

ESPACIOS PERIVASCULARES O DE VIRCHOW-ROBIN

G. Cabrera^a, C. Leiva-Salinas^a, P. Taberner Andrés^b, C. Poyatos^a

^a Servicio de Radiodiagnóstico. ^b Servicio de Neurología.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. Los espacios de Virchow-Robin (EVR) envuelven las paredes de los vasos desde el espacio subaracnoideo a lo largo de su curso a través del parénquima cerebral. Están presentes en pacientes de todos los grupos de edad, aumentando su visualización y tamaño con el paso del tiempo. Su aspecto en términos de intensidad de señal en las distintas secuencias de resonancia magnética es idéntico al del líquido cefalorraquídeo. **Objetivo.** Resumir las características anatómicas más relevantes, así como las claves para su identificación y diagnóstico en la imagen de RM. **Materiales y métodos.** RM de 1,5 T y TC. **Resultados.** La dilatación de los EVR ocurre característicamente en tres localizaciones que los clasifican en: EVR tipo I aparecen a lo largo de las arterias lenticuloestriadas que penetran en los núcleos de la base formando la sustancia perforada anterior; EVR tipo II se encuentran en el trayecto de las arterias perforantes medulares cuando éstas penetran en la sustancia gris de la convexidad cerebral y se dirigen hacia la sustancia blanca; y EVR tipo III se hallan en el mesencéfalo. En casos poco frecuentes, su aumento del tamaño puede alcanzar dimensiones importantes y producir un efecto masa. **Conclusión.** El conocimiento de las características de intensidad de señal y localización permite diferenciar los EVR de otras patologías (infartos lacunares, leucomalacia periventricular quística, esclerosis múltiple, criptococosis, mucopolisacaridosis, tumores quísticos, neurocisticercosis, quistes aracnoideos y quistes neuroepiteliales).

4.

INFUSIÓN DUODENAL DE LEVODOPA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN VALENCIA

C. Valero Merino^a, J.A. Burguera Hernández^b, I. Martínez Torres^b

^a Hospital Arnau de Vilanova. ^b Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. El manejo de las complicaciones motoras en los pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada supone un reto terapéutico. Entre las estrategias disponibles se encuentran la estimulación cerebral profunda, la infusión de apomorfina y la infusión enteral de levodopa. Diversos estudios avalan la superioridad de la levodopa enteral sobre la polifarmacia oral en el tratamiento de tales

complicaciones, al conseguir unos niveles plasmáticos de levodopa más estables y una estimulación dopaminérgica más continua y fisiológica. **Objetivo.** Analizar la eficacia y seguridad de la infusión de levodopa duodenal en pacientes de nuestro medio con enfermedad de Parkinson avanzada. **Pacientes y métodos.** Seis pacientes con enfermedad de Parkinson de larga evolución (Hoehn-Yahr: 3-4; tiempo medio de evolución: 24,5 años), todos ellos con fluctuaciones motoras graves y tres con discinesias incapacitantes. Todos los pacientes desestimados o con complicaciones para bomba de apomorfina o cirugía. **Resultados.** Seis pacientes con bomba duodenal de levodopa entre 2 y 20 meses. Cinco pacientes continúan en tratamiento. Un paciente, retirada por complicación grave (peritonitis). Dos pacientes presentaron complicaciones menores. Mejoría importante en todos los enfermos de las fluctuaciones motoras y discinesias. **Conclusiones.** La infusión de levodopa duodenal es un tratamiento eficaz de las complicaciones motoras graves en la enfermedad de Parkinson avanzada y supone una alternativa especialmente en enfermos no candidatos a cirugía. Es importante una selección adecuada de los candidatos. Las complicaciones suelen deberse a problemas del sistema de gastrostomía, si bien éstas se han minimizado con la mejoría técnica del sistema y la experiencia de los equipos de gastroenterología.

5.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DEL GENOTIPO DE LA APOLIPOPROTEÍNA E EN SUJETOS JÓVENES

M.C. Badía^a, A. Lloret^b, J. Viña^b, M.D. Alonso^c

^a Hospital Dr. Peset. ^b Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina.

^c Hospital Clínico. Valencia.

Objetivo. Conocer si el genotipo de la apolipoproteína E (apoE) influye en sujetos jóvenes a nivel cognitivo y en distintos parámetros analíticos. **Sujetos y métodos.** Reclutamos 33 casos, hijos de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y genotipo 4/4 de la apoE y 21 controles. Se realizó historia clínica y extracción sanguínea, test de Stroop y memoria de Rey. Determinamos el genotipo apoE mediante PCR y ELISA. **Resultados.** Los sujetos 4/4 presentan peores resultados en los test neuropsicológicos que los 3/3, con mayor influencia de la edad en las puntuaciones. Encontramos mayor depresión entre los casos, encontrando todos los casos de depresión moderada y grave entre los sujetos 4/4. En mujeres encontramos menor cantidad de colesterol-HDL en aquellas con alelo 4. Tras eliminar el sexo como factor confusional existe más transferrina en los sujetos 3/3. Encontramos menor cantidad de cobre en los hombres que en las mujeres, y mayor cantidad en los hombres con genotipo 3/4. **Conclusiones.** La EA es una enfermedad neurodegenerativa cuyos signos y síntomas pueden estar presentes muchas décadas antes de su diagnóstico clínico. El alelo 4 de la apoE se asocia a mayor riesgo de presentar la enfermedad, así como a su inicio más temprano y a una mayor carga lesional en el cerebro. En nuestra muestra encontramos diferencias cognitivas según el genotipo de la apoE y menor cantidad de transferrina y mayor cantidad de cobre en nuestros casos, lo cual está en concordancia con estudios previos.

6.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ALBENDAZOL EN QUISTES AISLADOS POR NEUROCISTICERCOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M.E. Cánovas Casado, M.T. Pérez Saldaña

Hospital General de Castellón.

Introducción. La neurocisticercosis es una enfermedad de gran incidencia en América Latina y una de las primeras causas de epilepsia sintomática. Como consecuencia de los movimientos poblacionales, en los últimos años se aprecia un aumento de la prevalencia

de esta enfermedad en nuestro entorno. **Caso clínico.** Mujer de 38 años que ingresa por crisis parcial compleja motora autolimitada. El TAC craneal resultó normal y en RM cerebral con contraste se localizó una lesión quística con realce homogéneo, rodeada de edema periférico en la unión corticomedular de la convexidad parietal posterior izquierda. El estudio electroencefalográfico mostró brotes de puntas agudas en localización temporal izquierda. Se inició tratamiento con albendazol 400 mg/12 h durante 20 días y fenitoína 100 mg/12 h, con remisión clínica y radiológica completa. **Conclusiones.** El tratamiento con albendazol durante un corto periodo reveló una disminución del riesgo de persistencia radiológica del neurocisticercosis, presentando buena tolerancia y eficacia clínica.

7.

RIEN SAN VICENTE (RIEN-SV): REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO

M.M. Ferrer Navajas, J. Morera Guitart,

E. Toribio Díaz, A. Sánchez Pérez

Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Sección de Neurología.

Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Introducción. El RIEN-SV es una herramienta informatizada desarrollada en nuestra unidad durante el segundo semestre de 2002 e implantada desde febrero de 2003, para la evaluación de pacientes remitidos por sospecha de deterioro cognitivo. Durante este periodo se han implementado diversas modificaciones hasta llegar a la versión actual que presentamos. **Objetivo.** Presentar el RIEN-SV: su diseño y características actuales y su utilidad demostrada tras 6 años de uso sistemático. **Materiales y métodos.** Presentamos las pruebas que componen el protocolo de evaluación multidimensional y el registro informatizado de las mismas. **Resultados.** Protocolo de evaluación: valora la cognición, conducta y funcionalidad de los pacientes. La valoración cognitiva se estructura en dos niveles de complejidad: básica –compuesta por test generales (MMSE, test Barcelona, escala de memoria de Wechsler)– y ampliada –utiliza distintas pruebas para evaluación específica de diversas funciones (memoria, lenguaje, praxias, funciones ejecutivas, entre otras)–. Para la evaluación conductual utilizamos: listado SPCD de Ashber, NPI-Q, escala de Cornell, test de Yesavage, inventario de Beck y FBI, entre otros. Para la evaluación funcional utilizamos: test FAQ, TIN y escala DAD. Registro informatizado: programa informático desarrollado en Access que permite añadir paulatinamente todos los instrumentos de evaluación que se consideren necesarios. Los datos obtenidos de la exploración se anotan en el RIEN-SV para la realización posterior de un informe automático estructurado jerárquicamente en tres niveles que permiten alcanzar unas conclusiones deductivas de los resultados de la evaluación. Nivel I: presenta todas las pruebas realizadas con el resultado de cada una (puntuación bruta, valoración y observaciones); nivel II: presenta la valoración de cada función y subfunción cognitiva, de las distintas categorías conductuales con su intensidad, frecuencia y repercusión sobre el cuidador y de los distintos tipos de actividades de la vida diaria; y nivel III: detalla las conclusiones del estudio especificándose la metodología y condiciones del mismo, las conclusiones en cada esfera evaluada (cognitiva, funcional y conductual), una conclusión global y la intensidad del deterioro, señalando finalmente algunas recomendaciones. En la actualidad se ha utilizado en 2.482 estudios consecutivos y se ha comprobado que el RIEN-SV permite la evaluación sistemática, jerárquica y multidimensional de los pacientes, así como el almacenamiento adecuado de los datos para su posterior análisis y realización de trabajos de investigación. Cada estudio informado precisa un tiempo medio de 90 minutos. **Conclusiones.** El RIEN-SV es útil y facilita la evaluación diagnóstica, jerárquica y multidimensional de los pacientes con sospecha de deterioro cognitivo, permitiendo la investigación basada en la evaluación neuropsicológica de éstos.

8.

UNIDADES DE CEFALEA REFRACTARIA: JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO

J. Morera Guitart^a, E. Toribio Díaz^a,
C. Espinosa Morales^a, I. Pérez Cerdá^a, J.M. Ruiz Prados^b

^a Unidad de Cefalea Refractaria. Sección de Neurología.

^b Unidad de Psicología. Hospital de San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Introducción. La cefalea refractaria (CR) representa un antiguo concepto cuya definición operativa está emergiendo, planteándose la posibilidad del diseño e implantación de dispositivos asistenciales específicos. **Objetivo.** Reflejar una serie de datos y consideraciones que justifican la implantación de Unidades de Cefalea Refractaria (UCR), así como plantear un diseño estructural y funcional específico de las mismas. **Materiales y métodos.** Se analiza en PubMed la literatura referente a CR publicada en la última década. Se utilizan los descriptores: 'refractory headache', 'definition', 'criteria', 'classification', 'epidemiology', 'treatment', 'unit', 'assistance' y 'organization'. Se obtuvieron un total de 227 artículos, de los cuales 44 se seleccionaron por su relevancia. Se analizan los distintos artículos seleccionados recogiendo los datos e ideas clave de los mismos. **Resultados.** Según los criterios propuestos se estima que más de un 2,5% de la población sufre CR de algún tipo. Estos pacientes sufren cefaleas frecuentes, discapacitantes y resistentes a los tratamientos convencionales produciendo una reducción significativa de su calidad de vida. Por definición, los pacientes con CR agotaron las opciones terapéuticas convencionales y las opciones terapéuticas alternativas generalmente no están avaladas científicamente; en consecuencia, deberían aplicarse en centros especiales, por profesionales con experiencia, bajo un contexto experimental y tras consentimiento informado del paciente. Las UCR deberían prestar estas opciones terapéuticas alternativas. Las UCR deben diseñarse basándose en un modelo de gestión de casos, a través de trabajo en equipo multidisciplinar. Los objetivos deben centrarse en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para ello debe haber un enfoque integral de la asistencia. La derivación de los pacientes debe provenir de consultas de neurología o consultas de cefalea donde el neurólogo habrá ensayado adecuadamente las diversas opciones terapéuticas estándares. Los pacientes deben recibir información estructurada sobre su dolencia y los tratamientos alternativos, y deben implementarse diversos talleres de formación para ayudarles a manejar y sobrellevar su cefalea. Además del neurólogo, las UCR deben contar con un psicólogo experto en dolor y otros profesionales, como terapeutas ocupacionales y enfermeras. La participación de un psiquiatra y un anestesista es deseable. La frecuencia de la CR justificaría la implantación de UCR en cada departamento sanitario de más de 100.000 habitantes. Estas unidades pueden ser funcionales o bien verdaderos centros asistenciales. **Conclusiones.** La CR es un problema sanitario que justifica la implantación de UCR con un planteamiento asistencial claramente diferenciado de los dispositivos asistenciales actualmente existentes para manejar esta patología.

9.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE COCAÍNA

M.E. Carcelén^a, C. Guillén^a, A. Cervelló^a, E. Gargallo^a,
F.J. Domingo^a, B. Climent^b, D. García^b

^a Servicio de Neurología. ^b Unidad de Toxicología Clínica. Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo. Valorar el impacto que la extensión del consumo de cocaína está ocasionando sobre el sistema nervioso. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Neurología de nuestro hospital entre septiembre de 2004 y octubre de 2008. Referían consumo de cocaína y presentaban al ingreso ni-

veles positivos de cocaína en orina. Se excluyen pacientes sin datos objetivos de consumo. **Resultados.** 25 casos con edad media de 34,4 años (rango: 16-48 años). 16 varones y 9 mujeres. Antecedentes toxicológicos: tabaquismo 88%, enolismo 68%, cannabis 36%, opiáceos 16% y drogas de diseño 12%. Consumo por vía intranasal en el 96%. Diagnóstico principal: accidente cerebrovascular isquémico en 9 (36%) y hemorrágico en 3 (12%), trastornos psiquiátricos en 7 (28%), crisis epilépticas en 3 (12%), cefalea en 2 (8%) y otros diagnósticos (traumatismo craneoencefálico) en 1 (4%). Diagnósticos secundarios: cefalea en 3 (12%), crisis epiléptica en 1 (4%), discopatía en 2 (8%), leucoencefalopatía en 1 (4%) y otros en 5 (20%). Estancia media: 8,68 días (rango: 2-23 días). Antecedentes neurológicos: 6 cefalea (24%), 1 polirradiculoneuritis (4%). Antecedentes psiquiátricos: 5 trastornos de ánimo (20%) y 1 trastorno de personalidad (4%). Factor de riesgo cardiovascular: 3 dislipemias (12%), 1 diabetes mellitus (4%) y 1 hipertensión arterial (4%). Analíticamente destaca déficit de ácido fólico en 6 (24%), dislipemia en 6 (24%) y otros en 2 (8%). Secuelas neurológicas en 5 (20%): 2 déficit motor, 1 déficit sensitivo, 1 déficit sensitivomotor, del lenguaje y visual, y 1 coma vigil. **Exitus:** 2 (8%): 1 por accidente cerebrovascular isquémico masivo y herniación posterior y 1 por hemorragia de troncoencéfalo y cerebelo. **Conclusiones.** Es importante constatar el continuo aumento de eventos neurológicos a edades tempranas por consumo de cocaína y su implicación sociosanitaria, mediante estudios prospectivos. Los órganos diana son el sistema cardiovascular y nervioso, predominantemente, y entre los mecanismos implicados destacan el vasoespasma, aumento de presión arterial y alteración de neurotransmisores.

10.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y SUBTIPOS DE LA CEFALEA MENSTRUAL. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

M.E. Toribio Díaz^a, J. Morera Guitart^a, V. Medrano Martínez^b,
A. Pérez-Sempere^c, G. Más Sesé^d, S. Palao Duarte^c, I. Beltrán
Blasco^e, J.M. Callejo Domínguez^f, por el Grupo CEFALIC-SVN

^a Sección de Neurología. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig.

^b Unidad de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Elda. ^c Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. ^d Sección de Neurología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ^e Consulta de Neurología. Clínica Benidorm. Benidorm. ^f Sección de Neurología. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Introducción. La migraña relacionada con la menstruación (MRM) y la migraña menstrual pura (MMP) son entidades bien definidas por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS); sin embargo, la IHS no reconoce la cefalea tensional relacionada con la menstruación (CTRM) ni la cefalea menstrual pura (CTMP). **Objetivos.** Determinar la prevalencia de los distintos subtipos de cefalea menstrual y describir las características y tratamientos sintomáticos y preventivos empleados. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo multicéntrico realizado en seis centros de la provincia de Alicante entre enero y junio de 2008. Incluimos consecutivamente todas las mujeres en edad fértil que consultaron al neurólogo por cefalea y que presentaban cefalea durante la menstruación, clasificándolas en cuatro subtipos: MRM, MMP, CTRM y CTMP. Analizamos diversas características para cada subtipo de cefalea: edad media, tipo de cefalea previa, consumo de anticonceptivos orales, tiempo de instauración, localización, cualidad, intensidad y duración del dolor, así como presencia de agravamiento con la actividad física, náuseas y/o vómitos, fotofobia y/o fofobia y aura. Consideramos la relación temporal entre la aparición del dolor y la menstruación. Valoramos en una escala analógica visual la pérdida de calidad de vida debida al dolor y registramos los tratamientos prescritos. **Resultados.** Estudiamos 133 pacientes con cefalea menstrual; edad media: 34,8 ± 8,9 años. El 88% presentaba cefalea previa (79,6% migrañas), el 14,3% consumía anticonceptivos orales. Clasificación por

subtipos de cefaleas menstruales: MRM 58,7%, MMP 29,3%, CTRM 7,5% y CTMP 4,5%. Características principales del dolor: 75,4% con instauración lenta; localización hemisférica (MRM 57,7%, MMP 56,4%) u holocraneal/posterior (CTRM 70%, CTMP 80%); pulsátil en migrañosas (MRM 70,5%, MMP 87,2%), opresiva en tensionales (100%); intensidad grave en migrañosas (MRM 60,3%, MMP 71,8%), moderada en tensionales (CTRM 60%, CTMP 50%). Duración habitual: 12-24 h (MRM 46%, MMP 63,1%, CTRM 40%, CTMP 66,6%); agravamiento con la actividad física (MRM 97,4%, MMP 100%); la relación temporal con menstruación no fue diferente según el subtipo de cefalea menstrual; pérdida importante de calidad de vida en MMP $62,3 \pm 21,8\%$. Tratamientos más frecuentemente prescritos: a) Preventivo: MRM, topiramato (42,3%); MMP, no tratamiento (38,4%); CTRM, no tratamiento (50%); CTMP, no tratamiento (66,6%). b) Sintomático: AINE + triptán, 48,6% en MRM y 48,7% en MMP; AINE, 70% en CTRM y 83,3% en CTMP. **Conclusiones.** La cefalea tensional menstrual supone un 12% de todas las cefaleas menstruales. Distinguimos un patrón característico para cada subtipo de cefalea menstrual, tanto en las características del dolor como en el tipo de tratamiento prescrito. Ello nos lleva a concluir que tanto la CTRM como la CTMP son entidades bien definidas que deberían ser incluidas por la IHS.

11.

ABSCESO CEREBRAL POR *NOCARDIA NOVA*

M. Peinazo Arias, R.M. Vilar Ventura, D. Rodríguez Luna, A. Simón Gozalbo, C. Soriano Soriano, B. Claramonte Clausell, J. Merino Peña, D. Geffner Sclarsky
Hospital General de Castellón.

Introducción. Las bacterias del género *Nocardia* son aerobias, gram-positivas y se encuentran ubicuas en el medio ambiente. Suelen causar infecciones oportunistas, asociándose con defectos de la inmunidad celular, tratamiento con corticosteroides y/o enfermedad pulmonar. La nocardiosis cerebral es una entidad clínica infrecuente, representando sólo el 2% de todos los abscesos cerebrales. **Caso clínico.** Varón de 33 años de edad, sin factores de riesgo conocidos, que ingresó por cuadro de dos meses de evolución consistente en cefalea continua, diaria y de predominio frontal. Desde hacía un mes presentaba náuseas, vómitos, mareo, diplopia binocular, acúfenos pulsátiles bilaterales y rinorrea escasa. Presentó, en varias ocasiones, fiebre de 38 °C y perdió 7 kg de peso en un mes. Anteriormente había consultado a Otorrinolaringología, en varias ocasiones, por sospecha de sinusitis, pero se descartó cualquier foco infeccioso en senos, oído y laringe. En la exploración presentaba una cuadrantanopsia homónima inferior derecha, diplopía binocular con la mirada hacia la derecha, hipoacusia de transmisión en oído derecho y dismetría leve en miembros derechos. La imagen por RM cerebral demostró lesiones intraparenquimatosas en lóbulo occipital izquierdo de aspecto quístico/necrótico, con captación de contraste en anillo e importante edema asociado. Se realizó RM cerebral protónica con espectroscopia (PMRS) que mostró ausencia de NAA, con presencia de pico en la zona de los lípidos y a nivel de la colina. Ante la sospecha de absceso de tipo infeccioso, se pautó tratamiento empírico con ceftriaxona, metronidazol y dexametasona. El paciente se intervino quirúrgicamente y se drenaron los abscesos cerebrales obteniendo en el estudio microbiológico presencia de *Nocardia nova*, iniciándose tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol. **Conclusiones.** Los abscesos cerebrales representan el 1-2% de todas las lesiones intracraneales ocupantes de espacio; de ellos, sólo el 2% son producidos por *Nocardia*, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Todas las infecciones por *N. nova* publicadas hasta enero de 2008 hacen referencia a neumonías o abscesos subcutáneos; en esa fecha se describe el primer caso de infección del sistema nervioso central por esta especie. La PMRS se ha usado para estudios metabólicos de lesiones cerebrales difusas y focales. Los únicos metabolitos detec-

tados en los abscesos por *Nocardia* son aminoácidos citosólicos y lactato. En nuestro caso destacamos la utilidad diagnóstica de la PMRS para diferenciar entre lesiones quístico/necróticas y abscesos cerebrales, y el hallazgo infrecuente de diseminación extrapulmonar de *N. nova* con la formación de abscesos intracerebrales.

12.

RECAÍDA TRAS TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN CASO

J. Parra, J. López-Arqueros, C. Guillent, M. Carcelén, E. Gargallo, T. Fraile, E. Ballester, J. Sancho
Consorcio Hospital General de Valencia.

Introducción. La enfermedad de Whipple se produce por una infección por *Tropheryma whippeli*. Su prevalencia es baja. Podría existir una predisposición genética a padecer esta infección. Sin embargo, es importante conocerla, dado que existe tratamiento eficaz. El sistema nervioso central se afecta con elevada frecuencia. En la evolución de la enfermedad uno de los problemas son las recaídas tras el tratamiento. **Caso clínico.** Varón de 33 años diagnosticado en otro centro seis años antes de enfermedad de Whipple con afectación del sistema nervioso central, que recibió tratamiento inicial con ceftriaxona intravenosa y posteriormente sulfametoxazol y trimetoprim durante cuatro años, con recuperación de la mayoría sus síntomas. A los 20 meses de terminar el tratamiento antibiótico inició de forma progresiva, de manera más destacada, síndrome cerebeloso y frontal. En otro centro recibió tratamiento con ceftriaxona 14 días, sulfametoxazol y trimetoprim, y pulsos de metilprednisolona intravenosa, tras confirmarse por los hallazgos de las pruebas complementarias (RM y LCR) que se trataba de una recaída de la enfermedad de Whipple. Tras mejorías parciales, el paciente empeoró de forma progresiva. Al ser valorado en nuestro centro por empeoramiento mientras se encontraba en nuestra área sanitaria se inició tratamiento con ceftriaxona, rifampicina, doxiciclina, sulfametoxazol y trimetoprim, siendo sustituida la ceftriaxona por cefixima a las cuatro semanas. Recibió de manera asociada tratamiento sintomático de sus síntomas psiquiátricos. El paciente evolucionó favorablemente de forma lenta y progresiva. **Conclusiones.** Las recaídas tras recibir tratamientos adecuados para la enfermedad de Whipple son descritos con relativa frecuencia, con aparición de síntomas del sistema nervioso central, posiblemente por acantonamiento del germen y por la utilización de antibióticos bacteriostáticos o que no atraviesan bien la barrera hematoencefálica, o bien a la aparición de resistencias. La utilización de varios antibióticos con distintas vías de actuación es una opción para los pacientes que no responden a una primera línea de tratamiento. Es posible que algunos pacientes precisen seguimiento y tratamiento más prolongados.

13.

DISCINESIA PAROXÍSTICA CINESIGÉNICA FAMILIAR: DESCRIPCIÓN DE TRES FAMILIAS

J. Palau Bagues, I. Rubio Agustí, V.E. Villanueva Haba, J.A. Burguera Hernandez, J.J. Vilchez Padilla
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. La discinesia paroxística cinesigénica es un trastorno caracterizado por episodios breves de movimientos involuntarios inducidos por movimientos súbitos. La etiología puede ser hereditaria o adquirida; aquí describimos sólo formas hereditarias. **Pacientes y métodos.** Se describen nueve pacientes pertenecientes a tres familias no relacionadas. Los datos son obtenidos por revisión aislada de historia en dos de ellos y además por entrevista personal o telefónica en los siete restantes. **Resultados.** 77,7 % de los pacien-

tes (7/9) son varones. La edad media de inicio es de 10,3 años (rango: 6-14 años); en un paciente se desconoce. Son descritos como factores desencadenantes de crisis: movimientos súbitos, sobresalto, estrés, cansancio y emotividad. En el 44,4% (4/9) hay aura previa. Las crisis, que afectan a las extremidades y en ocasiones a la cara y al habla, son distónicas en un 33,3% (3/9), coreodistónicas en un 33,3% (3/9) y desconocidas en el resto (3/9). Son hemicorporales en un 33,3% (3/9), alterantes en un 33,3% (3/9), generalizadas en un 22,2% (2/9), combinación de ellas en un 11,1% (1/9) y desconocidas en 1/9. La duración de las crisis es menor a 10 s en un 44,4% (4/9), 60-120 s en un 11,1% (1/9) y desconocida en el resto (4/9). La frecuencia de crisis es < 1 al mes en un 22,2% (2/9), < 1 a la semana en un 11,1% (1/9), 1-10 al día en un 22,2% (2/9), 10-20 al día en un 11,1% (1/9), > 20 al día en un 11,1% (1/9) y desconocida en el resto (2/9). El patrón de transmisión es autosómico dominante en las tres familias. Han recibido tratamiento un 66,6% (6/9): carbamacepina 33,3% (2/6), ácido valproico 33,3% (2/6), fenitoína 16,6% (1/6). La respuesta fue buena o muy buena en todos ellos. En un 55,5% (5/9) se ha producido una remisión espontánea de la enfermedad por debajo de la edad de 25 años; un 33,3% (3/9) siguen teniendo crisis; en uno de ellos se desconoce la evolución. Sólo un 11,1% (1/9) tenía historia de crisis febriles en la infancia; no hay historia de epilepsia o de trastornos del movimiento en el resto. Un 77,7% (7/9) han donado sangre para el banco de ADN ENAE. **Conclusiones.** La discinesia paroxística cinesigénica es un trastorno infrecuente y por ello puede ser difícil de reconocer. Suele ser una patología benigna, aunque puede ocasionar en algunos casos una discapacidad psicosocial elevada. El tratamiento adecuado es muy eficaz, por lo que se puede evitar esa discapacidad que puede suponer. Por otra parte, las características de nuestros pacientes coinciden con lo descrito en la literatura.

14.

EPILEPSIA DE LA LECTURA

M.T. Villarroya Pastor^a, M. Gil^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurofisiología.
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Caso clínico. Joven de 23 años que acude a la consulta de neurología por tres pérdidas de consciencia, acaecidas durante la actividad de lectura en voz alta. Exploración neurológica y general sin hallazgos patológicos. Los estudios de neuroimagen y los análisis no aportan datos significativos. El estudio neurofisiológico pone en manifiesto: EEG basal, normal; EEG con privación de sueño, actividad paroxística focal bitemporal, de predominio izquierdo; EEG durante la lectura, actividad paroxística focal en temporal izquierda, con difusión contralateral, desencadenando mioclonías mandibulares y sensación extraña. Se interrumpe la lectura desapareciendo la sintomatología clínica y normalizándose el EEG. **Conclusión.** Dentro de las epilepsia reflejas, la epilepsia de la lectura es una de las más complejas, al poner en marcha diversas redes neuronales. Se revisan las diferentes estructuras relacionadas con este proceso.

15.

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE FÁRMACOS (SIF) EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS: ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

C. Morales Espinosa, J. Morera Guitart, E. Toribio Díaz, I. Pérez Cerdá
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Sección de Neurología.
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivo. Comprobar la eficacia de la información facilitada sobre la medicación prescrita y la satisfacción percibida por el usuario del Servicio de Información de Fármacos (SIF). **Sujetos y métodos.** Es-

tudio prospectivo de una muestra consecutiva de pacientes/cuidadores de una unidad de demencias informados sobre fármacos anticolinérgicos y memantina. Periodo de estudio: abril a junio de 2008. Diseñamos un sistema de información de fármacos consistente en informar al paciente/cuidador sobre: modo de adquisición, utilidad, posología, normas de uso, efectos adversos y qué hacer cuando éstos aparezcan; entregamos documentación escrita y facilitamos un teléfono para contactar si aparecen dudas o problemas. Recogimos sistemáticamente: fecha de información, fármaco informado, datos demográficos del paciente/cuidador y teléfono de contacto. Elaboramos un cuestionario telefónico para medir la satisfacción y otro para registrar las incidencias referidas sobre los diferentes aspectos informados, bien espontáneamente, bien al interrogatorio. **Resultados.** En el periodo analizado se informó a 59 pacientes/cuidadores. Los diagnósticos fueron: enfermedad de Alzheimer (77,9%), demencia mixta (13,5%) y otras demencias (8,5%). Los pacientes acudieron acompañados de un cuidador principal (77,9 %) o de un cuidador secundario (21,1%). Se informó de un fármaco por paciente: donepecilo (28,8%), galantamina (18,6%), rivastigmina (8,5%) y memantina (44,1%). Al entrevistarlos, el 76,3% seguía tomando el fármaco, haciéndolo con dosis adecuada el 86,6%. Los motivos más frecuentes de abandono fueron: efectos secundarios (50%), negativa (14,2%), *exitus* (14,2%) y otros (21,6%). Aparecieron problemas en el 47,4%. Estuvieron relacionados con: efectos adversos (85,7%), horario (3,5%), dosis (17,8%) y otros (21,4%). En el 70,1% apareció sólo un síntoma por paciente (2 o 3 en el resto). Se identificaron correctamente en el 98,3%. La actitud del cuidador ante la aparición de síntomas adversos fue adecuada en el 87,5%. La actitud fue: adecuada sin llamar (33,3%), adecuada con llamada (8,3%), llamaron antes de actuar (45,8%). Valoraron positivamente la dimensión de 'utilidad del SIF' en el 98,3% y la 'satisfacción global' en el 100%. Destacaron como aspectos positivos: la 'información proporcionada' (83,1%), 'accesibilidad' (94,9%) y 'tranquilidad' (16,9%); como aspectos negativos: 'letra poco legible en aclaraciones escritas a mano' (1,6%). **Conclusiones.** El SIF implantado en nuestra unidad facilita tomar decisiones adecuadas ante la aparición de problemas relacionados con la medicación. El sistema es percibido como de utilidad y satisfactorio por la mayoría de los usuarios. La mayoría de problemas detectados están relacionados con efectos adversos y la escasa incidencia respecto al uso de la medicación podría estar relacionada con el SIF.

16.

EPILEPSIA DE AUSENCIAS DEL ADULTO

M.T. Villarroya Pastor^a, J. Fermín Ordoño^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurofisiología.
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Caso clínico. Paciente de 63 años, que ingresa por crisis convulsiva tonicoclónica generalizada. Sin antecedentes personales ni familiares conocidos de epilepsia. Desde hace dos años, 'despistes' frecuentes. Cambio en los hábitos alimentarios con compulsión oral. Exploración general: obesidad mórbida. Exploración neurológica: sin focalidad. Neuroimagen: sin hallazgos. Análisis sanguíneos básicos: sin anomalías destacables. EEG: punta onda a 4 Hz, bilateral, sincrónica y simétrica. Excelente respuesta a topiramato, tanto en la sintomatología epiléptica como en el trastorno compulsivo y alimenticio. **Conclusión.** Se presenta el caso por la escasa frecuencia de presentación de una epilepsia generalizada idiopática en la edad adulta.

17.

ATEROMATOSIS GLOBAL SILENTE: DETECCIÓN DE CORONARIOPATÍA PRESINTOMÁTICA EN PACIENTES CON ICTUS ATERTROMBÓTICO

C. Guillén, J.M. Pons, J. Estornell, M. Carcelén, E. Gargallo, A. Navarré, M. Corbí, A. Valle, A. Cervelló
Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Estimar la proporción de pacientes con ictus aterotrombótico que presenta coronariopatía silente (objetivo primario) y describir su perfil de riesgo vascular, así como las alteraciones encontradas en las exploraciones cardiológicas. **Pacientes y métodos.** Pacientes ingresados en la Unidad de Ictus con diagnóstico de ictus isquémico aterotrombótico, hasta completar el tamaño muestral calculado para el objetivo primario, con un error $\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,80$. Variables analizadas: resultados de TAC coronario, ecocardiografía, ECG, perfil de factores de riesgo vascular, parámetros biológicos (PCR, VSG, fibrinógeno, colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL). **Resultados.** Incluimos 12 pacientes con ateromatosis carotídea $> 50\%$ y/o intracraneal. El 91,7% eran varones, con una edad media de $68,5 \pm 7,85$ años. El 41,7% presenta coronariopatía silente definida como una puntuación de calcio > 400 (calcificación grave) y el 58,3% presenta al menos una lesión con estenosis $> 50\%$ en el estudio con contraste. Sin embargo, las pruebas convencionales (ECG, ecocardiografía) estaban alteradas sólo en un 25 y un 41,7%, respectivamente. El 66,7% de los pacientes eran hipertensos, el 25% diabéticos, el 41,7% dislipémicos, el 33,3% fumadores activos y el 25% exfumadores. El 16,7% presentaba un ITB indicador de riesgo vascular y el 33,3% de EAP. El 25% había tenido un ictus previo y ninguno presentaba cardiopatía previa. **Conclusiones.** Cerca de la mitad de los pacientes con ictus aterotrombótico de nuestra serie presentaba coronariopatía silente (congruente con los datos existentes en la bibliografía científica). Las pruebas convencionales (ECG, ecocardiografía) no parecen herramientas útiles para su diagnóstico. Queda por aclarar si el diagnóstico precoz de arteriosclerosis en otros lechos arteriales cuando son silentes podría reportar algún beneficio a estos enfermos.

18.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS COMO ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS ASISTENTES A CURSOS DE FORMACIÓN PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

I. Pérez Cerdá, M.M. Ferrer Navajas, J. Morera Guitart, M.E. Toribio Díaz, C. Morales Espinosa, M. Gomis Juan
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Sección de Neurología.
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivo. Valorar el grado de ajuste a expectativas formativas y de satisfacción expresada por los cuidadores participantes en nuestro programa de formación. **Sujetos y métodos.** Desde marzo de 2003 realizamos periódicamente en nuestro centro Cursos de Formación de Cuidadores (CFC) dirigidos a familiares de pacientes con demencia. Descripción de los cursos: 5 sesiones de periodicidad semanal y de 2 horas de duración para 10-12 cuidadores. Durante la primera sesión solicitamos a los participantes que anoten sus necesidades formativas; a continuación se ponen éstas en común y se entregan a los distintos profesores para que ajusten el contenido de sus sesiones. Tras la última sesión entregamos a cada participante su propia lista de necesidades formativas y les solicitamos que valoren el grado en que éstas han sido resueltas (escala gradual de 1 a 4). Además, entregamos un cuestionario en el que deben valorar su grado de satisfacción global y de cada sesión (parámetros: contenido, amenidad, claridad de exposición y resolución de dudas) en una

escala gradual de 1 a 5 (de 'mucho peor' a 'mucho mejor' de lo que esperaba). Analizamos los datos de las respuestas obtenidas desde marzo de 2003 hasta diciembre de 2008 (74 cursos). **Resultados.** Analizamos las respuestas de 576 participantes (73% de los asistentes); 71,5% eran mujeres. Edad media global: 51,57 años. Se recogen 1.790 necesidades formativas mayoritariamente referidas al conocimiento y manejo de los síntomas psicoconductuales (30%), conocimientos sobre la enfermedad (15%) y adaptación a la tarea (11%). Un 63% (1.126) de éstas fueron finalmente valoradas por los participantes. El 91% de ellas fueron valoradas positivamente ('bastante' o 'completamente'). La valoración media del profesorado en los distintos parámetros fue positiva ('mejor de lo esperado'; 'mucho mejor de lo esperado') en todos los casos, no encontrándose diferencias significativas entre los ponentes. Análisis de comentarios y sugerencias más frecuentes (expresados de forma abierta): 'expresión de la utilidad del programa' (31,95%), 'demanda de mayor información' (30%), 'agradecimientos al equipo' (19%), 'demanda de recursos sociales' (14%). A medida que hemos ido realizando cursos, los contenidos se han adaptado a estas necesidades de modo que en la actualidad es infrecuente que se soliciten cuestiones que no estén ya incluidas en el programa formativo. **Conclusiones.** Conocer las necesidades formativas de los cuidadores facilita la elaboración de unos contenidos que se ajusten a estas expectativas. Ello probablemente contribuya al alto grado de satisfacción expresado por los asistentes a los CFC.

19.

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA MENSTRUAL: FÁRMACOS EMPLEADOS, PARÁMETROS DE DECISIÓN TERAPÉUTICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

M.E. Toribio Díaz^a, J. Morera Guitart^a, V. Medrano Martínez^b, A. Pérez-Sempere^c, G. Más Sesé^d, S. Palao Duarte^e, I. Beltrán-Blasco^e, J.M. Callejo Domínguez^f, por el Grupo CEFALIC-SVN
^a Sección de Neurología. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig.
^b Unidad de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Elda. ^c Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. ^d Sección de Neurología. Hospital Marina Baja. Villajoyosa. ^e Consulta de Neurología. Clínica Benidorm. Benidorm. ^f Sección de Neurología. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Introducción. El tratamiento en la cefalea menstrual resulta controvertido por la pobre respuesta a los fármacos empleados. **Objetivos.** Analizar el tratamiento prescrito, los parámetros que llevan a modificar un tratamiento y valorar la respuesta terapéutica. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo multicéntrico realizado en seis consultas de Neurología (provincia de Alicante) entre enero y noviembre de 2008. Incluimos consecutivamente todas las mujeres en edad fértil que consultaron por cefalea y referían cefalea durante la menstruación. Se subclasificaron en: migraña relacionada con la menstruación (MRM), migraña menstrual pura (MMP), cefalea tensional relacionada con la menstruación (CTRM) y cefalea tensional menstrual pura (CTMP), revisándose a los 4-7 meses. Analizamos: tratamiento prescrito antes y después de la valoración por el neurólogo, parámetros que influyen en la prescripción o cambio de tratamiento, y respuesta al tratamiento según valoración global del cambio (VGC), variación en la calidad de vida y número de ciclos con dolor. **Resultados.** Estudiamos 133 pacientes con cefalea menstrual (se revisaron 108): edad media $34,1 \pm 8,86$ años. Distribución por subtipo: MRM 61,2%, MMP 28,7%, CTRM 7,4% y CTMP 2,7%. No tomaban tratamiento preventivo: MRM 28,2%, MMP 51,3%, CTRM 60%, CTMP 66,7%; prescribimos topiramato en MRM (42,3%) y no tratamiento en MMP 38,4%, CTRM 50%, CTMP 66,6%. Tomaban AINE como sintomático: MRM 56,1%, MMP 61,3%, 100% en CTRM/CTMP; cambiamos a AINE + triptán en las formas migrañosas (MRM 48,6%, MMP 48,7%). Parámetros que más influyeron en la prescripción o cambio de tratamiento: tipo de cefalea menstrual (MRM, cambio de tratamiento preventivo en 64%, sintomático en

64,3%), intensidad grave del dolor (cambio de tratamiento preventivo en 58,8% y sintomático en 61%), relación temporal con la menstruación (cefalea menstrual antes/durante/después de la menstruación: cambio de tratamiento preventivo en 69,2%, cefalea menstrual durante la menstruación: cambio de tratamiento sintomático en 80,7%). El 58,3% refirió mejoría en la VGC (MRM 58,6%, MMP 67,8%, CTRM 25%, CTMP 66,7%), con notable mejora en la calidad de vida entre la primera y la segunda visita en las formas migrañosas (MMP 61% frente a 38,1%, MRM 58,8% frente a 36,5%). En el 53,8% persistió la cefalea en todos los ciclos menstruales. **Conclusiones.** La cefalea menstrual es una entidad infratratada. El ajuste del tratamiento (sintomático/preventivo) por el neurólogo se traduce en una mejora de la calidad de vida y de la VGC. La toma de decisiones respecto al tratamiento a utilizar se basa fundamentalmente en el subtipo de cefalea menstrual, la intensidad del dolor y su relación temporal con la menstruación. Las formas tensionales responden peor al tratamiento que las migrañosas.

20.

SÍNDROME DE WALLENBERG: UN REPASO DE LA CORRELACIÓN ANATOMOCLÍNICA

C. Leiva Salinas^a, L. Flors^a, G. Cabrera^a,
C. Barber^a, J.M. Ferrer Casanova^b, C. Poyatos^a

^aServicio de Radiología. ^bServicio de Neurología.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. El síndrome de Wallenberg es una de las entidades clínicas más frecuentemente reconocidas en la patología del tronco cerebral. Describe el conjunto de síntomas y signos que se presentan cuando se lesionan las estructuras ubicadas en la porción dorso-lateral del bulbo. Tradicionalmente, se considera secundario a patología vascular en el territorio de la arteria vertebral o cerebelosa posteroinferior. No obstante, cualquier lesión que afecte a esta zona del troncoencéfalo también puede producirlo. **Objetivos.** Describir de una forma gráfica, mediante cortes ilustrados de un estudio representativo de RM de un paciente con síndrome de Wallenberg de etiología isquémica, la localización de los diferentes núcleos y vías bulbares afectados en las lesiones del triángulo retrobulbar. Relacionar su lesión con la sintomatología clínica. **Materiales y métodos.** Ilustramos la anatomía normal de las estructuras de la región retro-olivaria del bulbo implicadas en el síndrome de Wallenberg. Relacionamos, de una forma simple y esquemática, la lesión de las mismas con los signos y síntomas correspondientes. **Resultados.** La disfagia, disfasia y disartria se producen por afectación del núcleo ambiguo (IX y X pares craneales). La aparición de hipoalgesia/dolor facial ipsilateral y la ausencia del reflejo corneal se relacionan con la lesión del núcleo espinal (V par). La afectación del tracto espinotalámico produce una hipoalgesia y termoanestesia del tronco y las extremidades contralaterales. La afectación de la neurona de primer orden, la vía oculosimpática, en su trayecto bulbar, es responsable del síndrome de Horner ipsilateral. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes como la diplopía y la paresia facial, la ataxia o el vértigo se producen por extensión de la lesión hacia la protuberancia, núcleos vestibulares o pedúnculo cerebeloso inferior, respectivamente. **Conclusión.** Se describe la anatomía de la región dorsolateral del tálamo y la correlación clínica de los síntomas con la localización anatómica de la lesión. Se demuestra la utilidad de la RM para la adecuada evaluación topográfica y etiológica y la correlación clínica de los hallazgos en imagen con la exploración neurológica.

21.

RELEVANCIA DE LA NEUROIMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE UN CASO DE MENINGITIS CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

M. Mazón^a, C. Leiva Salinas^a, L. Flors^a,
G. Cabrera^a, A. González Masegosa^b, C. Poyatos^a

^aServicio de Radiología. ^bServicio de Neurología.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. El diagnóstico de la meningitis se basa en la punción lumbar. El papel de las pruebas de neuroimagen en estos pacientes sigue siendo controvertido. En general, no están indicadas en pacientes en los que no existe sospecha clínica de complicaciones pues la presencia de hallazgos que contraindiquen la punción lumbar es muy infrecuente. Sin embargo, se recomienda su realización en pacientes con signos de focalidad, alteración del nivel de conciencia o sospecha de hipertensión intracraneal. Si la realización de una TC supone un retraso importante, se deben obtener hemocultivos e iniciar antibioterapia empírica. La RM craneal se reserva para aquellos casos en que existen dudas diagnósticas o una evolución atípica. **Objetivos.** Exponer la relevancia de la neuroimagen en el diagnóstico de un caso de meningitis en un paciente con hipertensión intracraneal. Presentar su evolución radiológica. **Caso clínico.** Mujer de 50 años que acude a urgencias por cefalea frontal, fiebre, tos y expectoración. La radiografía de tórax muestra áreas de consolidación alveolar en lóbulo superior e inferior derechos. Con el diagnóstico de neumonía se instaura tratamiento antibiótico y la paciente ingresa en el Servicio de Neumología. Pocas horas después, la paciente presenta un episodio brusco de agitación, disminución del nivel de conciencia, desaturación y taquicardia. Se realiza una TC craneal que muestra signos de hipertensión intracraneal: borramiento de los surcos hemisféricos y dilatación tetraventricular. En la UCI, persiste la disminución del nivel de conciencia. El EEG muestra un estatus epiléptico hemisférico derecho. Veinticuatro horas más tarde, debido al empeoramiento clínico, se realiza una nueva TC craneal que muestra disminución del tamaño ventricular y aparición de colecciones subdurales. Dos días más tarde se realiza una RM craneal en la que persisten las colecciones y se evidencian áreas de realce meníngeo y persistencia de cierta dilatación ventricular con presencia de un material líquido en áreas declives de ambas astas occipitales, que restringe la difusión del agua y es compatible con material purulento. Estos hallazgos son muy sugestivos de meningitis. **Conclusiones.** Las técnicas de imagen no suelen ser necesarias en el diagnóstico de la meningitis. No obstante, en pacientes en los que la sospecha de complicaciones o los hallazgos del TC contraindiquen la realización de una punción lumbar, la RM puede tener un papel importante, confirmando el diagnóstico y evidenciando posibles complicaciones o alteraciones del flujo venoso.

22.

HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA POR DILATACIÓN CAVERNOMATOSA DE LOS ESPACIOS DE VIRCHOW-ROBIN TRONCOENCEFÁLICOS

L. Flors^a, C. Leiva Salinas^a, G. Cabrera^a,
M. Mazón^a, J.R. Bretón-Martínez^b, C. Poyatos^a

^aServicio de Radiología. ^bServicio de Pediatría.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. Los espacios de Virchow-Robin son un hallazgo habitual en las imágenes de resonancia magnética (RM). Excepcionalmente pueden alcanzar un gran tamaño, causar efecto masa o incluso hidrocefalia, y simular patología tumoral. Esta condición recibe el nombre de dilatación cavernomatosa de los espacios de Virchow-Robin o espacios perivascuales gigantes tumefactos. Se han descritos casos con hallazgos clínicos y de imagen por RM similares al

que presentamos, que obtuvieron comprobación histológica. *Objetivos.* Describir un caso de hidrocefalia obstructiva secundaria a una dilatación cavernomatosa de los espacios de Virchow-Robin tronco-encefálicos. Revisar los hallazgos característicos por RM de esta entidad. *Caso clínico.* Paciente de 10 años con clínica de cefalea de predominio nocturno que le interrumpe el sueño. Los estudios de imagen mostraron una lesión multiquística mesencéfalo-talámica con intensidad de señal idéntica al líquido cefalorraquídeo en todas las secuencias de RM. No se observaron alteraciones en el parénquima adyacente ni captaciones anómalas de contraste. Se realizó una derivación ventriculoperitoneal con mejoría de la sintomatología clínica y de la dilatación del sistema ventricular. Los exámenes clínicos y radiológicos fueron estables. *Conclusión.* La dilatación cavernomatosa de los espacios de Virchow-Robin es una entidad extremadamente rara a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las alteraciones quísticas cerebrales. Sus hallazgos de imagen, localización característica, ausencia de disfunción neurológica y relativa estabilidad en el tiempo son claves para su diagnóstico, pudiendo evitar intervenciones quirúrgicas y estudios de imagen innecesarios.

23.

INFARTO CEREBRAL SECUNDARIO A TROMBO INTRAVENTRICULAR EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

D. Rodríguez-Luna^a, D. Geffner^a, R.M. Vilar^a, J. Moreno^b, I. García^c, A. Simón^a, A. Belenguer^a

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

^c Servicio de Hematología. Hospital General de Castellón.

Introducción. La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que puede cursar en más de un tercio de los casos con manifestaciones extraintestinales, mayoritariamente músculo-esqueléticas, dermatológicas y oculares. Las complicaciones vasculares en la EII son poco frecuentes, predominantemente fenómenos tromboembólicos (< 7%), ocurriendo en su mayoría en el periodo activo de la enfermedad. El 75% de los casos de tromboembolismo cursa con trombosis venosa profunda (TVP), con o sin embolismo pulmonar, siendo mucho menos frecuente la trombosis arterial o cardíaca. La trombosis intracardiaca en el ventrículo izquierdo suele ocurrir en pacientes con cardiopatía estructural, siendo excepcional en ausencia de ésta. Presentamos el caso de un infarto cerebral secundario a trombosis intraventricular en una paciente con colitis ulcerosa activa sin cardiopatía estructural. *Caso clínico.* Mujer de 45 años con colitis ulcerosa activa en tratamiento con azatioprina y prednisona, que presenta un ictus isquémico agudo en territorio de la arteria cerebral media derecha (ACM-D). NIHSS (escala de ictus del National Institute of Health): 19. El estudio etiológico muestra: resonancia magnética (RM) cerebral: infarto isquémico agudo en territorio de ACM-D; estudio neurosonológico y angiografía por RM: oclusión proximal de ACM-D; electrocardiograma: normal; ecocardiografía transtorácica: masa en ventrículo izquierdo anclada sobre septo anterior con movimiento caótico sugestiva de tumor primario, sin signos de cardiopatía estructural. Analítica: hemoglobina 6,7 g/dL, 538.000 plaquetas/ μ L (estudio de hipercoagulabilidad inicial y de causas inflamatorias e infecciosas normal). Se realiza transfusión de hemáties y se inicia anticoagulación por sospecha de estado

hipercoagulable. Posteriormente presenta TVP en miembros inferiores, hallándose en una TC abdominal infartos en el riñón izquierdo y el bazo. Tras resección quirúrgica de masa intracardiaca el estudio anatomopatológico descarta tumoración y confirma un trombo organizado sobre el endocardio. El estudio de hipercoagulabilidad diferido objetiva genotipo 4G/5G del inhibidor de la activación del plasminógeno tipo 1 (PAI-1). La paciente evoluciona favorablemente presentando a los seis meses una incapacidad moderada (escala de Rankin modificada: 3). *Conclusión.* La trombosis intraventricular en ausencia de cardiopatía estructural como causa de ictus es excepcional. El riesgo aumentado de tromboembolismo en la EII se ha atribuido a un estado de hipercoagulabilidad, si bien el mecanismo subyacente no ha sido completamente establecido. Recientemente se ha relacionado al genotipo 4G/5G del PAI-1 con la patogénesis del tromboembolismo en la EII. En nuestro caso, el estado protrombótico multifactorial (tratamiento corticoideo, trombocitosis, genotipo 4G/5G del PAI-1) en relación con la colitis ulcerosa activa justificaría tanto la TVP como la trombosis intracardiaca con embolismos arteriales secundarios (cerebral, renal y esplénico).

24.

PROBABLE ASOCIACIÓN ENTRE ESPASMO HEMIFACIAL IDIOPÁTICO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

G. Juan, J.M. Ferrer, S. Reyes, I. Dobón, A. González, A. Alcántud Hospital Dr. Peset Alexandre. Valencia.

Introducción. El espasmo hemifacial idiopático (EHFi) consiste en contracciones tonicoclónicas, paroxísticas, recurrentes e involuntarias de unos dos músculos de la cara inervados por el nervio facial. La comprensión vascular o neurovascular es una causa reconocida de EHFi y se ha asociado a lo largo de la literatura a la hipertensión arterial. *Objetivo.* Estudiar en una serie de pacientes con EHFi la posible asociación con hipertensión arterial. *Sujetos y métodos.* Estudio retrospectivo de casos y controles. Selección de pacientes a los que se les administra toxina botulínica A en la clínica de Trastornos del Movimiento del Hospital Doctor Peset entre enero de 1999 y enero de 2009. Los casos son los pacientes con EHFi y como controles los pacientes con blefaroespasma o espasmo hemifacial posparalítico (EHFp). Analizamos los siguientes parámetros: edad de inicio de la enfermedad, sexo del paciente, tiempo de enfermedad, lado de la lesión, existencia o no de hipertensión arterial. *Resultados.* Se recogen 36 pacientes (26 mujeres) con diagnóstico de EHFi y 33 pacientes controles (22 mujeres); de ellos, 5 presentan EHFp y 28 blefaroespasma. La edad de inicio era de $54,87 \pm 15,47$ años en el EHFi y $58,89 \pm 21,61$ años en los controles, sin diferencia estadísticamente significativa. El lado afecto es el derecho en 22 EHFi (61,11%) y 3 EHFp (60%). La hipertensión arterial aparecía en 23 (63,8 %) pacientes con EHFi y 11 (33,3 %) pacientes controles. La comparación de proporciones da un chi al cuadrado de 5,9, con una $p = 0,0151$. La *odds ratio* con intervalo de confianza al 95 % es de 3,38 (1,12-10,34). *Conclusiones.* Destaca la mayor afectación de la hemicara derecha. Existe una proporción mayor de mujeres que de hombres. La edad de inicio es similar en ambos grupos. Demostramos una asociación entre la hipertensión arterial y el EHFi estadísticamente significativa y que es semejante a la encontrada en otros trabajos a lo largo de la literatura.