

COMUNICACIONES

25.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL COMARCAL DE VILLAJOYOSA (ALICANTE) DURANTE EL PERÍODO 2005-2008

R.M. Sánchez Pérez, C. Díaz Marín, I. Abellán, N. Pérez Carmona
Sección de Neurología. Hospital Comarcal Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante.

Introducción. La mortalidad hospitalaria es un indicador sanitario utilizado como control de la calidad asistencial. Es un indicador bruto que se encuentra influido por numerosos factores como la patología atendida, la edad de la población, la presión asistencial en Urgencias, la existencia o no de unidades de corta estancia o unidades de hospitalización a domicilio, y la accesibilidad a los hospitales de enfermos crónicos o residencias sociosanitarias. **Objetivo.** Analizar de forma descriptiva la mortalidad intrahospitalaria en la Sección de Neurología del Hospital Comarcal de Villajoyosa. **Pacientes y métodos.** Se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas o informes de alta de los pacientes que fallecieron durante su ingreso en la Sección de Neurología en el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2008. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, situación previa al ingreso, diagnóstico principal, días de estancia, causa de la muerte y complicaciones médicas. **Resultados.** En el periodo 2005-2008 hubo un total de 168 *exitus*, lo que supone una tasa de mortalidad media durante el periodo de estudio del 5% con ligeras variaciones anuales. El 47,62% eran varones, y el 52,38%, mujeres. La edad media era de 79,44 años (rango: 25-97 años). El 98,4% ingresaron desde Urgencias, el 4,17% eran trasladados desde Neurocirugía y el 3,57% de la UCI. El resto eran trasladados desde otros servicios del hospital u otros hospitales. Las causas más frecuentes fueron el ictus isquémico (47,2%), la hemorragia cerebral (32,14%) y el traumatismo craneoencefálico (7,74%). Los pacientes con una calidad de vida mala previa al ingreso (Karnofski ≤ 50) fueron el 36%. La estancia media fue de 8,59 días (rango: 0-58 días), significativamente superior en los pacientes más jóvenes o procedentes de la UCI. Los pacientes presentaron complicaciones médicas en un 60,12%, siendo las más frecuentes las infecciosas y las respiratorias. La causa principal de muerte fue neurológica en un 51,19% de los casos y no neurológica en un 48,81%. **Conclusiones.** Un importante porcentaje de los *exitus* en neurología son pacientes de edad avanzada o con enfermedades degenerativas y terminales y con mala calidad de vida previa, que precisan una medicina paliativa más que curativa. Una mejor asistencia extrahospitalaria a los pacientes con patología terminal podría disminuir los ingresos hospitalarios.

26.

NEUROPATÍA ÓPTICA BILATERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEUROLÚES

L. Navarro Cantó, N. López Hernández, J. Alom Poveda
Sección de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La neuropatía óptica puede ser la forma de presentación de la enfermedad sifilítica. Ante una neuropatía óptica es im-

portante descartar las causas infecciosas, causas potencialmente tratables. **Caso clínico.** Varón de 57 años, sin antecedentes de interés, con un cuadro, de inicio relativamente agudo, de disminución de agudeza visual bilateral, asimétrica con predominio izquierdo, indolora, con escotoma en zona central y campos inferiores izquierdos. En la exploración neurológica sólo destaca una marcada pérdida de agudeza visual central en ojo izquierdo, menor en derecho, con disminución de visión para los colores. El estudio complementario descarta causas arteríticas asociadas (VSG y dúplex temporales normales), RM sin proceso infiltrativo/compresivo evidente y niveles vitamínicos normales. Fondo de ojo con leve exudación peripapilar en ojo derecho sin papiledema. En la angiofluoresceína aparecen imágenes sugestivas de coriorretinitis posterior. Potenciales evocados visuales, con afectación mixta preferentemente desmielinizante. En la serología del suero se detecta reactividad para las pruebas reagínicas y treponémicas y ante la sospecha de neurolúes se realiza punción lumbar, el estudio citoquímico de LCR mostraba celularidad (30 leucocitos) con predominio de mononucleares; cultivo y serologías de LCR negativos. Se inició tratamiento corticoideo y con penicilina G en solución acuosa. El paciente ha mejorado de forma significativa hasta permanecer asintomático. El control de LCR a los cuatro meses del tratamiento muestra 10 leucocitos. **Conclusiones.** La causa más frecuente de neuropatía óptica en mayores de 50 años es la isquémica, y en menores de 50 años es la inflamatoria. En el diagnóstico diferencial de una neuropatía óptica inflamatoria hay que descartar causas infecciosas ya que son potencialmente tratables y con buen pronóstico. La afectación sifilítica ocular puede aparecer en cualquier estadio evolutivo de la enfermedad y hacerlo de forma silente o manifestarse como una uveítis anterior, coroiditis, queratitis intersticial, neuritis óptica, etc. La afectación sifilítica del nervio óptico puede ser unilateral o bilateral y presentarse como una perineuritis, neuritis óptica anterior o retrobulbar y en forma de papiledema. La historia clínica de nuestro paciente no permite identificar periodo primario ni secundario de la lúes. En este caso, la afectación fundamental es la neuropatía óptica, aunque también aparecen manifestaciones coriorretinianas más leves. La pauta de tratamiento consiste en penicilina G en solución acuosa en dosis de 4 millones de unidades cada cuatro horas hasta completar un ciclo de 14 días, así como corticoides asociados. La respuesta de nuestro paciente ha sido completa, encontrándose asintomático en la actualidad.

27.

T-BASILAR. ESTUDIO DÚPLEX DE SUS RAMAS EN EL PLANO CORONAL

N. López Hernández

Sección de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La proximidad anatómica del segmento P1 de la arteria cerebral posterior (P1-ACP) y la arteria cerebelosa superior (ACS) puede llevar a errores cuando están siendo evaluadas axialmente en el dúplex transcraneal. Además, pocos datos hemodinámicos han sido publicados de estos vasos. Su evaluación en el plano coronal puede mejorar la identificación y evaluación hemodinámica. **Objetivo.** Identificación y medición de velocidades de las P1-ACP y ACS mediante aproximación coronal con dúplex transcraneal en una muestra de población sana. **Sujetos y métodos.** Se realizó un estudio dúplex transcraneal, a través de la ventana temporal en 20 vo-

luntarios sanos con buena ventana temporal. En el plano coronal se identificaba la arteria basilar distal y sus ACS y ACP. Con corrección de ángulo, se registraron las velocidades sistólica (Vs), diastólica (Vd), media (Vm), índices de pulsatilidad (IP) y de resistencia (IR) de estas arterias. **Resultados.** Se estudiaron a 12 mujeres y 8 hombres con una edad media de $46 \pm 14,2$ años (rango: 26-71 años). Un total de 33 pares de arterias pudieron analizarse (tasa de detección: 82,5%). Los valores medios obtenidos fueron, en el caso de la ACP, Vs = 58,9 cm/s, Vm = 37,8 cm/s, Vd = 24,5 cm/s, IP = 0,92, IR = 0,59, y en el caso de la ACS, Vs = 44,8 cm/s, Vm = 30,3 cm/s, Vd = 20,1 cm/s, IP = 0,85, IR = 0,56. **Conclusiones.** Las Vs máximas de las ACP son casi un 24% mayores a las de las ACS. En el protocolo de estudio neurovascular de la circulación posterior mediante dúplex transcraneal recomendamos que se incluyan planos coronales posteriores para mejorar la identificación de las ramas distales de la arteria basilar.

28.

ANÁLISIS DEL PERFIL PACIENTE-CUIDADOR SOLICITANTE DE LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS. ESTADO ACTUAL DE LAS VALORACIONES

M. Gomis Juan, M.M. Ferrer Navajas,
J. Morera Guitart, E. Toribio Díaz

Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Sección de Neurología.
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Introducción. La aplicación de la denominada 'Ley de Dependencia' supone una oportunidad para mejorar la atención a pacientes con demencia. **Objetivo.** Analizar las características de los pacientes y cuidadores atendidos en nuestra unidad que solicitaron la valoración de dependencia y los parámetros relacionados con las valoraciones realizadas y las ayudas concedidas. **Sujetos y métodos.** Estudiamos una muestra aleatoria de pacientes atendidos en nuestra unidad y valorados por Trabajo Social que solicitaron la valoración de la situación de dependencia por Bienestar Social entre mayo de 2007 y octubre de 2008. Analizamos las características del paciente y del cuidador a partir del registro del trabajador social y el informe de salud del neurólogo. Datos recogidos del paciente: edad, sexo, estado civil, tipo de demencia, GDS, afectación de las actividades de la vida diaria, número de hijos y unidad de convivencia. Datos recogidos del cuidador: edad, sexo, parentesco, percepción del estado de salud y tiempo de atención al paciente (meses). Analizamos la situación de las valoraciones por Bienestar Social mediante encuesta telefónica a los cuidadores, considerando valoración realizada, grado de dependencia reconocido, demora en la valoración y tipo de ayuda solicitada tras la valoración. **Resultados.** Estudiamos 166 pacientes de los 339 que solicitaron la valoración. Perfil del paciente: edad media de 80 años; casados (20,72% hombres), viudos (46,85% mujeres). Enfermedad de Alzheimer: 77,48%. GDS 6: 56%. Grave afectación de las actividades de la vida diaria (básicas 49,55%; instrumentales 86,49%). Conviven con cónyuge (44%) o hijos (41%). Perfil del cuidador: edad media de 64 años (hombres 70, mujeres 58), 61,49% mujeres, 44,14% cónyuge (24,32% esposas) y 47,75% hijos (36,94% hijas). Tiempo medio dedicado al cuidado del paciente: 52 meses. Pacientes valorados por Bienestar Social: 52,25% (con resolución: 67,92%). Reconocido grado 3 nivel 2 de dependencia en el 83,33%. Concesión de ayudas en el 7,21%. Demora media hasta la valoración: 266 días; demora media hasta la resolución: 341 días. Tipo de ayuda deseada: 'prestación económica familiar' (17,69%) y 'sin determinar' (36,15%). Pacientes fallecidos en nuestra muestra: 15,32%, de los que el 52,94% no llegaron a ser valorados. **Conclusiones.** Solicitan la valoración de dependencia fundamentalmente mujeres cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases avanzadas, con un promedio de 4 años

dedicados al cuidado. Sólo el 7,21% tienen la concesión de la ayuda. El promedio de tiempo para la valoración y resolución por Bienestar Social es muy elevado y un 15,32% de los pacientes fallecen antes de percibir la ayuda. Es necesario revisar los circuitos de valoración y concesión de ayudas a este colectivo.

29.

PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO DE REGISTRO DE TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS EN HEMORRAGIAS CEREBRALES

C. Soriano, D. Geffner, C. Vilar, B. Claramonte,
A. Belenguer, M. Campillo, A. del Villar,
D. Rodríguez, R. Vilar, M. Peinazo, A. Simón

Hospital General de Castellón.

Introducción. La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación grave a la que están especialmente expuestos los pacientes con paresia de extremidades. Apenas existe información sobre cuál es la mejor estrategia para prevenirla en los casos de hemorragia cerebral. **Objetivo.** Obtener información sobre la TVP en la hemorragia cerebral, y sobre las ventajas y los riesgos, en este grupo de pacientes, de las diferentes medidas de prevención que existen en la actualidad, mediante el desarrollo de un registro de pacientes. **Materiales y métodos.** Registro multicéntrico que se llevará a cabo en hospitales de la Comunidad Valenciana. **Resultados.** Presentación del proyecto, con los criterios de inclusión y exclusión en el registro, datos a recoger y ficha de recogida de datos. **Conclusión.** Esperamos poder empezar a incluir pacientes en el registro durante el primer trimestre de 2009.

30.

PROSOPAGNOSIA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE UNA DEGENERACIÓN CORTICOBASAL GANGLIÓNICA

C. Díaz Marín, R.M. Sánchez Pérez,
I. Abellán Miralles, N. Pérez Carmona

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante.

Introducción. La degeneración corticobasal gangliónica (DCBG) es una enfermedad degenerativa que se incluye en las taupatías y que combina síntomas motores extrapiramidales con déficit corticales variados, el más frecuente de ellos es la afasia. **Caso clínico.** Varón de 64 años que consultó por dificultad, de 6 meses de evolución, para reconocer a las personas por su cara, tenía que oírlos hablar para identificarlos, con una agudeza visual normal. En ese momento la evaluación cognitiva era normal (MMSS 31/35), así como la exploración neurológica. Se planteó un origen vascular y se realizó una TC craneal que fue normal, RM con atrofia asimétrica de lóbulo occipital izquierdo, ECG, ecocardiograma normal y angio-RM normal. Se trató con un antiagregante y estatina. En los siguientes meses evolucionó a un déficit cortical visual más amplio llegando a constituir una agnosia visual y se diagnosticó de atrofia cortical posterior. Se completó el estudio con SPECT. A los 4 años de inicio de la clínica aparecieron síntomas extrapiramidales como apraxia y rigidez de la mano izquierda y, de forma progresiva, alteraciones corticales (desorientación, apraxias, agnosias...) y marcada sintomatología extrapiramidal con rigidez de miembro superior izquierdo, distonía cervical en retrocolis y alteración supranuclear de la mirada. En la actualidad el paciente tiene una *alien hand* izquierda, agnosia visual total, imposibilidad para la deambulación con astasia, reflejos arcaicos presentes, imposibilidad para los movimientos oculares voluntarios con reflejos oculocefálicos liberados, afectación del sistema nervioso autónomo con frecuencia urinaria y fecal (defeca varias veces al día, siempre que come) y déficit cognitivo moderado, aunque preserva relativamente algunas funciones como

el lenguaje. **Conclusión.** La DCBG tiene múltiples formas de presentación. El interés de este caso está en que dicha forma de presentación fue una agnosia visual progresiva que constituyó la única manifestación durante unos 4 años y la evolución posterior con síntomas comunes, con una parálisis supranuclear progresiva. Este último dato está recogido en la literatura, pero aunque se ha publicado algún caso de inicio como atrofia cortical posterior, no se ha descrito la presencia de prosopagnosia aislada como síntoma inicial.

31.

EMBOLIA FIBROCARILAGINOSA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE INFARTO MEDULAR

J.C. Escribano Stablé, N. López Hernández, J. Alom Poveda
Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La embolia de material fibrocartilaginoso (EFC) de un disco intervertebral constituye una causa muy infrecuente de infarto medular en pacientes jóvenes. El mecanismo fisiopatológico por el cual se produce este fenómeno aún no está bien establecido. **Objetivo.** Describir un caso clínico poco frecuente mediante la recogida estructurada de datos clínicos, analíticos y radiológicos para la descripción de un caso y revisión de la literatura. **Caso clínico.** Varón de 17 años con antecedentes enfermedad de Perthes y cifoescoliosis dorsolumbar. Presenta cuadro brusco de dorsalgia mecánica irradiada hacia abdomen. Poco después comienza con debilidad progresiva en miembros inferiores (MMII), evolucionando a parálisis completa en aproximadamente una hora. Además, disfunción vesical, por lo que precisa sondaje. En la exploración neurológica destaca parálisis de MMII. No alteraciones en la sensibilidad vibratoria, artrocinética, ni superficial. Nivel sensitivo termoalgésico umbilical. Ausencia de reflejos cutaneoabdominales. Arreflexia en MMII, reflejo cutaneoplantar bilateral indiferente. Resto de exploración normal. El estudio incluyó citobioquímica, serologías y cultivos de líquido cefalorraquídeo, autoinmunidad, trombofilia, RM encefálica, angio-TC de aorta y ramas, ecocardiografía y arteriografía medular, que fueron normales. La RM medular desveló una discopatía en D9-D10 y lesión hiperintensa en secuencia T₂ en la porción anterior medular, en sus segmentos D9-D11. El paciente presentó una lenta mejoría motora, fundamentalmente en el miembro inferior derecho. Tras varias semanas de tratamiento rehabilitador consigue realizar movimientos contra resistencia en la región distal y en ausencia de gravedad en la región proximal de dicha extremidad, persistiendo parálisis completa del miembro inferior izquierdo. **Conclusiones.** Nuestro paciente presenta una clínica y estudio de neuroimagen compatibles con afectación medular anterior, típica de los infartos de la arteria espinal anterior. Se descartaron las causas más frecuentes de infarto, como malformaciones vasculares, procesos vasculíticos asociados o no a trombofilia y las de origen cardioembólico. Si bien el diagnóstico de certeza de EFC se establece histológicamente, la ocurrencia de un cuadro clínico y radiológico compatible asociado a discopatía intervertebral al mismo nivel obliga a considerar esta entidad como causa de infarto medular, en particular en pacientes jóvenes.

32.

ROMBENCEFALITIS POR *LISTERIA* *MONOCYTOGENES*. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Alcántud Bertolín, C. Ricart Olmos, C. Poyatos Ruipérez,
J.M. Ferrer Casanova, S. Reyes Pausá, G. Juan Catalá
Sección de Neurología, Servicio de Medicina Interna y Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre. Valencia.

Introducción. *Listeria monocytogenes* es una causa frecuente de infección del SNC en pacientes inmunodeprimidos, niños y ancianos.

La rombencefalitis por *Listeria* presenta una alta mortalidad y frecuentemente graves secuelas para los supervivientes. **Objetivo.** Presentar un caso en una paciente inmunocompetente con parálisis facial como primera manifestación y afectación del tronco del encéfalo en la neuroimagen. **Caso clínico.** Mujer de 30 años de edad, sin antecedentes de interés salvo toma de anticonceptivos orales, que fue atendida por ORL y se le diagnosticó una parálisis de Bell izquierda. Se trató con deflazacort 30 mg/12 h y vitamina B₁₂. Tras 8 días de tratamiento acude a Urgencias por un síndrome febril de 39-40 °C de 24 h. En la exploración física se objetiva fiebre de 39,9 °C, tiritonas, rigidez de nuca y la parálisis facial periférica previa, sin otros hallazgos relevantes. Las exploraciones complementarias demuestran leucocitosis de 17.000 con neutrofilia, y el LCR es ligeramente turbio a presión normal, con 700 leucocitos (53% linfocitos, 47% PMN), glucosa de 43 mg/dL (glucemia de 111 mg/dL) y proteínas de 70 mg/dL, sin observarse flora microbiana en gram ni en azul de metileno, y con antígenos capsulares negativos. La TAC de urgencia no demostró lesiones. Se pauta tratamiento en urgencias con ceftriaxona y vancomicina intravenosa. A su llegada a sala, se añade aciclovir y ampicilina intravenosa. Tras 24 horas de tratamiento remite la fiebre y la rigidez nuchal. Al cuarto día de ingreso se obtiene un positivo para *L. monocytogenes* en el cultivo de LCR, suspendiéndose ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Se realiza RM de cabeza a la semana del ingreso, que demuestra discretos focos de captación de contraste en el asta lateral del IV ventrículo y el nervio facial izquierdo. La mejoría progresiva se refleja en las punciones de LCR seriadas de los días posteriores. Es dada de alta a los 24 días del tratamiento antibiótico, persistiendo únicamente una leve parálisis facial periférica, con recuperación completa a los 3 meses. **Conclusiones.** A diferencia de otras listeriosis, sólo el 8% de las rombencefalitis por *Listeria* aparecen en inmunodeprimidos. La parálisis facial periférica unilateral suele ser el signo clínico más frecuente y precoz (78%). La RM de cabeza en nuestro caso demuestra la afectación romboencefálica, incluyendo la del nervio facial sintomático. La identificación del cuadro clínico y la administración precoz de ampicilina intravenosa o cotrimoxazol (en alérgicos a betalactámicos) marca el pronóstico de esta grave enfermedad.

33.

EL INFARTO EN EL TERRITORIO DE LA ARTERIA COROIDEA ANTERIOR CURSA COMO SÍNDROME LACUNAR

S. Reyes Pausá, G. Juan Catalá, F. Domínguez Sanz,
J.M. Ferrer Casanova, I. Dobón Martínez, C. Poyatos Ruipérez
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivo. Analizar diferentes variables en una serie de pacientes diagnosticados de infarto isquémico agudo en el territorio de la arteria coroidea anterior (ACA) recogidos de forma retrospectiva. **Sujetos y métodos.** Se incluyeron 78 casos de infarto agudo en el territorio de la ACA de una base de datos de pacientes ingresados en la sala de neurología general durante el período comprendido desde el 11-03-1997 hasta el 23-12-2008. Analizamos, entre otros, factores de riesgo vascular, sexo, edad, síntomas y exploración física al ingreso, hallazgos en neuroimagen, complicaciones y mortalidad durante la estancia hospitalaria, así como los días de estancia media en el centro sanitario. **Resultados.** 46 de nuestros pacientes (58,97%) eran hombres, y la edad media, de 65,46 años (rango: 19-88 años). Excluyendo el sexo, el factor de riesgo vascular más frecuente fue la hipertensión arterial (56,41%), seguido de tabaquismo en el momento del ingreso o previo (43,59%) y de dislipemia (37,18%). En 9 (11,56%) existía el antecedente de cardiopatía embolígena. El hallazgo patológico más frecuente en el estudio de vasos intracraneales fue la elongación o arteriosclerosis de éstos (41,67%), y en el dúplex de troncos supraaórticos, arteriosclerosis sin estenosis (53,7%). El antecedente de ictus o AIT previo se encontró en 18 (21%), y el de arteriopatía periférica, en 7 (8,97%). Se presentaron como síndrome

me lacunar el 73,08%, y el 23,08% presentaban signos de afectación cortical al ingreso. Sólo uno de los pacientes falleció durante la estancia hospitalaria. **Conclusión.** En nuestra serie, el infarto en el territorio de la ACA se presenta como un síndrome lacunar en la mayoría de casos, siendo el más frecuente la hemiparesia motora pura. El antecedente de cardiopatía embolígena ha sido poco frecuente, encontrando con mayor frecuencia la hipertensión arterial y otros factores de riesgo vascular.

34.

CARCINOMATOSIS MENÍNGEA EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE NEOPLASIA ESOFÁGICA

S. Reyes Pausá, G. Juan Catalá, A. Alcántud Bertolín, P. Taberner Andrés, L. Landete Pascual, A. González Masegosa
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivo. Presentar un caso de carcinomatosis meníngea con tumor primario esofágico. **Introducción.** La diseminación y crecimiento de las células neoplásicas en el espacio leptomeníngeo es una de las complicaciones más graves del paciente con cáncer. En caso de tumores sólidos se presenta frecuentemente en estadios avanzados de la enfermedad y asociada en muchos casos a metástasis cerebrales parenquimatosas. Aunque puede aparecer en prácticamente cualquier tipo de cáncer, es más frecuente en pacientes con leucemia linfoblástica aguda y linfoma no Hodgkin de grado intermedio o alto. Aparece en el 25% de los casos de melanoma metastático o carcinoma de células pequeñas y en el 2-5% de pacientes con cáncer de mama. Se ha descrito en tumores sólidos menos frecuentes, como son los tumores de células germinales, del tracto gastrointestinal, sarcomas y carcinomas epidermoides. **Caso clínico.** Varón de 57 años de edad que presenta episodios de dolor a punta de dedo en sien derecha y región laterocervical derecha de un mes de evolución, que duran unos 2-3 minutos, asociados a sudoración y malestar general, que no ceden con analgesia habitual. Como antecedentes patológicos, destaca neoplasia de esófago intervenida quirúrgicamente tres meses antes con quimioterapia posterior (controlada por Oncología y Cirugía) y extabaquismo. Exploración física: consciente, orientado, nuca libre sin signos de irritación meníngea. Pupilas reactivas, isocoria. Campimetría por confrontación, motilidad ocular extrínseca y pares craneales normales. Fuerza, tono y sensibilidad normales. Respuestas plantares flexoras. No dismetría. Marcha normal. Resto de exploración general anodina. Pruebas complementarias: hemograma, hemostasia y bioquímica sérica sin alteraciones. Marcadores tumorales: CEA 9,7 y el resto negativos. RM de cabeza: cambios inflamatorios otomastoideos derechos y en senos paranasales. No se objetivan lesiones ocupantes de espacio. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo claro y transparente, 1 hematíe, 25 leucocitos (95% neutrófilos, 5% linfocitos), proteinorraquia y glucorraquia normales. Se visualizan células grandes que tras estudio citológico se informan como células malignas compatibles con carcinoma pobremente diferenciado de células grandes. Durante el ingreso se trató con analgésicos, amitriptilina y antibióticos por la otomastoiditis, con mejoría parcial de los síntomas, que mejoran marcadamente tras la realización de la punción lumbar. Tras diagnosticarse de carcinomatosis meníngea, se derivó al paciente a Oncología para seguimiento, pero falleció a los 6 meses del diagnóstico. **Conclusión.** El presente caso ilustra una carcinomatosis meníngea en un paciente con antecedente de neoplasia de esófago. La aparición de la misma como complicación de este tipo de tumores sólidos primarios es excepcional.

35.

TRATAMIENTO DEL ESTATUS MIGRAÑOSO CON VALPROATO INTRAVENOSO: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA TRAS SU USO EN CINCO CASOS

M. Bonet Valls, P. López Muñoz, R. Sánchez Roy, C. Valero Merino
Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción. El estatus migrañoso se define como un episodio de migraña invalidante de más de 72 horas de duración. Es un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencias y de ingreso en el hospital en los casos refractarios. Se han propuesto varias pautas de abordaje terapéutico que incluyen: hidratación, antieméticos, neurolépticos, analgésicos, triptanes, corticoides, valproato sódico y sulfato de magnesio. Pese a que con frecuencia se incluye el tratamiento con valproato en los algoritmos de tratamiento del estatus migrañoso, su eficacia no se ha estudiado en series amplias de pacientes. Analizamos nuestra experiencia en cinco pacientes tratadas con valproato sódico. **Pacientes y métodos.** Desde enero de 2007 hasta finales de 2008 ingresaron en nuestro servicio cinco pacientes con el diagnóstico de estatus migrañoso. Todas ellas tenían antecedentes de migraña y cumplían los criterios diagnósticos de la IHS de estatus migrañoso. Analizamos sus características demográficas, historia previa de migraña, factores desencadenantes del episodio de estatus, medicación recibida durante el ingreso hospitalario, respuesta a la administración al valproato sódico y evolución posterior. **Resultados.** Cuatro de las cinco pacientes respondieron satisfactoriamente a la administración de valproato intravenoso. La tolerancia fue excelente en todos los casos. Se observó una tendencia a precisar una duración de tratamiento ligeramente más prolongada que la recomendada en la literatura. **Conclusión.** En nuestra experiencia, el valproato sódico es una medicación eficaz y segura en el tratamiento de segunda línea del estatus migrañoso. Se precisan más estudios que analicen la pauta idónea de administración, su papel como tratamiento de primera línea y su eficacia comparativa con otros fármacos.

36.

HIDROCEFALIA TRAS TRATAMIENTO CON RADIOCIRUGÍA DE UN NEURINOMA DEL ACÚSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Bonet Valls^a, P. López Muñoz^a, G. Montoliu Fornas^b, R. Sánchez Roy^a, L. García Ferrer^b

^aServicio de Neurología. ^bERESA. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción. Actualmente se considera la radiocirugía estereotáxica como un procedimiento eficaz y seguro en el tratamiento del neurinoma del acústico cuando el diámetro del tumor no supera los 3 cm. Presentamos un caso que desarrolló una hidrocefalia tras el tratamiento radioquirúrgico. **Caso clínico.** Mujer de 55 años de edad con antecedentes personales de depresión. Valorada en abril de 2007 por dolor neurálgico en la rama mandibular del V par izquierdo de intensidad creciente desde hacía cinco años e hipoacusia ipsilateral reciente. Destacaba a la exploración un nistagmo agotable en ambas miradas laterales. Con sospecha de neuralgia del V par se inició tratamiento con pregabalina hasta 75 mg × 3. No toleró dosis mayores por somnolencia, por lo que se añadió carbamazepina hasta alcanzar una dosis de 900 mg/día con excelente tolerancia y niveles en rango terapéutico. Se solicitó una RM encefálica que mostró la presencia de una tumoración en ángulo pontocerebeloso izquierdo de 3 × 2,5 cm de diámetro con captación de gadolinio sugestiva de neurinoma del ángulo pontocerebeloso. Pese a obliterar parcialmente el IV ventrículo no se apreciaban signos de hidrocefalia. En noviembre de 2007 se realizó tratamiento radioquirúrgico hasta alcanzar una dosis de 12 Gy. Mejoró el dolor pero apareció un acúfeno izquierdo. Permaneció estable hasta julio de 2008. Consultó entonces por un cuadro insidioso de empeoramiento del dolor neurálgico, cefalea holocraneal de pre-

dominio matutino, sensación de embotamiento y varios episodios de temblor ortostático al iniciar la marcha. A la exploración destacaba la aparición de un nistagmo vertical y un tándem inestable. El fondo de ojo era normal. Se realizó una analítica con niveles de carbamacepina que se mantenían en rango terapéutico. Una RM de control mostró el neurinoma conocido sin cambios en su tamaño, con necrosis central secundaria al tratamiento y una hidrocefalia no obstructiva. Se remitió a Neurocirugía, donde se colocó una válvula de derivación ventriculoperitoneal con mejoría clínica y radiológica. *Conclusiones.* Los tumores del ángulo pontocerebeloso pueden producir una hidrocefalia en el 9,2% de los casos. Tras la radiocirugía puede producirse una reacción inflamatoria peritumoral que provoque hidrocefalia en el 1,4% de los casos. El mecanismo sugerido es el aumento de concentración de proteínas en el líquido cefalorraquídeo, lo cual provoca un bloqueo en la circulación del mismo. Pese a su baja incidencia se debe considerar la posibilidad de hidrocefalia tras tratamiento radioquirúrgico si los síntomas son sugestivos.

37.

UTILIDAD DE UN SISTEMA DE REALIDAD VIRTUAL EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES HEMIPARÉTICOS TRAS UN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

E. Noé, C. Colomer, M. Alcañiz, J.A. Lozano, J. Ferri, J.A. Gil, J. Chirivella

Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA. Fundación Instituto Valenciano de Neurorrehabilitación (FIVAN) y Human Centred Technology Laboratory (LabHuman). Universidad Politécnica. Valencia.

Objetivo. Valorar la eficacia clínica de un novedoso sistema de realidad virtual, dirigido a la recuperación del equilibrio de pacientes que han sufrido una hemiparesia tras una lesión cerebral adquirida. *Materiales y métodos.* Se presenta audiovisualmente un novedoso sistema de realidad virtual y realidad mixta, de bajo coste, personalizable y aplicable a plataformas de telerrehabilitación, dirigido a mejorar el control de tronco y la bipedestación. En el escenario virtual diseñado, el paciente, situado en diferentes posiciones, debe esforzarse por alcanzar objetos virtuales que aparecen a su alrededor a diferentes distancias, tiempos y tamaños. Un total de 13 pacientes, con una edad media de $41,3 \pm 14,7$ años, que han sufrido un daño cerebral adquirido (cuatro traumatismos craneoencefálicos, ocho ictus isquémicos y una hemorragia intraparenquimatosas) han concluido la fase de bipedestación (16 sesiones de una hora de duración). Todos los pacientes presentaban una hemiparesia residual (cinco derechas y ocho izquierdas) con una cronicidad media de 200 ± 95 días. Todos los pacientes fueron valorados al inicio del tratamiento, al final del mismo (16 sesiones) y un mes después de la finalización (*t* de Student, muestras pareadas), con escalas clínicas (escala de equilibrio de Berg, escala de Tinetti) y mediante una posturografía computarizada (NED/Sve IBV). El estudio posturográfico incluyó la valoración de los tres sistemas sensoriales implicados en el equilibrio (somático, visual, vestibular), los límites de estabilidad y las estrategias de control rítmico direccional anteroposteriores y mediolaterales implicadas en corregir los desequilibrios. *Resultados.* Todos los pacientes lograron la distancia máxima final de alcance del programa y lograron una reducción en el tamaño y duración de aparición de los ítems. Todos los pacientes mostraron beneficios en los parámetros relacionados con la estabilidad, logrando realizar el ejercicio con mayor precisión y rapidez. Tres de cuatro pacientes que iniciaron el entrenamiento con bastón cuadrúpede lo abandonaron al final del entrenamiento. El entrenamiento produjo una mejoría significativa ($p < 0,05$) en las escalas clínicas, y en los valores posturográficos del sistema vestibular, límites de estabilidad y control rítmico direccional anteroposterior y mediolateral (NED/Sve IBV). Los beneficios se mantuvieron en el tiempo una vez finalizado el programa de tratamiento. *Conclusiones.* Las herramientas de realidad virtual resultan eficaces en la recuperación de pacientes con daño cerebral adquirido. Los sistemas

de realidad virtual permiten la confrontación de los pacientes a una situación novedosa en un clima distendido y facilita, por su valor ecológico, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento en la vida diaria.

38.

PROBABLE ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

E. Gargallo Rico, M. Carcelén Gadea, C. Guillén Fort, F.J. Domingo Monje, J. Juni Sanahuja, J. Lominchar Espadá, A. Cervelló Donderis

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. La enfermedad de moyamoya es una variedad infrecuente de arteriopatía oclusiva cerebral que consiste en la estenosis de la porción terminal de la arteria carótida interna (ACI) y creación de circulación colateral. Con mayor frecuencia es bilateral, si es unilateral se habla de probable enfermedad de moyamoya. **Objetivo.** Describir un caso de enfermedad de moyamoya unilateral. *Caso clínico.* Mujer colombiana de 38 años, sin factores de riesgo cardiovasculares ni consumo de tóxicos, que presenta cefalea intensa holocraneal que no mejora con analgésicos y cifras altas de tensión arterial (150-160 mmHg sistólica), hemiparesia derecha (2/5) y afasia global. Se practica TAC de urgencia que muestra una posible dilatación aneurismática de la ACI derecha, sin signos de sangrado. Se realiza punción lumbar, obteniéndose líquido xantocrómico. Ante sospecha de hemorragia subaracnoidea se practica angio-TAC, que muestra agenesia de la ACI izquierda, estenosis y dilataciones de arterias cerebrales. Se realiza RM diferida que informa de infarto iquémico periventricular izquierdo. En angio-RM y arteriografía se confirma agenesia de la ACI izquierda, con tronco fino simulando carótida primitiva y continuándose con arteria carótida externa; tronco braquiocéfálico y carótida derecha de grueso calibre y displásicos; aumento de circulación colateral; maraña vascular en polígono de Willis con dilataciones, aneurismas y pseudoaneurismas, hallazgos compatibles con probable enfermedad de moyamoya. *Conclusiones.* La enfermedad de moyamoya es más frecuente en jóvenes asiáticas. La clínica isquémica predomina en jóvenes y niños, mientras que la hemorrágica lo hace en adultos. No existe tratamiento eficaz demostrado: en la forma unilateral se recomiendan arteriografías seriadas y tratamiento con antiagregantes y vasodilatadores. En casos graves y episodios recurrentes de isquemia está indicada la cirugía de revascularización.

39.

PACIENTE CON MIELOPATÍA CERVICAL COMPRESIVA Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ-STROHL

G. Juan, F. Domínguez, S. Reyes, C. Poyatos, A. Alcantud, P. Taberner
Hospital Dr. Peset Alexandre. Valencia.

Introducción. Ante una situación de cuadriparesia aguda debemos plantear el diagnóstico diferencial entre síndrome de Guillain-Barré (SGB) y mielopatía aguda en otras enfermedades. Sin embargo, en ocasiones existen dificultades en la diferenciación de éstas. **Objetivo.** Presentar un caso con SGB y mielopatía cervical compresiva. *Caso clínico.* Varón de 68 años que ingresa en Neurología por debilidad en ambos miembros inferiores. Los días previos había presentado dolor lumbar y parestias en extremidades inferiores. Antecedente de resfriado en los días previos. No alteraciones esfinterianas. Pares craneales normales. Fuerza en extremidades superiores 4-/5 de predominio proximal y mayor en miembro superior derecho, sobre todo para la extensión de codo y muñeca, rotación externa del brazo. Fuerza 4-/5 en extremidades inferiores sin patrón definido. Reflejos musculares clínicos abolidos globalmente con cutaneoabdominales y cremastéricos presentes. Reflejos plantares en flexión. Sensibilidad vibratoria, posicional, táctil y doloroso

sa conservadas, con probable nivel sensitivo torácico alto (no identificable en la espalda). Marcha parética por debilidad de ambas extremidades inferiores, pero con mayor claudicación de miembro inferior derecho. Respecto a las exploraciones complementarias destaca: LCR con leve aumento de proteínas y no incremento de la celularidad. EMG: afectación de la onda F con presencia de onda A y disminución de la velocidad de conducción sin ser concluyente. Iniciamos tratamiento con inmunoglobulinas ante la sospecha de SGB. Sin embargo, tras una RM de columna compatible con espondiloartrosis cervical con estenosis de conducto espinal en C5-C6 que asocia mielitis, iniciamos tratamiento corticoideo (sin suspender el tratamiento inmunoterápico). El paciente queda a cargo de Traumatología con el diagnóstico de mielopatía cervical compresiva. No obstante, solicitamos nuevo EMG de control, con afectación generalizada de las conducciones nerviosas periféricas motoras y sensitivas, y signos mixtos axonales y desmielinizantes compatible con SGB, por lo que pasa nuevamente a nuestro cargo. El paciente mejora parcialmente tras el tratamiento. Al alta hospitalaria es capaz de caminar con ayuda de andador, con arreflexia global y sin pares craneales afectados. En posterior seguimiento presenta mejoría total de la clínica, con diagnóstico concluyente de SGB. **Conclusión.** El diagnóstico diferencial entre SGB y mielopatía aguda es en ocasiones dificultoso. Determinados hallazgos semiológicos y de las exploraciones complementarias permitirán la distinción de ambas enfermedades. Éste es un ejemplo de que ambas patologías pueden aparecer en un mismo paciente y hacer más laborioso el diagnóstico diferencial y el manejo de aquéllas.

40.

PECULIARITATS DEL TEST EQ-5D EN LA MALALTIA D'ALZHEIMER

M. Baquero^a, M.E. Boscá^a, J.A. Burguera^a, A. del Olmo^b, R. Muñoz^c, V. Peset^d, A. Salazar^e, R. Sánchez Roy^a, C. Valero^f
^aHospital La Fe. ^bHospital Dr. Peset. ^cHospital La Ribera. ^dHospital General Universitari. ^eEpidemiología SP. ^fHospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducció. La qualitat de vida és un concepte d'interès creixent, incorporat al parlar general de la societat i especialment usat en àmbits relacionats amb l'organització de l'assistència sanitària. L'avaluació sistemàtica de la qualitat de vida podria afegir aspectes valuosos que no aporta la valoració clínica tradicional. Per a la seva determinació poden emprar-se escales específiques de patologia, més relacionades amb els trastorns que cada malaltia produeix i sensibles a aquests trastorns, o bé escales generals, que permeten la comparació entre grups i no estan influïdes en el seu disseny i resultats per condicions apriorístiques sobre la patologia estudiada. Presentem un estudi de qualitat de vida en la malaltia d'Alzheimer utilitzant una escala general de qualitat de vida, l'EQ-5D. **Pacients i mètodes.** S'avalua la qualitat de vida mitjançant l'escala EQ-5D en una mostra de casos de malaltia d'Alzheimer diagnosticats amb criteris NINCDS-ARDR, que han donat mostra de sang per al Banc Nacional d'ADN. L'enquesta és contestada pel malalt permetent-se la intervenció d'un acompanyant informador fiable, en una adaptació obligada per les característiques del grup de patologia. Avaluem també globalment la qualitat de vida amb l'ús de les tarifes socials aplicades als resultats de l'enquesta EQ-5D i amb l'escala visual analògica de la mateixa prova, en una particularitat especial de l'escala usada. **Resultats.** S'analitzen 141 casos, relació 2:1 entre dona i home, edat mitjana de 76,2 anys. Els aspectes d'atenció personal, activitat i, en menor mesura, mobilitat s'afecten en la malaltia d'Alzheimer, però no semblen fer-ho els aspectes de dolor i ansietat. Descriuim la manera d'efectuar l'anàlisi global a partir de les dades de l'EQ-5D. **Conclusions.** La qualitat de vida és avaluable en la malaltia d'Alzheimer mitjançant escales generals com l'EQ-5D. En l'ús de l'EQ-5D cal estar atent a l'aportació dels informadors fiables en estadis avançats de la malaltia en el moment

de la recollida de dades i a l'aplicació de les tarifes socials en l'anàlisi global del resultat de la determinació.

41.

CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR: DESCRIPCIÓ DE UNA NUEVA MUTACIÓN

A. Simón^a, D. Geffner^a, M.J. Beneyto^b, D. Rodríguez^a, R.M. Vilar^a, M. Peinazo^a, C. Vilar^a, A. Belenguer^a

^aServicio de Neurología. Hospital General de Castellón.

^bUnidad de Genética. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción. Los angiomas cavernosos suponen el 5-13% de lesiones cerebrales vasculares. Su prevalencia en población general es del 0,5%. Pueden ser únicos/múltiples y esporádicos/familiares. Los familiares suponen un 10-50% y suelen presentarse con múltiples lesiones (84%). Sólo el 15-25% de los esporádicos acontecen con lesiones múltiples. La cavernomatosis múltiple familiar (CMF) es un trastorno genético autosómico dominante con estudio genético positivo en el 70% de los casos, hallándose mutaciones que ocasionan pérdidas de función de la proteína codificada en 3 loci distintos: CCM1/KRIT1 (7q11-q22) en el 40% de casos, CCM2/MGC 4607 (7p13-15) en el 20% y CCM3/PDCD10 (3q25.2-q27) en el 10%. Se han identificado más de 90 mutaciones en CCM1, ocho en CCM2 y siete en CCM3. Las penetrancias clínica y radiológica de la enfermedad son incompletas (50 y 75%, respectivamente). Las manifestaciones clínicas, de inicio en torno a los 30 años, comprenden crisis epilépticas (79%), cefalea y déficit neurológico por hemorragia cerebral o compresión. Aunque se han descrito cuatro tipos de lesiones en base a la RM, los hallazgos más característicos son los de tipo 2 'palomita de maíz', con núcleo delimitado, señal heterogénea por sangre en distintos estadios y reborde hipointenso de hemosiderina. De buen pronóstico en un 80%, los pacientes pueden permanecer asintomáticos o desarrollar complicaciones como nueva crisis epiléptica o hemorragias. El tratamiento de la CMF es individualizado y conservador, excepto en lesiones que presenten importante efecto masa o síntomas rebeldes al tratamiento. **Pacientes y métodos.** Mostramos ocho miembros de una familia con CMF, estudio genético positivo y complicaciones secundarias. Describimos características clínicas, lesiones radiológicas y alteración genética. **Resultados.** Cinco hombres y tres mujeres pertenecientes a una familia fueron diagnosticados de CMF con clínica de inicio tipo crisis epilépticas en cinco (tres varones y dos mujeres), déficit focal neurológico en dos varones y cefalea en una mujer. La RM mostraba CCM típicos en hemisferios cerebrales, troncoencéfalo y, en un caso, medular. En RM seriadas se observó aparición de nuevas lesiones y evolución de las anteriores. Cinco pacientes presentaron sangrado agudo en RM (tres mujeres). El estudio genético realizado a cinco pacientes mostraba una misma mutación en el exón 8 de CCM1 (c.1585.delC). **Conclusiones.** Mostramos una mutación no descrita previamente en otras CMF y que aparece relacionada con la enfermedad, confirmando su carácter etiopatogénico. Es importante realizar estudio genético a posibles portadores para la investigación de nuevas alteraciones genéticas, seguimiento clínico y consejo prenatal.

42.

ANTICUERPOS ANTI-GAD EN DOS PACIENTES CON EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE

J. Palau Bargues, I. Rubio Agustí, L. Bataller Alberola, V.E. Villanueva Haba, J.J. Vilchez Padilla

Servicio de Neurología y Laboratorio de Neurología Experimental (Centro de Investigación). Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. Los anticuerpos anti-GAD pueden detectarse a títulos altos en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con en-

fermedades neurológicas como el síndrome de la persona rígida, la ataxia cerebelosa y, más raramente, la epilepsia farmacorresistente. Algunos de estos pacientes presentan diabetes mellitus tipo I, que se ha asociado a la detección de anticuerpos anti-GAD a títulos más bajos. La presencia de síntesis intratecal de anticuerpos anti-GAD en pacientes con enfermedades neurológicas apunta a un origen autoinmune del trastorno y predice una respuesta positiva a tratamientos inmunosupresores. Presentamos dos pacientes con epilepsia farmacorresistente y anticuerpos anti-GAD. *Casos clínicos.* Caso 1: mujer de 26 años con diabetes mellitus tipo I desde su adolescencia. Presentaba crisis parciales complejas probablemente temporales y secundariamente generalizadas, con una frecuencia elevada pese al tratamiento farmacológico. La RM cerebral fue normal. El examen de LCR fue normal excepto por la presencia de bandas oligoclonales de IgG. Utilizando inmunofluorescencia (IF) sobre cerebelo de rata se demostró la presencia de anticuerpos anti-GAD en suero (título 1/2500) y LCR (título 1/80) –síntesis intratecal positiva–. Mediante radioinmunoanálisis (RIA) se confirmó la presencia de títulos de anticuerpos anti-GAD muy altos (22.150 UI/mL). Caso 2: varón de 28 años diagnosticado de diabetes mellitus tipo I a los 15 años de edad. Años después desarrolló también crisis parciales presuntamente temporales y secundariamente generalizadas. Presentaba fluctuaciones en el tiempo de la frecuencia de las crisis y mal control farmacológico. Una RM y un análisis del LCR fueron normales, sin bandas oligoclonales. Presentaba anticuerpos anti-GAD en suero (IF 1/640, RIA 3.500 UI/mL) y LCR (IF 1/80) –síntesis intratecal positiva–. *Conclusiones.* Algunas formas de epilepsia farmacorresistente pueden tener un origen autoinmune. La detección de títulos altos de anticuerpos anti-GAD, en especial cuando detectamos títulos altos y síntesis intratecal, puede ayudarnos a identificar un subgrupo de pacientes susceptibles de mejorar con tratamiento inmunosupresor.

43.

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

R.M. Vilar Ventura, D. Rodríguez Luna, D. Geffner Sclarsky, C. Vilar Fabra, M. Peinazo Arias, A. Simó Gozalbo
Hospital General de Castellón.

Introducción. La arteriosclerosis es la principal responsable de las lesiones arteriales causantes de ictus isquémico. Se han relacionado múltiples factores con el desarrollo de la misma, entre ellos el síndrome metabólico. Para valorar la afectación arteriosclerótica de una persona contamos con diferentes técnicas, utilizándose cada vez con mayor frecuencia la medición del grosor íntima-media carotídeo –*intima media thickness* (IMT)–, siendo considerado patológico el grosor ≥ 1 cm. *Objetivos.* Valorar la relación entre el IMT y el síndrome metabólico, así como la relación del IMT con diferentes factores de riesgo vascular, el tratamiento farmacológico de éstos, y haber presentado episodios vasculares previamente. *Pacientes y métodos.* Estudio prospectivo observacional de pacientes ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital General de Castellón con ictus isquémico agudo entre abril y julio de 2008. Se recogen antecedentes vasculares, al igual que se mide el IMT. Se analiza la asociación estadística entre el IMT y las distintas variables recogidas. *Resultados.* Se registraron 61 pacientes (59% varones). Un 68,9% cumplieron criterios de síndrome metabólico. El 36,1% presentaron un IMT patológico. Se encontró un IMT no patológico con mayor frecuencia en pacientes tratados con estatinas frente a los no tratados, siendo esta asociación estadísticamente significativa (68,9 frente a 29,5%; $p = 0,020$). Asimismo se observó que el hábito tabáquico y los niveles elevados de colesterol-LDL sérico se relacionaron con mayor frecuencia con un IMT patológico, relaciones con tendencia a la significación estadística ($p = 0,087$ y $p = 0,059$, respectivamente). Por el contrario, no se objetivó relación del IMT con

el síndrome metabólico y el resto de variables analizadas. *Conclusión.* Los pacientes que estaban en tratamiento con estatinas presentaban con mayor frecuencia un IMT no patológico, y los pacientes fumadores y los que presentaban un nivel sérico de colesterol-LDL elevado mostraban un IMT mayor. No podemos concluir que exista relación entre el IMT carotídeo y el síndrome metabólico.

44.

CONSUM D'EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES EN MALALTS AMB PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL ATESOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J.M. Moltó Jordà, J.M. López Arlandis, R. Mañes Mateo, P. Solís Pérez, M.J. Sáez Sanjuán
Unitat de Neurologia. Hospital Mare de Déu dels Liris. Alcoi, Alacant.

Introducció. Per a una planificació adient de l'assistència a l'íctus en els nostres hospitals és important conèixer els costos associats. Un capítol important és el consum d'exploracions complementàries. A més, cap la possibilitat que les demores associades a algunes proves o a l'acumulació d'exploracions complementàries tinguin repercussió sobre l'estada mitjana dels malalts. *Objectius.* Quantificar el grau d'utilització d'exploracions complementàries en malalts amb malaltia vascular cerebral atesos a un hospital comarcal i analitzar el seu impacte sobre l'estada mitjana dels malalts. *Pacients i mètodes.* Anàlisi retrospectiva dels informes emesos en el decurs de l'any 2008 (1 de gener a 31 de desembre) en malalts ingressats per qualsevol malaltia considerada com a vascular cerebral. S'han classificat en isquèmics, hemorràgics, hemorràgies subaracnoïdees, hematomes subdursals i accidents isquèmics transitoris (AIT). Anàlitzat amb *software* estadístic SPSS v. 11.0. *Resultats.* En total s'han identificat 250 malalts, 54% homes, amb una edat mitjana de $74,74 \pm 11,94$ anys (rang: 30-96 anys). Ictus isquèmics foren el 65,6%; el 15,2%, AIT, i el 12,8%, hemorràgics intraparenquimatosos. Les determinacions analítiques (94%), el TC cranial (89,2%) i l'EKG (84,8%) són les tres proves que es demanen amb més freqüència. La RM encefàlica es demana en el 52%. En el 35,2% no es va fer cap estudi per avaluar de forma no invasiva la circulació cerebral. L'ecocardiografia es va fer en un 22% dels malalts. No hem trobat diferències significatives en l'estada mitjana dels malalts segons les proves fetes, llevat dels malalts amb AIT, en els quals l'estudi neurovascular suposa una menor estada a l'hospital que fer una angiogram, especialment en els casos en què l'estudi és patològic (7 dies amb RM, 2,2 dies amb neurosonologia). *Conclusions.* El fet d'utilitzar els informes d'alta pot introduir un biaix significatiu perquè poden haver proves no incloses a l'informe, però creiem que molt probablement afecta les exploracions més habituals, però no les que resulten més rellevants al voltant de l'estudi etiològic de l'íctus. Ens ha cridat l'atenció que en un 10% no s'hagi fet una TC cranial, encara que sols en tres casos no es va fer cap prova de neuroimatge anatòmica. També sorprèn que en un 35,2% no es disposa de cap estudi vascular. El fet de disposar de l'estudi neurovascular dins de la pròpia unitat té un clar impacte sobre l'estada mitjana dels malalts en l'hospital, especialment en el cas dels AIT.

45.

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN: EXPERIENCIA INICIAL

D. Rodríguez Luna, D. Geffner, M. Peinazo, C. Vilar Fabra, R.M. Vilar Ventura, M.S. Campillo, C. Soriano, B. Claramonte
Sección de Neurología. Hospital General de Castellón.

Introducción. El retraso en la llegada al centro hospitalario adecuado de los pacientes con infarto cerebral agudo es el principal factor

limitante para la aplicación de terapias de reperusión. El sistema Código Ictus (CI) permite tanto un rápido proceso de identificación y traslado al centro de referencia de los pacientes con sospecha de ictus agudo, como una correcta coordinación intrahospitalaria de los servicios implicados. Nuestro centro, que contaba desde 2004 con CI intrahospitalario y aplicación de tratamiento trombolítico endovenoso, instauró en noviembre de 2008 el CI extrahospitalario (CIE) y la guardia de neurología (GN) de presencia física. **Objetivo.** Determinar el impacto de la instauración del CIE y la GN en el número de pacientes con trombólisis y en los tiempos de latencia. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional prospectivo de activaciones del CI y de pacientes con ictus agudo atendidos desde noviembre de 2008 hasta enero de 2009 (3 meses iniciales). Se compara el número de pacientes con trombólisis y los tiempos de latencia con la serie del estudio REI-Castellón (registro prospectivo de ictus desde febrero de 2007 a febrero de 2008). Se realiza análisis estadístico univariante con test exacto de Fisher en variables categóricas y test de Mann-Whitney en cuantitativas continuas. **Resultados.** El CI se activó en 102 ocasiones (65,3% CIE), una vez al día (rango: 0-4). El 26,5% de las activaciones no fueron ictus. De 148 ictus agudos atendidos, se activaron 75 CI, el 50,7% (frente al 9% del estudio REI-Castellón; $p = 0,000$). De éstos, hubo 20 activaciones incorrectas (26,7%), principalmente por tiempo de evolución superior a 3 horas (75%). Se realizaron 10 trombólisis, el 9,8% de los 102 CI activados (frente al 21,3%; $p = 0,071$). Se efectuó trombólisis en el 10,3% de los 97 infartos cerebrales (frente al 2,8%; $p = 0,003$) y el 15,4% de los 65 infartos cerebrales en menores de 81 años (frente al 3,9%; $p = 0,002$). El tiempo medio desde el inicio hasta la llegada a urgencias fue de $89,2 \pm 36,5$ min (frente a $71,9 \pm 42$ min; $p = 0,243$), y desde la llegada a urgencias hasta el tratamiento, de $53,9 \pm 22,7$ min (frente a $83,7 \pm 32$ min; $p = 0,015$). **Conclusión.** La implantación del CIE y la GN ha conseguido reducir los tiempos de latencia intrahospitalarios, así como multiplicar por 3,9 nuestra tasa de trombólisis, alcanzando el 15,4% de los infartos cerebrales en menores de 81 años. Podemos afirmar, con la tendencia observada en estos primeros meses, que el establecimiento del CIE permite el acceso de un mayor número de pacientes a una asistencia neurológica precoz y a tratamiento trombolítico.

46.

HEMIDISTONÍA SUBAGUDA PROBABLEMENTE AUTOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Bataller^{a,b}, M. Boscá^a, I. Rubio^a, I. Martínez Torres^a, J.A. Burguera^a, M. Bursal^c, T. Sevilla^{a,b}, J.J. Vilchez^{a,b}

^aServicio de Neurología. ^bLaboratorio de Neurología Experimental. Hospital Universitario La Fe. ^cCentro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.

Introducción. Los movimientos anormales del tipo de la corea y la distonía se han descrito como manifestaciones neurológicas de procesos autoinmunes (síndromes paraneoplásicos, encefalitis postestreptocócicas, etc.). Recientemente se han descrito anticuerpos frente al receptor NMDA del glutamato en pacientes con encefalitis (con trastornos del movimiento prominentes) idiopáticas o paraneoplásicas asociadas a teratomas de ovario. **Objetivo.** Presentar el caso de una paciente con hemidistonia aguda y anticuerpos antirreceptor NMDA, a través de descripción clínica, estudio de anticuerpos antineuronales mediante inmunofluorescencia sobre tejido nervioso de rata y estudios de función del receptor NMDA del glutamato mediante fluorimetría sobre neuronas granulares en cultivo. **Caso clínico.** Mujer de 19 años de edad que consultó por cefalea y movimientos anormales. En la infancia había presentado infecciones faringoamigdalares de repetición. A primeros de septiembre de 2008, y una semana después de un consumo esporádico de bajas dosis de cocaína inhalada, desarrolló cefalea intensa, seguida de movimientos anormales de carácter distónico en el hemicuerpo izquierdo. Los síntomas distónicos fluctuaban espontáneamente, sin llegar a des-

aparecer. Se realizaron los siguientes estudios, que fueron normales o negativos: RM cerebral, TAC toracoabdominopélvica, analítica general, tiroides y anticuerpos antitiroideos, cobre y ceruloplasmina, anticuerpos antinucleares y antifosfolípidos, acantocitos en sangre periférica, examen citobioquímico y microbiológico del LCR. Se detectaron títulos persistentemente elevados de anticuerpos antiestreptolisina (650 UI/mL; normal: < 200 UI/mL). El estudio de suero y LCR mediante inmunofluorescencia con tejido nervioso de rata mostró reactividad atípica frente a grupos neuronales aislados. Se detectaron títulos altos de anticuerpos frente al receptor NMDA del glutamato. El estudio de células granulares de cerebelo en cultivo mostró que el LCR de la paciente suprimía la entrada intracelular de calcio dependiente de la activación de los receptores NMDA del glutamato. En base a estos hallazgos tratamos a la paciente con una megadosis de esteroides y dosis altas de penicilina, con escasa respuesta evaluada a los dos meses. Hemos añadido una tanda de inmunoglobulinas intravenosas en altas dosis. Estamos pendientes de evaluar la respuesta. **Conclusión.** Las encefalitis autoinmunes deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las distonías sintomáticas. La detección en algunos de estos pacientes de anticuerpos específicos frente a antígenos del sistema nervioso central puede justificar la utilización de estrategias de tratamiento inmunosupresor.

47.

ESTIMULACIÓN PALIDAL EN UN CASO DE DISTONÍA-PARKINSONISMO LIGADO AL CROMOSOMA X (SÍNDROME DE LUBAG)

I. Martínez Torres, J.A. Burguera

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. El síndrome de Lubag es una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente a varones con ancestros maternos en las islas de Panay, en Filipinas. Suele iniciarse con distonía que progresivamente es remplazada por un parkinsonismo. Presentamos el caso de un paciente con síndrome de Lubag con una distonía rápidamente progresiva que afectaba a su vida, y que presentó una respuesta inmediata y marcada a la estimulación cerebral profunda (ECP) del globo pálido interno. **Caso clínico.** Varón filipino de 34 años, que comenzó con una distonía facial que progresivamente se generalizó. A los 12 meses presentaba una distonía generalizada y grave, con espasmos del tronco doloroso, y había perdido 10 kg, probablemente debido a la distonía orofaríngea y al aumento de las demandas metabólicas. Bajo anestesia general se implantaron bilateralmente los electrodos de ECP 3389 (Medtronic) en la parte posteroventral del globo pálido interno. La RM estereotáctica postoperatoria confirmó la localización correcta de los electrodos. Posteriormente, los electrodos se conectaron a un neuroestimulador subcutáneo localizado en la región subclavicular. La estimulación se inició unos días después con una respuesta inmediata de la distonía. Progresivamente se fue incrementando la amplitud de la corriente eléctrica, con buena respuesta. Al año, la distonía había mejorado en un 80% según la escala de Burke-Fahn-Marsden y el paciente había recuperado 18 kg, era capaz de comer de forma normal y se había reincorporado a la vida laboral. **Conclusiones.** En la distonía primaria generalizada se observa una respuesta retardada y progresiva a la ECP del globo pálido interno, sugiriendo un cierto grado de reorganización cortical como mediador de la mejoría. En este caso de síndrome de Lubag, así como en otro previamente publicado, se observó una respuesta inmediata a la estimulación, lo cual indica que la capacidad de la ECP de inducir neuroplasticidad es menos relevante y la mejoría se debe quizás a la acción directa de la estimulación sobre el tejido neuronal. Este caso sugiere que la ECP del globo pálido interno podría ser una opción terapéutica en el síndrome de Lubag. La ECP es un tratamiento relativamente ajustable, lo que puede ser de interés en esta enfermedad cuya sintomatología varía con el tiempo.

48.

SERIE DE 43 PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS CON FIBRINÓLISIS INTRAVENOSA

E. Freire, P. Sahuquillo, A. Lago, J. Tembl

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos. La fibrinólisis intravenosa es el tratamiento de elección en la fase aguda de los pacientes con ictus isquémico. Presentamos una serie consecutiva de fibrinólisis realizadas en un hospital terciario, sus complicaciones y la evolución en el tiempo del reclutamiento de pacientes, asociado a la creación de la Unidad de Ictus. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de 43 pacientes que recibieron fibrinólisis con rt-PA (activador tisular recombinante del plasminógeno), atendiendo a características demográficas y factores de riesgo vascular. Se evalúa NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) al ingreso, a las 24 horas y al alta. Se recogen las complicaciones hemorrágicas, neurológicas, sistémicas, la muerte y la tasa de recurrencia precoz. **Resultados.** Se estudian 43 pacientes con una media de edad de 68,25 años (rango: 50-80 años), que supone un 4,3% de los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. De todos ellos, presentaban diabetes mellitus el 37,5%, hipertensión arterial el 75%, dislipemia el 12,5% y cardiopatía isquémica el 25%. La puntuación de la escala NIHSS media al ingreso fue de 13,75, y al alta, de 2,75. No hubo ninguna recurrencia ni fallecimiento. La tasa de transformación hemorrágica fue del 15%. El tratamiento se incrementó de forma notable con la creación de la Unidad de Ictus y la aplicación del Código Ictus en el hospital. **Conclusiones.** Los resultados obtenidos en aquellos pacientes tratados con rt-PA en nuestro hospital, en términos de seguridad y eficacia, son equiparables a los expuestos en la literatura. La creación de la Unidad de Ictus y la aplicación del Código Ictus incrementaron el número de fibrinólisis.

49.

ANÁLISIS DE LA MEMORIA DE FAMILIARIDAD EN LA DEMENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y EN LA DEMENCIA DE LEWYM. Fuentes^a, L. Rodríguez^a, J. Mazón^a,J. Escudero^b, V. Peset^b, A. Pitarque^a, S. Algarabel^a^a Departamento de Metodología de Ciencias de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.^b Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción. La memoria de reconocimiento se basa en dos procesos distintos: el recuerdo y la familiaridad. El recuerdo se refiere a una memoria viva sobre información aprendida y detalles contextuales, mientras que la familiaridad hace referencia a una información más intuitiva en la que no recordamos las circunstancias en las que el aprendizaje tuvo lugar. En la enfermedad de Parkinson sin demencia (EP), la familiaridad no está afectada, pero desconocemos qué ocurre en la EP con demencia (DEP) y en la demencia de Lewy (DLW). **Objetivo.** Determinar si existe alteración en la memoria de reconocimiento por familiaridad en pacientes con DEP y DLW por medio de una tarea de reconocimiento de ítems. **Sujetos y métodos.** 16 pacientes con DLW, 9 pacientes con DEP, 10 pacientes con EP avanzada y 16 controles ajustados. Se administró previamente a todos una batería neuropsicológica estándar completa. La tarea experimental está compuesta por dos listas de palabras con las que se evalúa la memoria de reconocimiento. La condición experimental se compone de palabras extraídas de un conjunto restringido de letras del alfabeto, mientras que la lista control la componen todas las letras. La diferencia entre ambas indica el uso inconsciente de la familiaridad producida por la repetición de las letras (medido por la diferencia entre D'(NO) y D'(O)). **Resultados.** El grupo con EP avanza-

da tenía una edad media de 75,71 años y una puntuación minimal media de 24,87, frente a los 76,78 años y minimal de 18 del grupo de DLW, y los 72,94 años y minimal de 26,81 del grupo control. El grupo de EP avanzada muestra diferencias significativas en la ejecución de la tarea experimental frente a DLW y DEP (*t* test; $p < 0,01$) –mejor ejecución– y no frente al control. Los grupos con DLW y DEP no muestran diferencias entre ellos, y sí frente al grupo control ($p < 0,02$), aunque el grupo con DLW presenta mejor ejecución que el grupo con DEP ($p = 0,07$; significación estadística marginal). **Conclusiones.** Nuestro estudio demuestra que los pacientes con DEP no se benefician de la familiaridad, a diferencia de lo que ocurre con los pacientes con EP sin demencia. La DLW se encuentra en una situación intermedia, con una cierta utilización de la familiaridad, aunque en menor medida que los sujetos sin demencia.

50.

RIANA: UN REGISTRO INFORMATIZADO DE UTILIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA

G. Más Sesé

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante.

Introducción. La Consulta Externa de Neurología (CEN) es el lugar donde se atiende a la mayoría de pacientes neurológicos. Disponer de un registro informatizado que permita realizar la historia clínica de los pacientes y no suponga una sobrecarga en la actividad diaria puede permitir un mejor control sobre nuestra actividad asistencial. **Objetivos.** Presentar el Registro Informatizado de la Asistencia Neurológica Ambulatoria (RIANA) y describir sus características y aplicaciones. **Materiales y métodos.** Identificamos los objetivos y requisitos que debía cumplir la aplicación. **Objetivos:** servir de soporte para la información generada en la atención a pacientes neurológicos ambulatorios, facilitar la gestión de la consulta y mejorar la calidad de la asistencia. **Requisitos:** a) tener un formato agradable y un modo operativo semejante al uso de una historia clínica estándar; b) permitir el registro de aspectos clínicos (motivo de consulta, antecedentes, enfermedad actual, evolución, exploración física, diagnósticos principales y asociados, pruebas realizadas y resultados, tratamiento) y administrativos (SIP, NHC, datos demográficos, datos de solicitud y destino) relativos al paciente; c) facilitar la realización de informes de la visita y de informes clínicos detallados, y de otros informes (minusvalía, inspección...); d) medir automáticamente distintos indicadores (demora, tasa de primeras visitas/revisiones, distribución por patologías, tasa de no presentados, tasa de altas...); e) permitir la gestión de los procesos, y f) facilitar la gestión de los pacientes (recuperar información de un paciente, gestión de pruebas, atención telefónica...). Para ello se desarrolló en Access 2003 una base de datos específica para satisfacer estas premisas y se implantó en una consulta de Neurología en el Hospital Marina Alta. Se analizó el funcionamiento del RIANA y los datos de pacientes registrados entre octubre de 2007 y diciembre de 2008. **Resultados.** Durante el periodo estudiado se incluyeron en RIANA 1.343 pacientes. Se realizaron 2.455 visitas, 1.533 diagnósticos, se solicitaron 2.375 pruebas y se indicaron 2.187 tratamientos específicos. La demora media fue de 35,7 días. La tasa de primeras visitas/revisiones fue de 0,56; la de altas tras la visita, del 17%, y la de no presentados, del 12%. Los diagnósticos agrupados más frecuentes fueron cefaleas (21,3%), vascular (18,1%) y demencias (14,5%). Tras cada visita se emitió un informe de la asistencia (tres copias: para el paciente, para Atención Primaria y para la historia clínica). Con el gestor de informes se realizaron otros informes clínicos y certificados según solicitud. **Conclusión.** RIANA es una herramienta eficaz para la asistencia neurológica ambulatoria y para la gestión de la CEN, cumpliendo los objetivos y requisitos para los que se diseñó.