

XII Reunión Anual de la Sociedad Extremeña de Neurología

Mérida, Badajoz, 30 de enero de 2010

1.

Meningoencefalitis crónica granulomatosa en un paciente inmunocompetente

T. Gavilán, A. Falcón, A. Serrano, G. Gámez-Leyva, J.C. Portilla, M.L. Calle, E. González, R.M. Romero, I. Casado

Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción. La meningoencefalitis crónica con lesiones granulomatosas es una entidad infrecuente que afecta habitualmente a pacientes inmunodeprimidos en nuestro medio y se asocia sobre todo a infección tuberculosa, aunque puede deberse a otras etiologías. Su diagnóstico y manejo suponen frecuentemente un reto en la práctica clínica. **Caso clínico.** Mujer de 32 años, de origen marroquí y sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por cefalea de un mes de evolución, fiebre y alteración del nivel de conciencia. Se realizaron pruebas complementarias incluyendo punción lumbar con monocitosis, pto-teinnorraquia y consumo de glucosa, y resonancia magnética con leucoencefalopatía grave. Los estudio microbiológicos fueron repetidamente negativos, y la autoinmunidad no fue concluyente. La evolución fue tórpida y al final presentó un cuadro de rápido deterioro del nivel de conciencia secundario al desarrollo de hipertensión intracraneal grave, que precisó craniectomía descompresiva. Se realizó una biopsia de la lesión encefálica, concluyendo el estudio anatomopatológico una vasculitis granulomatosa del sistema nervioso central, con cultivo de muestra encefálica negativo para micobacterias. Se llegó a un diagnóstico de meningoencefalitis granulomatosa, de probable origen tu-

berculoso, apoyado por la buena respuesta clínica al tratamiento con tuberculostáticos. **Conclusiones.** La sintomatología poco específica, así como la baja rentabilidad de las técnicas diagnósticas de meningitis y encefalitis por micobacterias u otros agentes infrecuentes, pueden dificultar el diagnóstico de esta entidad, empeorando con ello su pronóstico. En nuestro caso, destacamos el curso subagudo y desfavorable de la paciente, con el desarrollo de complicaciones graves bruscas, la negatividad de los estudios microbiológicos y la buena respuesta al tratamiento médico y quirúrgico.

2.

Influencia de la hidrocefalia en la aparición de epilepsia. Presentación de dos casos y revisión de la bibliografía

J. Mata, M. Ortega, J.M. Cabezedo, I. Fernández, M. Molina, J.F. Malca

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivo. A raíz de varios casos de pacientes con crisis epilépticas e hidrocefalia, con mejoría de las primeras tras la implantación de válvula ventriculoperitoneal, se propone una reflexión sobre la relación de estas dos entidades patológicas. **Casos clínicos.** Presentación de dos casos de hidrocefalia aguda, con clínica de hipertensión intracraneal y crisis epilépticas. La etiología de la hidrocefalia fue tumoral en ambos casos. Las crisis fueron de mal control con antiepilepticos, pero tras la colocación de la válvula ventriculoperitoneal desaparecieron las mismas, incluso con la bajada/retirada de tratamiento médico. **Conclusiones.** La epilepsia no se rela-

ción, clásicamente, como síntoma de inicio de una hidrocefalia aguda, pero no parece, tras la revisión de la bibliografía y nuestra experiencia personal, que sean dos hechos absolutamente independientes. La bibliografía, que sobre todo se centra en la hidrocefalia infantil, muestra que la colocación de válvulas puede influir tanto de manera positiva como negativa en el curso de la epilepsia. La hidrocefalia puede considerarse un factor desencadenante de crisis epilépticas en pacientes con patología epileptógena subyacente, por lo que debemos tenerlo en cuenta en la planificación terapéutica.

3.

Valor diagnóstico de la monitorización cardíaca temprana en el ictus isquémico agudo

V. Ramírez, J.C. Portilla, M.L. Calle, T. Gavilán, E. González, R. Romero, G. Gámez-Leyva, I. Casado

Unidad de Ictus. Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción. El 20% de los ictus isquémicos son cardioembólicos; de éstos, más del 50% son por fibrilación auricular. Cuando no existen antecedentes de esta arritmia, la monitorización electrocardiográfica puede ponerla de manifiesto y es probable que cuanto más precoz sea la monitorización, mayor probabilidad existirá de detectarla, ya que el riesgo para su aparición es mayor en las primeras horas tras el ictus. Nuestro objetivo es establecer la capacidad para detectar fibrilación auricular en los pacientes con ictus isquémicos que ingresan en una Unidad de Ictus. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo basado

en una cohorte de pacientes con ictus isquémico que ingresaron en nuestra Unidad de Ictus en el año 2009. Se analizan los casos en los que se detectó fibrilación auricular *de novo* en la monitorización electrocardiográfica continua, y cómo influyó en el diagnóstico al alta según la clasificación OCSP para todos los ictus isquémicos, y para cada subtipo de ellos según la clasificación TOAST. **Resultados.** Durante el 2009 ingresaron en la unidad 228 pacientes con un ictus isquémico. Se detectó fibrilación auricular *de novo* en 31 casos (13,5%). En todos, salvo en tres, se estableció el diagnóstico de ictus de origen cardioembólico. Se diagnosticó con más frecuencia en los ictus tipo PACI y TACI (20,6 y 20%, respectivamente). En el 15,7%, el diagnóstico fue de ictus de origen indeterminado. **Conclusiones.** El sistema organizativo asistencial de las unidades de ictus aporta una herramienta útil para la detección de fibrilación auricular *de novo* en los pacientes con ictus isquémico. En nuestra serie se detectaron con más frecuencia que en otras publicadas.

4.

Alteraciones en la RM-DWI en pacientes con ataque isquémico transitorio. Factores independientes asociados

M.J. Gómez, J.M. Ramírez, A. Roa, M. Pons, R. Querol, A.B. Constantino, J.J. Aguirre, J.F. Hernández, A. Ollero

Sección de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción y objetivos. Varios estudios han demostrado la sensibilidad de la RM-DWI para detectar lesiones isquémicas agudas en pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT). El

objetivo de este trabajo es valorar la prevalencia de estas lesiones en una cohorte de pacientes con AIT y estudiar los factores asociados. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo. Revisamos las historias médicas de los pacientes con diagnóstico al alta de AIT entre noviembre de 2007 y noviembre de 2009. Se excluyeron aquéllos en los que no se realizó RM con secuencias en difusión. Recogemos datos demográficos, factores de riesgo, historia médica pasada, clínica, duración y etiología. Dividimos a los pacientes de acuerdo con la presencia o no de lesión en difusión (DWI+ frente a DWI-). **Resultados.** 108 tenían como diagnóstico definitivo al alta AIT, se dispone de RM-DWI en 87 (80,5%). Edad media: $64,2 \pm 14,1$ años. 57 (65,5%) varones. La RM se realizó como media a los $7,3 \pm 3,7$ días, y en 19 (21,8%) existía lesión en DWI. En el análisis univariante, los factores considerados relevantes ($p < 0,2$) fueron: sexo, clínica, grado de certeza del diagnóstico, estenosis/oclusión ipsilateral y etiología cardioembólica. En el análisis multivariante ajustado, el sexo (OR = 4,1; IC 95% = 1,0-17,5) y la etiología cardioembólica (OR = 6,4; IC 95% = 1,5-26,9) se mostraron como factores independientes asociados a la lesión en DWI. **Conclusiones.** La prevalencia de lesión en DWI es del 21,8%. Esta lesión se asocia clínicamente con alteraciones motoras o en la esfera del lenguaje, y de forma independiente, con la etiología cardioembólica y el sexo masculino.

5.

Trombólisis intravenosa en pacientes con cáncer

M.L. Calle, J.C. Portilla, A. Falcón, A. Serrano, E. González, T. Gavilán, J. Jiménez, M. Gómez, I. Casado

Unidad de Ictus. Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción. El uso de rtPA intravenoso (IV) en las primeras 4,5 horas del ictus está limitado por los criterios derivados de los ensayos clínicos. Éstos excluyen a pacientes con enfermedades malignas, por lo que se desconoce su seguridad en este subgru-

po de pacientes. **Casos clínicos.** Presentamos tres pacientes con cáncer que desarrollaron un ictus isquémico y fueron tratados con rtPA IV. Caso 1: varón de 75 años con carcinoma no microcítico de pulmón que presentó un ictus tipo TACI derecho. La puntuación NIH fue de 17, iniciándose rtPA IV a los 170 minutos. El paciente mejoró, la TAC de control no mostró sangrado. Caso 2: varón de 69 años que presentó un ictus tipo PACI izquierdo. La puntuación NIH fue de 8, iniciándose rtPA IV a los 120 minutos. El paciente mejoró a las 8 horas. La TAC de control mostró dos pequeños focos hemorrágicos. La radiografía de tórax evidenció una masa pulmonar que se confirmó como carcinoma no microcítico. Caso 3: varón de 25 años con leucemia aguda linfoblástica que presentó un ictus tipo PACI en territorio de la arteria cerebral media izquierda con NIH de 6. Se inició trombólisis a los 90 minutos. Se observó recuperación completa a las 18 horas. La TAC de control fue normal. **Conclusiones.** Apenas existe información sobre la seguridad del tratamiento con rtPA IV en pacientes con cáncer. La comorbilidad inherente a la enfermedad maligna y el riesgo de una complicación hemorrágica asociada al tratamiento con rtPA puede limitar su uso. En nuestra experiencia, el uso de rtPA IV en algunos pacientes con cáncer parece seguro.

6.

Crisis rotatorias versivas secundarias en un paciente con síndrome de Down

B. Cueli^a, C. Gahete^a, M. Zurdo^a, J.M. Hernández^b, C. García^a, B. Rodríguez^a, B. Capote^a, F. Castellanos^a

^aUnidad de Neurología. ^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

Introducción. Los pacientes afectos de síndrome de Down pueden presentar crisis epilépticas con mayor frecuencia que la población normal. La trombosis de senos venosos cerebrales puede manifestarse en forma de crisis epilépticas y en su etiología se implican diversos factores que obligan a

un estudio diagnóstico amplio. **Caso clínico.** Varón de 49 años con síndrome de Down, que ingresó por un cuadro brusco de estupor asociado a versión oculocefálica con rotación completa de su propio cuerpo de manera levógiara en dos ocasiones, asociado a hemiparesia derecha leve posterior. Estudios analíticos normales, con excepción de anticuerpos anticardiolipina positivos, homocisteína levemente elevada, disminución de ácido fólico, Ca 125 en el límite superior y una citobioquímica de líquido cefalorraquídeo con ligera hiperproteínorragia. La tomografía computarizada craneal mostró hallazgos inespecíficos y la resonancia magnética cerebral era compatible con una trombosis de los senos longitudinal, transverso y sigmoides bilaterales, y con lesiones isquémicas en el putamen, la sustancia blanca frontal y la corona radiada izquierdas. La radiografía de tórax mostraba una atelectasia cicatricial del lóbulo medio residual. Se inició tratamiento antiepiléptico con levetiracetam y anticoagulante con heparina intravenosa, con resolución del cuadro. **Conclusiones.** La etiología de la trombosis de senos venosos cerebrales puede ser múltiple en determinados pacientes. Destacamos la importancia de completar el estudio etiológico de las crisis epilépticas de inicio en la edad adulta aunque existan otros factores predisponentes, como el síndrome de Down.

7.

Encefalitis autoinmunes con anticuerpos de membrana positivos

E. González, J.C. Portilla, T. Gavilán, M.L. Calle, M. Gómez, M. Caballero, I. Casado

Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción. Las encefalitis autoinmunes suponen un reto diagnóstico; lo primero que afronta el clínico es saber si tienen un origen paraneoplásico. En un elevado porcentaje de casos, el cribado tumoral y los anticuerpos antineuronales clásicos son negativos, y en ocasiones existe una buena

respuesta al tratamiento inmunosupresor. Estos hechos han llevado a la búsqueda de nuevos anticuerpos. En los últimos años, la descripción de anticuerpos de membrana, especialmente contra el neuropilo del hipocampo, ha puesto de manifiesto formas clínicas que pueden relacionarse de manera característica con anticuerpos y con tipos de tumor. **Casos clínicos.** Presentamos dos casos con diagnóstico clinicoradiológico de encefalitis y su relación con anticuerpos específicos. Caso 1: varón de 50 años que presentaba crisis epilépticas refractarias asociadas a deterioro en las funciones superiores, de predominio frontotemporal; la neuroimagen mostró hiperintensidad en FLAIR y T₂ en ambos hipocampos, y en el estudio etiológico fueron positivos los anticuerpos contra el receptor del GABA. Caso 2: mujer de 16 años que presentaba crisis epilépticas refractarias asociadas a trastorno conductual y manifestaciones psiquiátricas; el estudio de neuroimagen mostró hiperintensidad en FLAIR y T₂ en el lóbulo temporal y parietal derecho, y en el estudio etiológico fueron positivos los anticuerpos contra el receptor NMDA en el líquido cefalorraquídeo. En ningún caso se encontró relación con patología tumoral. **Conclusiones.** La presencia de anticuerpos en las encefalitis autoinmunes facilita el diagnóstico y aclara su posible relación con la patología tumoral; además, estos casos suelen tener buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Por tanto, su búsqueda debe formar parte del algoritmo diagnóstico de la encefalitis no infecciosa.