

VII Reunión Anual de la Asociación Madrileña de Neurología (I)

Madrid, 22-23 de octubre de 2010

COMUNICACIONES ORALES

O1.

Trombólisis intravenosa en circulación anterior y posterior: ¿hay diferencias?

F. Díaz Otero^a, M. Alonso de Leciñana^b, J. Masjuán^b, J.A. Egido^c, P. Simal^c, B. Fuentes^d, G. Reig^e, J. Vivancos^e, E. Díez Tejedor^d, A. Gil Núñez^a

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. ^cHospital Clínico San Carlos. ^dHospital Universitario La Paz. ^eHospital Universitario La Princesa.

Introducción. Pocos estudios han comparado el efecto de la trombólisis intravenosa en la circulación anterior (CA) y posterior (CP) en ictus isquémicos. **Objetivo.** Estudiar la influencia topográfica en la respuesta al tratamiento con trombólisis intravenosa. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo multicéntrico de trombólisis intravenosa en hospitales universitarios con Unidad de Ictus. Se recogieron variables demográficas, clínicas, tasa de transformaciones hemorrágicas (TH), mortalidad y escala de Rankin a 3 meses. Se compararon estas variables entre CA y CP. **Resultados.** Se incluyeron 1,147 pacientes (enero 2004-diciembre 2009), 1.051 de los cuales presentaron ictus isquémico en CA y 78 en CP. No hubo diferencias de edad y sexo entre ambos grupos. El infarto lacunar fue más frecuente en CP (11% frente a 3%; $p < 0,05$). El tiempo al tratamiento fue mayor en CP (165 $\pm$ 54,4 min frente a 142 $\pm$ 42,9 min; $p < 0,001$) y la gravedad

clínica fue menor (NIHSS basal: 11 $\pm$ 7 frente a 14 $\pm$ 6; $p < 0,001$), con mejor recuperación funcional (Rankin a 3 meses: 0-2 en CP (75% frente a 57%; $p = 0,003$), si bien la diferencia no fue significativa tras ajustar por edad, sexo, infarto lacunar, tiempo al tratamiento y NIHSS basal: OR = 0,81 (IC 95% = 0,43-1,52). La tasa de transformaciones hemorrágicas global en CP fue menor (5,19% frente a 19,2%; $p = 0,008$), OR ajustada = 3,23 (IC 95% = 1,14-9,1), sin diferencias significativas en la tasa de transformaciones hemorrágicas sintomática (1,4% en CP frente a 3,4% en CA). No hubo diferencias en mortalidad según topografía. **Conclusiones.** La topografía no es un factor determinante en la respuesta al tratamiento con trombólisis intravenosa. La trombólisis intravenosa parece ser al menos tan eficaz y segura en CP como en CA.

O2.

Diabetes mellitus e infarto cerebral previo: ¿riesgo de transformación hemorrágica o peor evolución tras trombólisis intravenosa?

B. Fuentes^a, M. Alonso de Leciñana^b, P. Simal^c, G. Reig^d, F. Díaz Otero^e, J. Masjuán^b, J.A. Egido^c, J. Vivancos^d, A. Gil Núñez^e, E. Díez Tejedor^a

^aHospital Universitario La Paz. UAM. IdiPaz. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. UAH. ^cHospital Clínico Universitario San Carlos. UCM. ^dHospital Universitario La Princesa. UAM. ^eHospital Universitario Gregorio Marañón. UCM.

Introducción. La combinación de diabetes mellitus (DM) e infarto cerebral

previo (ICP) se considera contraindicación al tratamiento con tPA intravenoso en Europa. **Objetivo.** Analizar la recuperación funcional y el desarrollo de transformación hemorrágica (TH) en pacientes con DM e ICP tratados con tPA intravenoso. **Pacientes y métodos.** Registro multicéntrico, inclusión prospectiva de todos los casos de infarto cerebral agudo tratados con tPA intravenoso en cinco hospitales universitarios de la misma área metropolitana. Comparamos desarrollo de TH (sintomática o no) y escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses en los siguientes grupos: no DM ni ICP, DM sin ICP, ICP sin DM, y DM + ICP. **Resultados.** Del total de 1.147 pacientes incluidos, 24 (2,1%) tenían DM + ICP, 194 (17%) sólo DM y 87 (7,6%) sólo ICP. Los pacientes con DM + ICP presentaron mayor gravedad al ingreso –mediana NIHSS: 15 frente a 12 (ICP) y 13 (DM); $p < 0,05$ – y los sólo con DM, mayor glucemia previa –media: 171 mg/dL frente a 139 mg/dL (DM + ICP), 119 mg/dL (ICP) y 120 mg/dL (no DM ni ICP); $p < 0,05$ –. No hubo diferencias en la frecuencia de muerte-dependencia (ERm: 3-6) a los 3 meses entre grupos: 45,5% (DM + ICP) frente a 45,7% (DM) y 36,9% (ICP); $p = 0,505$. Ningún paciente con DM + ICP desarrolló TH, frente al 15-19% de los demás grupos. **Conclusiones.** La combinación de DM e ICP en pacientes tratados con tPA intravenoso no se asocia a TH, presentando una evolución similar a los pacientes que no tienen esta combinación de antecedentes a pesar de una mayor gravedad inicial, por lo que debería reconsiderarse esta circunstancia como contraindicación al tPA.

O3.

¿Es sólo una cuestión de tiempo? Comparación del intervencionismo neurovascular y la trombólisis intravenosa en el tratamiento del ictus isquémico agudo

A. García Pastor^a, A. Cruz Culebras^b, P. Martínez Sánchez^c, G. Reig^d, P. Simal^e, J. Masjuán^b, E. Díez Tejedor^c, J. Vivancos^d, J.A. Egido^e, A. Gil Núñez^a

^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. ^cHospital Universitario La Paz. ^dHospital Universitario La Princesa. ^eHospital Clínico Universitario San Carlos.

Objetivo. Comparar la eficacia y seguridad del intervencionismo neurovascular (INV) y la trombólisis intravenosa (TIV) en el tratamiento del ictus isquémico agudo. **Pacientes y métodos.** Análisis comparativo de dos registros prospectivos de cinco Unidades de Ictus de la Comunidad de Madrid. En un registro se recogieron los pacientes tratados con TIV, y en el otro, los tratados con INV. Se realizó INV únicamente de lunes a viernes en horario laboral y en pacientes con criterio de exclusión para TIV, no mejoría tras TIV u oclusión basilar. Se empleó trombólisis intraarterial, trombectomía, disrupción mecánica y angioplastia + stent de forma aislada o en combinación. **Resultados.** Desde el año 2004, 60 pacientes han sido tratados mediante INV y 1.143 con TIV. Los pacientes tratados mediante INV fueron más jóvenes (edad media: 59 $\pm$ 16 frente a 67 $\pm$ 14 años; $p < 0,001$), presentaron ictus más graves –mediana NIHSS basal (p25-p75): 15 (12,5-21) frente a 13 (8-

18); $p = 0,001$ –, y el tiempo inicio-tratamiento (TIT) fue mayor –mediana (p25-p75): 317,5 min (245-480) frente a 140 min (115-170); $p < 0,001$ –. La proporción de pacientes con buena evolución clínica a los 3 meses (escala Rankin modificada: 2) fue comparable (INV: 48,9%; TIV: 58,5%; $p = 0,2$), con una OR ajustada por edad, sexo, NIHSS basal, territorio vascular y TIT de 1,2 (IC 95% = 0,4-3,3). No se observaron diferencias significativas de mortalidad entre ambos grupos (20% frente a 12,4%; $p = 0,13$), con OR ajustada de 0,4 (IC 95% = 0,1-2,1). Tasa de hemorragias intracerebrales sintomáticas: INV: 5%; TIV: 3,4%; $p = 0,5$; OR ajustada = 1,9 (IC 95% = 0,4-9,6). **Conclusiones.** A pesar del mayor TIT, el INV parece ser igual de efectivo y seguro que la TIV. La reducción del TIT podría mejorar estos resultados.

04.

Tratamiento conservador con corticoterapia en hematoma subdural crónico

F. Gilo Arrojo, A. Herrera Muñoz, D. Quiñones Tapia, B. Anciones Rodríguez
Hospital Nuestra Señora del Rosario.

Introducción. La utilización de dexametasona en el hematoma subdural crónico se basa en sus propiedades antiangiogénicas sobre la membrana del coágulo subdural. Presentamos una serie consecutiva de pacientes con respuesta a este tratamiento, sin necesidad de intervención neuroquirúrgica. **Pacientes y métodos.** Durante el periodo entre el 01.04.2008 y el 01.04.2010, se recogieron todos los casos consecutivos de pacientes con hematoma subdural crónico ingresados en Neurología. Se obtuvieron 16 pacientes (11 varones y 5 mujeres), con una edad media de $73 \pm 6,2$ años (rango: 69-91 años). Al ingreso presentaban buen nivel de conciencia, con déficit leves consistentes en alteración de la marcha (50%), hemiparesia (31%) y trastorno del lenguaje (25%), con puntuaciones de 0-2 en la escala de Markwalder. Entre los antecedentes destacaron el traumatismo craneal previo (56%) y tratamiento anticoagulante (37%). **Resultados.** Con-

juntamente con Neurocirugía se indicó tratamiento conservador inicial y administración de dexametasona intravenosa (4 mg/4-6 h), con paso a terapia oral descendente tras los primeros 3-5 días. La evolución fue favorable en todos los pacientes, obteniéndose puntuaciones en la escala de Markwalder entre 0-1 al alta. La resolución radiológica se produjo de forma diferida a la mejoría clínica en un intervalo de 0-5 meses. Ninguno requirió intervención neuroquirúrgica posteriormente. No hubo complicaciones médicas relevantes asociadas a la terapia esteroidea. **Conclusiones.** La dexametasona intravenosa se muestra como un tratamiento eficaz, alternativo a la cirugía en los pacientes con hematomas subdurales crónicos que presentan déficit leves sin afectación del nivel de conciencia (puntuaciones de 0-2 en la escala de Markwalder).

05.

Unidades de ictus. ¿Exclusivas para ictus?

M. Guillán Rodríguez, I. Hernández Medrano, A. de Felipe, J. García Caldentey, J. Buisán, N. García Barragán, M. Alonso de Leciñana, J. Masjuán
Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. Las unidades de ictus (UI) son el mejor tratamiento para los ictus por los beneficios proporcionados por la atención especializada de enfermería y por la monitorización multiparamétrica. Este tipo de cuidados pueden también beneficiar a patologías neurológicas agudas no vasculares (PANNV) y no subsidiarias de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Objetivo.** Analizar los pacientes ingresados en nuestra UI con PANNV. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo de pacientes ingresados en una UI. Los pacientes se dividieron en: diagnóstico establecido de ictus, sospecha de patología vascular y tras estudio diagnóstico de *stroke mimics*, y diagnóstico específico no vascular a su ingreso. Se recogieron motivo de ingreso, diagnóstico definitivo, estancia media y mortalidad. **Resultados.** Se incluyeron 2.076 pacientes; 1.994 (93%) fueron ictus, 19 (1%) *stroke mimics* y 63 (3%) PANNV.

En este último grupo los diagnósticos fueron: crisis epilépticas refractarias ($n = 41$), meningoencefalitis ($n = 7$), crisis miasténica ($n = 3$), encefalopatía hipertensiva ($n = 5$), encefalopatía hepática ($n = 3$), síndrome de Guillain-Barré ($n = 2$) y coma de etiología tóxico-metabólica ($n = 2$). La estancia media de los pacientes con *stroke mimics* fue de 1,1 días (rango: 0,5-1), y los pacientes con PANNV, de 1,6 días (rango: 1-2). La mortalidad global fue de 36 pacientes (1,7%; 35 ictus, 1 miastenia). **Conclusiones.** Las UI disponen de monitorización continua y de vigilancia las 24 horas por personal especializado. Esto las convierte en un recurso en PANNV que no precisan técnicas de ventilación invasiva pero sí un control estricto por parte del neurólogo. El subgrupo con crisis fue el más frecuente.

06.

Craniectomía descompresiva en el infarto maligno de la arteria cerebral media. Experiencia tras la implantación de un protocolo de actuación

I.H. Medrano, J. Masjuán Vallejo, F. Abreu, A. de Felipe Mimbrera, M. Guillán Rodríguez, M. Alonso de Leciñana Cases
Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. Ensayos clínicos muestran que la craniectomía descompresiva en el infarto maligno de la arteria cerebral media (ACM) reduce la mortalidad y aumenta la probabilidad de evolución favorable si se realiza en sujetos jóvenes (< 60 años) precozmente (< 48 h). Presentamos nuestra experiencia en la práctica clínica tras la implantación de un protocolo consensuado de actuación. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo de todos los pacientes con infarto maligno de la ACM con criterios preestablecidos para craniectomía descompresiva. Se recogieron edad, características basales, retraso hasta la craniectomía, mortalidad, escala de Rankin modificada (ERm) a los tres meses y encuesta de satisfacción. **Resultados.** Desde noviembre de 2008 a marzo de 2010 se han tratado 11 pacientes: 5 (45,5%) varones, edad: 56 ± 11 años (rango:

35-69), 5 > 60 años (rango: 61-69). NIHSS basal: mediana (p25-p75): 16 (13,5-17,5). NIHSS precraniectomía: 19 (16,5-22); 5 (45,5%) recibieron tratamiento trombolítico. La etiología predominante fue el cardioembolismo (58,3%). Cuatro pacientes (36,4%) se trataron en las primeras 48 h y 7 (63,6%) con posterioridad. Tres pacientes (27,3%) fallecieron durante el ingreso; todos habían sido tratados después de 48 h, y sólo uno tenía > 60 años. Todos los supervivientes presentaron a los 3 meses ERm < 4 y satisfacción con haber sido intervenidos pese a sobrevivir con secuelas. **Conclusiones.** La craniectomía descompresiva se ha incorporado como herramienta terapéutica a la práctica clínica habitual. Realizada bajo protocolo es segura y eficaz no sólo en sujetos jóvenes. La mortalidad es mayor en casos tratados después de 48 h, por lo que debe indicarse lo antes posible.

07.

Administración precoz y ultraprecoz de rtPA intravenoso: efectos sobre la evolución del ictus según el sexo

P. Martínez Sánchez^a, B. Fuentes Gimeno^a, J. García Caldentey^b, J. Masjuán^b, M. Alonso de Leciñana Cases^b, P. Simal^c, J.A. Egidio^c, A. Gil^d, J. Vivancos^e, E. Díez Tejedor^a

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. ^bUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ^cUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. ^dUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. ^eUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa.

Introducción. El beneficio del tratamiento con rtPA intravenoso (IV) en la isquemia cerebral aguda es mayor cuanto más precoz se inicie. Si se administra en < 90 min, el NNT para conseguir una evolución favorable es de 3. Un estudio reciente mostró que el tratamiento ultraprecoz (< 70 min) es beneficioso en los ictus moderados-graves. Nuestro objetivo es estudiar este efecto según el sexo. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo multi-

céntrico de rTPA IV en cinco hospitales con Unidad de Ictus (2004-2009). Se recogieron variables demográficas y clínicas, escala neurológica NIHSS, tiempo inicio de los síntomas-tratamiento (TIT) y evolución funcional según la escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses. Se estudio la evolución favorable (ERm: 0-2) según el TIT y sexo. **Resultados.** 1.147 pacientes, 53% varones. Edad media mayor en mujeres que en hombres: $69,3 \pm 14,2$ frente a $66 \pm 13,4$ años; $p < 0,0001$. Mediana de NIHSS, 13, y mediana de TIT, 140, sin deferencias por sexo. El tratamiento ultraprecoz con rTPA IV (< 70 min) se asoció a mejor evolución sólo en infartos graves (NIHSS > 16), tanto en mujeres como en varones: OR de 3,21 (1,11-9,23) y de 9 (1,02-78,69), respectivamente. El tratamiento precoz (< 90 min) se asoció a mejor evolución en infartos graves, pero sólo alcanzó significación estadística en mujeres: OR de 2,76 (1,26-5,86) y 2,64 (0,95-7,29), respectivamente. **Conclusión.** El tratamiento ultraprecoz (< 70 min) con rTPA IV se asocia a mejor pronóstico en infartos graves en ambos sexos, pero el tratamiento precoz (< 90 min) parece beneficiar más al sexo femenino.

08.

Aplicación clínica de la clasificación A-S-C-O en el diagnóstico etiológico de los ictus isquémicos y ataques isquémicos transitorios

P. Sobrino García, A. García Pastor, J. Pablo Cuello, F. Cordido Henríquez, F. Díaz Otero, P. Vázquez Alén, Y. Fernández Bullido, A. Gil Núñez

Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos. La clasificación A-S-C-O es una nueva clasificación etiológica que caracteriza a los pacientes con ictus isquémicos asignando grados de evidencia (1: causa potencial; 2: causa incierta; 3: causa improbable, pero existe patología; 0: no existe patología; 9: estudio insuficiente) para cuatro subtipos de ictus (A: aterotrombótico; S: *small vessel*; C: cardioembólico; O: otros). Pretendemos comparar esta

clasificación con la clasificación etiológica del GEECV/SEN y evaluar su aplicación clínica en la práctica diaria. **Pacientes y métodos.** Revisión de diagnósticos etiológicos de pacientes con ictus isquémicos/AIT atendidos en nuestra Unidad de Ictus durante cuatro meses de 2009. Los pacientes fueron re-clasificados de acuerdo con la clasificación A-S-C-O. **Resultados.** Se identificaron 120 pacientes con ictus isquémico/AIT. Etiología según criterios GEECV/SEN: aterotrombótico, 11%; pequeño vaso, 22%; cardioembólico, 33%; infrecuente, 2%; indeterminado, 32%. Según criterios A-S-C-O, el 17% presentó una puntuación A1, aunque sólo el 4% fueron 'aterotrombóticos puros' (A1-SO-CO-00), y el 58% de los pacientes presentaron algún grado de ateromatosis (A1, A2 o A3). El 15% puntuó S1; se detectó algún grado de patología de pequeño vaso (S1, S2, o S3) en el 69%. El 30% de pacientes puntuó C1, pero sólo el 8% fueron 'cardioembólicos puros' (AO-SO-C1-00). El 2% de casos puntuó O1, y en el 10% no se detectó ninguna causa (AO-SO-CO-00). El 65% fue clasificado en más de una categoría. **Conclusiones.** La clasificación A-S-C-O permite realizar una caracterización etiológica más precisa y completa del paciente con ictus. Su aplicación clínica es factible y permite ofrecer tratamientos más adaptados a cada caso, así como monitorizar los diferentes factores de riesgo y las causas potenciales de nuevos ictus.

09.

Subpoblaciones de linfocitos B en el líquido cefalorraquídeo de la esclerosis múltiple

J.C. Álvarez Cermeño, L. Costa Frossard, M. Espiño, E. Roldán, N. Marín, L.M. Villar

Servicio de Neurología e Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivo. Estudiar las subpoblaciones de linfocitos B CD5- y CD5+ en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes con esclerosis múltiple remitente-recidivante (EM-RR) y su relación con la síntesis intratecal de IgM e IgG. **Pacientes y métodos.** Estudiamos 51 pacientes (ninguno en tratamiento) con EM-RR con bandas oligoclonales

de IgM frente a los lípidos de la mielina (ML+), 141 pacientes con EM-RR sin dichas bandas (ML-), 26 pacientes con otras enfermedades neurológicas inflamatorias y 43 pacientes con otras enfermedades neurológicas no inflamatorias. Se investigó la presencia de bandas oligoclonales de IgM e IgG mediante isoelectroenfoque e *immunoblotting*. Los índices de IgG e IgM se estudiaron mediante nefelometría y las células de LCR mediante citometría de flujo. Los resultados se analizaron con el test de Mann-Whitney y el test exacto de Fisher. **Resultados.** El porcentaje de linfocitos CD5+ está aumentado en los pacientes ML+ en LCR ($p < 0,0001$) y sangre ($p = 0,001$). Además, los porcentajes de estas células en LCR se correlacionan estrechamente con el índice de IgM ($p < 0,0001$), pero no con el de IgG. Todos los pacientes con EM mostraron un aumento en el porcentaje de linfocitos B CD5- en LCR ($p < 0,0001$) que se correlacionó con el índice de IgG ($p < 0,0001$). **Conclusiones.** La subpoblación de linfocitos B CD5+ es la principal responsable de la síntesis intratecal de IgM en los pacientes ML+, mientras que la subpoblación B CD5- está implicada en la síntesis intratecal de IgG en la EM.

010.

Estudio de volumetría en hipocampo y cíngulo posterior en pacientes con deterioro cognitivo ligero (estudio piloto del grupo DEMCAM)

M. Llanero^a, R. García Cobos^b, J.A. Hernández Tamames^b, M. Valentí Soler^b, B. Frades Payo^b, J. Álvarez Linera^a, A. Frank García^a, en representación de los investigadores del grupo DEMCAM

^aServicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. ^bUnidad de Investigación del Proyecto Alzheimer. Fundación Reina Sofía.

Introducción y objetivos. En los últimos años se han realizado múltiples estudios para determinar qué factores pueden predecir el desarrollo de demencia en personas con deterioro cognitivo ligero (DCL). El objetivo de nuestro estudio es la búsqueda de alteraciones en neuroimagen estructural y

funcional capaces de detectar precozmente pacientes con DCL. **Pacientes y métodos.** Presentamos datos de un estudio transversal en el que participaron 130 sujetos, 31 controles, 22 pacientes con DCL amnésico monodominio, 24 con DCL amnésico multidominio, 43 con enfermedad de Alzheimer (EA) leve y 10 con EA moderada. Los participantes se sometieron a evaluación neuropsicológica y a RM cerebral de 3T, realizándose estudio del hipocampo y cíngulo posterior mediante técnicas de volumetría y espectroscopia. Se introdujeron como covariables el sexo, la edad y el volumen intracraneal en un modelo de regresión lineal. Para el análisis de datos se han utilizado distintas herramientas de *software* (SPM8, LCModel). **Resultados.** Los volúmenes medios de sustancia gris del hipocampo en el grupo control fueron superiores a 3 mm³, siendo significativamente inferiores en los demás grupos ($p < 0,05$). La espectroscopia mostró diferencias significativas en la ratio ml/NAA entre el grupo de EA y DCL multidominio frente a controles, siendo más acusadas en el cíngulo posterior. **Conclusiones.** El estudio mediante volumetría y espectroscopia del cíngulo posterior resulta una herramienta útil para la detección precoz de pacientes con DCL. El cíngulo posterior, al estar más preservado volumétrica y morfológicamente, muestra una bioquímica más precisa (mayor señal de RM) y, por lo tanto, disminuye la varianza estadística y aumenta la significación y el valor predictivo.

011.

Estudio piloto para la reducción de los tiempos asistenciales en el tratamiento trombolítico del ictus mediante la obtención de muestras para análisis de sangre durante el traslado extrahospitalario. Estudio PRISAS

A. Ximénez Carrillo^a, A. Gago^a, A. García García^b, B. Fuentes^c, A. García Pastor^d, P. Calleja^e, J. Sánchez Funes^f, M. Alonso de Leciana^g

^aHospital Universitario La Princesa.

^bHospital Universitario Clínico San Carlos.

^cHospital Universitario La Paz. ^dHospital

Universitario Gregorio Marañón. ^eHospital

Universitario 12 de Octubre. [†]SAMUR. Protección Civil de Madrid. [‡]Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. La eficacia del tratamiento trombolítico en el infarto cerebral guarda estrecha relación con el tiempo de aplicación desde el inicio de los síntomas. El estudio PRISAS tiene como objetivo demostrar que se pueden reducir los tiempos asistenciales en la trombólisis del infarto cerebral mediante la implantación de un protocolo de recogida sistemática de las muestras de sangre necesarias, durante el traslado al hospital, por los servicios de urgencia extrahospitalarios. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, no aleatorizado y multicéntrico. Grupo de estudio (GE): activación del código ictus extrahospitalario, extracción de analítica durante el traslado al hospital y trombólisis en < 3 h. Grupo control (GC): activación del código ictus extrahospitalario, extracción de analítica en el hospital y trombólisis en < 3 h. Se recogen datos clínicos, demográficos, tiempos asistenciales, días de estancia, transformación hemorrágica sintomática (THS) y situación funcional al alta y a 90 días (Rankin 90 d). **Resultados.** GE, $n = 19$, frente a GC, $n = 54$. Edad media: $71,7 \pm 13,9$ frente a $68,3 \pm 14,3$ años (NS). Varones: 36,8% frente a 46,2% (NS). Tiempos asistenciales: inicio-hospital, $0,89 \pm 0,35$ frente a $1,31 \pm 0,39$ h ($p < 0,001$); inicio-aviso a neurólogo, $0,68 \pm 0,26$ frente a $1,02 \pm 0,40$ h ($p = 0,003$); inicio-valoración del neurólogo, $1,02 \pm 0,26$ frente a $1,41 \pm 0,39$ h ($p < 0,001$); inicio-neuroimagen, $1,23 \pm 0,26$ frente a $1,68 \pm 0,39$ h ($p < 0,001$); inicio-trombólisis, $1,69 \pm 0,43$ frente a $2,25 \pm 0,39$ h ($p < 0,001$). Estancia media: $10,2 \pm 9,88$ frente a $10,7 \pm 14,05$ días (NS). THS: 0 frente a 2 (NS). Rankin 90 d (mediana): 1,5 frente a 2 (NS). **Conclusiones.** La extracción extrahospitalaria de la analítica sanguínea necesaria para indicar el tratamiento trombolítico en el ictus puede ayudar a mejorar los tiempos asistenciales del código ictus. Se registró también una tendencia favorable aunque no significativa de la situación funcional a los 90 días.

012.

Gliomatosis leptomeningea difusa nodular: diagnóstico pre mortem

M. Guillán Rodríguez, A. de Felipe, I. Hernández Medrano, B. Oyanguen, C. Matute, A. Alonso Cánovas, J.M. Gobernado, J. Masjuán, R. Vera, G. García Ribas

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. La gliomatosis leptomeningea primaria es una rara enfermedad que se origina tras la proliferación neoplásica de células gliales en el espacio leptomeningeo. Presentamos un caso con diagnóstico *ante mortem*, tras biopsia y citología de líquido cefalorraquídeo (LCR), con presentación y curso atípico. **Caso clínico.** Mujer de 22 años, estudiada por cefalea holocraneal opresiva irradiada a la región cervical de 15 días de evolución, inicio insidioso y curso continuo. No presentó otra sintomatología neurológica. La RM craneal y medular completa mostró múltiples áreas de realce meníngeo patológico y lesiones nodulares intradurales extraaxiales en región cervical y dorsal. Se realizó una exéresis quirúrgica de la lesión cervical que reveló una tumoración con intensa atipia nuclear de estirpe astrocitaria infiltrando las meninges, compatible con glioma de alto grado. No se objetivó tumor intraparenquimatoso ni en controles posteriores con RM ni en estudios de medicina nuclear. La paciente falleció a las tres semanas de la intervención quirúrgica tras un estado epiléptico refractario. **Conclusiones.** Existen pocas descripciones de gliomatosis leptomeningea primaria paucisintomática, sin relacionarse esto con el infausto pronóstico a corto plazo. El diagnóstico diferencial de la imagen con otros procesos que causan meningitis granulomatosa crónica hace difícil establecer el diagnóstico de presunción de esta patología. Un estudio sistémico extenso y citologías seriadas del LCR, así como la biopsia de lesiones nodulares intrarraquídeas accesibles, permiten el diagnóstico.

013.

Análisis descriptivo y efecto sobre los resultados de los estudios protocolizados del tratamiento con IGF-1 en pacientes con ataxias espinocerebelosas autosómicas dominantes

J. Medina Báez, J. Arpa, I. Sanz Gallego, R. López Pajares, C. Ríeza, J.I. de Diego, S. Noval, M.J. Aguilar Amat

Hospital Universitario La Paz.

Introducción. Las ataxias espinocerebelosas (SCA) autosómicas dominantes son un grupo de trastornos heterogéneos que incluyen disfunción cerebelosa progresiva, como característica común, y para las cuales no existe un tratamiento específico. **Objetivo.** Realizar un análisis descriptivo y demostrar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento con IGF-1 en estos pacientes. **Pacientes y métodos.** Ensayo clínico abierto de dos años de duración de tratamiento con IGF-1, 50 $\mu\text{g/kg}$ /dos veces al día, en pacientes con SCA genéticamente confirmadas. La evaluación clínica cuatrimestral se realizó mediante la escala SARA. También se valoró la evolución según parámetros cuantitativos con pruebas otoneurológicas, neurofisiológicas, DaT-Scan y evaluación oftalmológica. Estadística: tests no paramétricos de Friedman y modelo lineal general de medidas repetidas. **Resultados.** Doce pacientes fueron incluidos en el estudio (siete con SCA 3 y cinco con SCA 7). La edad media fue de $51,7 \pm 13,6$ años, 67% varones. Se presentó una mejoría inicial durante el primer año en los pacientes con SCA 3 ($p = 0,039$), volviendo a su situación basal en posteriores seguimientos. Los pacientes con SCA 7 se mantuvieron estables durante los dos años. En cuanto a las pruebas complementarias realizadas, hubo un empeoramiento final tanto neurofisiológico y otoneurológico como del DaT-Scan, en SCA 3. **Conclusión.** El tratamiento con IGF-1 parece producir una mejoría clínica durante el primer año en los pacientes con SCA 3 y estabilización clínica de los pacientes con SCA 7; sin embargo, en

general se aprecia un empeoramiento en los controles finales neurofisiológicos y otoneurológicos y en el DaT-Scan.

014.

Déficits cognitivos en pacientes con esclerosis múltiple usando la nueva batería neuropsicológica breve

C. Oreja Guevara, G. Lubrini, E. Díez Tejedor

Hospital Universitario La Paz.

Introducción. Las alteraciones cognitivas producen grandes problemas en la vida social, familiar y laboral. **Objetivos.** Estudiar las alteraciones cognitivas en pacientes con esclerosis múltiple (EM) con una nueva batería neuropsicológica española validada y determinar la relación entre la duración de la enfermedad y la discapacidad física con las alteraciones cognitivas. **Pacientes y métodos.** Estudio transversal. La batería neuropsicológica breve (BNB) es una nueva batería en español para usar como prueba rápida de cribado por parte del neurólogo, con el fin de evaluar el deterioro cognitivo de los pacientes con EM. La BNB se realiza y se valora en 20 minutos. Incluye un test de memoria de recuerdo inmediato y retardado, el *Symbol Digit Modality Test* (SDMT), uno de fluencia verbal y el PASAT sin tiempo límite. **Resultados.** Se estudió a 80 pacientes con EM y un EDSS medio de 2,5. El 40% mostró alguna alteración cognitiva: el 24% tenía un deterioro cognitivo leve; el 11%, moderado, y el 5%, un deterioro grave. Las alteraciones más frecuentes fueron: enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información (39%) y fluencia verbal (32%). Se encontraron correlaciones significativas entre las alteraciones cognitivas, la discapacidad física y la duración de la enfermedad. **Conclusión.** Estos resultados confirman que la BNB es un test rápido de cribado eficaz que se puede usar en la rutina diaria para detectar alteraciones cognitivas en los pacientes con EM, y la sensibilidad del SDMT, para detectar las alteraciones en la velocidad del procesamiento de la información.

O15.

Síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson. Estudio transversal

L. Vela, J.A. Pareja, M. Barón, F.J. Barriga, J.L. Dobato, L. Borrega, C. Martín, L. Castillo, C. López de Silanes

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Introducción. Los síntomas no motores (SNM) son muy frecuentes en los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). Pueden presentarse antes del diagnóstico y frecuentemente aparecen a lo largo de la evolución. **Objetivo.** Conocer la frecuencia y características de los SNM en pacientes con EP y determinar si la progresión de la enfermedad se correlaciona con el aumento del número de SNM. **Pacientes y métodos.** Estudio transversal con evaluación en dos puntos separados por tres años (2006 y 2009). Pacientes con EP y sin deterioro cognitivo. Los pacientes completaron un cuestionario (sí / no / dudoso) de 29 preguntas sobre la presencia de SNM agrupados en cuatro dominios: autonómicos, psiquiátricos, cognitivos y sensitivos. La gravedad de la enfermedad se midió por el estadió de Hoehn y Yahr (H&Y) y la UPDRS-III. Se llevó a cabo el estudio estadístico para comparar los datos de las dos evaluaciones. **Resultados.** Se estudió a 68 pacientes (45 varones), con una edad media de 72 ± 10 años y $9,5 \pm 5,0$ años de evolución de la EP. En el año 2009, H&Y de $2,8 \pm 0,8$; el 56% presentaban fluctuaciones y el 50% discinesias. Ocho pacientes no presentaban SNM. La media de SNM fue de ocho, los más frecuentes: sequedad de boca (52%), ansiedad (44%) y acatisia (41%). La gravedad de la enfermedad y los años de evolución se correlacionaron con la presencia de más SNM ($p < 0,05$). **Conclusiones.** Los SNM son muy frecuentes en pacientes con EP. Se correlacionan con la gravedad y progresión de la EP. La presencia de SNM aumenta significativamente de estadió II a estadió III de H&Y.

O16.

Videopolisomnografía en el diagnóstico de crisis epilépticas nocturnas

M. Amat Roca^a, R. del Río Villegas^b, P. López Esteban^c, R. Peraita Adrados^a

^aUnidad de Sueño y Epilepsia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

^bServicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario La Paz. ^cUnidad de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. El diagnóstico diferencial de las crisis sómnicas es complejo y requiere una evaluación clínica minuciosa y una metodología de estudio adecuada. A veces estos eventos paroxísticos sómnicos se consideran como pseudocrisis en detrimento del paciente, al no recibir el tratamiento adecuado. **Objetivo.** Documentar la importancia de la videopolisomnografía (VPSG) en el estudio de las crisis sómnicas. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 13 años de edad remitida por terrores nocturnos. Presentaba episodios nocturnos frecuentes de grito, somniloquia, agitación y amnesia de los episodios al día siguiente, con falta de atención y somnolencia en el colegio. Caso 2: varón de 35 años de edad, con turno de trabajo nocturno, remitido por agitación sómnica consistente en risas, golpes y cantos. Antecedentes familiares por rama materna de agitación nocturna y epilepsia. En ambos casos 1 y 2 los registros VPSG mostraron crisis epilépticas nocturnas. Caso 3: mujer de 56 años remitida por distonía paroxística nocturna. Los episodios paroxísticos nocturnos diarios, de 1 a 10 minutos de duración, consistían en crisis involuntarias coreoatetósicas y estereotipadas que perturbaban el sueño nocturno, sin somnolencia diurna. Los exámenes complementarios fueron normales. La VPSG descartó la existencia de crisis epilépticas y mostró pseudocrisis. **Conclusiones.** Algunas epilepsias se presentan de manera preferente durante el sueño y puede plantearse el diagnóstico diferencial con parasomnias y pseudocrisis. La historia clínica y el registro VPSG son imprescindibles para el diagnóstico diferencial y, por consiguiente, para administrar la terapia adecuada en cada caso.

O17.

Estudio abierto, de 12 meses de duración para evaluar la eficacia de eritropoyetina recombinante humana en pacientes con ataxia de Friedreich

J. Arpa, I. Sanz Gallego, J. Medina Báez, F.J. Rodríguez de Rivera, I. Pascual Pascual

Hospital Universitario La Paz.

Introducción. En un estudio piloto, abierto, de seis meses de duración, se han encontrado evidencias de que la eritropoyetina recombinante humana (rHuEPO) produce un beneficio clínico e incremento persistente de los niveles de frataxina en los pacientes con ataxia de Friedreich. **Pacientes y métodos.** Administración de darbopoetina alfa, 150 $\mu\text{g}/2$ semanas, en pacientes con ataxia de Friedreich genéticamente confirmada. Pacientes: siete mujeres, de las cuales cinco concluyeron el primer año del estudio. Evaluación clínica cuatrimestral mediante la escala SARA. Método estadístico: cálculo de la media y la desviación estándar de cada momento (basal y cuatrimestres 1, 2 y 3) y test ANOVA de medidas repetidas (significación $\alpha = 0,05$). **Resultados.** Edad promedio de las pacientes al inicio del estudio: $30 \pm 12,1$ años. Una paciente tuvo que ser apartada del estudio al presentar cifras de hemoglobina superiores a 15 g con dosis iniciales bajas. Otra paciente abandonó el estudio tras el segundo cuatrimestre. Promedio basal con la escala SARA de $20,5 \pm 7,3$ puntos. Se observó una mejoría estadísticamente significativa ($p = 0,018, 0,028, 0,042$) dentro del primer año de tratamiento, que parecía ceder al cumplirse este periodo. No se observaron efectos adversos significativos. **Conclusiones.** La darbopoetina produce una mejoría inicial del cuadro clínico neurológico de la ataxia de Friedreich durante el primer año de tratamiento, tras el cual parece ceder la mejoría. Son necesarios más estudios para confirmar los resultados obtenidos y conocer qué se puede esperar del tratamiento a más largo plazo.

O18.

Síndrome opsoclono-mioclono y encefalitis límbica con anticuerpos antirreceptor GABAB en el líquido cefalorraquídeo

A. de Felipe Mimbres, M. Guillán, J. Dalmau, M. Alonso de Leciana, J. Masjuán, N. García Barragán

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción. Se ha descrito recientemente la asociación de encefalitis límbica con anticuerpos contra el receptor GABAB (anti-RGABAB) en 15 pacientes. Todos cursaron con crisis epilépticas. Se detectó un tumor en un 50% de los casos. Presentamos una paciente con anticuerpos anti-RGABAB en el líquido cefalorraquídeo (LCR), con una presentación clínica diferente a la descrita hasta la fecha. **Caso clínico.** Mujer de 33 años, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto, que comenzó con un síndrome opsoclono-mioclono tratado con inmunoglobulinas y corticoides, con resolución completa. Meses después presentó una encefalitis límbica sin crisis epilépticas, que mejoró con plasmáferesis, inmunoglobulinas, corticoides y rituximab. La RM craneal demostró hiperintensidad en la sustancia blanca y cortical en los lóbulos temporales y frontales. En suero se identificaron anticuerpos antimitocondriales (1/1.280) y síntesis intratecal de IgM e IgG en el LCR. La TC corporal, marcadores tumorales y el PET-TC *body* fueron normales. Se detectaron anticuerpos anti-RGABAB en el LCR. **Conclusiones.** Todos los casos descritos hasta la fecha con anticuerpos anti-RGABAB y encefalitis límbica cursaron con crisis epilépticas como comienzo o durante el curso de la enfermedad. Nuestra paciente presentó una encefalitis límbica, sin crisis epilépticas ni evidencia de tumor. La presencia de un síndrome opsoclono-mioclono, los anticuerpos anti-RGABAB y la síntesis intratecal de inmunoglobulinas sugieren un mecanismo inmunológico del caso. Se necesitan más estudios para saber si el espectro clínico de los pacientes con anticuerpos anti-RGABAB y encefalitis límbica es diferente al publicado hasta ahora; no se puede excluir la implicación de otros anticuerpos aún no identificados en este caso.