

X Reunión Anual de la Asociación Madrileña de Neurología

Alcalá de Henares, Madrid, 26-27 de octubre de 2012

COMUNICACIONES ORALES

01.

Hemorragia subaracnoidea espontánea con angiografía normal: características clínicas y pronósticas

B. Canneti Heredia, A.J. Mosqueira Martínez, F. Nombela Merchán, J. Vivancos Mora

Objetivos. Describir características demográficas, clínicas, tratamiento y evolución en pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea (HSAe) y arteriografía normal, estableciendo diferencias entre pacientes con neuroimagen inicial con patrón difuso (HSA_d) y perimesencefálico (HSA_p) del sangrado. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes ingresados en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de marzo de 2012, diagnosticados de HSAe. Seleccionamos pacientes con arteriografía normal (sin diagnóstico etiológico) dividiéndolos en HSA_d y HSA_p, según criterios de Rinkel. Recogimos características demográficas, clínicas, terapéuticas y pronósticas. Comparamos ambos grupos mediante chi al cuadrado y *t* de Student con el programa SPSS v. 13.0. **Resultados.** Recogimos 46 casos de HSA angiográficamente normales, 332 de HSA_e, 26 de HSA_p y 20 de HSA_d. Sin diferencias significativas en edad, sexo, factores de riesgo, clínica (localización, meningismo, focalidad neurológica, crisis epilépticas o nivel de conciencia). Tratamiento antitrombótico previo: dos casos de HSA_p y tres de HSA_d

(no significativo). Pérdida de conciencia al inicio: tres casos de HSA_d y ninguno de HSA_p ($p < 0,05$). Protocolo diagnóstico: una primera arteriografía para el 100% de pacientes y una segunda prueba de imagen (arteriografía, 55%; angiorresonancia, 45%), todas normales. En el 96% se inició tratamiento con nimodipino intravenoso, continuando con vía oral hasta 21 días. El vasoespismo se presentó en cinco casos de HSA_d y uno de HSA_p ($OR = 9,6$; $p < 0,05$), e hidrocefalia, en seis casos de HSA_d y dos de HSA_p ($OR = 5,1$; $p < 0,05$). Ningún paciente presentó crisis epilépticas, resangrado, alteraciones de la conducción cardíaca ni hiponatremia. Al alta, todos los pacientes presentaron HyH e índice de Rankin < 2 a los tres meses. **Conclusiones.** La HSA con angiografía normal tiene mejor pronóstico que la aneurismática, especialmente las HSA_p. Nuestros resultados concuerdan con otras series, mostrando una tasa de complicaciones muy baja, con mayor frecuencia de vasoespismo e hidrocefalia en las HSA_d.

02.

Pacientes diabéticos con infarto cerebral: ¿estaría justificada la no administración de trombólisis intravenosa?

B. Fuentes Gimeno, A. Cruz Herranz, P. Martínez Sánchez, A. Rodríguez Sanz, G. Ruiz Ares, D. Prefasi Gomar, E. Díez Tejedor

Introducción. Se ha descrito un menor uso de trombólisis intravenosa en pacientes diabéticos con infarto cerebral y se ha cuestionado su beneficio en ellos. **Objetivo.** Analizar si existen

diferencias en la recuperación funcional a los tres meses de pacientes diabéticos tratados con trombólisis intravenosa en comparación con los no diabéticos. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, inclusión de pacientes consecutivos con infarto cerebral (años 2006-2010). Se analizan datos demográficos, factores de riesgo vascular, comorbilidad (índice de Charlson), gravedad al ingreso (NIHSS), recuperación funcional a los tres meses –escala de Rankin modificada (ERm)–.

Resultados. Muestra de 1.139 pacientes, 283 (24,8%) de los cuales con antecedente de diabetes mellitus. 261 fueron tratados con trombólisis intravenosa (23,2% de no diabéticos y 21,9% de diabéticos). Los pacientes diabéticos tratados presentaban mayor frecuencia de hipertensión arterial (85,5% frente a 55,8%; $p < 0,05$), tratamiento previo con diuréticos (32,3% frente a 17,9%; $p < 0,05$) y estatinas (38,7% frente a 23,9%; $p < 0,05$), mayor edad (70,8 frente a 66,7 años; $p = 0,029$), comorbilidad (índice de Charlson ≥ 2 : 26,1% frente a 4,3%; $p < 0,05$) y mayor glucemia al ingreso (161 mg/dL frente a 114 mg/dL; $p < 0,01$) que los pacientes no diabéticos tratados con trombólisis intravenosa. No se observaron diferencias en gravedad del ictus (NIHSS ≥ 6 : 53,6% frente a 63,9%; $p = 0,384$), mortalidad intrahospitalaria (12,9% frente a 6,1%; $p = 0,101$) ni en la recuperación a los tres meses (ERm ≤ 2 : 60,9% frente a 67,1%; $p = 0,481$). **Conclusiones.** Los pacientes diabéticos con infarto cerebral obtienen similar beneficio del tratamiento con trombólisis intravenosa que los no diabéticos, a pesar de su mayor comorbilidad.

03.

Aplicación de la clasificación A-S-C-O para determinar el pronóstico de la trombólisis intravenosa según la etiología del ictus

A. García Arratibel, P. Sobrino García, A. García Pastor, F. Díaz Otero, G. Vicente Peracho, P. Vázquez Alén, Y. Fernández Bullido, J.A. Villanueva, A. Gil Núñez

Objetivos. Determinar la eficacia y seguridad de la trombólisis intravenosa en diferentes subtipos etiológicos de ictus isquémicos según la clasificación A-S-C-O (A: aterotrombótico; S: pequeño vaso; C: cardioembólico; O: otras causas). **Pacientes y métodos.** Pacientes tratados con trombólisis intravenosa de enero de 2009 a diciembre de 2011. Fueron reclasificados según la clasificación A-S-C-O. Analizamos eficacia (puntuación NIHSS ≤ 1 a las 24 horas y escala de Rankin a los tres meses) y seguridad (transformación hemorrágica sintomática y mortalidad) en cada fenotipo de ictus isquémico. **Resultados.** 190 pacientes tratados con trombólisis intravenosa. El 11,6% fueron clasificados como A1, S1 = 2,6%, C1 = 36,3% y O1 = 1,6%. El 49,5% presentaron características aterotrombóticas (A1, A2 o A3); S1, S2 o S3 = 45,8%; C1, C2 o C3 = 63,2%; O1, O2 u O3 = 2,6%. Observamos escala de Rankin a los tres meses de 3-6 en el grupo S1, S2 o S3 (59,5% frente a 41,7%; $p = 0,03$), pero no en el grupo S1. La proporción de pacientes con NIHSS ≤ 1 a las 24 horas fue menor en el grupo C1 (15,7% frente a 36,1%; $p = 0,01$). Todos los pacientes que fallecieron presentaban algún grado de

cardioembolismo (C1, C2 o C3): 14,7% frente a 0%; $p = 0,02$). No observamos diferencias significativas en la transformación hemorrágica sintomática. En el análisis multivariante, los únicos predictores independientes fueron para Rankin a los tres meses de 3-6: NIHSS basal (OR = 1,12; IC95% = 1,1-1,3; $p < 0,001$) y S1, S2 o S3 (OR = 3,03; IC 95% = 1,2-7,8; $p = 0,02$), y para recuperación excelente precoz (NIHSS ≤ 1 a las 24 h): NIHSS basal (OR = 0,88; IC 95% = 0,80-0,96; $p = 0,006$) y C1 (OR = 0,28; IC 95% = 0,1-0,8; $p = 0,02$). **Conclusiones.** La clasificación A-S-C-O podría ser útil para identificar fenotipos etiológicos de ictus isquémico con diferente pronóstico clínico a la trombólisis intravenosa. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos resultados.

O4.

Exploración de las arterias cerebrales previa a la trombólisis intravenosa. Retrasos en los tiempos de tratamiento de dos técnicas diagnósticas

A. García Pastor, S. Gil Navarro, J.P. Cuello, P. Sobrino García, F. Díaz Otero, P. Vázquez Alén, Y. Fernández Bullido, J.A. Villanueva Osorio, A. Gil Núñez

Objetivos. Determinar si la realización de una angiotomografía cerebral (ATCC) o de un dúplex transcraneal (DxTC) previamente a la trombólisis intravenosa supone un retraso en los tiempos de tratamiento frente a la realización de una tomografía computarizada craneal simple (TCCS). **Pacientes y métodos.** Pacientes con ictus isquémicos agudos tratados con trombólisis intravenosa en nuestra Unidad de Ictus desde enero de 2009 a diciembre de 2011. Comparamos los tiempos de actuación, estado funcional a tres meses, complicaciones hemorrágicas y mortalidad. Consideramos tres situaciones: pacientes a los que sólo se realizó una TCCS, pacientes con ATCC y pacientes con DxTC previo a la trombólisis intravenosa. La realización de ATCC o DxTC dependió de la disponibilidad de la técnica en el momento de la atención del paciente.

Resultados. Se trataron 190 pacientes. En 100 pacientes se realizó únicamente una TCCS, en 55 casos se obtuvo además una ATCC y 35 pacientes fueron estudiados con DxTC. Tiempos de actuación en minutos, mediana (IQR): inicio-puerta: TCCS, 83 (62-120); ATCC, 80 (60-101,5); DxTC, 85 (51-114) ($p = 0,87$); puerta-aguja: TCCS, 52 (40-62); ATCC, 60 (50-72,5); DxTC, 47,5 (42-60,5) ($p = 0,007$); inicio-aguja: TCCS, 140 (120-175); ATCC, 137 (120-180); DxTC, 140 (108-182,5) ($p = 0,87$). Tiempo puerta-aguja < 45 min: TCCS, 39,6%; DxTC, 40,6%; ATCC, 14% ($p = 0,004$). La eficacia y seguridad de la trombólisis intravenosa fue similar en los tres grupos analizados. **Conclusiones.** La realización de una ATCC se asocia a un aumento significativo del tiempo puerta-aguja, pero no afecta al tiempo inicio-aguja. Consideramos que el DxTC es la técnica más rápida para la exploración de las arterias cerebrales previa a la trombólisis intravenosa.

O5.

Mejora en la calidad de vida de los pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico con los nuevos anticoagulantes orales: estudio prospectivo observacional

P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, G. Ruiz Ares, J. Fernández Travieso, E. Díez Tejedor

Objetivos. El tratamiento con acenocumarol requiere controles frecuentes que interfieren en la calidad de vida. Se analiza el impacto en la calidad de vida de los nuevos anticoagulantes en pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional prospectivo de pacientes con fibrilación auricular e ictus isquémico que seguían tratamiento con acenocumarol y se cambió por un nuevo anticoagulante oral (dabigatrán/rivaroxabán). Se estudió la calidad de vida percibida en dos momentos, durante el tratamiento con acenocumarol y tras cambiar al nuevo anticoagulante, utilizando dos cuestionarios: la escala específica de comodidad y satisfacción con el trata-

miento anticoagulante –*Perception of Anti-Coagulant Treatment Questionnaire* (PACT-Q)– y un cuestionario genérico –*Medical Outcomes Study SF-36* (SF36)–. Se excluyeron pacientes con escala de Rankin modificada > 3 , afasia o imposibilidad para completar los cuestionarios. **Resultados.** 18 pacientes, con una edad media de 77,5 años, 33% varones. Mediana de tiempo del ictus hasta el primer cuestionario, 172 días, y hasta el segundo, 251 días ($p = \text{NS}$). El PACT-Q mostró mejor puntuación en el ítem de comodidad (93 frente a 66,1) y de satisfacción (87,1 frente a 70) con los nuevos anticoagulantes que con acenocumarol ($p < 0,05$). El SF-36 mostró también mejor puntuación en la función física (72,5 frente a 50), rol físico (75 frente a 50), vitalidad (70,8 frente a 60) y salud general (54,1 frente a 50) con los nuevos anticoagulantes ($p < 0,05$). **Conclusiones.** La calidad de vida percibida de los pacientes es mejor con los nuevos anticoagulantes orales que con acenocumarol. Este factor debería tenerse en cuenta al prescribir el tratamiento anticoagulante.

O6.

¿Influye el tratamiento con estatinas en la gravedad del infarto cerebral?: importancia de la dosis

P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, G. Ruiz Ares, J. Fernández Travieso, L. Cuéllar Gamboa, M. Martínez Martínez, E. Díez Tejedor

Pacientes y métodos. Estudio prospectivo de pacientes con infarto cerebral agudo admitidos en una Unidad de Ictus durante tres años (2008-2010). El infarto cerebral leve se definió como NIHSS ≤ 5 al ingreso y buena evolución como escala de Rankin modificada ≤ 2 al alta. Se analizó la asociación entre el tratamiento previo con estatinas, en altas (80 mg/día) y bajas/moderadas dosis (< 80 mg/día), y la gravedad del infarto cerebral mediante modelos de regresión logística y análisis de propensión pareado. **Resultados.** 969 pacientes. El 23% tomaba estatinas en bajas/moderadas dosis y el 4,1% en dosis elevadas. Las es-

tatinas se asociaron con menor NIHSS al ingreso –mediana: 4 (IQR: 9) para no estatinas, 4 (IQR: 9) para bajas/moderadas dosis, y 2 (IQR: 4) para altas dosis; $p = 0,010$ –. La frecuencia de infarto cerebral leve fue mayor en el grupo de estatinas (57,9% para no estatinas; 63,2% para bajas/moderadas dosis y 77,5% para altas dosis; $p = 0,026$). Los pacientes con altas dosis de estatinas presentaron mejor evolución al alta, no estadísticamente significativa (66,6% para no estatinas; 64,7% para bajas/moderadas dosis y 75% para altas dosis; $p = 0,443$). El análisis multivariante mostró que el tratamiento previo con estatinas se asociaba a mayor probabilidad de infarto cerebral leve y este efecto era mayor en altas dosis: OR = 1,637 (IC 95% = 1,156-2,319) para bajas/moderadas dosis frente a OR = 3,297 (IC 95% = 1,480-7,345) para altas dosis. **Conclusión.** El tratamiento previo con estatinas se asocia a menor gravedad del infarto cerebral y esta relación podría ser mayor en altas dosis.

O7.

Riesgo de recurrencia de ictus tras embarazo: estudio ROSAP

A. Cruz Herranz, I. Illán Gala, P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, E. Díez Tejedor

Objetivo. El riesgo de recurrencia de ictus tras el embarazo es poco conocida, y nuestro objetivo es evaluarlo en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional de mujeres menores de 45 años con ataque isquémico transitorio (AIT), infarto cerebral (IC), trombosis venosa cerebral (TVC) o hemorragia cerebral (HC) atendidas en nuestra Unidad de Ictus (1996-2010). Los datos clínicos se recogieron de manera prospectiva en una base de datos. La información sobre la historia reproductiva tras el ictus se obtuvo mediante encuestas telefónicas (año 2011). Variables: datos demográficos, factores de riesgo vascular, tipo de ictus, evolución, consejo médico sobre gestaciones tras ictus, número de gestaciones tras ictus, supervisión neurológica durante el embarazo, tratamiento antitrombótico du-

rante la gestación/puerperio, tratamientos de fertilidad administrados e ictus durante la gestación/puerperio. **Resultados.** 81 mujeres: 52 con IC, 15 con AIT, 10 con TVC y 4 con HC. Edad media: $34,0 \pm 6,6$ años. Mediana de seguimiento: 6 años (rango: 1-15 años). Veinticinco gestaciones tras ictus en 19 pacientes (12 con IC, 3 con AIT, 3 con TVC y 1 con HC). Ninguna siguió tratamiento de fertilidad. Sólo 10 embarazos se controlaron neurológicamente. El 87,5% de embarazos (sin HC previa) siguió tratamiento antitrombótico preventivo. No se observó ninguna recurrencia de ictus durante el embarazo/puerperio y tres recurrencias (2 con IC y 1 con AIT) en no embarazadas. **Conclusión.** La recurrencia de ictus tras el embarazo es muy baja. Esto debería tenerse en cuenta al asesorar a estas pacientes.

08.

Rendimiento de los marcadores tumorales para el diagnóstico de neoplasias en pacientes con infarto cerebral

O. Trabajos, M.A. Mangas Guijarro, P. Martínez Sánchez, A. Tallón Barranco, M.J. Aguilar Amat, E. Blanco Vicente, A. Martín Montes, B. Fuentes Gimeno, E. Díez Tejedor

Objetivo. Analizar la frecuencia de diagnóstico de neoplasias tras un infarto cerebral y el valor pronóstico de los marcadores tumorales. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional de pacientes con infarto cerebral atendidos en una Unidad de Ictus durante 2010. Se realizó seguimiento durante el año 2011. Variables analizadas: datos demográficos, factores de riesgo vascular, datos clínicos del ictus, marcadores tumorales durante el ingreso (ACE, CA125, CA199, CA15,3, AFP y PSA) y el diagnóstico de cualquier neoplasia durante el seguimiento. **Resultados.** 398 pacientes, 60% varones. El 13,1% tenía un tumor sólido previo en remisión completa; el 6,5%, un tumor sólido activo; el 0,3%, leucemia activa, y el 0,5%, linfoma activo. En 13 (3,3%) se diagnosticó una neoplasia *de novo*: un adenocarcinoma de próstata, un adenocarcinoma

de colon, tres carcinomas pulmonares, cuatro tumores cerebrales, una neoplasia de cérvix y cuatro tumoraciones cutáneas. Tiempo hasta el diagnóstico: $4,57 \pm 6,90$ meses. Tres presentaban metástasis. Se analizaron los marcadores tumorales en el 89,9% de los pacientes sin antecedente de neoplasia: se elevaron en el 60% de los pacientes con neoplasia *de novo* respecto al 9,6% de los casos sin neoplasia ($p < 0,0001$): sensibilidad, 70%; especificidad, 84,7%; valor predictivo positivo, 14%, y valor predictivo negativo, 98,8%. Además, se elevaron en el 80% de neoplasias *de novo* con marcador tumoral específico: sensibilidad, 80%; especificidad, 89,9%; valor predictivo positivo, 12,1%, y valor predictivo negativo, 99,6%. **Conclusiones.** La presencia de neoplasias, previas o *de novo*, es frecuente en pacientes con infarto cerebral, lo que sugiere un papel en su fisiopatología. Los marcadores tumorales tienen un elevado rendimiento en el diagnóstico de neoplasias aunque su valor predictivo positivo es bajo.

09.

Pacientes jóvenes con infarto cerebral: ¿es la fibrilación auricular más frecuente de lo esperado?

D. Prefasi Gomar, A. Rodríguez Sanz, P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, E. Díez Tejedor

Objetivo. Analizar la frecuencia de fibrilación auricular (FA) en pacientes jóvenes con infarto cerebral y su relación con la gravedad y evolución de éste. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional en pacientes de hasta 50 años con infarto cerebral agudo atendidos en un Centro de Ictus (enero de 2007 a diciembre de 2011). Se realizó un estudio cardiológico completo con ECG diario, monitorización cardíaca (72 horas), ecocardiograma y, si la etiología del infarto cerebral permanecía desconocida, Holter ECG de 24 horas. Se analizaron datos basales, diagnóstico previo o *de novo* de FA y de cardiopatía estructural (valvulopatía/miocardopatía), gravedad al ingreso (NIHSS, considerando infarto

cerebral moderado-grave si NIHSS ≥ 5) y evolución a los tres meses (buena recuperación funcional si ERM ≤ 2). Se analizó la frecuencia de la FA y su relación con la gravedad y recuperación funcional del infarto cerebral, en general y considerando tres grupos: FA sin valvulopatía/miocardopatía (FASvm), FA con valvulopatía/miocardopatía (FAvm) y sin FA. **Resultados.** 157 pacientes, edad media de 41,1 años, 58,6% varones. Presentaron FA 16 pacientes (10,2%): 5 (3%) con FASvm y 11 (7%) con FAvm. En 10 (6,4%), la FA era previamente conocida: 2 FASvm y 8 FAvm. La presencia de FA no se relacionó con la evolución del ictus aunque, por grupos, los pacientes con FASvm presentaron mejor evolución que aquellos con FAvm y sin FA (ERM ≤ 2 : 100%, 63,6% y 88,7%, respectivamente; $p = 0,039$). En el análisis multivariante, la FA se asoció de manera independiente a infarto cerebral moderado-grave (OR = 3,882; IC 95% = 1,277-11,799). **Conclusión.** La FA está presente en pacientes jóvenes con infarto cerebral con una mayor frecuencia de lo esperado, observándose en uno de cada diez. Además, se asocia a mayor gravedad del infarto cerebral.

010.

¿Influyen la etiología y gravedad del infarto cerebral en la respuesta a la trombolisis intravenosa en pacientes menores de 55 años con ictus agudo?

D. Prefasi Gomar, B. Fuentes Gimeno, A. Rodríguez Sanz, P. Martínez Sánchez, E. Díez Tejedor

Objetivo. Analizar si existe diferente respuesta al tratamiento trombolítico (TIV) en pacientes < 55 años con ictus isquémico, según etiología y gravedad del infarto cerebral (IC). **Pacientes y métodos.** Estudio observacional con inclusión de pacientes < 55 años con IC agudo (enero de 2007 a diciembre de 2011). Analizamos recuperación funcional (escala de Rankin modificada, ERM) a los tres meses según etiología del IC y gravedad al ingreso: leve (NIHSS < 6), moderado

(NIHSS: 6-14) y grave (NIHSS >14) comparando pacientes tratados con TIV y no tratados. **Resultados.** 230 pacientes, 55 (24%) de ellos tratados con TIV. Los IC de origen cardioembólico e indeterminado recibieron con mayor frecuencia TIV: cardioembólico, TIV 32,7% frente a no TIV 17,1% ($p = 0,021$); indeterminado, TIV 27,3% frente a no TIV 13,7% ($p = 0,024$), al contrario que los lacunares (TIV 9,1% frente a no TIV 36%; $p < 0,001$). No encontramos diferencias significativas en la frecuencia de ERM ≤ 1 entre tratados y no tratados según la etiología, ni al considerar la gravedad al ingreso, aunque se observó una tendencia a mayor frecuencia de ERM ≤ 1 en los IC moderados tratados (81,3% frente a 55,6%), especialmente en los de origen inhabitual (75% frente a 0%; $p = 0,048$) y peores resultados en los IC graves con tendencia a mayor frecuencia de ERM ≥ 3 en los tratados (66,7% frente a 37,5%; $p = ns$). **Conclusión.** En pacientes < 55 años, tratados y no tratados con TIV, la etiología del IC no influye en la recuperación funcional a los tres meses. En este grupo de edad, los IC agudos moderados se benefician más del TIV. Sin embargo, los IC graves tratados con TIV presentan peor recuperación funcional que los no tratados.

011.

¿Existe una correlación entre los anticuerpos anticardiolipina y la gravedad del infarto cerebral en los pacientes con síndrome antifosfolípido?

A. Rodríguez Sanz, D. Prefasi Gomar, P. Martínez Sánchez, I. González Suárez, A. Cruz Herranz

Objetivo. Los anticuerpos anticardiolipina (AcACL) son útiles para monitorizar la actividad de la enfermedad en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Nuestro objetivo es analizar la asociación entre los niveles de AcACL y la gravedad del infarto cerebral en paciente con SAF. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional de pacientes < 55 años atendidos en una Unidad de Ictus durante 2006-2011 con diagnóstico de infarto cerebral. Varia-

bles analizadas: datos demográficos, factores de riesgo vascular, datos de laboratorio al ingreso (primeras 72 horas) que incluían los niveles de AcACL (IgM e IgG), gravedad (NIHSS), etiología del infarto cerebral y complicaciones hospitalarias. Se estudiaron dos grupos según presentaran o no SAF. En el grupo de pacientes con SAF se realizó un análisis de correlación entre la gravedad al ingreso y los niveles de AcACL. **Resultados.** 222 pacientes. 63,5% varones. Edad media: 44,49 ± 8,82 años. De ellos, 20 (9%) tenían SAF diagnosticado antes o después del infarto cerebral. Estos pacientes sufrían con mayor frecuencia migraña (45% frente a 14,1%), abortos previos (23,5% frente a 7,2%) y otras trombofilias (30% frente a 6,9%) ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en la gravedad del infarto cerebral, los factores de riesgo vascular ni complicaciones hospitalarias. Sin embargo, en los pacientes con SAF se observó una correlación positiva entre los niveles de IgM ACL y NIHSS al ingreso ($\rho = 0,573$; $p = 0,005$). **Conclusión.** El nivel de IgM ACL en los pacientes con SAF se correlaciona con la gravedad del infarto cerebral.

012.

¿Es segura la realización de una angiotomografía previa a una trombólisis intravenosa?

P. Sobrino García, J.P. Cuello, A. García Pastor, G. Vicente Peracho, S. Gil Navarro, F. Díaz Otero, P. Vázquez Alén, J.A. Villanueva Osorio, A. Gil Núñez

Objetivo. Determinar si la realización de una angiotomografía (ATC) previamente a la trombólisis intravenosa (TIV) en pacientes con ictus isquémico agudo supone mayor riesgo de fallo renal agudo. **Pacientes y métodos.** Análisis retrospectivo de pacientes tratados con TIV en nuestro hospital de enero de 2009 a diciembre de 2011. Comparamos niveles de creatinina basal (antes de TIV y ATC) con un control posterior (48 h siguientes a TIV). Definimos fallo renal agudo como un incremento $\geq 0,5$ mg/dL o $\geq 25\%$ de los niveles de creatinina basal. Dividimos a los pacientes en dos

grupos: ATC realizado (grupo ATC+) y ATC no realizado (grupo ATC-). La realización del ATC se basó en indicaciones médicas o disponibilidad de la técnica. **Resultados.** 190 pacientes tratados con TIV. La función renal (pre y post-TIV) pudo medirse en 162 pacientes (114 ATC- y 48 ATC+). Nueve pacientes (5,5%) desarrollaron fallo renal agudo, 7 (6,1%) en el grupo ATC- y 2 (4,2%) en el grupo ATC+. La realización del ATC no se relacionó con mayor riesgo de desarrollar fallo renal agudo (OR = 0,7; IC 95% = 0,13-3,30; $p = 0,6$) y no afectó la eficacia ni la seguridad de la TIV. El fallo renal agudo se asoció con antecedentes de diabetes (OR = 4,4; IC 95% = 1,1-17,2; $p = 0,03$), antecedentes de insuficiencia renal crónica (OR = 12,2; IC 95% = 2,4-61,2; $p = 0,002$) y creatinina basal $> 1,5$ mg/dL (OR = 5,9; IC 95% = 1,04-34,1; $p = 0,004$). En el análisis multivariante, sólo el antecedente de insuficiencia renal crónica (OR = 9,4; IC 95% = 1,6-55,4; $p = 0,01$) se identificó como factor de riesgo independiente de desarrollar fallo renal agudo. **Conclusiones.** La realización de una ATC no aumenta el riesgo de desarrollar fallo renal agudo. Esta técnica puede utilizarse de manera segura antes de la TIV en ictus isquémicos agudos.

013.

Mortalidad a largo plazo de pacientes con ictus. Datos del estudio NEDICES

C. Sánchez Sánchez, P. Calleja, A. Martínez Salio, J. Díaz Guzmán, R. Trincado, J.F. Varona, F. Sierra, J. Hernández Gallego, F. Bermejo Pareja

Objetivo. Los datos sobre la mortalidad por ictus a largo plazo son limitados, por lo que se analizan los datos de la cohorte NEDICES (*Neurological Disorders in Central Spain*). **Pacientes y métodos.** La cohorte NEDICES, constituida por 5.278 ancianos, detectó ictus prevalentes (1994-1995) e incidentes (1997-1998) y dispone de información de mortalidad y sus causas (registro nacional e Instituto Nacional de Estadística hasta el 31 de diciembre de 2007). Se analizan datos de supervivencia con curvas de Kaplan-

Meier y riesgos con regresión de Cox. **Resultados.** La mortalidad a lo largo de 13 años de los 255 pacientes con ictus prevalente (o isquemia transitoria) fue del 70,6%, y entre los 5.007 participantes sin ictus fue del 50,3% ($p < 0,001$). Su media de supervivencia fue de 7,35 años (IC 95% = 6,76-7,94) frente a 9,9 años (IC 95% = 9,78-10,03) en sujetos sin ictus ($p < 0,001$). Tener una edad > 80 años y padecer diabetes (HR = 1,6; IC 95% = 1,1-2,35) fueron factores adicionales de mortalidad en los pacientes con ictus. El incremento de mortalidad en el grupo de ictus se debió esencialmente al exceso de mortalidad en los primeros seis años de seguimiento. La información en los 75 casos de ictus (o isquemia transitoria) incidentes son análogos a los de los ictus prevalentes. El análisis de las causas de muerte en el grupo que padecía ictus mostró mayor riesgo de morir de ictus y menor de cáncer que el grupo sin ictus. **Conclusiones.** El incremento de mortalidad asociado a padecer ictus se debe principalmente a la mortalidad durante los seis primeros años tras el ictus.

014.

Puesta en marcha de una red interhospitalaria para el tratamiento intervencionista del ictus agudo en la Comunidad de Madrid

A. Jiménez Carrillo, G. Zapata Wainberg, S. Trillo Senín, G. Reig Roselló, M. Alonso de Leciana, A. Cruz Culebras, P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, A. Gil Núñez, J. Egidio Herrero, J. Díaz Guzmán, J. Masjuán Vallejo, E. Díez Tejedor, J. Vivancos Mora

Objetivo. Presentar el desarrollo y los primeros resultados tras la implantación de un sistema coordinado para el tratamiento endovascular del ictus agudo mediante la creación de una red colaborativa interhospitalaria en la Comunidad de Madrid. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo de pacientes consecutivos seleccionados para tratamiento endovascular según un protocolo de actuación consensuado entre las unidades de ictus de la

Red Ictus Madrid. Se presentan las características basales de la muestra, tasa de reperusión, evolución y complicaciones a corto plazo de los pacientes tratados en tres unidades de ictus coordinadas mediante un sistema organizativo específico desde el 30 de enero hasta el 15 de mayo de 2012. **Resultados.** Pacientes tratados: 29 (ratio: 8,2 pacientes/mes). Técnica: *stent-retriever*, 96,5%. Media de edad: 66,86 ± 11,99 años. Mujeres: 37,9%. Mediana de NIHSS basal: 17 (rango intercuartílico: 6). Tratados previamente con rTPA-IV: 62,1%. Trasladados interhospitalarios: 58,6%. Circulación anterior: 93,1% (arteria cerebral media: 86,2%). Tasas de recanalización: TIC1 2a, 82,7%; TIC1 2b, 72,4%. Mediana de tiempo síntomas-intervencionismo: 260 min (rango intercuartílico: 192,5 min). Media de tiempo síntomas-recanalización: 316,66 ± 100,04 min. Complicaciones inmediatas: 13,79% (roturas arteriales, 2; disección arterial, 1; otras 1; ninguna mortal). Transformación hemorrágica sintomática: 3,4%. Mortalidad al primer mes: 3,4%. Mediana de NIHSS al alta: 3 (rango intercuartílico: 11); Mediana de diferencia de NIHSS pre y postratamiento: 12 ($p < 0,001$). **Conclusiones.** La implementación de esta red interhospitalaria incrementa la accesibilidad y permite la aplicación eficaz y segura del tratamiento endovascular para el ictus isquémico agudo en la Comunidad de Madrid. Se precisa un seguimiento a largo plazo para confirmar estos resultados iniciales.

015.

Primer hallazgo de depósitos de IgM y complemento en axones y oligodendrocitos en la esclerosis múltiple

J.C. Álvarez Cermeño, M.C. Sádaba, J. Tzartos, C. Paíno, M. García Villanueva, M.M. Esiri, L.M. Villar

Vimos IgM en un 50% de muestras de cerebro de pacientes con esclerosis múltiple e IgG en un 75% (ausentes en controles). Su depósito era independiente de la duración, tipo de esclerosis múltiple o estadio de la lesión. Se detectaron IgM e IgG, junto

con el componente C3b del complemento, en axones desmielinizados y oligodendrocitos en áreas desmielinizadas. Además, observamos ambas inmunoglobulinas en oligodendrocitos de la sustancia blanca aparentemente normal en algunos casos y complejos antígeno-anticuerpo en el interior de macrófagos espumosos. Estos hallazgos no se encontraron en otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central diferentes de la esclerosis múltiple y muestran la implicación de la IgG, la IgM y el complemento en la fisiopatología de la desmielinización y del daño axonal, causa de la discapacidad permanente.

016.

Cadenas kappa elevadas en el líquido cefalorraquídeo predicen el desarrollo de esclerosis múltiple

J.C. Álvarez Cermeño, M. Espiño, L. Costa-Frossard, A. Muriel, J. Jiménez, L.M. Villar

Introducción. Un síndrome neurológico aislado puede ser el primer brote de una esclerosis múltiple (EM). Sin embargo, no todos los pacientes con síndrome neurológico aislado desarrollan la enfermedad. La identificación de aquellos con riesgo de EM es crucial, pues el tratamiento precoz con inmunomoduladores mejora su evolución. Las cadenas ligeras kappa (CLK) están elevadas en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con EM. Estudiamos si los niveles elevados de CLK en el líquido cefalorraquídeo predicen el desarrollo de EM en los pacientes con síndrome neurológico aislado. **Pacientes y métodos.** Cuantificamos por nefelometría las CLK en el líquido cefalorraquídeo de 25 pacientes con enfermedades no inflamatorias del sistema nervioso central (grupo ENI) y 78 pacientes consecutivos con síndrome neurológico aislado. Analizamos si la elevación de CLK en el líquido cefalorraquídeo se asocia con la aparición de EM, según criterios de McDonald. **Resultados.** Establecimos un punto de corte para el nivel máximo de CLK en el líquido cefalorraquídeo de 0,53 mg/L (media + 2 DE del grupo

ENI). Los pacientes con síndrome neurológico aislado y niveles de CLK por encima de dicha cifra desarrollaron precozmente EM: análisis uni y multivariante de Cox (HR = 6,41; IC 95% = 1,88-21,78; $p = 0,003$). **Conclusión.** Niveles altos de CLK en el líquido cefalorraquídeo predicen de forma precisa el desarrollo de EM en los pacientes con síndrome neurológico aislado.

017.

Registro Español de Ataxias y Paraparesias Espásticas Degenerativas (REDAPED)

F.J. Arpa Gutiérrez, L. Bataller, D.G. Batlle, A. Matilla Dueñas, J. Esteban Muñoz, M.M. O'Callaghan, B. Quintáns Castro, S.I. Pascual Pascual, I. Sanz Gallego, M.C. Serrano Munuera, M.J. Sobrido Gómez, V. Volpini Bertrán, M. Posada

Objetivo. La Comisión de Estudios de Ataxia y Paraparesias Espásticas Degenerativas de la Sociedad Española de Neurología y el Instituto de Investigación en Enfermedades Raras (Instituto de Salud Carlos III) están promoviendo este proyecto, cuyo objetivo principal consiste en caracterizar a los pacientes con ataxias y paraparesias espásticas degenerativas sobre la base de un conjunto mínimo, específico y uniforme de datos clínicos y genéticos y recopilarlos en un registro único de ámbito estatal (REDAPED). **Pacientes y métodos.** Los datos se obtendrán de la historia clínica o de los derivados de éstas. La incorporación de los datos genéticos procederá de la información de las unidades/servicios de genética. Los datos a recopilar están comprendidos dentro de un conjunto mínimo de datos. **Resultados.** La prevalencia de las ataxias no es bien conocida, aunque se asume que es inferior a 1/10.000 habitantes (en nuestra experiencia, 13,4/100.000 habitantes). La prevalencia de las paraparesias espásticas degenerativas en España se ha estimado en 9,6 por 100.000 habitantes. Se prevé incluir un total de 10.000 pacientes en España. **Conclusiones.** El REDAPED trabajará para desarrollar el abordaje asistencial global de las ataxias y pa-

raparesias espásticas degenerativas que incluirá intervenciones multidisciplinares para preservar la salud, maximizar la recuperación funcional y mejorar la calidad de vida. Los objetivos asistenciales se alcanzarán por medio de la investigación básica continuada orientada a comprender los mecanismos fisiopatológicos de las ataxias y paraparesias espásticas degenerativas.

018.

Distonía en miembros inferiores de comienzo en la edad adulta

A. Herranz Bárcenas, J. del Val Fernández, A. Martínez Pueyo, M.A. Aranda Calleja, S. Bellido Cuéllar, V. Sánchez Bernardos, P. García Ruiz-Espiga

Introducción. La distonía es la contracción simultánea de músculos agonistas y antagonistas, dando lugar a posturas anómalas fijas o móviles; la edad de comienzo de la distonía es uno de los factores pronósticos más importante en las distonías primarias. En general, cuanto más precoz sea el comienzo, más probable es que la distonía resulte más grave y afecte a más partes del cuerpo. La afectación de los miembros inferiores es la manifestación inicial típica de los niños con distonía primaria generalizada, pero es una localización de presentación poco frecuente de distonía en adultos (> 26 años). **Pacientes y métodos.** Exponemos una serie de 10 pacientes adultos con distonía de inicio en los miembros inferiores (seis mujeres y cuatro varones), seguidos evolutivamente en la Unidad de Trastornos del Movimiento. Analizamos las pruebas diagnósticas realizadas (neuroimagen, analíticas, etc.), la evolución clínica, la distribución y el tratamiento con el fin de realizar un diagnóstico etiológico y su clasificación. **Resultados.** Cuatro pacientes fueron diagnosticados de distonía idiopática; uno, de distonía secundaria a lupus eritematoso sistémico; uno, de distonía ocupacional; uno, de distonía primaria generalizada; uno, de distonía que responde a levodopa, y dos, de distonía secundaria a probable enfermedad de Parkinson.

019.

Leucoaraiosis y microhemorragias cerebrales en pacientes con deterioro cognitivo

A. Martín Montes, B. Fuentes Gimeno, O. Trabajos García, E. Blanco Vicente, M.A. Mangas Guijarro, C. Acedo Jiménez, A. Frank García, E. Díez Tejedor

Introducción. Las lesiones hiperintensas de la sustancia blanca (LHSB) y las microhemorragias se observan frecuentemente en estudios de resonancia magnética (RM) craneal en individuos de edad avanzada y su frecuencia es mayor en pacientes con deterioro cognitivo, aunque no se ha analizado si existen diferencias entre los distintos perfiles de deterioro cognitivo. **Objetivo.** Valorar la presencia de LHSB y microhemorragias en la RM de pacientes con deterioro cognitivo analizando su distribución y su frecuencia en distintos grupos diagnósticos. **Sujetos y métodos.** Estudio longitudinal multicéntrico observacional del Grupo de Demencias de la Comunidad de Madrid (DEMCAM). Se revisan los estudios de RM por un observador ciego a los datos clínicos, valorando las LHSB en secuencias FLAIR y T₂ mediante la escala de Wahlund, y las microhemorragias, en secuencias eco de gradiente. Grupos de estudio: deterioro cognitivo leve amnésico monodominio (DCL-A) y multidominio (DCL-M), enfermedad de Alzheimer (EA) probable leve y controles. **Resultados.** 98 participantes (42 controles y 56 pacientes con deterioro cognitivo). Los pacientes con deterioro cognitivo presentaron una puntuación total media en la escala de Wahlund mayor que los controles (3,54 ± 1,03 frente a 2,1 ± 0,79; $p = 0,028$). Se observaron diferencias significativas al comparar el grupo control con el DCL-M (2,1 ± 0,79 frente a 3,44 ± 2,05; $p = 0,03$). No se observaron patrones significativos en la distribución de las lesiones en los diferentes grupos. Frecuencia de microhemorragias en los distintos grupos: 26,2% en controles, 50% en DCL-A, 56,3% en DCL-M y 38,9% en EA. **Conclusiones.** Nuestros datos confirman que los pacientes con deterioro cognitivo presentan más LHSB y se

observa una asociación especialmente significativa en el DCL-M. Las microhemorragias se observaron más frecuentemente en pacientes con DCL.

020.

Mioclónías sintomáticas en pacientes críticos

A. Mosqueira Martínez, B. Canneti Heredia, L. López Manzanares, M.T. Carreras Rodríguez, M. de Toledo, J. Vivancos Mora

Objetivo. Describir las características clínicas, etiológicas, tratamiento y evolución en pacientes con mioclónías sintomáticas a lo largo de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Hospital de La Princesa, entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2011, diagnosticados de mioclónías sintomáticas. Recogimos características clínicas, epidemiológicas, de laboratorio, pruebas de imagen y tratamientos empleados. **Resultados.** Se recogieron 50 pacientes (32 varones y 18 mujeres). En función de la etiología se dividieron en cinco grupos: 20 posthipóxicas, 16 metabólicas (3 por hiponatremia, 6 por hepatopatía, 6 por insuficiencia renal, 1 por hipercalcemia), 7 tóxicas (6 por fármacos, 1 por privación), 5 mixtas, 2 otras. Edad media: $63,2 \pm 14,2$, $64,1 \pm 10,2$, $41,3 \pm 16,2$, $65,0 \pm 15,2$ y $58,5 \pm 16,2$ años, respectivamente. Porcentaje de fallecimientos en los primeros 30 días: 50%, 41%, 75%, 0% y 0%, respectivamente. Estudio: EEG y TC/RM. Tratamientos empleados con mayor frecuencia: clonazepam, ácido valproico y levetiracetam. **Conclusiones.** Las mioclónías son un tipo de movimiento involuntario frecuente en los enfermos críticos, con un diagnóstico diferencial amplio. Se asocian a un mal pronóstico funcional y vital, especialmente en el grupo de mioclónías posthipóxicas y metabólicas, siendo mucho mejor en el caso de mioclónías tóxicas.

021.

Estudio longitudinal con tomografía de coherencia óptica de pacientes con síndrome desmielinizante aislado

C. Oreja Guevara, B. Chamorro Hernández, I. Noval Martín, J. Moreno Hernández, S. Noval Martín

Objetivo. Analizar los cambios del espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina después de dos años en pacientes con síndrome desmielinizante aislado. **Pacientes y métodos.** Estudio longitudinal de dos años de duración en pacientes con síndrome desmielinizante aislado. Se les realizó una exploración neurológica, oftalmológica, RM craneal y cervical y tomografía de coherencia óptica (OCT) en los dos primeros meses. La RM y la OCT se repitieron a los dos años. **Resultados.** Se estudiaron 12 pacientes con síndrome desmielinizante aislado, incluyendo cinco con neuritis óptica. La EDSS media fue de 1,66. De los 12 pacientes, seis evolucionaron a esclerosis múltiple (EM) clínicamente definida en los dos años. El espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina pasó de $99,68$ a $84,94 \mu\text{m}$ en los ojos afectados y de $93,76$ a $89,93 \mu\text{m}$ en los no afectados. A los dos años, el espesor en ambos ojos fue significativamente superior en los pacientes que no evolucionaron a EM. Considerando el ojo no afecto, los pacientes sin EM pasaron de $96,79$ a $95,15 \mu\text{m}$ en dos años, y los pacientes con EM, de $90,72$ a $84,71 \mu\text{m}$. La atrofia del ojo no afecto en la OCT basal se correlacionaba significativamente con la secuencia T_2 y la EDSS a los dos años. **Conclusión.** Los pacientes que evolucionan a EM clínicamente definida después de dos años tienen una reducción significativa del espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina con respecto a los que no evolucionan. Además, los resultados de la OCT basal se correlacionan con la actividad y progresión de la enfermedad a los tres años.

022.

Estudio de resonancia magnética con transferencia de magnetización en pacientes con esclerosis múltiple tratados con natalizumab

C. Oreja Guevara, A. Royo Orejas, L. Rodríguez de Antonio, S. Noval Martín, B. Chamorro Hernández, J. Moreno Hernández, E. Díez Tejedor, J. Álvarez Linera

Introducción. La transferencia de magnetización es una técnica cuantitativa de resonancia magnética (RM) que indica la integridad del tejido examinado y el daño axonal. **Objetivo.** Analizar los efectos del natalizumab sobre el daño axonal usando la técnica de RM de transferencia de magnetización. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente que recibieron natalizumab por lo menos durante dos años. Se les realizó una exploración neurológica cada seis meses y una RM craneal antes de iniciar tratamiento y luego anualmente. Se efectuaron las secuencias convencionales y de transferencia de magnetización en una RM de 3 T. **Resultados.** Se analizaron los datos de 15 pacientes (12 mujeres). Todos ellos habían recibido previamente por lo menos un tratamiento inmunomodulador. La tasa anual de brotes pasó de 2 a 0,33, y el EDSS medio, de 3,73 a 3,90. El volumen de lesiones en secuencias T_2 y captantes de gadolinio aumentó ligeramente después de dos años de tratamiento (de 6.812 a 7.895, y de 54,55 a 64,40); sin embargo, el volumen lesional en T_1 disminuyó significativamente (de 1.210 a 837). El promedio del índice de transferencia de magnetización aumentó 1,84 desde el inicio (de 36,73 a 38,57). El 80% de los pacientes estaban libres de lesiones captantes de gadolinio, y el 53,3%, libres de actividad de enfermedad. **Conclusión.** Los datos de la transferencia de magnetización y de las lesiones en T_1 muestran que hay una mejoría del daño axonal cerebral y apoya el efecto del natalizumab en prevenir daños irreversible en el tejido cerebral.

023.

Influencia del fingolimod sobre el grosor macular en pacientes con esclerosis múltiple

C. Oreja Guevara, M. Capote Moreno, L. Rodríguez de Antonio, B. Chamorro Hernández, J. Moreno Hernández, S. Noval Martín

Introducción. Parece que el fingolimod puede producir edema macular en algunos pacientes. El edema macular consiste en la acumulación de líquido en la mácula retiniana, y generalmente antes de que se origine, puede detectarse mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) un engrosamiento macular que no tiene repercusión visual. **Objetivo.** Analizar si se producen cambios morfológicos o cuantitativos maculares en pacientes con esclerosis múltiple (EM) en tratamiento con fingolimod, aunque no tengan repercusión sobre la función visual. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo en pacientes con EM en tratamiento con fingolimod. A todos ellos se les realizó una exploración oftalmológica completa que incluía OCT macular de ambos ojos antes de iniciar el tratamiento y periódicamente a lo largo del seguimiento. **Resultados.** Se incluyeron 18 pacientes (3 varones y 15 mujeres) con EM, con una edad media de $38,09 \pm 8,75$ años. Ningún paciente presentó edema macular difuso, edema macular quístico, desprendimientos del neuroepitelio ni engrosamiento macular. El volumen macular disminuyó de $9,75 \pm 0,51$ a $9,65 \pm 0,55 \text{ mm}^3$ para el ojo derecho (resultados similares para el ojo izquierdo) y el grosor foveal se mantuvo estable para ambos ojos (de $252,5 \pm 23,2$ a $251,86 \pm 22,52$ micras, tras un seguimiento medio de $12,14 \pm 3,41$ meses). **Conclusión.** En este estudio se demuestra que el fingolimod no sólo no ha producido edema macular, sino que ni siquiera ha originado engrosamiento macular subclínico, que es el estadio previo, después de un año de tratamiento en los pacientes con EM.

024.

Encefalitis herpéticas y autoinmunes: similitudes y diferencias clinicoradiológicas

B. Oyanguren Rodeño, V. Sánchez González, L. Esteban Fernández, S. Sainz de la Maza, A. de Felipe Mimbrega, J. López Sendón, N. García Barragán, J. Martínez Sanmillán, J. Masjuán Vallejo, I. Corral Corral

Introducción. Las encefalitis herpéticas y autoinmunes comparten características clínicas y son letales sin tratamiento, por lo que resulta vital llegar a un diagnóstico adecuado precoz. Hemos comparado ambos grupos con el fin de establecer un patrón clínico diferencial. **Pacientes y métodos.** Se revisaron todos los casos con diagnóstico clínico de encefalitis en nuestro hospital entre 2005 y 2012, y se seleccionaron todos aquellos con reacción en cadena de la polimerasa positiva para virus herpes simple 1 (VHS-1) en líquido cefalorraquídeo (LCR) y con anticuerpos antineuronales u origen paraneoplásico demostrado. Se compararon datos epidemiológicos, clínicos, de LCR y EEG. Las pruebas de imagen fueron evaluadas por un neurorradiólogo sin conocer el diagnóstico. **Resultados.** Se hallaron 10 pacientes con reacción en cadena de la polimerasa positiva para VHS-1 y nueve con anticuerpo antineuronal u origen paraneoplásico. En este grupo se encontraron cuatro pacientes con anticuerpos anti-NMDA, 2 con anti-VGKC, uno con anti-GABA-b, uno con anti-Hu y uno con carcinoma microcítico de pulmón. Ninguna característica resultó exclusiva de uno de los grupos. Las únicas características con diferencias significativas fueron la presentación aguda, fiebre al inicio, afa-

sia y signo del hachazo en RM, más frecuentes en las encefalitis herpéticas, y los trastornos psiquiátricos, más habituales en encefalitis autoinmunes. No hubo diferencias en el EEG ni en el recuento de leucocitos en LCR, pero la presencia de hematíes y la proteinorraquia fueron mayores en encefalitis herpéticas. La neuroimagen fue patológica en todas las herpéticas y sólo en cuatro autoinmunes. **Conclusiones.** Existen escasas diferencias entre las encefalitis herpéticas y las autoinmunes. Son características diferenciales de la primera la presentación aguda con fiebre, afasia, elevación de proteínas y hematíes en LCR y el signo del hachazo, y de la segunda, los trastornos psiquiátricos.

025.

Pacientes con ciertas enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson) tienen menor mortalidad por cáncer. Datos de la cohorte NEDICES

J.P. Romero Muñoz, A. Villarejo, F. Sierra, A. Herrero, R. Trincado, J. Benito León, F. Bermejo Pareja

Introducción. Se ha descrito una asociación negativa entre diversos trastornos neurológicos —enfermedad de Alzheimer (EA), esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson (EP)— y la mortalidad por cáncer. **Objetivo.** Analizar las causas de muerte en los pacientes con demencia (EA y vascular) y EP en la cohorte NEDICES (*Neurological Disorders in Central Spain*). **Pacientes y métodos.** El corte basal de la cohorte (1994-1995) cribó a 5.278 participantes y detectó estado de salud (500 ítems) y prevalencia de enfermedades neurológicas crónicas. La

mortalidad de esta cohorte se evaluó hasta el 31 de diciembre de 2007 mediante el Registro Nacional de Mortalidad y el Instituto Nacional de Estadística (causas de muerte). **Resultados.** En el corte basal se detectaron 306 pacientes con demencia (207 con EA y 44 con demencia vascular) y 81 pacientes con EP. 2.810 participantes murieron durante el periodo de seguimiento (rango: 0-14,7 años). El diagnóstico de cáncer como una causa de muerte se certificó en 10 pacientes con EA, 10 con EP, dos con demencia vascular y 674 en el resto de pacientes fallecidos. En un análisis de regresión logística, la mortalidad ajustada para el riesgo de cáncer en EA fue $RR = 0,3$ (IC 95% = 0,2-0,9; $p < 0,03$); en EP, $RR = 0,3$ (IC 95% = 0,2-0,7; $p < 0,01$), y en casos de demencia vascular, $RR = 0,4$ (IC 95% = 0,7-2,1; $p = 0,3$). **Conclusiones.** La asociación negativa entre EA, EP y muerte por cáncer descrita en el estudio NEDICES demuestra que en la población española se confirman los hallazgos de algunos estudios poblacionales. Esta asociación no se encuentra en casos de demencia vascular. Aunque hay varias explicaciones para esta asociación es posible que mecanismos biológicos aún desconocidos desempeñen un papel.

026.

Factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer en la cohorte NEDICES

F. Bermejo Pareja, R. Trincado, A. Villarejo Galende, A. Sánchez Ferro, A. Herrero, F. Sierra, S. Vega Quiroga, J. Benito León

Introducción. La dificultad terapéutica de la demencia establecida y la en-

fermedad de Alzheimer (EA) promueve el análisis de sus factores de riesgo para intentar su prevención. **Objetivo.** Analizar en la cohorte de ancianos NEDICES (*Neurological Disorders in Central Spain*) los factores de riesgo de demencia y EA. **Pacientes y métodos.** 5.278 participantes censales se evaluaron en el corte basal (1994-1995) y de incidencia (3,2 años más tarde de media, 1997-1998). En el corte basal, se cumplimentó en la mayoría de los participantes un cuestionario de 500 ítems sobre salud y estilo de vida. **Resultados.** Se detectaron 161 casos de demencia incidente entre 3.891 participantes evaluados en el segundo corte. La gran mayoría fueron casos de EA ($n = 115$; 71,4%). En varios análisis de regresión (Cox y otros), la edad, la escasa educación (sobre todo el analfabetismo), el rendimiento cognitivo previo (MMSE-37) y el hecho de haber padecido un ictus previo (y más de cuatro factores de riesgo vasculares) fueron los factores de riesgo más consistentes, estadísticamente significativos y biológicamente plausibles de demencia (para la EA, sólo los tres primeros fueron estadísticamente significativos). Otros factores de riesgo detectados, pero menos consistentes, fueron: escasa actividad física (e incapacidad funcional), mala salud subjetiva y dormir excesivamente (se omite por su extensión la descripción de *hazard ratio*). **Conclusiones.** Los datos de la cohorte NEDICES indican, como los obtenidos en otras cohortes observacionales, que la reducción de los factores de riesgo vasculares y la promoción de la actividad física podrían prevenir la demencia y la EA en ancianos, aunque se requieren ensayos para demostrar estos hallazgos.