

XXX Reunión Anual de la Sociedad Valenciana de Neurología

Valencia, 26-27 de abril de 2013

COMUNICACIONES ORALES

O1.

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

Renau Lagranja J, Arnau Barrés J, Molla Insa B, Bas Abad M, Vidal Tegedor B, Merino Peña J, Cortés Andrés O, González Bonet L, Goig Reverter F, Geffner Sclarsky D
Hospital General de Castellón.

Introducción. Los pacientes con infarto maligno de la arteria cerebral media (ACM) suelen mostrar deterioro neurológico en las primeras 24-48 horas, siendo la mortalidad del 80% en los tratados con medidas conservadoras. Diversos estudios aleatorizados han mostrado un descenso de la mortalidad en los pacientes tratados con craniectomía descompresiva (CD) en las primeras 48 horas, aunque a expensas de un mal pronóstico funcional entre los supervivientes, lo cual genera diversas consideraciones éticas. **Objetivo.** Presentar los resultados de una serie de pacientes con infarto maligno de la ACM tratados con CD tras la aplicación de un protocolo de actuación en el Hospital General de Castellón. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo durante un periodo de cuatro años (diciembre de 2008 a diciembre de 2012). Se recogen datos epidemiológicos (edad, sexo), gravedad del ictus (NIHSS), retraso hasta la

craniectomía, mortalidad, situación funcional según escala de Rankin modificada (ERm) a los 3, 6 y 12 meses, y encuesta de satisfacción telefónica a pacientes o familiares. **Resultados.** En este periodo se ha realizado CD por infarto maligno de la ACM a ocho pacientes, 62% varones, con una edad media de 45 años (rango: 34-60 años). La NIHSS inicial (mediana) fue de $21 \pm 3,7$. Se realizó fibrinólisis endovenosa a cinco pacientes (62%), y fibrinólisis intraarterial, a uno (12%). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la intervención fue de 47 horas (rango: 13-96 horas); en cinco pacientes se realizó antes de 48 horas, y en tres pacientes, después. Dos pacientes fallecieron durante el ingreso (25%), ambos tratados en las primeras 48 horas, debido al edema cerebral. Todos los supervivientes presentaron ERm de 4-5 al alta y a los 3 meses. A los 6 y 12 meses, la ERm fue de 3 en un paciente y de 4-5 en el resto. Todos los pacientes entrevistados aseguran estar satisfechos con la intervención realizada. **Conclusiones.** La CD es una práctica segura en nuestro hospital, que reduce la mortalidad en los pacientes con infarto maligno de la ACM. No hemos encontrado diferencias significativas en el pronóstico funcional entre los pacientes que se trataron antes o después de las 48 horas. No se realizó CD a ningún paciente mayor de 60 años. Los dos pacientes fallecidos presentaron deterioro neurológico en las primeras 24 horas y edema cerebral refractario al tratamiento. Todos los pacientes y familiares entrevistados aseguran estar satisfechos tras la intervención a pesar de las secuelas neurológicas.

O2.

Descripción clínica y neurofisiológica de una serie de neuropatías motoras multifocales y respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas

Aguilella Linares C, Ibáñez Juliá MJ, Chumillas Luján MJ, Millet E, Sivera Mascaró R, Sevilla Mantecón T

Unidad de Neuromuscular. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción. La neuropatía motora multifocal (NMM) es una enfermedad rara que se caracteriza por una debilidad asimétrica, lentamente progresiva en extremidades, bloqueos de conducción en los estudios neurofisiológicos y con respuesta al tratamiento inmunomodulador. Algunos pacientes con un cuadro clínico compatible no tienen bloqueos de conducción detectables. **Objetivo.** Descripción clínica y neurofisiológica de las NMM seguídas en la actualidad en la Unidad de Neuromuscular del Hospital Universitario y Politécnico La Fe. **Pacientes y métodos.** Descripción retrospectiva de las características demográficas, clínicas, neurofisiológicas y de laboratorio de una serie de 11 pacientes con NMM seguídos en la actualidad en nuestra unidad, siguiendo los criterios diagnósticos de la guía de consenso de la EFNS/PNS de 2010, y la respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV). Se excluyen pacientes con afectación motora monofocal y aquellos que muestran alteración de las conducciones sensitivas en la EMG. **Resultados.** Se encuentran en seguimiento 11 pacien-

tes. Edad media de inicio: 43 años (rango: 30-56 años). Debilidad asimétrica en extremidades al inicio: miembro superior al inicio en 10 pacientes y distal en miembro inferior en un paciente. De los 11 pacientes, ocho refieren fasciculaciones o calambres. Los reflejos osteotendinosos están reducidos o abolidos en la extremidad afectada en nueve pacientes. En ningún caso se detecta hiperreflexia. No existe afectación de pares craneales, signos de primera motoneurona ni signos de afectación bulbar en ningún paciente. Al inicio de la clínica no presentan alteraciones sensitivas, aunque en el curso de la enfermedad en dos pacientes se evidencian cambios sutiles de la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores y tres pacientes refieren parestesias distales sin cambios en la exploración. Los estudios neurofisiológicos identifican bloqueos de conducción definidos en seis pacientes y, en un caso, un bloqueo probable. No se identifican bloqueos de conducción en cuatro pacientes. Las conducciones sensitivas no se hallan afectadas en ningún caso. Pruebas de laboratorio: LCR analizado en cinco pacientes, media de 33 mg/dL (rango: 30-90 mg/dL). Anticuerpos anti-GM1 medidos en ocho pacientes: dos positivos a títulos altos, resto negativos. RM de plexo realizada a cuatro pacientes, todos sin alteraciones. Todos han recibido tratamiento con IgIV: siete mejoran, dos se mantienen estables y en dos se modifica el tratamiento (por fracaso y efectos secundarios). **Conclusiones.** Los estudios neurofisiológicos clasifican a los pacientes según presenten o no bloqueos de conducción: seis pacientes tienen un

diagnóstico definitivo de NMM con bloqueos de conducción, un paciente cumple criterios de probable NMM con bloqueos de conducción y cuatro pacientes presentan NMM sin bloqueos de conducción, sin observar diferencias en la respuesta al tratamiento con IgIV.

03.

Demencias: diagnóstico por fusión PET-RM

Aparici Robles F^a, Sopena Novales P^b, Aparisi Rodríguez F^a, Martínez Carsi C^b, Sopena Monforte R^a

^aServicio de Radiología. ^bServicio de Medicina Nuclear. Hospital NISA 9 de Octubre. Valencia.

Introducción. El diagnóstico de las demencias se apoya en los estudios de neuroimagen, tanto de RM como de PET. Actualmente estas exploraciones se valoran de forma independiente. La fusión de imágenes morfológicas de la RM con las funcionales del PET puede ayudar al diagnóstico de demencias. **Objetivo.** Valorar la utilidad de la fusión RM-PET en el diagnóstico de demencias frente al empleo de RM o PET de forma independiente. **Pacientes y métodos.** Revisión de pacientes con estudios de PET y RM en nuestro centro. Valoración de parámetros en la imagen de RM morfológica (talla ventricular, dilatación de astas temporales, atrofia córtico-subcortical frontal, temporal o global, lesiones vasculares), RM avanzada (espectroscopia) y PET (captación de glucosa y su distribución) de forma independiente y conjunta. **Resultados.** Las alteraciones de consumo de glucosa en PET no se correlacionan con alteraciones en los parámetros de RM morfológica en pacientes con demencia incipiente. La correlación clínica con el diagnóstico de demencia por RM aumenta con el empleo de RM espectroscópica y fusión PET-RM. **Conclusiones.** El empleo de las imágenes de fusión PET-RM mejora la rentabilidad diagnóstica de los estudios valorados de forma independiente.

04.

Cómo puede la Wii® Balance Board ayudar en la valoración y tratamiento de los problemas de equilibrio de pacientes con daño cerebral

Noé E^a, Llorens R^b, Verdecho I^a, Colomer C^a, Moliner B^a, Alcañiz M^b, Martínez Crespo G^a, Fernández González E^a, Baldoví A^a, Ferri J^a

^aServicio de Neurorrehabilitación. Hospitales NISA. ^bInstituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano (Labhuman). Universitat Politècnica de València.

Introducción. Los problemas de equilibrio son uno de los déficits más frecuentes y discapacitantes que presentan los pacientes con daño cerebral adquirido. La evaluación objetiva de estos problemas suele requerir sistemas posturográficos a menudo muy costosos. La rehabilitación de estas dificultades incluye abordajes clásicos, a menudo tediosos, o sistemas tecnológicos poco aplicables a la población con daño cerebral. **Objetivo.** Diseñar y validar clínicamente un sistema de evaluación y rehabilitación del equilibrio para pacientes con daño cerebral basado en la plataforma Wii Balance Board (WBB). **Pacientes y métodos.** Se presentan tres estudios: 1) Estudio de validación (correlación): correlación de resultados (análisis sensorial, límites de estabilidad y estrategias posturales) de un sistema de posturografía basado en la WBB comparado con escalas clínicas de equilibrio (escala de Berg, escala de Tinetti, test de alcances, escala de Brunel, *Step-Test*, *Sit-to-Stand*, *Up & Go*, 10mWT) y con posturografía tradicional (NedSVE-IBV) en 10 pacientes con daño cerebral. 2) Estudio de eficacia (ANOVA de medidas repetidas: inicio-fin): eficacia de un programa específico de rehabilitación (20 sesiones) diseñado para la WBB ($n = 9$) frente a fisioterapia convencional ($n = 8$). 3) Estudio de generalización (ANOVA de medidas repetidas: inicio-fin+1 mes): estudio de eficacia en dos muestras ($n = 10$) de larga cronicidad (entre 6 meses y 2 años de evolución frente a más de 4

años de evolución) y estudio de persistencia de ganancias un mes después de finalizar el tratamiento. **Resultados.** El sistema de valoración posturográfica con la WBB mostró buena validez convergente ($r = 0,5-0,9$; $p < 0,01$) con sistemas posturográficos clásicos y correlacionó con las alteraciones clínicas del equilibrio. Los pacientes que emplearon el sistema de rehabilitación con WBB mostraron una mejoría significativamente mayor (efecto grupo $\times$ tiempo $< 0,01$) que los sometidos a fisioterapia convencional en la puntuación de la escala de Berg ($p < 0,01$) y el test de alcances ($p < 0,01$). El sistema mostró mejorías similares en muestras de larga cronicidad y mayor persistencia del efecto en muestras de menor cronicidad. **Conclusiones.** La WBB es un sistema útil para la valoración y rehabilitación de pacientes con daño cerebral. Estos beneficios deben tenerse en cuenta sobre todo considerando su bajo coste, su portabilidad y su eficacia, incluso en muestras de larga cronicidad.

05.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva en la era de los monoclonales

Lorente Gómez L^a, Navarro Cantó L^a, Sola Martínez D^a, Alom Poveda J^a, Landete Pascual L^b, Casanova Estruch B^c

^aHospital General Universitario de Elche.

^bHospital Universitario Dr. Peset.

^cHospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una infección vírica del sistema nervioso central que recientemente se ha relacionado con el tratamiento con natalizumab en pacientes con esclerosis múltiple, con 343 casos de LMP confirmados en todo el mundo desde la comercialización del fármaco hasta marzo de 2013. Se trata de una forma más benigna y con menor mortalidad que otras formas de LMP hasta la fecha descritas, que ocurrían casi únicamente en pacientes inmunodeprimidos por VIH u otras enfermedades malignas, y que en la actualidad se presenta sobre todo en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales

o inmunosupresores. **Objetivo.** Realizar una revisión de la LMP (patogenia, clínica, pronóstico y tratamiento) a través del estudio descriptivo de cinco casos. **Pacientes y métodos.** Describimos cinco casos de LMP: dos pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento con natalizumab, dos con neoplasias hematológicas de base y un paciente con VIH. Se compara el grado de inmunodepresión previa en función de la enfermedad basal o tratamiento inmunosupresor que haya recibido el paciente, presentación clínica, forma de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada uno de los casos. **Conclusiones.** El seguimiento clínico y de neuroimagen es fundamental para la detección temprana de la LMP, pudiendo llegar a detectarse incluso formas asintomáticas. Actualmente no existe tratamiento específico para esta entidad. La restauración del sistema inmune y la suspensión del natalizumab constituyen el tratamiento más eficaz; sin embargo, puede complicar el curso clínico el posible síndrome de reconstitución inmunitario secundario. El conocimiento mayor de esta entidad, así como su manejo, son esenciales dada la documentación emergente de casos de LMP en pacientes que reciben tratamientos inmunomoduladores basados en anticuerpos monoclonales como el natalizumab.

06.

Complicaciones neurológicas de la endocarditis

Giménez Martínez JM, Blanco Cantó ME, Martí Martínez S, González Belmar P, Méndez Miralles M, Hernández Rubio L, Pampliega Pérez A, Leiva Santana C

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La endocarditis infecciosa es la inflamación debida a la invasión, generalmente bacteriana o fúngica, que afecta a la capa más interna de las tres principales en que se divide el corazón. Un importante número de casos de endocarditis se inician con una complicación neurológica, siendo además una complicación frecuente. La manifestación de la endocarditis

con clínica neurológica supone además un peor pronóstico, con un aumento muy significativo de la mortalidad. **Objetivo.** Dar a conocer nuestra experiencia a través de casos clínicos de endocarditis infecciosa con complicaciones neurológicas. **Pacientes y métodos.** Realizamos una revisión de los casos de endocarditis acontecidos en los últimos años en el Hospital General Universitario de Alicante y nos centramos en aquellos que presentaron complicaciones neurológicas, especialmente aquellos en que la complicación neurológica fue la clínica de inicio del paciente. Del mismo modo, efectuamos una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones en cuanto al diagnóstico, tratamiento y consideraciones especiales en torno a esta patología. **Resultados.** Las complicaciones neurológicas son la primera manifestación clínica de una endocarditis en el 10-15% de los casos. Además, son una complicación frecuente, describiéndose en un 20-40% de los casos de endocarditis infecciosas. **Conclusiones.** La presencia de complicaciones neurológicas implica peor pronóstico vital para el paciente: incrementan hasta 3,2 veces la mortalidad (hasta un 40% de mortalidad) y constituyen la principal causa de mortalidad tras el fallo cardíaco.

07.

Hipertensión intracraneal idiopática: análisis de una serie de casos

Mascarell Estrada J, Domingo Monge FJ, Sánchez Martínez JM, Gómez Betancur LF, Vilaplana Domínguez L, Carcelén Gadea ME, Gozalbes L, Parra Martínez J, Cervelló Donderis A, Sancho Rieger J

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. La hipertensión intracraneal idiopática es un síndrome caracterizado por un aumento de la presión intracraneal en ausencia de proceso expansivo. El diagnóstico se basa en el registro del aumento de la presión intracraneal ≥ 25 cmH₂O, sin la presencia de proceso expansivo intracraneal ni de hidrocefalia. Su incidencia es de 1/100.000 habitantes en

la población general. **Objetivo.** Realizar un estudio descriptivo de una serie de casos diagnosticados de hipertensión intracraneal idiopática. **Casos clínicos.** Se estudian ocho pacientes con el diagnóstico de hipertensión intracraneal idiopática, cuatro varones y cuatro mujeres, tres de ellas en edad fértil. Caso 1: varón de 31 años que consulta por cefalea y déficit visual. En la exploración destaca papiledema bilateral y aumento de mancha ciega izquierda. Mejoría con acetazolamida. Caso 2: mujer de 31 años que presenta cefalea, cervicalgia, náuseas y acúfenos. En la exploración se objetiva papiledema bilateral con campimetría normal. Mejora con acetazolamida. Caso 3: varón de 35 años que presenta cuadro de deterioro visual con aumento de la mancha ciega y papiledema bilateral. Antecedente de fiebre Q en tratamiento con doxiciclina. Mejoría con acetazolamida. Caso 4: varón de 36 años diagnosticado de cefalea crónica diaria de características migrañosas. Múltiples tratamientos sin eficacia. Mejora con acetazolamida. Caso 5: varón de 45 años con cefalea diaria intensa, caídas y pérdida de memoria. Se coloca válvula de derivación. Caso 6: mujer de 17 años que presenta cefalea y pérdida progresiva de agudeza visual. Presenta papiledema bilateral. Se coloca válvula de derivación. Caso 7: mujer de 25 años, con cefalea, acúfenos y visión borrosa de meses de evolución. Se objetiva papiledema bilateral. Se coloca válvula de derivación. Caso 8: mujer de 52 años que presenta desde hace ocho meses visión borrosa sin cefalea. Se objetiva papiledema bilateral y restricción del campo visual. Se coloca válvula de derivación. **Conclusiones.** La hipertensión intracraneal idiopática puede comenzar con una sintomatología banal, por lo que es importante tenerla presente en el diagnóstico diferencial de la cefalea. Es importante realizar un fondo de ojo ante la sospecha de esta patología ya que en nuestra revisión todos ellos presentaron papiledema bilateral. En cuanto al tratamiento, destaca la mejoría clínica de cuatro de los pacientes con acetazolamida. En cuatro de ellos fue necesaria la cirugía con implantación de válvula de derivación de LCR.

08.

Folletos de información educacional en migraña: satisfacción percibida de un grupo de pacientes

Medrano V^a, Callejo JM^b, Pérez Carmona N^c, Abellán I^d, González Caballero G^d, Beltrán I^e, Más G^f, Pérez Sempere A^g, López Hernández N^h, Moltó JMⁱ

^aHospital General Universitario de Elda. ^bHospital Vega Baja. Orihuela. ^cHospital Marina Baixa. ^dHospital de San Vicente. ^eClínica Benidorm. ^fHospital La Pedrera. Denia. ^gHospital General Universitario de Alicante. ^hHospital IMED Levante. ⁱHospital Verge dels Liris. Alcoi.

Introducción. Los folletos informativos son una herramienta educativa habitual en la práctica neurológica diaria; mediante este mecanismo se pretende incrementar de primera mano los conocimientos que la población tiene sobre una patología concreta, además de evitar fuentes de información erróneas. Las encuestas son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. **Objetivos.** Evaluar la satisfacción percibida y establecer una retroalimentación informativa que valore la comprensión y la utilidad global de un folleto educativo sobre migraña. **Pacientes y métodos.** Estudio abierto, prospectivo y multicéntrico sobre una población de pacientes diagnosticados de migraña en diversas consultas de neurología de la provincia de Alicante. En la visita basal se les entrega un folleto informativo de migraña confeccionado por el grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Valenciana de Neurología (CEFALIC). En la visita control se les solicita la cumplimentación de una encuesta personal y por escrito sobre la calidad del folleto. **Resultados.** Se incluye a un total de 257 pacientes diagnosticados de migraña (83% migraña episódica, 17% migraña crónica), con una edad media de 37,6 años. Confirmaron la lectura del folleto 207 pacientes (80,5%), bien por olvido o desinterés no fue leído por 50 pacientes (19,5%). Al 90% de los pacientes la lectura del folleto les pareció interesante y com-

prendible. En el 76% de los pacientes aumentó sus conocimientos sobre migraña. En el 50% de los pacientes el folleto resultó útil en la mejora de su migraña. **Conclusiones.** La utilización de un folleto educativo sobre migraña resultó comprensible; además, incrementó el conocimiento global de la patología y fue útil para mejorar la migraña del paciente. La evaluación de la información educativa que prestamos a nuestros pacientes con migraña debe medirse para descubrir las causas de descontento, determinar el nivel de calidad del servicio e investigar las posibilidades de mejora de calidad.

09.

Asistencia al daño cerebral adquirido en el Hospital La Pedrera. Actividad en el primer año de funcionamiento

Más Sesé G^a, Sanchís Pellicer MJ^b, Tormo Micó E^c, Riera Arbona Z^c, Vicente Más J^d, Vallalta Morales M^d, Rueda Gordillo D^d, Conejo Alba A^d, Berbegal Serra J^d, Martínez Avilés P^d, Oltra Masanet JA^d, Femenía Pérez M^d

^aUnidad de Neurología. ^bUnidad de Rehabilitación. ^cUnidad de Psicología. ^dUnidad de Medicina Interna. Hospital La Pedrera. Denia, Alicante.

Introducción. El objetivo de la asistencia a pacientes con daño cerebral adquirido (DCA) en el Hospital La Pedrera (HLP) es la rehabilitación y el cuidado asistencial de las personas afectadas, fomentando el más alto nivel posible de autonomía personal, facilitando apoyo y asesoramiento a las familias para favorecer su adaptación, y promoviendo su participación en el proceso rehabilitador. **Objetivo.** Presentar la organización asistencial a pacientes con DCA en el HLP, recursos disponibles y tipología de pacientes, y los resultados del primer año de funcionamiento de la Unidad de Daño Cerebral (UDC). **Pacientes y métodos.** Descripción del modelo asistencial y la tipología de pacientes atendidos durante el año 2012, a partir del registro de atención hospitalaria del HLP. Se describen variables demográficas, grado de autonomía, si-

tuación cognitivo-funcional al ingreso y al alta y destino de los pacientes.

Resultados. El HLP es un hospital de atención a pacientes crónicos y de larga estancia de la Agència Valenciana de Salut. La UDC se inauguró en diciembre de 2011 y atiende a pacientes mediante la metodología de gestión de caso y la planificación individualizada de la asistencia por un equipo multidisciplinar, que realiza sistemáticamente una valoración biopsicosocial a todos los pacientes. Durante 2012 se atendieron 111 pacientes, 65% varones, con una edad media de 59 años. La estancia media fue de 72,6 días y el índice de ocupación, del 144%, suponiendo el 35,6% del total de ingresos del HLP. Causas del DCA: enfermedad cerebrovascular (82,2%), traumatismo craneoencefálico (6,8%), tumoral (5%) y otros (7,2%). Situación funcional (escala de Barthel): al ingreso, el 85,7% presentaban discapacidad grave o muy grave. Al alta, la discapacidad fue moderada o menor en el 63,6%. El 70% de pacientes presentaban al ingreso un Rankin de 5. Al alta, el 55% tenían un Rankin ≤ 3 . El porcentaje de pacientes con afectación cognitiva moderada-grave al ingreso fue del 37% (escala ERLA). Al alta, el 82,5% presentaban situación cognitiva normal o afectación leve. Destino al alta: domicilio (76,5%), residencia (7,1%), otro hospital (9,4%). Motivo de alta más frecuente: 'curación o mejoría' (83,5%). Fueron *exitus* el 5,9%. El índice sintético de satisfacción según la encuesta de opinión de pacientes fue del 99,9%. **Conclusiones.** El modelo de asistencia al DCA en el HLP mejora la autonomía de los pacientes y su estado cognitivo, permitiendo, en la mayoría de casos, el retorno del paciente a su entorno habitual. Esto se consigue mediante una asistencia biopsicosocial (integral), multidisciplinar (integrada) y enfocada hacia las necesidades del paciente y sus familias (individualizada).

010.

Tratamiento endovascular de las fistulas arteriovenosas durales intracraneales con onyx

Vázquez-Añón V^a, Mainar E^a, Lago A^b, Tembl J^b, Pascual A^c, Larrea L^d, Llácer J^e

^aSección de Neurorradiología. Hospitales La Fe, Nueve de Octubre y La Ribera.

^bServicio de Neurología. Hospital La Fe.

^cServicio de Neurología. Hospital Nueve de Octubre. ^dServicio de Radioterapia.

^eHospital Virgen del Consuelo. ^fServicio de Neurocirugía. Hospital La Ribera. Valencia.

Introducción. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de las fistulas arteriovenosas durales intracraneales mediante la inyección de onyx a través de un microcatéter por vía arterial o venosa. **Pacientes y métodos.** Entre noviembre de 2008 y marzo de 2013 hemos estudiado y tratado 25 pacientes con una fistula arteriovenosa dural intracraneal. Según la localización, la serie incluye: 11 fistulas de la tienda del cerebelo, seis del seno longitudinal superior, siete del seno lateral, una de la tórula y otra del seno occipital. Según el drenaje venoso, la serie comprende: tres fistulas tipo I, cinco tipo II, ocho tipo III y nueve tipo IV. La forma de presentación fue hemorragia cerebral en 11 casos, acúfenos en seis, déficit neurológico progresivo en dos, cefalea en dos y cuatro casos asintomáticos. **Resultados.** El pedículo arterial más utilizado fue la arteria meníngea media. El volumen de onyx inyectado osciló entre 10 y 85 mL. La duración de la inyección osciló entre 20 y 90 minutos. Hemos conseguido una oclusión completa de la fistula en 18 casos y una oclusión parcial en cinco. Dos pacientes no pudieron tratarse por imposibilidad técnica del cateterismo y se sometieron a cirugía, con una resección completa de la lesión. Dentro del grupo de la oclusión parcial, dos pacientes con fistula tipo I experimentaron una mejoría de la sintomatología. En un paciente se completó el tratamiento con cirugía, consiguiendo una resección completa. En dos pacientes se completó el tratamiento con radiocirugía, alcanzando también una oclusión completa. No

hemos tenido ninguna complicación ligada a las tres técnicas. **Conclusiones.** Esta pequeña serie muestra que el tratamiento endovascular con onyx permite ocluir un alto porcentaje de lesiones arteriovenosas durales utilizándolo como único material o en combinación con la cirugía o la radiocirugía.

011.

Descripción de la actividad asistencial en una consulta monográfica de enfermedades desmielinizantes. Estudio evolutivo de seis años

Landete Pascual L, Pérez Romero L, Ferrer Casanova JM, Dobón Martínez I, Domínguez Sanz F, Taberner Andrés P, Del Olmo Rodríguez A, González Masegosa A

Sección de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. Consideramos importante monitorizar la actividad desarrollada en las consultas de neurología, especialmente de las monográficas, para conocer la evolución de la actividad realizada, la repercusión de las nuevas terapias sobre la actividad asistencial, y así poder justificar su existencia y dimensionar adecuadamente los recursos necesarios. **Objetivos.** Describir la actividad asistencial desarrollada en la consulta monográfica de enfermedades desmielinizantes del Hospital Dr. Peset desde el año 2007 hasta 2012, número de pacientes, tipos de enfermedad, distribución de los tratamientos administrados, número de visitas realizadas, concepto de las mismas y comparación del crecimiento del número de visitas respecto al número de pacientes seguidos. **Pacientes y métodos.** Registro en base de datos prospectiva, informatizada y escrita, de los pacientes seguidos en la consulta monográfica de enfermedades desmielinizantes del Hospital Dr. Peset, controlados en condiciones de práctica clínica habitual. Estudio descriptivo durante los años 2007 hasta 2012. **Resultados.** Durante los seis años de descripción, el número de pacientes controlados ha pasado de 108 a 182. La proporción de pacientes en las distintas fases de la enfermedad

ha seguido la lógica evolución relacionada con la progresión de la patología y los nuevos diagnósticos. Ha aumentado el número de pacientes en tratamiento, con la introducción de nuevas terapias más eficaces y con mayores efectos adversos. Todo ello ha llevado el aumento del número de visitas anuales de 358 hasta 762 en el año 2012. **Conclusiones.** En estos seis años se ha casi duplicado el número de pacientes controlados en la consulta. La actividad de la consulta se ha incrementado por el aumento del número de pacientes, a expensas de nuevos diagnósticos y pacientes procedentes de otras consultas del centro. Se observa una tendencia a tratar más precozmente a los pacientes (menos secundarios progresivos en tratamiento) y con terapias más eficaces (segunda línea). El número de visitas ha aumentado muy por encima, y de forma no paralela, al incremento del número de pacientes controlados, debido al uso de terapias más eficaces que requieren mayores controles, especialmente de seguridad. Estos datos se deberían tener en cuenta para dimensionar adecuadamente la carga asistencial y los recursos asignados a este tipo de consultas.

012.

Anomalías vasculares: serie de casos

Blanco Cantó ME, Giménez Martínez JM, González Belmar P, Méndez Miralles MA, Martí Martínez S, Pampliega Pérez A, Hernández Rubio L

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El desarrollo de las arterias cerebrales es un continuo proceso adaptativo de la vascularización a los cambios en la forma, tamaño y metabolismo del cerebro. Durante el desarrollo de la circulación cerebral fetal aparecen conexiones segmentarias transitorias entre la carótida primitiva y la circulación cerebral posterior. Normalmente estas anastomosis fetales desaparecen alrededor de la sexta semana de desarrollo. Su persistencia determina cuatro tipos de anastomosis carotidobasílicas, que jun-

to con las anomalías *per se* del sistema anterior y posterior, como hipoplasia, agenesia, duplicación o fenestración, determinan que tan sólo el 18% de la población presenten un polígono de Willis simétrico. **Objetivo.** Definir mediante una serie de casos las anomalías y variantes normales más frecuentes de las arterias cerebrales, como arteria trigeminal persistente, arteria cerebral posterior (ACP) de origen fetal, arteria de Percheron y arteria cerebral anterior áxicas. **Pacientes y métodos.** Revisión de la casuística del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante. **Resultados.** Presentamos una serie de siete casos: en cinco pacientes describimos anomalías del sistema vascular posterior, presentando tres de ellos una ACP de origen fetal, dos de ellos, una arteria trigeminal persistente, y uno, una arteria de Percheron. Describimos un caso de una variante del sistema vascular anterior consistente en una arteria cerebral anterior común. **Conclusiones.** Mediante la combinación de la clínica y los estudios de imagen realizados identificamos las variables más frecuentes del polígono de Willis. En nuestra serie, y al igual que en la mayoría de estudios, el sistema vascular más variable es el de la circulación posterior, siendo la ACP la que presenta con mayor frecuencia anomalías vasculares, seguida de la anastomosis carotidobasilar más habitual, la arteria trigeminal persistente. La arteria de Percheron se presenta por su imagen radiológica y la presentación clínica característica basada en la triada típica de trastorno cognitivoconductor, alteración del nivel de conciencia y de la movilidad ocular. Concluimos que es importante conocer las diferentes variantes del polígono de Willis a la hora de diagnosticar tanto clínica como topográficamente los infartos cerebrales.

O13.

Implementación del código ictus en el Hospital La Fe

Ibáñez MJ, Parkhutik V, Tembl JI, Aguilera C, Górriz D, Frasquet M, Lago A
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción. Es imprescindible conocer las activaciones del código ictus en un hospital de referencia, como es el Hospital La Fe, para predecir la carga asistencial a los neurólogos vasculares y a los neurólogos de guardia. **Objetivos.** Analizar los códigos ictus activados en el departamento de salud de Valencia-La Fe, conociendo el origen de la activación, el horario, los tiempos de actuación y el número de pacientes tratados con fibrinólisis. **Pacientes y métodos.** Recogida prospectiva de todos los códigos ictus activados en el Hospital La Fe durante el año 2012 y posterior análisis de los datos obtenidos. **Resultados.** En el año 2012 se activó el código ictus en 216 ocasiones, frente a 124 en 2011 (incremento del 74%). De los 216 pacientes, 125 (68%) fueron hombres, con una edad media de 68 años (rango: 14-94 años). Por diagnóstico: 162 ictus isquémicos, 30 ictus hemorrágicos, 24 no fueron ictus. De los 162 ictus isquémicos, se realizó fibrinólisis en 69 casos (43%). 88 pacientes (41%) pertenecían al área de La Fe, 50 (23%) a la del Arnau, 46 (21%) al Dr. Peset, 9 (4%) a Manises, 4 (2%) a La Ribera y 19 pacientes a otras áreas. En cuanto al origen, 12 (5,6%) se activaron desde atención primaria, 58 (27%) desde el CICU, 99 (46%) desde puerta de urgencias de nuestro hospital, 34 (16%) desde urgencias de otros hospitales y 13 (6%) fueron intrahospitalarios. El tiempo ictus-hospital fue de 112 minutos; el tiempo hospital-TAC, de 45 minutos; el tiempo hospital-aguja, de 98 minutos, y el tiempo ictus-aguja, de 196 minutos. **Conclusiones.** Se aprecia un notable aumento en la tasa de activaciones desde la implantación del código ictus, por lo que habrá que adecuar a neurólogos vasculares y a neurólogos de guardia a esta nueva situación. Se ha realizado fibrinólisis al 42,6% de los pacientes con ictus is-

quémico. Los tiempos de actuación son excesivamente largos y, por lo general, no se cumplen los objetivos, por lo que es necesario trabajar en la mejora de la coordinación extra e intrahospitalaria para conseguir una optimización de los recursos y mejores resultados. La representación de las áreas de Alzira y Manises es mínima.

O14.

Análisis de indicadores de actividad en una unidad de ictus de reciente creación

Martín Bechet A, Chamorro Lázaro R, Gil Gimeno R, Ponz de Tienda A, Santonja Llabata JM, Láinez Andrés JM
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. El conocimiento de las características de los pacientes incluidos en un proceso y sus indicadores facilitan la detección de problemas y la adopción de medidas que permitan la mejora del mismo. **Objetivo.** Conocer los principales indicadores de actividad tras la creación de una Unidad de Ictus en el Departamento Clínico-Malvarrosa. **Pacientes y métodos.** Análisis de un registro prospectivo en una base de datos estadística de las activaciones de código ictus en el Departamento Clínico-Malvarrosa desde el inicio de la actividad, entre mayo de 2011 y marzo de 2013. **Resultados.** Se han registrado un total de 283 activaciones. Los departamentos de origen fueron: Hospital Clínico, 168; Sagunto, 64; Gandía, 22; otros departamentos, 21, y desconocido, 8. En el 76% las activaciones se consideraron correctas. El origen de la activación fue en un 62% de casos desde urgencias médicas, en un 2,6% desde salas de hospitalización y en un 35,4% extrahospitalarias. De los 221 pacientes que no recibieron tratamiento fibrinolítico, en un 21,9% se debió a exceso en el límite del tiempo desde el inicio de los síntomas y en un 1,4% por ausencia de consentimiento. En el resto de casos, las causas se registraron como no indicación, mejoría clínica espontánea o contraindicación para el tratamiento. 54 pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico (19,6%). De ellos, 2 (3,7%) presentaron complicaciones

hemorrágicas sintomáticas (un caso de transformación PH2 y un caso de hemorragia en el muslo). Se registró una reacción anafiláctica. Se produjeron cuatro fallecimientos (tres a consecuencia del ictus y uno por parada cardiorrespiratoria atribuida a infarto de miocardio concurrente). **Conclusiones.** La mayoría de códigos ictus han sido activados correctamente. En nuestra serie tenemos una baja frecuencia de complicaciones derivadas del tratamiento fibrinolítico. El retraso entre el inicio de la clínica y la llegada al centro hospitalario es una causa importante para no recibir tratamiento fibrinolítico. Las medidas encaminadas a mejorar los tiempos de llegada al hospital parecen claves para aumentar el porcentaje de pacientes susceptibles de recibir tratamiento.

O15.

Atención aguda al ictus en un hospital comarcal

Denia Tomás A, Fons Basset L, Pamblanco Bataller Y, Lacruz Ballester L, Guillén Fort C, Díaz Insa S
Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Introducción. La adecuada asistencia aguda al ictus continúa siendo un reto en el medio hospitalario comarcal. **Objetivo.** Analizar la atención aguda al ictus y los factores de la no aplicación de la fibrinólisis en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de la asistencia aguda al ictus en seis meses (junio-diciembre de 2012). Se ha analizado un total de 51 pacientes. Hemos recogido datos sobre el medio sanitario de primera asistencia, criterios de exclusión de trombólisis, número de pacientes tratados con trombólisis y condiciones en que se realizaron. **Resultados.** El 56,9% de los pacientes fueron atendidos en atención primaria al inicio de los síntomas, el 35,3% en urgencias hospitalarias y el 5,9% por SAMU. El criterio de exclusión más frecuente fue el de síntomas de inicio por encima de las 4,5 horas. Once pacientes (21,6%) presentaron síntomas al despertar, y el 3,9%, NIHSS < 4 puntos. Dos pacientes (3,9%) mostraron signos de ictus extenso, en un caso el paciente

presentó mejoría espontánea, y el otro, síncope al inicio. En nueve casos no consta en la historia el motivo de exclusión de trombólisis. Se realizó trombólisis en cuatro casos (7,8%). Tres de los pacientes a los que se les realizó fibrinólisis acudieron directamente a urgencias y un caso fue traído por SAMU. Ningún paciente remitido a urgencias desde atención primaria recibió trombólisis. El 100% de los ictus tratados con trombólisis fueron tipo PACI. El tiempo medio inicio síntomas-hospital fue de 95 minutos. El tiempo medio inicio de síntomas-aguja fue de 179 minutos. El NIHSS promedio a la llegada fue de 10,7 puntos; en la primera hora posttratamiento, de 7,75; al ingreso en sala, de 7,5, y al alta, de 4,25. En cuanto a la etiología del ictus, en tres casos fue cardioembólica y en un caso indeterminada. En el conjunto de pacientes analizados, el 35,3% fue de etiología cardioembólica, el 25,5% de causa indeterminada (o por coexistencia de varios factores etiológicos), el 23,5% aterotrombóticos y el 11,8% lacunares. Las fibrinólisis fueron realizadas por neurólogos del propio centro hospitalario. **Conclusiones.** El retraso en la primera asistencia sanitaria al ictus constituye la primera causa de imposibilidad para realizar tratamiento fibrinolítico en nuestra área. Un mínimo porcentaje de pacientes recibieron asistencia del SAMU, la mayoría acudieron a urgencias de atención primaria. Un mayor reconocimiento de los síntomas de ictus en la población y una derivación temprana mejoraría el tratamiento agudo de los pacientes con ictus.

O16.

Teleictus en la provincia de Castellón. Uso de la telemedicina para el tratamiento trombolítico en el Hospital Comarcal de Vinaroz

Martínez Maruri E^a, Arnau Barrés J^b, Vilar Fabra C^b, Geffner Sclarsky D^b, Año Torres M^a, Peña Cortejano R^a

^aHospital Comarcal de Vinaroz.

^bHospital General de Castellón.

Introducción. La terapia trombolítica intravenosa es el tratamiento de elec-

ción en el ictus isquémico en fase hiperaguda. La principal limitación de esta terapia es su dependencia del tiempo. La telemedicina permite acercar el tratamiento al paciente evitando retraso por traslado hasta centros hospitalarios de referencia. **Pacientes y métodos.** El teleictus en el área del Hospital Comarcal de Vinaroz, con el Hospital General de Castellón como centro de referencia, se inició el 1 de mayo de 2012 como mejora en el programa ictus de la Conselleria de Sanitat. Presentamos los resultados del sistema teleictus en la provincia de Castellón hasta el 31 de marzo de 2013. **Resultados.** Durante diez meses de funcionamiento se activaron 27 códigos ictus, de los cuales se realizó trombólisis en 11 (40,7%); de éstos, siete fueron varones (63,6%) y cuatro mujeres (36,4%), con una media de edad de $70 \pm 14,2$ años. Durante el año 2011, previo a la implantación del sistema teleictus, se realizó trombólisis a cinco pacientes procedentes de dicha área. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la llegada del paciente al centro hospitalario fue de $71 \pm 34,3$ minutos, mientras que el tiempo medio puerta-aguja fue de $63 \pm 41,1$ minutos. La puntuación media de NIHSS al inicio fue de $11 \pm 5,1$, y al alta hospitalaria, de $7 \pm 6,7$. La discapacidad media a los tres meses valorada por la escala de Rankin fue de $3 \pm 2,1$. Como complicaciones hubo un sangrado sintomático posttrombólisis. En cuanto a pseudoictus, se registraron tres casos: una crisis epiléptica, una migraña con aura y un cuadro de encefalopatía. Ninguno de ellos recibió trombólisis. **Conclusiones.** La implementación de la telemedicina en la provincia de Castellón ha hecho posible una atención y tratamiento más rápido a pacientes con ictus isquémico en el área de Vinaroz. No se observó un empeoramiento de los tiempos puerta-aguja en comparación con el centro de referencia y aumentó el total de pacientes tratados con terapia trombolítica respecto a periodos anteriores.

PÓSTERS

P1.

Angiopatía amiloide inflamatoria: a propósito de un caso

Borrás Bermejo MV, Boscà Blasco ME, Díaz Insa S, Pamblanco Bataller Y, Lacruz Ballester L

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Objetivo. Descripción clínica y radiológica de un caso clínico. **Caso clínico.** Varón de 77 años que ingresa desde residencia de la tercera edad por disartria. Había sido atendido en urgencias días antes por un episodio de pérdida de consciencia con sospecha de crisis epiléptica, por lo que se instauró tratamiento con levetiracetam. Como antecedentes presentaba deterioro cognitivo, más evidente desde el fallecimiento de su esposa hacía unos ocho años. En tratamiento con memantina y donepecilo. Se mantuvo independiente para actividades de la vida diaria, viviendo solo hasta unos 6-8 meses antes del ingreso, cuando inició episodios de "desconexión" transitorios como el que motivó el ingreso actual, con empeoramiento cognitivo desde entonces. Sufrió hipertensión arterial, insuficiencia renal leve y antecedente de colitis isquémica. Sin hábitos tóxicos. Al ingreso en sala, estaba consciente, alternando fases de hiporreactividad con agitación psicomotriz. Lenguaje con tendencia a la reiteración e incluso ecolalia, parcialmente orientado, sin déficits motores focales en extremidades y deambulación cautelosa autónoma. Presentaba reflejos regresivos, sobre todo pólico y palmomentoniano izquierdo. MMSE: 8. Se realizó analítica con vitamina B₁₂, ácido fólico, velocidad de sedimentación globular, hormonas tiroideas, serologías lúes, hepatitis, VIH y autoinmunidad dentro de la normalidad. Punción lumbar con LCR de aspecto claro, células negativas y leve hiperproteíorraquia (64 mg/dL), determinación de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer -fosfo-tau: 37,89 pg/mL (normal < 60 pg/mL), pendiente de Aβ₄₂-, ADN de virus JC negativo y citología normal. La RM ce-

rebral mostraba atrofia córtico-subcortical y alteración de la sustancia blanca periventricular de predominio frontal derecho y occipital bilateral, tenue captación de gadolinio, sin efecto masa, y microhemorragias subcorticales en ecogradiante. Espectroscopia normal. Ante la sospecha de angiopatía amiloide inflamatoria, se instauró tratamiento con metilprednisolona intravenosa 500 mg/24 h durante cinco días, seguido de dexametasona por vía oral 4 mg/8 h durante un mes. La evolución clínica fue favorable, sin nuevos episodios de desconexión ni deterioro motor o del lenguaje, con persistencia del trastorno cognitivo-conductual basal. MMSE 10/30. RM cerebral de control con disminución de edema en la región frontal. **Conclusiones.** La angiopatía amiloide inflamatoria se describe cada vez más frecuentemente, sobre todo desde los ensayos con fármacos anti-amiloide. Existen también casos esporádicos, como el que nos ocupa. Debemos pensar en esta entidad, ante un deterioro agudo-subagudo en pacientes con diagnóstico de probable enfermedad de Alzheimer, tras excluirse otras causas. Aunque para el diagnóstico definitivo es necesario un estudio anatomopatológico, las actuales técnicas de imagen y la respuesta terapéutica a inmunosupresores pueden apoyar el diagnóstico.

P2.

Encefalitis leve con lesión reversible en el esplenio del cuerpo calloso: presentación de dos casos

Arnau Barrés J^a, Martínez E^b, Campillo Alpera MS^a, Renau Lagranja J^a, Molla Insa B^a, Bas Abad M^a

^aHospital General de Castellón.

^bHospital Comarcal de Vinaroz.

Introducción. La presencia de lesión aislada en el esplenio del cuerpo calloso se ha asociado con cuadros de encefalitis de carácter leve y con desaparición de dicha lesión en el seguimiento radiológico. Presentamos la descripción clinicoradiológica de dos casos de encefalitis leve con lesión reversible en el esplenio del cuerpo ca-

lloso (MERS). **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 29 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por presentar de forma brusca inquietud, llanto inmotivado y dificultad para la comprensión y emisión de lenguaje. En los días previos había presentado malestar con cefalea y disestesias en el hemicuerpo izquierdo. El estudio de LCR mostró pleocitosis linfocitaria con aumento de proteínas. La RM cerebral realizada a los cuatro días del ingreso mostraba una imagen redondeada brillante en difusión e hiperintensa en T₂ en el esplenio del cuerpo calloso. Caso 2: varón de 35 años que ingresó por presentar cefalea, somnolencia y crisis parciales complejas desde ese mismo día. En los días previos al ingreso, el paciente había presentado tinnitus, otalgia y vértigo. Los estudios realizados mostraron hiperproteínorreaquia con escasas células en LCR y ondas lesivas en la región temporal izquierda en el EEG. La RM cerebral realizada el tercer día de ingreso mostró restricción de difusión e hiperintensidad en T₂ en el esplenio del cuerpo calloso. En ambos casos, la evolución fue favorable, manteniéndose asintomáticos en el momento del alta y en el seguimiento posterior sin necesidad de tratamiento, salvo un fármaco antiepiléptico que mantiene en la actualidad el paciente varón. Radiológicamente, la imagen en RM se normalizó en los estudios de control realizados durante el seguimiento. **Conclusiones.** El MERS constituye un síndrome clinicoradiológico cuya patogénesis se desconoce en la actualidad. En muchos de los casos descritos se ha encontrado asociación con infección por el virus de la gripe, pero también se han hallado alteraciones similares en procesos causados por otros patógenos o sin asociación clara a un proceso infeccioso, como en estos dos casos. Respecto a las alteraciones radiológicas, existe controversia respecto a si un infiltrado inflamatorio o edema intramielínico puede ser la causa de las alteraciones en la RM. Algunos casos se han asociado a lesiones más extensas que afectaban a la totalidad del cuerpo calloso o a la sustancia blanca circundante. En éstos, un seguimiento radiológico estrecho denota que la afec-

tación del esplenio del cuerpo calloso puede ser un estadio de la resolución del proceso.

P3.

Estudio descriptivo y transversal de las variables sociodemográficas y funciones cognitivas de los diferentes subtipos del deterioro cognitivo leve

Del Arco Jódar R^a, García Soliveres C^a, Tornero Gómez MJ^a, Piñol Ferrer B^b, González Caballero G^b, Saenz Sanjuán MJ^b

^aHospital General Universitario de Elche.

^bUnidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital de San Vicente del Raspeig.

Introducción. El constructo deterioro cognitivo leve (DCL) se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya gravedad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia, ya que no presentan una afectación esencial en las actividades de la vida diaria. A partir de una conferencia internacional de expertos se propusieron criterios más amplios que describen cuatro subtipos diferentes de DCL: DCL amnésico unidominio, DCL amnésico multidominio, DCL no amnésico unidominio y DCL no amnésico multidominio. **Objetivos.** Evaluar la frecuencia de los distintos subtipos de DCL en nuestro servicio y describir las características neuropsicológicas de los distintos subtipos de DCL y las variables sociodemográficas asociadas. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo y transversal de 338 pacientes con diagnóstico de DCL valorados en la Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante). Se revisó la base de datos y las historias clínicas entre el 2 de febrero de 2012 y el 2 de febrero de 2013. Se determinó la presencia de funciones cognitivas y las variables sociodemográficas asociadas en los diferentes subtipos de DCL. Para la obtención de los resultados se utilizó la versión abre-

viada del test de Barcelona, la *Frontal Assessment Battery* (FAB) y el test del informador (TIN). **Resultados.** De los 338 sujetos de nuestra muestra, el 65% fueron mujeres, con edades comprendidas entre 38 y 91 años (media: 76,27 ± 7,98 años). El nivel educativo más frecuente fue la lectoescritura básica (63,9%). Los subtipos de DCL más prevalentes fueron los multidominios (49,9% DCL amnésico y 36,4% DCL no amnésico). Las funciones cognitivas con mayor afectación en los DCL multidominio fueron las funciones ejecutivas y la atención (junto con el dominio de memoria en casos de los amnésicos); en los casos de DCL no amnésico unidominio destacó la alteración en las funciones ejecutivas. **Conclusiones.** Clasificar el DCL en cuatro subtipos en función de los dominios cognitivos alterados tiene su importancia debido a las posibles implicaciones pronósticas y etiológicas. Además, funcionalmente, conocer el perfil cognitivo es útil en la práctica a la hora de identificar las tareas donde precisen un mayor apoyo y poder ofrecer una mayor supervisión en éstas.

P4.

Parkinsonismo reversible asociado al uso de lacosamida

Palao Duarte S^a, Abellán Miralles I^b, Pérez Sempere A^a, Sánchez Pérez RM^a, Díaz Marín C^a

^aHospital General Universitario de Alicante.

^bHospital de San Vicente del Raspeig.

Caso clínico. Mujer de 72 años, sin antecedentes médicos de interés, diagnosticada de crisis parciales complejas. La exploración neurológica no objetivó focalidad y las pruebas complementarias básicas (bioquímica, hemograma, hormonas tiroideas y vitaminas) fueron normales. La RM cerebral no mostró alteraciones relevantes. Se inició tratamiento con levetiracetam hasta dosis máximas, que no toleró por hipersomnolencia, por lo que se redujo la dosis a 1.000 mg/día y se añadió lacosamida hasta dosis de 200 mg/día. La paciente aquejó aparición progresiva de un temblor en el hemicuerpo derecho con torpeza, ipsilateral y temblor mandibular. La ex-

ploración neurológica mostró un temblor de reposo en el brazo derecho con bradicinesia ipsilateral, hipomimia y temblor mandibular. Ante la sospecha de un parkinsonismo inducido por fármacos, se inició un descenso gradual de la dosis de lacosamida hasta su suspensión, con resolución completa de la sintomatología parkinsoniana tras su retirada. **Conclusiones.** El parkinsonismo inducido por fármacos es una de las causas más importantes de parkinsonismo secundario. Los nuevos antiepilépticos ofrecen multitud de ventajas farmacocinéticas, pero no hay ninguna revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos del movimientos relacionados con su uso. Una gran variedad de ellos (corea, temblor, distonía, etc.) se han asociado con fármacos anti-epilépticos, principalmente con los de primera y segunda generación. El inductor de parkinsonismo más reconocido es el valproato. En todos los casos parece existir una clara relación dosisdependiente. En el caso de la lacosamida, los efectos descritos suelen aparecer en dosis de 400-600 mg. En nuestro caso, la asociación temporal entre el inicio del parkinsonismo y la introducción de la lacosamida, así como su resolución tras la retirada del fármaco, sugieren que la lacosamida puede ser el causante del parkinsonismo como efecto adverso no descrito previamente.

P5.

Trombosis venosa cerebral: hallazgos radiológicos al diagnóstico y su evolución

Gómez D, Cañizares E, Jiménez D, Fernández C, Poyatos C

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. La trombosis venosa cerebral es una entidad que se manifiesta clínica y radiológicamente de diferentes formas, constituyendo un reto para el clínico sospecharla y orientar al radiólogo hacia su búsqueda mediante la técnica de imagen adecuada. **Objetivos.** Describir los hallazgos radiológicos de la patología de senos venosos al momento del diagnóstico y su evolución en con-

troles posteriores, valorar la utilidad diagnóstica de los diferentes métodos de estudio empleados e identificar la presencia o no de factores predisponentes asociados. **Pacientes y métodos.** Seleccionamos 10 pacientes con diagnóstico de trombosis venosa cerebral, realizando una revisión retrospectiva de sus historias clínicas, su imagen al diagnóstico y la evolución radiológica hasta el último control en nuestro centro. **Resultados.** Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de trombosis en nuestra base de datos, tres mujeres y siete hombres, incluyendo un recién nacido. Siete de ellos presentaban TC al momento del diagnóstico, de los cuales sólo tres mostraron hiperdensidad en estructuras venosas sugestivas de trombosis. Se realizó RM a todos los pacientes, que confirmó el diagnóstico de trombosis cerebral, encontrando en tres pacientes alteración de la intensidad de señal en el parénquima encefálico en relación con la trombosis. Se revisaron los controles posteriores y se halló reperfusión total en tres pacientes con imagen de trombosis aguda y que no presentaban factores predisponentes asociados. En los siete pacientes que no mostraron reperfusión, cinco presentaban patología subyacente o factores de riesgo predisponentes: neoplasia de mama, patología infecciosa-inflamatoria de celdillas mastoideas, insuficiencia renal crónica, tratamiento con anticonceptivos orales y tratamiento procoagulante por hemorragia uterina disfuncional. **Conclusiones.** Los hallazgos encontrados muestran que la ausencia de patología y factores predisponentes, así como el diagnóstico precoz, desempeñan un papel importante en la resolución de la trombosis venosa cerebral. Igualmente se demuestra la importancia de la RM para el diagnóstico de trombosis que en la mayoría de casos no se evidencian mediante el estudio por TC.

P6.

Síndrome corticobasal y biomarcadores de enfermedad de Alzheimer

Pérez Romero I, Vivó N, Cuevas A, Cañizares E, Del Olmo A, Domínguez F, González Masegosa A

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. El síndrome corticobasal (SCB) se caracteriza por rigidez asimétrica, apraxia y hallazgos de disfunción cortical (fenómeno de la 'mano ajena', mioclonías, déficit sensitivo) y extrapiramidal. Puede asociarse a diferentes patologías, de las cuales la más frecuente es la degeneración corticobasal. Estudios recientes demuestran que un número significativo de pacientes con dicho síndrome presentan patología de enfermedad de Alzheimer (EA) asociada. **Objetivo.** Destacar la importancia del estudio en LCR de los marcadores de la EA. **Caso clínico.** Mujer de 58 años, remitida a la consulta de deterioro cognitivo. Refería inicio de los síntomas en 2009, presentando dificultad para la realización de determinadas actividades, acompañado de mayor torpeza y movimientos anómalos en el brazo derecho. En los meses siguientes presentó cambios en el comportamiento, con conducta desinhibida, dificultad para la nominación de objetos y defectos de memoria verbal. En la exploración se apreciaba apraxia ideomotora y de imitación en la mano derecha, sin objetivarse rigidez de miembros pero sí mioclonías ocasionales en el miembro superior derecho. También se apreció síndrome de la 'mano ajena' en dicho miembro. La exploración neuropsicológica mostraba importantes alteraciones mnésicas, gnósticas y frontales, anomia y grave alteración praxica. La posibilidad diagnóstica de un cuadro de degeneración corticobasal con patología de EA condujo a la realización de una punción lumbar para el estudio de biomarcadores en LCR. Se detectaron valores de proteína β -amiloide de 312 pg/mL y proteína tau > 1.200 pg/mL. Ante la clínica de la paciente, las pruebas de imagen y los valores de los bio-

marcadores en LCR, se diagnosticó a la paciente de SCB con biología de EA. En el momento actual, la paciente está en tratamiento con inhibidor de la acetilcolinesterasa. **Conclusiones.** Aunque la patología más frecuentemente asociada al SCB es la degeneración corticobasal, otras patologías, entre ellas la EA, se han asociado a dicho síndrome. El diagnóstico clínico de SCB junto con pruebas de imagen y detección de biomarcadores en LCR pueden ayudar a identificar la EA, en sus formas clínicas atípicas, como patología subyacente. Un diagnóstico precoz de SCB-EA permitiría el empleo de agentes terapéuticos capaces de modificar el curso de la enfermedad.

P7.

Experiencia clínica del dabigatrán en la prevención del ictus cerebral en pacientes con fibrilación auricular en un área rural

Martínez Maruri E, Rodríguez Calcaño E

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vinaroz.

Introducción. Con el advenimiento de nuevos anticoagulantes existen más opciones terapéuticas para la prevención del ictus isquémico en pacientes con fibrilación auricular. El dabigatrán, un inhibidor directo de la trombina, es una de las nuevas alternativas, como ha demostrado el estudio RE-LY. **Objetivo.** Evaluar la efectividad del dabigatrán en la prevención del ictus cerebral primario y secundario, así como las complicaciones hemorrágicas en pacientes con fibrilación auricular en áreas de salud pertenecientes a un hospital comarcal. **Pacientes y métodos.** Se observó el curso clínico de 10 pacientes con fibrilación auricular en los que se decidió dar tratamiento con dabigatrán en dosis de 110 o 150 mg, dos veces al día, durante una media de 13 meses (rango: 3-22 meses) en la consulta externa de neurología. **Resultados.** De un total de 10 pacientes seguidos desde junio de 2011 hasta febrero de 2013, ocho eran mujeres y dos eran varones. La media de edad era de 77,3 años, y la media del CHADS₂ de 4,3. Ocho pacientes recibieron una dosis de 150 mg dos veces

al día, y dos, 110 mg dos veces al día. Nueve pacientes habían sufrido un ictus isquémico previamente al tratamiento con cualquier anticoagulante. Un paciente ingresó con absceso cerebral y se objetivó fibrilación auricular paroxística. Siete pacientes que tomaban acenocumarol tuvieron recidiva del ictus, motivo por el cual se cambió a dabigatrán; en tres se decidió empezar anticoagulación con dabigatrán. A lo largo del seguimiento se retiró el dabigatrán a tres pacientes: dos por empeoramiento de la función renal (aclaramiento < 30) y un paciente porque evolucionó a una demencia vascular con dependencia total de la vida diaria y se decidió suspender la anticoagulación. Ningún paciente hasta el momento ha presentado recidiva del ictus isquémico, sólo se ha observado una hemorragia leve secundaria a hemorroides que no precisó ingreso ni transfusiones. **Conclusiones.** Aunque la muestra es pequeña, el dabigatrán parece efectivo en la prevención del ictus isquémico secundario a fibrilación auricular sin complicaciones hemorrágicas graves en una área rural. No obstante, serían necesarios más estudios para avalar más estos resultados.

P8.

Estado vegetativo persistente y estado de mínima conciencia. Estudio descriptivo de una serie de pacientes

Más Sesé G^a, Vicente Más J^b, Vallalta Morales M^b, Rueda Gordillo D^b, Conejo Alba A^b, Berbegal Serra J^b, Martínez Avilés P^b, Oltra Masanet JA^b, Femenía Pérez M^b

^aUnidad de Neurología. ^bUnidad de Medicina Interna. Hospital La Pedrera. Denia, Alicante.

Introducción. La alteración del nivel de consciencia se produce en un 30-40% de pacientes con daño cerebral grave, correspondiendo algunos casos a situaciones de estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC). La incidencia se sitúa en torno a los 5-25 casos por millón de habitantes. La recuperación o evolución de estos pacientes es variable, tanto en grado

como en velocidad. Su supervivencia está amenazada por múltiples complicaciones, tanto en la fase aguda como subaguda-crónica. **Objetivo.** Describir las características clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital La Pedrera (perteneciente a la red de hospitales de atención a pacientes crónicos y larga estancia) con diagnóstico de EV o EMC, las complicaciones durante el ingreso, la evolución clínica y la situación funcional al alta.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados durante el periodo 2009-2012, diagnosticados de EV o EMC, realizada mediante revisión de historias clínicas y registro en base de datos Access 2000. **Resultados.** Durante el periodo analizado se han atendido un total de 21 pacientes (18 varones y 3 mujeres), con una edad media de 57 años y una estancia media de 167 días. Los diagnósticos etiológicos más frecuentes fueron hemorragia cerebral (52%) y encefalopatía tóxica-metabólica (43%). El 76% ingresaron con diagnóstico de EV, y el resto, en EMC. En el momento del alta, un 23,8% de los pacientes se encontraban 'fuera del estado alterado de conciencia', un 23,8% en EMC y el resto (52%) persistían en EV. Cuatro de los pacientes recibieron tratamiento con levodopa o amantadina, evolucionando tres de ellos de EV a EMC, y en un caso, de EMC a EMC plus. El cociente de complicaciones fue de 1,9 por paciente, siendo las más frecuentes las infecciones respiratorias y urinarias (70%), seguidas de las úlceras por presión (17%). El 81% de pacientes eran portadores de traqueostomía, y el 71%, de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea. El porcentaje de *exitus* fue del 57% (58,3% durante los primeros seis meses tras el daño cerebral), siendo las causas más frecuentes la sepsis y la parada cardíaca. **Conclusiones.** El manejo de los estados alterados de conciencia es complejo y requiere la presencia de un amplio equipo de profesionales con el objetivo de mejorar la funcionalidad y atender las frecuentes complicaciones médicas sobrevenidas. De esta manera, a la vista de nuestros resultados, casi la mitad de los pacientes presentan mejoría de su situación cognitiva, lo

que justifica la necesidad de un abordaje multidisciplinar.

P9.

Neurocisticercosis seronegativa e inmigración

Gascón Giménez G, Piera Balbastre A, Llorens Calatayud G, Blasco de Nova D, Martín Bechet A, García Casado A, Láinez Andrés JM

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La neurocisticercosis (NCC) es una parasitosis endémica en Asia y Latinoamérica producida por la infección del sistema nervioso central por la larva de *Taenia solium*. Las formas parenquimatosas son más frecuentes que las extraparenquimatosas. Puede ser asintomática o cursar con epilepsia, cefalea, hipertensión intracraneal o déficits neurológicos. Produce lesiones quísticas únicas o múltiples que pueden captar contraste, producir edema o estar calcificadas. El tratamiento antiparasitario se reserva para las formas activas. **Objetivos.** Presentar una entidad neurológica cada vez más frecuente en nuestro medio en relación a la inmigración, describir sus características clinicoradiológicas y la posibilidad de resultados serológicos falsos negativos. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer india, con antecedente de granuloma cerebral calcificado asintomático, que consultó por cefalea y mareo. En la RM presentaba una lesión en los ganglios basales izquierdos, parcialmente calcificada, con captación anular de contraste e importante edema circundante. Caso 2: mujer peruana, gestante, con tres episodios compatibles con crisis parciales simples. En la RM cerebral presentaba una lesión quística frontoparietal derecha con mínimo edema perilesional y otra subaracnoidea frontal izquierda parcialmente calcificada, ambas con captación anular de contraste. En ambos casos, la serología en sangre y LCR para *T. solium* (EIA) y la reacción en cadena de la polimerasa para *T. solium* en LCR fueron negativas. Se excluyeron diagnósticos alternativos (estudios microbiológicos completos en sangre y LCR, marcadores tumora-

les, autoinmunidad, Mantoux, radiografía de tórax y fondo de ojo, normales). Ante la sospecha de NCC (cuadro clinicoradiológico sugestivo en pacientes procedentes de áreas endémicas) se decidió iniciar tratamiento. El caso 1 recibió tratamiento con albendazol y dexametasona, con disminución del tamaño de la lesión y resolución del edema. El caso 2 inició tratamiento antiparasitario en el posparto inmediato. **Conclusiones.** La frecuencia de NCC en nuestro medio ha aumentado en relación con la inmigración. La presencia de epilepsia, cefalea inexplicable o lesiones quísticas calcificadas o con captación anular de contraste, en inmigrantes, sugieren el diagnóstico. Los estudios serológicos en sangre y LCR pueden dar falsos negativos, sobre todo en cisticercos únicos, por lo que un resultado negativo no excluye el diagnóstico de NCC. Ante un cuadro clinicoradiológico compatible con NCC activa, en pacientes procedentes de áreas endémicas, debe iniciarse tratamiento antiparasitario tras excluirse diagnósticos alternativos. La resolución de las lesiones, espontáneamente o tras tratamiento, es altamente sugestiva de NCC.

P10.

Sintomatología neuropsiquiátrica en los diferentes subtipos de deterioro cognitivo leve

García Soliveres C^a, Del Arco Jódar R^a, Tornero Gómez MJ^a, Piñol Ferrer B^b, Abellán Miralles I^b, González Caballero G^b

^aHospital General Universitario de Elche.

^bUnidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital de San Vicente del Raspeig.

Introducción. El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado patológico transicional entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia. Supone la alteración de una o más funciones cognitivas como atención y funciones ejecutivas, lenguaje, memoria y habilidades visuoespaciales. Esta alteración es adquirida, de larga evolución y debe objetivarse en la exploración neuropsicológica (rendimiento < 1 o 1,5 desviaciones estándares respecto del grupo de la misma edad

y nivel de estudios). En el DCL, la funcionalidad del paciente no se ve afectada de forma significativa. Los síntomas neuropsiquiátricos en el DCL se han infravalorado. Sin embargo, tienen una alta prevalencia y parecen influir en el riesgo de padecer una demencia. Esta sintomatología repercute en la calidad de vida de los pacientes y en sus familiares. **Objetivo.** Describir los trastornos conductuales y la sintomatología depresiva en una muestra de pacientes diagnosticados de DCL. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo. Muestra formada por 338 pacientes de la Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias del Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante), con edades comprendidas entre 38 y 91 años (media: 76,27 ± 7,98 años), un 65% mujeres. Se siguió la clasificación de los subtipos de DCL del grupo de Petersen: DCL amnésico unidominio/multidominio y DCL no amnésico unidominio/multidominio. Instrumentos utilizados: *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire* (NPI-Q), escala de depresión geriátrica de Yesavage, inventario de depresión de Beck y escala de Cornell de depresión en demencia. Se realizaron análisis descriptivos con el programa SPSS v. 11. **Resultados.** Los síntomas más prevalentes en la totalidad de la muestra fueron síntomas depresivos (55,3%), irritabilidad (41,4%), ansiedad (38,8%), apatía (38,8%), alteración del sueño (25,4%) y apetito (15,4%). El 56,6 % de los pacientes presentaban sintomatología depresiva. **Conclusiones.** Es de especial relevancia la valoración de los síntomas neuropsiquiátricos como posibles indicadores de futuras demencias y como posible criterio diagnóstico del DCL. Es preciso realizar un estudio prospectivo longitudinal en el que se valore la relación entre los síntomas neuropsiquiátricos presentes en los subtipos de DCL y su evolución diagnóstica.

P11.

Demencia tipo Alzheimer con patrón licuoral de biomarcadores normal

Esteve Blasco G^a, Baquero Toledo M^b

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

Introducción. La determinación de los biomarcadores β -amiloide ($A\beta_{1-42}$), fosfo-tau (P-tau) y tau total (T-tau) en LCR constituye uno de los criterios reconocidos actualmente para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA), pudiendo resultar una herramienta importantísima en el diagnóstico biológico de las demencias y una pieza clave para su detección precoz. No obstante, existen casos que cumplen los criterios clásicos de EA y no presentan alteraciones en estos biomarcadores, que probablemente constituyan un grupo clínico distinto del de la EA típica. **Objetivo.** Describir los casos de demencia diagnosticados de EA en nuestra serie con niveles licuorales normales de β -amiloide y tau. **Pacientes y métodos.** Hemos practicado análisis de LCR en 52 pacientes con EA probable o posible, criterios NINCDS-ARDRA, para confirmar etiología. De 52 casos estudiados, 39 tenían un patrón tipo Alzheimer, nueve mostraban un patrón indistinto y cuatro resultaron normales. **Resultados.** Se trata de un varón y tres mujeres, con edades comprendidas entre 56 y 71 años, sin diagnóstico de EA en familiares de primer grado. La duración de las alteraciones cognitivas está entre 1 y 6 años de evolución, con un MMSE en rango de 13-21/30, para el grupo, próximo al momento de la punción lumbar. Todos los casos presentan déficit de memoria, al que se añade en un caso clínica motora y confusional fluctuante, en otro clínica conductual con irritabilidad, y en los dos casos restantes, predominio de apatía con disminución de fluidez verbal y clínica conductual. Todos han recibido tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, manteniendo estabilidad clínica en sólo uno de los pacientes, y deterioro cognitivo y funcional en el resto. La neuroimagen es-

tructural cerebral ha sido anodina en dos casos, en otro ha mostrado atrofia temporal medial de ligera a moderada, y en otro, atrofia de convexidad de predominio posterior. El SPECT cerebral de difusión ha mostrado en dos casos clara hipoperfusión posterior, leve en otro, y en el caso restante, el patrón de distribución del flujo ha resultado inespecífico. Los valores obtenidos de las proteínas en LCR han oscilado entre 547-1.150 pg/mL para $A\beta_{1-42}$ (normal > 500 pg/mL), 132-284 pg/mL para T-tau (normal < 350 pg/mL) y 23-46 pg/mL para P-tau (normal < 85 pg/mL). **Conclusiones.** La disponibilidad de biomarcadores licuorales y de neuroimagen para EA modifica la manera en que se diagnostican las demencias y, en función de los resultados, plantea la necesidad de valorar diagnósticos alternativos a dicha entidad y facilita alcanzarlos.

P12.

Síndrome de la cabeza caída, un reto para el neurólogo

Sánchez Martínez JM^b, Muelas Gómez N^a, Vilchez Padilla JJ^a, Sevilla Mantecón T^a, Mascarell Estrada J^b, Vilaplana Domínguez L^b, Domingo Monje FJ^b, Gómez Betancur LF^b

^a Hospital Universitario y Politécnico La Fe. ^b Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. El síndrome de la cabeza caída se caracteriza por debilidad grave de la musculatura extensora del cuello, en la que el mentón llega a contactar con el tórax, reducible mediante movilización pasiva y que se corrige con el decúbito. Se relaciona con patologías neurológicas como enfermedad de Parkinson y trastornos neuromusculares, pudiendo ser la primera manifestación de enfermedades de motoneurona, miastenia grave, polineuropatía desmielinizante idiopática crónica y diversas miopatías, destacando las mitocondriales, inflamatorias, endocrinológicas y algunas distrofias. Puede ocurrir de forma aislada como manifestación de una miopatía focal no inflamatoria de la musculatura paravertebral, que cuando

afecta a la región toracolumbar produce una camptocormia. **Objetivo.** Descripción clínica de un caso con cabeza caída, de curso subagudo, y revisión de pruebas de laboratorio, electrofisiológicas, RM y biopsia muscular. **Caso clínico.** Mujer de 60 años con clínica insidiosa de disfagia y debilidad axial, que desarrolla un síndrome de cabeza caída y camptocormia, seguido de debilidad facial y escapular. Asociaba una prominente pérdida de peso y de masa muscular. Presentaba antecedentes de hipoacusia bilateral y retinosis pigmentaria desde los 30 y 40 años, respectivamente. Una hermana padecía retinosis pigmentaria. Tras un largo periplo por múltiples especialistas fue remitida a Neurología, planteándose el diagnóstico diferencial de síndrome de cabeza caída. Se objetivó una elevación de creatinina (600 U/L) y ANA positivos (1/80), con normalidad de anticuerpos antirreceptores de acetilcolina y anti-MuSK. El EMG mostró potenciales de unidad motora miopáticos sin actividad espontánea, con estimulación repetitiva normal. La RM muscular visualizó atrofia y reemplazamiento graso de distribución axial y escapular, sin brillos en STIR. La primera hipótesis diagnóstica fue una miopatía mitocondrial por la comorbilidad asociada. Sorprendentemente, la biopsia muscular mostró signos de miopatía inflamatoria con infiltrados de predominio perimisial y perivascular, compuestos por linfocitos CD8, CD4 y macrófagos, junto con atrofia de fibras. Se instauró tratamiento corticoideo, que mejoró la disfagia y en menor medida la debilidad axial y escapular. La paciente rechazó la aplicación de otras terapias inmunosupresoras/moduladoras. **Conclusiones.** La paciente cumple criterios clínicos de miopatía inflamatoria braquiocervical, aunque patológicamente está a caballo con una dermatomiositis. La miopatía inflamatoria braquiocervical es una entidad infrecuente y poco conocida, a veces asociada con miastenia o enfermedades reumatológicas, que suele responder satisfactoriamente a corticoides. En nuestra paciente, el retraso diagnóstico y la demora del tratamiento probablemente condicionaron una respuesta parcial, con se-

cuelas importantes. No se ha descrito la asociación de miopatía inflamatoria con retinosis pigmentaria y sordera, lo que hace pensar que probablemente se trate de entidades de distinta naturaleza.

P13.

Evaluación radiológica de los cavernomas intraaxiales: presentación de un caso

Jiménez Restrepo D^a, Gómez Valencia D^a, Cañizares Lledó E^b, Poyatos Ruipérez C^a

^a Servicio de Radiodiagnóstico. ^b Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. Los cavernomas son lesiones vasculares poco frecuentes, tornándose sintomáticos generalmente después de la tercera década de la vida. Hasta un 20% pueden ser asintomáticos, y en las formas familiares este porcentaje sube al 40%. El cuadro clínico de presentación es variable, siendo las convulsiones la forma más frecuente. La hemorragia intraparenquimatosa es la complicación más temida. **Objetivo.** Describir un caso clínico de cavernoma intraaxial, identificando localización e implicación respecto a su comportamiento clínico y correlación con la imagen. **Caso clínico.** Varón de 25 años que presentaba cefaleas. Los estudios por imagen evidenciaron una lesión en el lóbulo temporal derecho. Se realizó TC craneal y RM cerebral con secuencias de angiografía por RM para determinar localización y drenaje venoso y la afectación de otras estructuras. Se realizó una craneotomía temporal derecha más exéresis de la lesión. **Conclusiones.** Los cavernomas cerebrales constituyen una malformación vascular rara pero no excepcional, que pueden manifestarse con una clínica muy diversa. La RM es el mejor procedimiento para su diagnóstico. El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo el pronóstico reservado en caso de no ser posible la intervención. Resulta de gran importancia realizar el diagnóstico preoperatorio para el planeamiento de la intervención. Hemos descrito las características de las imágenes clásicas de cavernomas ce-

rebrales, así como lesiones vasculares cerebrales que pueden imitar las malformaciones arteriovenosas cerebrales. Es crucial que el radiólogo pueda diferenciarlos e identificar factores de riesgo para hemorragia futura o déficits hemorrágicos presentes, con lo que ayudamos a los médicos a tomar decisiones con respecto al tratamiento de estas lesiones.

P14.

Infarto bulbar lateral o síndrome de Wallenberg: una serie hospitalaria

Mollá Insa B, Renau Lagranja J, Arnau Barrés J, Bas Abad M, Vilar Fabra C, Geffner Scarsky D
Hospital General de Castellón.

Introducción. El 20% del total de los ictus isquémicos cerebrales afectan a la circulación cerebral posterior. El infarto bulbar lateral o síndrome de Wallenberg se describió clínicamente en 1895, es uno de los síndromes más comunes que afectan a la circulación posterior y es secundario a la oclusión del segmento intracraneal de la arteria vertebral o, con menor frecuencia, de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA). **Objetivo.** Describir características clínicas, demográficas y pronóstico de pacientes diagnosticados de síndrome de Wallenberg en el Hospital General de Castellón en el periodo de 15 años. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en el que se revisan las historias clínicas de 18 pacientes con diagnóstico al alta de síndrome de Wallenberg según el CIE-9 en un periodo de 15 años. **Resultados.** Se revisaron 18 pacientes (94,4% varones y 5,5% mujeres), con una edad media de 61,5 años (rango: 28-76 años). El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial (55,6%), seguido del hábito tabáquico. Ninguno de los pacientes presentaba cardiopatía previa conocida y solamente en uno se detectó una fibrilación auricular. Clínicamente, en el momento del ingreso, sólo un 16,7% de los pacientes presentaban un síndrome de Wallenberg completo. Se realizó TC craneal al ingreso y RM cerebral durante el mismo

al 100% de los pacientes, siendo la RM positiva en difusión en todos ellos. La angio-RM cerebral fue normal en el 55,5% de los pacientes, mostró oclusión de la arteria vertebral intracraneal en el 22,4% y estenosis moderada-grave previa a la salida de la PICA en otro 22,4%. Se confirmaron por arteriografía dos disecciones vertebrales. El tratamiento principal al alta fue antiagregación asociada a hipolipemiantes y antihipertensivos casi en la totalidad de los pacientes. El pronóstico al alta determinado por la escala de Rankin fue de 0 a 2 en el 72,2% de los pacientes, con mejoría posterior en la mayoría de ellos en el seguimiento durante un año. **Conclusiones.** El infarto bulbar lateral en nuestro medio afecta principalmente a varones de mediana edad en presencia de factores de riesgo cardiovascular. La causa más frecuente es la aterotrombótica y el pronóstico a corto y largo plazo con tratamiento adecuado suele ser favorable.

P15.

Síndrome de Guillain-Barré y hepatitis C: ¿asociación causal o casual?

Vázquez Costa JF^a, Sivera Mascaró R^b, Bataller Alberola L^b, Vilchez Padilla JJ^b, Sevilla Mantecón T^b

^aServicio de Neurología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. ^bServicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. La asociación de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y el síndrome de Guillain-Barre (SGB) se ha descrito en escasas ocasiones. Algunas publicaciones sugieren una relación causal entre ambas, mientras que otras relacionan el tratamiento con interferón (IFN β -2a) con la aparición de SGB. La existencia de una asociación causal podría tener implicaciones terapéuticas. **Objetivo.** Se describen dos casos de SGB en pacientes con VHC, que pueden aportar más información sobre la relación entre ambas patologías. **Casos clínicos.** Dos pacientes de 45 y 53 años, que ingresaron por un cuadro compatible con SGB. El primer caso presentaba una coinfección con VIH y llevaba cua-

tro meses en tratamiento con IFN + ribavirina, además de antirretrovirales. Desarrolló un síndrome compatible con SGB en el postoperatorio de un trasplante hepático, con un aumento exponencial de la carga viral de VHC en sangre. Ante la presencia de carga viral de citomegalovirus en LCR, se trató inicialmente con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) y ganciclovir, sin respuesta en dos ocasiones. Finalmente se decidió iniciar recambio plasmático con una rápida recuperación clínica acompañada de una caída de la carga viral de VHC. El segundo caso es una mujer diabética y con diagnóstico reciente de VHC no tratada, que ingresó por un cuadro compatible con SGB y una elevada carga viral de VHC. Se trató inicialmente con IgIV, con mejoría completa inicial y posterior recaída, por lo que se decidió tratamiento con recambio plasmático, con una recuperación progresiva. En ambos casos se alcanzó una recuperación *ad integrum*. **Conclusiones.** El papel causal del VHC en el SGB ya se ha propuesto previamente, basado en la relación de la carga viral con la gravedad de los síntomas y la recuperación de ambas tras el recambio plasmático. Se presentan dos casos de SGB caracterizados por ausencia de respuesta a IgIV y excelente respuesta al recambio plasmático. Ambos casos comparten una elevada carga viral del VHC y en uno de ellos, donde se monitoriza la carga viral, existe un paralelismo evidente entre la evolución de los síntomas y el número de copias de ARN en sangre. Estos hallazgos aportan más evidencia a una posible relación causal entre VHC y SGB y sugieren priorizar el recambio plasmático sobre las IgIV en caso de encontrar esta asociación.

P16.

Neumoencéfalo y meningitis neumocócica asociados a pansinusitis

Bas Abad M, Renau Lagranja J, Arnau Barrés J, Mollá Insa B, Pajarón Boix E
Hospital General de Castellón.

Introducción. Las causas del neumocéfalo más comunes son las trau-

máticas. Otras etiologías abarcan las neoplasias, otitis media, cirugía, necrosis postirradiación y meningitis por organismos productores de gas. En la mayoría de los casos, el aire puede reabsorberse a través del espacio subaracnoideo, aunque existe la posibilidad de que se forme un neumocéfalo a tensión. Su tratamiento, cuando no afecta a la vida, es conservador. El diagnóstico se realiza por la presencia de aire en TC craneal. **Objetivo.** Descripción de un caso clínico diagnosticado de neumocéfalo en el contexto de sinusitis y meningitis por neumococo en el Hospital General de Castellón. **Caso clínico.** Mujer de 74 años, traída a urgencias por disminución del nivel de conciencia y fiebre. En la exploración, la paciente estaba estuporosa, movilizaba las cuatro extremidades ante estímulos dolorosos y presentaba afasia sensitivo-motora. En urgencias se realizó TC, que fue normal, y punción lumbar, obteniéndose un líquido turbio con 15.732 leucocitos, 90% de ellos polimorfonucleares, glucosa 1 mg/dL, proteínas 20 mg/dL y 1.116 hematíes. Se inició tratamiento empírico con ampicilina, vancomicina, ceftriaxona y dexametasona. El cultivo del LCR fue positivo para neumococo. A los seis días del ingreso se produjo un deterioro de la paciente, con disminución del nivel de conciencia, desviación de la mirada hacia la derecha y falta de respuesta a estímulos dolorosos. Una TC urgente reveló neumocéfalo frontotemporal derecho, con extensión a la cisura interhemisférica, silla turca y cisura de Silvio contralateral. En la misma imagen se apreciaba ocupación de los senos paranasales. Los cortes coronales mostraban disrupción ósea en la base del cráneo adyacente a la apófisis *crista galli*. La paciente continuaba deteriorándose. En TC sucesivas se observó la reabsorción del neumocéfalo. Una RM cerebral mostró una extensa necrosis parietal posterior bilateral simétrica y en centros semiovais. Falleció a los 18 días del ingreso. **Conclusiones.** El neumocéfalo se presenta raramente en la meningitis por neumococo. Se puede presentar tras otitis media con invasión de la mastoides o sinusitis. Sólo hemos encontrado tres casos

en la bibliografía de sinusitis meningitis neumocócica y neumocéfalo. El neumocéfalo en el contexto de meningitis debe orientar a la presencia de fístula de LCR. La infección de los senos produce disrupción ósea y paso del aire y gérmenes hacia el interior de la cavidad craneal.

P17.

Pupila tónica de Adie frente a lesión compresiva del III par craneal por variante anatómica de la arteria cerebral posterior derecha

Martín Bechet A, Arciniegas Perasso CA, Gascón Giménez F, Gil Gimeno R, Láinez Andrés JM

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La pupila tónica de Adie es una condición que tiene su origen en una disfunción del sistema nervioso autónomo por denervación parasimpática, ganglionar o posganglionar, de los músculos del esfínter de la pupila y del cuerpo ciliar. Se manifiesta con una anomalía en el tamaño y la respuesta pupilar, encontrándose una midriasis tónica en la pupila afectada con escasa respuesta a estímulos lumínicos, preservando la respuesta a la acomodación. Afecta en su mayoría a mujeres de 20-40 años, cuya queja principal es el de visión borrosa y fotofobia. La etiología se desconoce, aunque se le atribuye, como causa más probable, el mecanismo inmunomediado tras una infección vírica o bacteriana que afecta al ganglio ciliar. Puede ser un proceso aislado o la manifestación de otros síndromes. **Caso clínico.** Mujer de 44 años, con antecedentes de traumatismo craneoencefálico hacía 20 años, remitida a consulta de neurología por midriasis unilateral de siete años de evolución, asociada a visión borrosa en ambientes luminosos y cefalea de características migrañosas con una frecuencia de 6-8 episodios al mes, en tratamiento preventivo con flunaricina. En el examen destacaba una midriasis del ojo derecho sin respuesta a la luz, pero sí a la acomodación. En la angio-RM cerebral se objetivaba, co-

mo variante anatómica, el nacimiento de la arteria cerebral posterior derecha de sistema carotídeo. Estos hallazgos llevan a plantear la compresión de fibras parasimpáticas como la causa de la midriasis. Se interconsultó con el Servicio de Oftalmología, en cuya exploración se describió pupila del ojo derecho con midriasis irregular, reflejo fotomotor ausente y de aproximación presente y tónico. La instilación de pilocarpina al 0,125% produjo miosis en el ojo afecto. Se decidió realizar angio-RM cerebral con cortes finos, objetivándose en el tercio medio del III par craneal derecho un cruce con la arteria cerebral posterior derecha que lo desplazaba medialmente sin llegar a comprimir. Ante estos resultados se decidió mantener una actitud expectante. **Conclusiones.** Ante una midriasis unilateral es fundamental la exploración clínica minuciosa para orientar la etiología de la misma, ya que las pruebas de imagen en ocasiones pueden sugerir una causa errónea que requiera una actitud terapéutica más agresiva.

P18.

Epilepsia focal temporal como primera manifestación de neurosarcoidosis: a propósito de un caso

Sánchez Martínez JM, Castillo Ruiz S, Mascarell Estrada J, Vilaplana Domínguez L, Domingo Monje FJ, Gómez Betancur LF

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo. Presentar el caso de una mujer diagnosticada de neurosarcoidosis con afectación neurológica exclusiva y epilepsia focal como clínica inicial. **Caso clínico.** Mujer de 47 años, con epilepsia focal temporal izquierda y estudio de neuroimagen normal, que al año del diagnóstico se transformó en farmacorresistente, asociando paresia del VII par fluctuante. La RM cerebral de control evidenció unas lesiones desmielinizantes córtico-subcorticales con captación de contraste, no presentes en estudios previos, en ambos lóbulos temporales con predominio izquierdo. Realce leptomeníngeo

difuso occipitoparietotemporal con focos de nodularidad y extensión al córtex adyacente. Durante el curso evolutivo desarrolló una encefalopatía progresiva con alteración del lenguaje, memoria y bradipsiquia. El estudio de extensión inicial y evolutivo mediante analítica sanguínea y LCR, estudio microbiológico, angio-RM cerebral, TAC toracoabdominopélvica, gammagrafía, mamografía, ecografía tiroidea, arteriografía cerebral, ENG/EMG, EEG, biopsia duodenal y muscular tan sólo desveló hiperproteínoorraquia de carácter leve. La biopsia cerebral mostró gliosis reactiva e infiltrado inflamatorio perivascular. Se iniciaron corticoides en altas dosis, con lo que desapareció la encefalopatía y la práctica totalidad de lesiones en la RM. Actualmente la paciente está estable, persistiendo crisis epilépticas con buen control farmacológico y algunos fallos cognitivos. Ha asociado hipersomnia diurna, hiperfagia y polidipsia por disfunción hipotalamohipofisaria secundaria. El diagnóstico final fue de neurosarcoidosis con afectación neurológica exclusiva, aunque la biopsia cerebral no pudo confirmar el diagnóstico. **Conclusiones.** La neurosarcoidosis suele presentarse como parte de una sarcoidosis multisistémica y más raramente de forma aislada, constituyendo entonces un reto para el neurólogo. Puede afectar al sistema nervioso central (SNC), periférico y cubiertas meníngeas. La lesión histológica en el SNC son los granulomas sarcoideos, aunque también se ha descrito una vasculitis sarcoidea, como podría ser el caso de esta paciente. Son características la parálisis facial bilateral y la disfunción hipotalamohipofisaria. En caso de extensión parenquimatosa simula una enfermedad tumoral o desmielinizante, y en caso de afectar a las meninges, suele hacerlo en la base del cráneo. También puede ocasionar obstrucción del LCR, provocando hidrocefalia. El diagnóstico es fundamentalmente de exclusión, aunque se han descrito como característicos el aumento de la enzima convertidora de angiotensina en LCR y sangre, aumento del cociente CD4/CD8+ en LCR y hallazgos histopatológicos que en nuestro caso no pudieron confirmar el diagnóstico. El tratamiento más uti-

lizado son los corticoides e inmunosupresores. El pronóstico en general es bueno, aunque depende de las características de cada caso.

P19.

Cefalea en racimos de la mujer

Grozeva V^{a,b}, García Casado A^a, Láinez JM^a

^aServicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ^bUniversidad de Medicina de Sofía. Bulgaria.

Introducción. La cefalea en racimos se ha considerado durante muchos años una enfermedad de hombres. Actualmente todavía se sabe poco sobre si la cefalea en racimos presenta particularidades en las mujeres respecto a los hombres y no existen muchos estudios que examinen las diferencias de sexo en esta enfermedad. **Objetivo.** Presentar los datos de nuestra casuística, con el fin de hallar diferencias demográficas, clínicas, desencadenantes, retraso en el diagnóstico y respuesta al tratamiento en la cefalea en racimos en la mujer. **Pacientes y métodos.** Se obtuvieron los datos de todos los pacientes con cefalea en racimos que habían acudido a visitas de seguimiento en la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valencia durante los cuatro meses previos. Se realizó una entrevista personal con todos los pacientes diagnosticados *de novo* de cefalea en racimos en nuestro hospital. **Resultados.** Recogimos datos de 59 pacientes, 40 hombres (67,8%) y 19 mujeres (32,2%). Encontramos algunos ítems similares en la cefalea en racimos en la mujer ya descritas en la bibliografía, considerando: edad de inicio (las mujeres parecen tener dos picos de edad de inicio, a los 20-29 años y por encima de 50 años; los hombres, sólo uno a los 20-29 años), historia familiar (las mujeres con cefalea en racimos tienen más probabilidad de presentar una historia familiar de migraña respecto a los hombres), enfermedades comórbidas (las mujeres son más propensas a sufrir migrañas), localización del dolor (las mujeres presentan el dolor con mayor frecuencia en los territorios V2-V3), síntomas asociados (las mujeres tienen más tendencia a

sufrir síntomas asociados típicamente considerados como migrañosos), duración media de los ataques (las mujeres tienen una frecuencia media de ataques diarios mayor que los hombres), duración del racimo (las mujeres tuvieron racimos típicamente más largos), factores desencadenantes (alcohol: las mujeres beben significativamente menos alcohol que los hombres y a su vez tienen menos tendencia a que sus ataques se desencadenen por el consumo de alcohol, y en cambio son más propensas a que sus ataques se desencadenen por los generalmente conocidos como 'triggers migrañosos'; tabaquismo: las mujeres con cefalea en racimos tienen menor frecuencia de historia de tabaquismo que los hombres), retraso en el diagnóstico (las mujeres sufren un retraso mayor, en torno a 10 años), tratamiento (las mujeres responden peor al tratamiento preventivo que los hombres, excepto al topiramato, al cual responden mejor, y las mujeres responden significativamente peor al sumatriptán que los hombres) y características de la cefalea en racimos específicas de la mujer (la enfermedad se mantiene estable durante la menstruación; una mujer con cefalea en racimos crónica durante años permaneció asintomática durante sus tres embarazos; otra mujer presentó el inicio de su enfermedad durante un embarazo). **Conclusiones.** Existen algunas diferencias entre ambos sexos, pero es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes para mejorar su potencia.

P20.

Nueva mutación del gen *Notch3* como causa de CADASIL en una familia española

Gascón Giménez F^a, Ponz de Tienda A^a, Piera Balbastre A^a, Gil Gimeno R^a,

Chamarro R^a, Grozeva V^a, García Planells J^c, Monteagudo C^b

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ^cInstituto de Medicina Genómica de Valencia.

Introducción. CADASIL (*cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*) es la causa más frecuente de ictus de origen hereditario y es causado por mutaciones en el gen *Notch3* del cromosoma 19. Se transmite de forma autosómica dominante y conlleva un acúmulo anormal de proteínas Notch3 en la membrana citoplasmática de las células musculares lisas de vasos intra y extracerebrales. Este acúmulo se observa en microscopía electrónica como depósitos granulares osmofílicos. **Objetivos.** Describir una nueva mutación potencialmente causante de CADASIL en una familia española y analizar los hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos en una familia con un probable CADASIL en la que se encontró una nueva mutación puntual, no descrita previamente, en el análisis secuencial del gen *Notch3*. **Casos clínicos.** En el caso índice se encontró un cambio de un nucleótido en heterocigosis c.3011 G>A. Es un cambio de cisteína por tirosina en la posición 1004 (Cys1004Tyr). Este cambio implica una pérdida de cisteína en el dominio EGF-like (factor de crecimiento epidérmico) 26 de la proteína Notch3. Este cambio presenta un potencial altamente patológico, como todas las mutaciones descritas asociadas a CADASIL con una pérdida o ganancia de cisteína en cualquiera de los 34 dominios EGF de la proteína Notch3. Hasta ahora se han estudiado cinco miembros de la familia (el caso índice sintomático, tres hermanos y una hija). Todos los miembros de la familia son portadores asintomáticos de la misma mutación. La mu-

tación cosegrega en todos los miembros estudiados con hallazgos radiológicos compatibles con CADASIL y, en uno de ellos, con depósitos granulares osmofílicos en vasos sanguíneos, principalmente arteriolas dérmicas en el estudio de microscopía electrónica de la piel. **Conclusiones.** Pensamos que el cambio c.3011G>A en el gen *Notch3* encontrado en esta familia constituye una mutación puntual nueva, no descrita previamente, causante de CADASIL.

P21.

Polineuropatía aguda desmielinizante recidivante en pacientes portadoras de prótesis mamarias PIP: Descripción de dos casos

Vázquez Costa JF^a, Sivera Mascará R^b, Bataller Alberola L^b, Vilchez Padilla JJ^b, Sevilla Mantecón T^b

^aServicio de Neurología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. ^bServicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. La asociación de las prótesis mamarias de silicona con la aparición enfermedades autoinmunes (siliconosis) ha sido objeto de debate en los últimos años. Recientemente, la descripción del síndrome ASIA (*autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants*) y las complicaciones aparecidas con las prótesis PIP han renovado el interés en esta asociación. **Objetivo.** Describir por primera vez (según nuestro conocimiento) la aparición de una polineuropatía desmielinizante recidivante autoinmune en pacientes portadoras de prótesis PIP con algún tipo de complicación tras el implante. **Casos clínicos.** Dos mujeres de 27 y 51 años, que se realizaron implantación de prótesis mamarias PIP a los 19 y 46 años, respectivamente. La primera es-

ta diagnosticada además de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo 1A, aunque el único hallazgo clínico inicial eran parestesias en manos y pies. En esta paciente se retiraron las prótesis por encapsulamiento a los 25 años, y año y medio año después presentó un cuadro compatible con síndrome de Guillain-Barré, que se trató con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV), con buena evolución, pero recidiva posterior en tres ocasiones requiriendo tratamiento con plasmaféresis y corticoides de mantenimiento. con recuperación *ad integrum*. La segunda paciente comenzó poco tiempo, tras el implante protésico en 2008, con un síndrome de fatiga, mialgias y problemas de concentración sugerentes de síndrome ASIA. Un año después ingresó por síndrome de Guillain-Barré, que se trató con IgIV, con buena evolución inicial, pero recidiva posterior en dos ocasiones, requiriendo tratamiento crónico con corticoides, ciclofosfámidas e IgIV, pese a lo cual la recuperación fue incompleta. En abril de 2012 se retiraron las prótesis mamarias, permaneciendo estable desde entonces. **Conclusiones.** El debate de complicaciones derivadas del implante de prótesis de silicona permanece abierto. La reciente descripción del síndrome ASIA y la aparición de complicaciones inflamatorias locales en el lugar del implante sugieren la posibilidad de que este material actúe como cuerpo extraño que precipite la aparición de una enfermedad autoinmune. Ambas pacientes sufrieron una de estas complicaciones (ASIA o encapsulamiento) previamente al desarrollo de una polineuropatía desmielinizante aguda recidivante, si bien en una de ellas las prótesis se habían retirado dos años antes de la aparición de los síntomas neurológicos. Se discute la posibilidad de una asociación causal.