

XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Andaluza de Neurología (I)

Sevilla, 17-19 de octubre de 2013

COMUNICACIONES ORALES

O1.

Evidencia *in vitro* que la α -sinucleína sérica nitrosilada podría participar en la neurodegeneración parkinsoniana

E. Fernández Espejo, M. Valle López, F. Damas Hermoso, J.M. García Moreno Sevilla.

Introducción. La α -sinucleína, proteína principal de los cuerpos de Lewy, se detecta en sangre, además de tejido nervioso y líquido cefalorraquídeo. Estudios en nuestro laboratorio muestran que existe una nitrosilación excesiva de la α -sinucleína sérica en sangre de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), con aumento de la nitrosilación en los residuos de tirosina 125/136 (Tyr125/136) de la molécula. La nitrosilación de α -sinucleína puede modificar su actividad neurotóxica y proagregante y el objetivo del trabajo fue discernir el papel de la nitro- α -sinucleína sérica en la citotoxicidad y agregación neuronal *in vitro*. **Sujetos y métodos.** Se empleó suero sin filtrar o filtrado (filtro de 60K) de pacientes con EP ($n = 40$) y controles ($n = 30$). Se realizaron técnicas de cultivo de neuronas de sustancia negra de roedor. Los pacientes se clasificaron según la escala de Hoehn-Yahr. **Resultados.** Se observó que el suero no filtrado no es neurotóxico, pero sí el filtrado (y en todos los grados de la EP). Dicha neurotoxicidad depende de la nitro- α -sinucleína, y en concreto, del residuo Tyr39. Además, el cultivo en

suero humano filtrado induce agregados proteínicos que expresan nitro- α -sinucleína en neuronas de sustancia negra. Dicha agregación se bloquea empleando anticuerpos contra los residuos de Tyr125/136 nitrosilados. **Conclusiones.** El suero filtrado de los pacientes con EP es neurotóxico para las neuronas de sustancia negra en cultivo, y dicha neurotoxicidad depende del residuo Tyr39 de la nitro- α -sinucleína; induce la agregación de α -sinucleína nitrosilada en neuronas de sustancia negra, lo que depende de los residuos de Tyr125/136.

O2.

Metilfenidato en pacientes con TDAH y cardiopatías congénitas

M.A. Fernández Fernández, M.D. Morillo Rojas Sevilla.

Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una entidad común en los niños y con repercusiones importantes en la edad adulta. En España, el metilfenidato y la atomoxetina son los únicos fármacos aprobados. El metilfenidato se ha asociado con problemas de seguridad cardiovascular relacionados con la frecuencia cardíaca, la presión arterial principalmente. Las contraindicaciones cardiovasculares incluyen hipertensión grave, insuficiencia cardíaca, enfermedad oclusiva arterial, angina de pecho, enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa, cardiopatía, infarto de miocardio, arritmias potencialmente mortales y canalopatías. **Pacientes y métodos.** Se presentan cuatro pacientes con

TDAH, tres hombres y una mujer, con enfermedad cardíaca congénita. Edades comprendidas entre 6 y 8 años y el peso medio de 24 kg. La enfermedad coronaria consiste en la transposición de los grandes vasos, Defecto del canal auriculoventricular estenosis pulmonar y una comunicación interauricular *ostium secundum* intervenidos. Todos han seguido tratamiento farmacológico en dosis de 0,8-1,4 mg/kg/día de metilfenidato y ninguno ha requerido la retirada o la reducción de la dosis por la ocurrencia de efectos adversos relacionados con la medicación. La evolución clínica relacionada con el TDAH ha sido satisfactoria en todos. **Resultados y conclusiones.** Los riesgos cardiovasculares del metilfenidato deben valorarse en proporción y ajustarse estrictamente a las recomendaciones internacionales. Hay preocupación entre los profesionales y la población en general por estos riesgos, pero si se hace una gestión adecuada, podemos obtener buenos resultados clínicos sin efectos adversos. Un estrecho seguimiento puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes sin un aumento significativo en el promedio de complicaciones a largo plazo.

O3.

Validación de la consistencia interna del estudio AulaNesplora para el TDAH

M.A. Fernández Fernández, M.D. Morillo Rojas Sevilla

Introducción. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es

el principal motivo de consulta en la mayoría de las unidades de neuropsiquiatría de nuestro medio, alcanzando el 7% de los individuos en edad escolar y hasta el 4% de la población adulta. Las dificultades diagnósticas existentes y las graves repercusiones de su mal diagnóstico o un inadecuado tratamiento hacen imprescindible el desarrollo de nuevos procedimientos que nos permitan una mejor valoración de nuestros pacientes. Los avances en las nuevas tecnologías derivadas en la informática y los videojuegos aportan cada día más posibilidades a la práctica clínica. AulaNesplora es un test avanzado de atención continuada que incorpora última tecnología basada en realidad virtual y entorno 3D para la recopilación de información en vivo y objetiva sobre los síntomas nucleares del TDAH. **Pacientes y métodos.** Una de las limitaciones que pueden aparecer al repetir un test es el sesgo de aprendizaje. Para demostrar la ausencia del mismo en AulaNesplora estudiamos a un grupo de 30 pacientes a los que se les realizan las pruebas bajo las mismas condiciones con una semana de diferencia. Se realiza cálculo del tamaño muestral necesario para conseguir datos significativos. **Resultados y conclusiones.** Los resultados de nuestro estudio concluyen que no existen diferencias significativas entre los resultados del primer y el segundo estudio y, por tanto, no se observa un sesgo de aprendizaje que pueda invalidar los resultados de la realización del estudio con diferencias iguales o mayores a una semana de latencia.

04.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff con lesiones atípicas en neuroimagen

M. Marín Cabañas, M. Fernández Recio, Y. Morgado Linares, J. Galán Barranco
Sevilla

Introducción. La encefalopatía de Wernicke constituye una urgencia neurológica. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Los estudios de neuroimagen pueden ayudar al diagnóstico, donde característicamente se observan lesiones agudas, hiperintensas en secuencias T₂ e hipointensas en T₁, que restringen en difusión alrededor del acueducto y tercer ventrículo, en tálamo medial y cuerpos mamilares. **Objetivo.** Presentar el caso de un paciente con encefalopatía de Wernicke recurrente y hallazgos infrecuentes en la RM de cráneo. **Caso clínico.** Paciente de 67 años, con antecedentes de etilismo crónico e ingreso previo por encefalopatía de Wernicke cuatro años antes. Comienza de forma paulatina varios días previos al ingreso con sensación de inestabilidad, vómitos, visión doble y dificultad para la marcha. En la exploración se objetiva confusión mental e inatención, oftalmoplejía completa y ataxia de la marcha. Evolucionó de forma favorable en horas con tiamina intravenosa en dosis alta. RM craneal con difusión: lesiones hiperintensas en T₂, hipointensas en T₁ en la zona periacueductal, periventricular al tercer ventrículo y en ambos tálamos, que restringen en difusión en el vermis y ambos caudados. **Conclusión.** Nuestro paciente presentó una encefalopatía de Wernicke asociada al alcohol con la triada clínica típica y respuesta favorable a tiamina. La RM craneal, además de la afectación característica en el diencéfalo, muestra lesiones llamativas en regiones atípicas como el vermis cerebeloso y los núcleos caudados. Es importante para el diagnóstico tener en cuenta que, en algunos casos de encefalopatía de Wernicke, las lesiones de la neuroimagen pueden hallarse predominantemente o exclusivamente en el cerebelo.

05.

Características clínicas de las demencias semánticas con predominio de la atrofia en el lóbulo temporal derecho. ¿Una nueva variedad de la demencia frontotemporal?

T. Ojea Ortega, M.M. González Álvarez de Sotomayor, C. Cerdán Bernad, O. Fernández Fernández
Málaga.

Objetivo. Describir las características clínicas de 46 pacientes con demencia y atrofas temporales derechas predominantes. **Pacientes y métodos.** Muestra de 46 pacientes que presentaban en los estudios de imagen una atrofia unilateral o predominante en la parte anterior del lóbulo temporal derecho de naturaleza degenerativa. Se recogieron las edades, el sexo y los antecedentes familiares. Se pasaron los siguientes tests y escalas: MMSE, escala de demencia de Blessed, test episódico e inventario neuropsiquiátrico de Cummings. Subescalas específicas del lenguaje y *Frontal Behavioural Inventory*. **Resultados.** La media de edad del inicio de los síntomas fue de $63,5 \pm 9,7$ años, y del diagnóstico, de $66 \pm 9,04$ años. El 46,8% eran varones. La enfermedad se manifestó inicialmente por trastornos conductuales en el 70% de los pacientes y por trastornos del lenguaje en los restantes. Los trastornos conductuales tenían el perfil clínico de la variedad conductual de la demencia frontotemporal, con la diferencia de que los síntomas psicóticos fueron más frecuentes en la variedad temporal derecha. Las funciones ejecutivas estaban alteradas en el 35% de los pacientes. Un dato distintivo de la variedad temporal derecha fue un déficit de reconocimiento visual, especialmente de las caras, presente en el 20% de los pacientes. Por otra parte, la memoria episódica y la capacidad funcional estaban relativamente preservadas al comienzo de la enfermedad. **Conclusiones.** En el comienzo del cuadro clínico, la semiología y las alteraciones psicoconductuales de la demencia frontotemporal variante tem-

poral derecha son muy variadas. Su conocimiento puede permitir diferenciar este proceso de las otras variedades de la demencia frontotemporal.

06.

Utilidad comparada del Mini-Cog en la detección del deterioro cognitivo en una muestra granadina

S. López Alcalde, C. Martos Aparicio, B. Espejo-Martínez, E. Mora Gavilán, R. Vélchez Carrillo, C. Carnero Pardo
Granada.

Introducción. El Mini-Cog es un nuevo test cognitivo de rápida difusión tras ser recomendado por las guías de práctica clínica más recientes por su facilidad, brevedad (< 3 min) y utilidad. **Objetivo.** Evaluar en nuestro medio su utilidad diagnóstica para detectar deterioro cognitivo y compararla con la del Fototest. **Pacientes y métodos.** Se incluyeron de forma prospectiva y sistemática sujetos con sospecha de deterioro cognitivo atendidos en atención primaria. El diagnóstico cognitivo fue realizado de forma ciega e independiente en una consulta específica de neurología cognitivo-conductual, tras una valoración clínica y neuropsicológica completa. La utilidad diagnóstica se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (aROC) y el mejor punto de corte se seleccionó en función de la tasa de aciertos diagnósticos (TAD) y del índice κ . **Resultados.** Se incluyeron 142 pacientes con deterioro cognitivo, con predominio de mujeres (72,5%) y bajo nivel educativo (> 50% sin estudios primarios; 14,1% analfabetos). El Fototest fue completado por todos los sujetos y 16 (11,3%) no completaron el Mini-Cog. El aROC del Mini-Cog ($0,79 \pm 0,04$) fue inferior a la del Fototest ($0,86 \pm 0,03$; $p = 0,1$). En esta muestra, el mejor punto de corte del Mini-Cog fue 1/2 (TAD = 0,77; $\kappa = 0,55 \pm 0,07$), con un rendimiento diagnóstico superior al del punto de corte 2/3 recomendado por sus creadores y habitualmente utilizado (TAD = 0,69; $\kappa = 0,36 \pm 0,08$). **Conclusiones.** El Mini-Cog, aunque simple y breve como el Fototest, tiene una utilidad inferior y

no es aplicable en todos los sujetos; el mejor punto de corte es 1/2, inferior al habitualmente recomendado.

07

Agrupación de casos de polineuropatía desmielinizante idiopática aguda en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla en el primer trimestre de 2013

A. Domínguez Mayoral, J. Abril, J. Molina, E. Pacheco, R. de Torres, Z. Palacios, M.A. Quesada, G. Navarro, S. Eichau
Sevilla.

Objetivo. Describir las características clínicoepidemiológicas de siete casos de polineuropatía desmielinizante idiopática aguda en el primer trimestre de 2013 en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. **Pacientes y métodos.** Se estudian siete pacientes con una media de 61 años y diagnóstico clínico y neurofisiológico de polineuropatía desmielinizante idiopática aguda, incluyendo dos casos de síndrome de Miller Fisher (SMF). La debilidad generalizada fue el motivo de consulta más frecuente. La disminución de los reflejos osteotendinosos fue constante, mientras que la debilidad asimétrica se observó en dos casos. El antecedente infeccioso más frecuente fue la gastroenteritis aguda, seguido de las infecciones respiratorias. La vacuna de la gripe había sido administrada en dos pacientes. **Resultados.** La disociación albuminocitológica se detectó en dos pacientes. Los anticuerpos antigangliosidos fueron positivos en uno de los casos de SMF. Se identificaron bandas oligoclonales de IgG con patrón en espejo en un paciente. El estudio neurofisiológico mostró dos patrones concordantes con SMF y formas axonales sensitivomotoras moderadas-graves en el resto. Se emplearon inmunoglobulinas y plasmaféresis. Uno de los enfermos falleció, mientras que en el resto la evolución fue tórpidamente en la mitad de ellos. **Conclusiones.** El aumento de la incidencia esperada en nuestro medio justifica el estudio para intentar dilucidar relaciones epidemiológicas no encontra-

das hasta el momento. Podemos considerar la existencia de algunas características atípicas, como el patrón axonal sensitivomotor, que puede explicar la evolución tórpida en casi todos los casos. La identificación de estos hallazgos puede facilitar una actitud diagnóstica y terapéutica más precoz si existieran nuevos casos.

08.

Uso de paliperidona parenteral en la interfase demencia-psicosis

J. Romero Imbroda^a, V. Cadenas^b,
C. Treviño^c, C. del Canto^a

^a Sección de Neurología. Hospital de Melilla.

^b Hospital de Lorca. ^c Departamento de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción. Las alteraciones psicóticas son frecuentes en las demencias de causa neurodegenerativa. El uso de antipsicóticos en demencia es controvertido por los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central y sistémicos (incluyendo aumento de riesgo de mortalidad), añadiéndose la dificultad en el cumplimiento terapéutico y la limitación del uso por la restricción por autorización. El palmitato de paliperidona (PdP) es un fármaco de reciente desarrollo clínico utilizado en esquizofrenia, que ha demostrado eficacia en el control del cuadro psicótico, buena tolerabilidad y fácil administración parenteral mensual en fase de mantenimiento del tratamiento.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 64 años, diagnosticado de demencia frontotemporal, con síntomas conductuales refractarios a terapia combinada con antipsicóticos atípicos. Inició PdP en dosis intramuscular de 100 mg y dosis de mantenimiento intramuscular de 50 mg/mes. Caso 2: varón de 78 años, diagnosticado de enfermedad de Alzheimer, que comenzó con alucinaciones visuales e ideas delirantes. Recibía paliperidona oral (6 mg/día), que se sustituyó por PdP intramuscular (75 mg/mes) por negación a la toma oral. Caso 3: mujer de 80 años, depresión con brotes psicóticos en la juventud y demencia vascular, que sufre recaída de síntomas psicóticos. Secundarismos a quetiapina y risperidona.

na. Inició PdP intramuscular hasta la dosis de 50 mg/mes. Los tres casos tratados mostraron buena eficacia en el control de los síntomas psicóticos, mejoría de la conducta y funcionalidad, con buena tolerabilidad. El principal motivo de la introducción del fármaco fue la negación a la toma oral y la falta de eficacia de fármacos previos. **Conclusiones.** El PdP es un fármaco que, por sus características, podría considerarse para el tratamiento de síntomas psicóticos en demencia en diferentes escenarios y en situaciones especiales.

09.

Serie de casos de esclerosis múltiple infantil: ¿es segura la segunda línea?

A. Domínguez Mayoral, S. Eichau,
E. Pacheco, R. de Torres, G. Navarro,
M.A. Gamero, D. Páramo, G. Izquierdo,
S. Pérez

Sevilla.

Introducción. La agresividad de algunas formas infantiles de esclerosis múltiple determina un complejo manejo terapéutico. **Objetivos.** Ilustrar la seguridad de la segunda línea en nuestra serie y, secundariamente, valorar la efectividad terapéutica. **Pacientes y métodos.** Se presenta una serie de siete casos de esclerosis múltiple remitente recurrente, de una edad media de $15 \pm 2,69$ años. Como característica inicial común destacaba la actividad clínica, inmunológica (media de secreción intratecal de 0,71) y radiológica (media de 22 lesiones en T₂ en RM cerebral). Dos pacientes habían recibido Avonex®, y otros dos, Rebif®, inicialmente. Como segunda línea se empleó natalizumab en cinco casos y fingolimod en dos, siguiendo los protocolos de cribado de anticuerpos anti-JC y monitorización cardíaca, respectivamente. La ausencia de control de la enfermedad y la pérdida de adhesión al tratamiento fueron las razones fundamentales para la modificación farmacológica. **Resultados.** Se ha constatado la seguridad en todos los casos, siendo la linfopenia leve el único efecto adverso registrado. La posología de adultos ha mostrado se-

guridad y mayor efectividad. La adhesión ha sido buena con ambos fármacos. La EDSS y las lesiones radiológicas en T₂ han disminuido comparando las medias antes y después del cambio a segunda línea: EDSS, de $1,85 \pm 0,85$ a $1,08 \pm 1,02$, y lesiones en T₂, de $17,6 \pm 7,31$ a $11,1 \pm 5,7$. **Conclusiones.** El natalizumab y el fingolimod en dosis óptimas han demostrado seguridad, efectividad y buena adhesión en nuestra serie, perfilándose como una alternativa interesante al tratamiento convencional, si bien son necesarios estudios experimentales para corroborarlo.

010.

Atención extrahospitalaria del ictus agudo: el tiempo es la clave

F. Moniche, A. Caballero, F.J. de la Torre, S. Pérez, A. Palomino, E. Vigil,
M.D. Jiménez Hernández

Sevilla.

Objetivo. Analizar la demora y evolución clínica de pacientes con ictus isquémico fibrinolizado en función del transporte extrahospitalario utilizado. **Pacientes y métodos.** Se analizaron 143 pacientes fibrinizados en nuestro centro en los años 2011-2012. Se evaluaron los tiempos de llegada al hospital (t. síntomas-puerta) y fibrinólisis (t. síntomas-aguja), en función del transporte extrahospitalario y gravedad, así como su evolución clínica. **Resultados.** De los 143 pacientes fibrinizados, 17 fueron realizados a través de telemedicina con otros centros y 12 fueron ictus intrahospitalarios. De los 114 pacientes, 27 (23%) acudieron por sus medios y 85 (77%) fueron atendidos por el centro coordinador (EPES). El tiempo inicio síntomas-fibrinólisis (t. síntomas-aguja) fue similar en ambos grupos ($p = 0,2$). En los atendidos por el centro coordinador, aquellos trasladados por ambulancia básica tuvieron menor gravedad que los trasladados con ambulancia medicalizada (NIHSS: 12,2 frente a 17,1; $p = 0,001$) y menor demora a su llegada al hospital (t. síntomas-puerta: 51,7 frente a 62,6 min; $p = 0,02$), aunque el tiempo final al tratamiento

fibrinolítico no fue diferente (t. síntomas-aguja: 173,7 frente a 169,6; $p = 0,75$). Las complicaciones hemorrágicas no se asociaron al tipo de transporte ($p = 0,56$), aunque la dependencia fue mayor en los trasladados con ambulancia medicalizada (Rankin ≤ 2 : 28% frente a 62% en ambulancia básica). **Conclusiones.** El concepto 'tiempo es cerebro' es un axioma también aplicable a la atención y traslado extrahospitalario, por lo que salvo en caso de gravedad vital, debe prevalecer el medio de transporte más rápido posible en la derivación del paciente con ictus agudo, para mejorar los tiempos de acceso a fibrinólisis.

PÓSTERS

P1.

Evaluación clínica de Equasym®. Primeros casos

M.A. Fernández Fernández,
M.D. Morillo Rojas

Sevilla.

Introducción. El abordaje farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se basa en el manejo de los diferentes fármacos en función de las características clínicas iniciales del paciente, los datos de la exploración física realizada y la cantidad y cualidad de las repercusiones funcionales sobre la vida diaria que los síntomas provoquen. Es necesaria una evaluación clínica periódica y sistemática que permita conseguir una remisión sintomática precoz sin efectos adversos y de una forma estable. Igualmente requiere una serie de controles antropométricos y de constantes de forma periódica. **Casos clínicos.** Entre los pacientes tratados tenemos tres mujeres y dos varones con un rango de edad de 5-7,5 años. El peso medio de los pacientes es de 23 kg. Todos cumplían los criterios del DSM-IV-TR para TDAH, cuatro de ellos del subtipo combinado y uno del subtipo inatento. Todos iniciaron el tratamiento con dosis de 10 mg sin dificultades para la tolerancia oral de la cápsula.

Uno de los pacientes presentó un claro efecto rebote que cedió a las siete horas de la toma del fármaco. El resto presentó una respuesta clínica favorable apreciada tanto en la escuela como en la familia con las primeras dosis en la primera semana. **Conclusiones.** En la actualidad se considera un avance significativo el aumento del arsenal terapéutico disponible para el TDAH. La diferente y variable respuesta a las distintas presentaciones del metilfenidato supone una limitación terapéutica actual que puede verse disminuida por esta nueva presentación.

P2.

Tratamiento combinado psicoestimulante y no psicoestimulante para el TDAH

M.A. Fernández Fernández,
M.D. Morillo Rojas

Sevilla.

Pacientes y métodos. Presentamos un grupo de cuatro pacientes en los que, después de iniciar tratamiento con metilfenidato de acción prolongada en dosis estándar de 1 mg/kg/día durante un periodo de tres meses, no se consiguió la remisión sintomática. Se inició tratamiento con atomoxetina en dosis progresivas hasta conseguir la remisión sintomática considerando un periodo de tres meses. **Resultados.** El uso combinado de metilfenidato y atomoxetina en dosis bajas en nuestros pacientes permitió un adecuado control clínico y una normalización de los parámetros de calidad de vida. Se consiguió optimizar los resultados académicos y los problemas de conducta asociados sin usar neurolépticos y no aparecieron reacciones adversas relacionadas con la medicación que justificaran modificación o retirada del tratamiento. No aparecieron alteraciones analíticas en los controles realizados. La tolerancia y cumplimiento fueron muy elevados, y todo ello siendo conscientes del elevado precio del tratamiento en conjunto. **Conclusiones.** La respuesta clínica de los pacientes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad a los fármacos psicoestimulantes es una de las más altas descritas en la

bibliografía, pero hay un grupo de pacientes en los que la respuesta no es completamente favorable o aparecen reacciones adversas relacionadas con la dosificación. El uso combinado de metilfenidato y atomoxetina puede ser útil en estos casos por la combinación de efecto y puede permitir un adecuado control clínico con dosis relativamente bajas de ambos compuestos, disminuyendo así la posibilidad de aparición de reacciones adversas e igualmente sin repercutir en el cumplimiento terapéutico.

P3.

Utilidad de AulaNesplora para la evaluación del TDAH

M.A. Fernández Fernández,
M.D. Morillo Rojas

Sevilla.

Introducción. Según la gran experiencia actual, los tests de ejecución continua (CPT) son una excelente opción para la consecución de datos objetivos cuantificables y cuidadosamente calibrados del curso de un problema de atención o de control ejecutivo. Los CPT aportan numerosas ventajas en la evaluación de un paciente con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH); de hecho, son los tests que han demostrado una mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, con un 90% y 70%, respectivamente. **Objetivos.** Analizar la relación entre los valores de los apartados de déficit de atención e hiperactividad/impulsividad de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH y los resultados de los parámetros de omisiones, comisiones, actividad motora etc. de AulaNesplora (CPT audiovisual 3d), y valorar la utilidad diagnóstica de AulaNesplora para pacientes con TDAH. **Resultados.** Lo que puede concluirse en función de los resultados observados es que existe una relación de equivalencia considerablemente alta entre los diagnósticos hechos con el DSM-IV-TR a través de las observaciones de los padres sobre los niños y los resultados obtenidos tras la aplicación del test AulaNesplora. **Conclusiones.** AulaNesplora es un método útil para la valoración de

los pacientes con TDAH y para la monitorización de la evolución de estos pacientes.

P4.

Experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson mediante infusión intestinal continua de levodopa/carbidopa en un hospital de tercer nivel

D. Vidal de Francisco, R. Espinosa Rosso,
M.A. Moya Molina, C. Rodríguez Ramos,
S.A. Vassallo Recio, A. Rodríguez Román,
N. Rojo Suárez

Cádiz.

Objetivo. Descripción de la experiencia y el perfil de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con infusión intestinal continua de levodopa/carbidopa (IICLC) (Duodopa®). Se detallan los datos generales de los pacientes tratados con Duodopa®. **Pacientes y métodos.** Período: 2010-2013. Características demográficas: tres varones y tres mujeres, con una mediana de edad de 63,5 años y de tiempo de evolución de la enfermedad de 12 años. Uno de los pacientes con antecedente personal de retraso en el desarrollo psicomotor, secuela de enfermedad hipóxico-isquémica perinatal. Otra paciente con EP juvenil por mutación en el gen *park-2*, entre cuyos antecedentes destaca retraso cognitivo, secuela de lesión perinatal, y epilepsia parcial compleja idiopática. Otro de los pacientes sometido a cirugía funcional mediante estimulación bilateral del núcleo subtalámico que, al avanzar la enfermedad, precisa para el control de los síntomas la IICLC, y desde entonces los estimuladores están apagados. **Resultados.** Estadio Hoehn & Yahr más frecuente cuando se inició la terapia: 3. La media de la dosis de levodopa oral, previo al momento de inicio de la IICLC, eran 750 mg/día. La complicación más frecuente fue la relacionada con problemas en la sonda de infusión. **Conclusiones.** En nuestra experiencia, y a pesar de la diversidad en el perfil de pacientes tratados con IICLC, los resultados en el control de los sínto-

mas parkinsonianos son muy satisfactorios, y además ellos lo perciben como una mejoría considerable en su calidad de vida.

P5.

Evolución infrecuente de epilepsia parcial benigna de la infancia

D. Vidal de Francisco, A. Rodríguez Román,
S.A. Vassallo Recio, N. Rojo Suárez, S. Sáez Aguiar

Cádiz.

Caso clínico. Mujer de 17 años, diagnosticada a los 6 años de epilepsia parcial benigna, con confirmación electroencefalográfica (EEG) de un foco de descargas paroxísticas en la zona parietotemporal derecha. Ingresó en nuestro servicio tras una crisis tónico-clónica generalizada en el contexto de un cambio terapéutico. En los últimos meses había presentado varios episodios de desconexión del medio, de segundos de duración, sin acompañarse de otros síntomas, y con escasa repercusión en sus actividades diarias. Desde la infancia se mantuvo asintomática con oxcarbacepina, pero al cambiar la tipología de las crisis se hizo un nuevo registro EEG que mostraba anomalías paroxísticas epileptiformes de expresión bilateral, a expensas de punta y poli-punta onda a 3 Hz, que aumentaban durante la hiperventilación, y duración de 4-6 s. Estudio de neuroimagen y EEG seriados. La RM craneal fue normal. Los EEG seriados confirmaron la evolución de un patrón compatible con epilepsia parcial benigna de la infancia hacia una epilepsia generalizada (ausencias típicas y crisis tónico-clónicas generalizadas). El cambio de tratamiento a levetiracetam no controló las crisis y actualmente se controla con lacosamida 200 mg/12 h en monoterapia. **Conclusiones.** En menos del 2% de casos de epilepsia parcial benigna de la infancia, se describe una evolución hacia crisis generalizadas en la edad adulta, considerándose como una excepción en su curso natural (desaparición de las crisis y normalización de los EEG). Además, destacamos el adecuado control con laco-

samida en dosis de 200 mg/12 h y no con otros antiepilépticos clásicos.

P6.

Nuestra experiencia en el uso de la reboxetina para el tratamiento de pacientes afectos de TDAH

M.A. Fernández Fernández,
M.D. Morillo Rojas

Sevilla.

Introducción. El tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en nuestro medio se basa en el manejo de dos principios activos, el metilfenidato y la atomoxetina. La reboxetina se ha usado como alternativa de forma esporádica. **Pacientes y métodos.** Presentamos cinco pacientes pediátricos afectos de TDAH que, tras realizar tratamiento con metilfenidato sin resultados satisfactorios, han sido tratados con reboxetina, con una buena respuesta terapéutica y sin efectos secundarios. Se ha probado su eficacia en la depresión mayor y el trastorno de pánico de los adultos. Se ha realizado un ensayo clínico que estudia su utilidad frente al metilfenidato. **Resultados.** Ambos grupos de pacientes presentan importante mejoría significativa, sin diferencias notables entre ellos. **Conclusiones.** La reboxetina, por sus características, eficacia y seguridad, podría valorarse como alternativa al metilfenidato y a la atomoxetina en el plan de tratamiento integral del TDAH.

P7.

Síndrome talámico de Déjerine-Roussy: un inusual patrón clínico-radiológico

S. Eichau Madueño, S. Pérez Sánchez,
M.A. Gamero García, G. Izquierdo Ayuso

Sevilla.

Objetivo. Ilustrar mediante un caso clínico la correlación clínico-radiológica de este infrecuente síndrome talámico. **Caso clínico.** Mujer de 40 años con factores de riesgo vascular, que consulta por un cuadro brusco de debili-

dad y disminución de sensibilidad en el hemisferio izquierdo dentro de la ventana terapéutica de rt-PA intravenoso. Se realiza TC craneal urgente y se amplía estudio con RM/angio-RM craneal, neurosonología con estudio *shunt* derecha-izquierda y estudio cardiaco. Tras la fibrinólisis se evidencia una disartria moderada, leve asimetría de la musculatura facial inferior izquierda, hemiparesia izquierda proximal 4/5, impersistencia motora con movimientos atetósicos del miembro superior izquierdo, cierta actitud distónica en la mano, sensibilidad superficial disminuida, profunda abolida, hiperalgesia en el hemisferio izquierdo, y dismetría y agrafoestesia izquierdas sin asternognosia. No se detectan alteraciones analíticas relevantes, incluyendo autoinmunidad, estudio de trombofilia y serologías. En la RM destaca una lesión talámica derecha que restringe en difusión. Se detecta un *shunt* derecha-izquierda positivo (más de 20 señales) en la ecografía Doppler y se confirma la existencia de foramen oval permeable mediante ecocardiografía transesofágica. **Conclusiones.** En nuestro caso, el infrecuente síndrome de Déjerine-Roussy se debe a un ictus criptogénico en territorio de la rama inferolateral de la arteria cerebral posterior (P2) derecha, asociado a foramen oval y caracterizado por hemiparesia leve, hemihipoestesia (superficial y profunda), hiperalgesia y hemiataxia, acompañadas de una lesión aguda talámica en la RM. Este caso pone de manifiesto la importancia de correlacionar la semiología con la neuroimagen para un buen diagnóstico clínico.

P8.

Síndrome de Horner tras canalización de una vía de acceso venoso central yugular

E.M. Pacheco Cortegana, J. Molina Seguin,
R. de Torres Chacón, A.M. Domínguez
Mayoral, J. Abril Jaramillo, M.A. Gamero
García

Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. Ante la aparición de un síndrome de Horner postintervención debe pensarse en una posible compli-

cación tras colocar una vía central (yugular). **Caso clínico.** Mujer de 48 años, con antecedentes personales de alergia al ácido acetilsalicílico, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, síndrome ansioso-depresivo en tratamiento, litiasis renal y cólicos nefríticos de repetición. Intervenciones quirúrgicas: cirugía bariátrica y posterior *sleeve* gástrico, esplenectomía, colestectomía, fístula rectovaginal recidivante, histerectomía. Última intervención: colectomía subtotal con ileostomía por cuadro de suboclusión intestinal. Dicho procedimiento se realizó bajo anestesia general y con la colocación de una vía central yugular interna derecha, sin complicaciones. Tras la intervención, la paciente presenta ptosis palpebral derecha y miosis ipsilateral. Exploración: ptosis palpebral derecha moderada, sin enoftalmos, con miosis derecha, pupilas reactivas a la luz sin defecto pupilar aferente. Radiografía de tórax: normal. RM de cráneo y región cervical: sin hallazgos patológicos. Eco-Doppler de troncos supraórticos y transcraneal: normal, sin signos de disección carotídea. Tras valoración y resultados de pruebas complementarias se considera que la paciente presenta un probable síndrome de Horner secundario a la colocación de la vía central yugular interna. **Conclusiones.** El síndrome de Horner es una de las pocas complicaciones neurológicas derivadas de la canalización de una vía central, pudiéndose producir por afectación simpática cervical por la propia punción, por compresión por hematoma o por extravasación de la vía (toxicidad o compresión). A pesar de su baja frecuencia, debemos pensar en esta posibilidad ante pacientes con síndrome de Horner que han requerido canalización de una vía central (ya sea yugular o subclavia).

P9.

Infartos frontales y psicopatología

M.R. de Torres Chacón, E.M. Pacheco
Cortegana, J. Molina Seguin, J.F. Abril
Jaramillo, J.M. López Domínguez

Sevilla.

Objetivo. Mostrar la relación entre le-

siones isquémicas cerebrales frontales y manifestaciones neuropsiquiátricas. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 80 años en seguimiento en consultas externas de neurología por deterioro cognitivo y alteraciones psicoconductuales. TAC craneal: infarto antiguo frontal derecho de predominio posterior, con afectación opercular. Diagnóstico de degeneración lobar frontotemporal, variante conductual. Caso 2: varón de 82 años sin antecedentes de interés, que presenta debilidad de miembros izquierdos de instauración brusca. TAC craneal: infarto isquémico perisilviano derecho. Diagnóstico de ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha. Tras ser dado de alta, vuelve a consultar por presentar alteración del control de los impulsos, conductas repetitivas, acumulación de objetos y escasa flexibilidad. **Conclusiones.** Los infartos operculares frontales se han relacionado con el inicio de diversos síndromes psicoorgánicos. Entre otras muchas funciones se ha demostrado que esta región anatómica está implicada en la producción de las emociones, alteraciones conductuales, demencia frontotemporal, esquizofrenia y adicción a drogas. Presentamos dos ejemplos de lesión isquémica en dicha región, contribuyendo la primera a producir una demencia frontotemporal, y la segunda, un trastorno obsesivo compulsivo. El reconocimiento y tratamiento precoz de estos cuadros es fundamental, pues suelen tener gran impacto en la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores. Estos casos de lesión isquémica opercular y psicopatología ponen de manifiesto que las fronteras entre la patología psiquiátrica y la neurológica no siempre son nítidas. Sería más adecuado hablar de 'enfermedades cerebrales', pues uno solo es el órgano afectado.

P10.**Análisis preliminar de la efectividad del uso de hormona del crecimiento durante seis meses en la rehabilitación de lesiones crónicas del sistema nervioso central**

V.M. Campos Arillo, F. Gómez Trujillo, A. Barranco Gómez, I. Bellido Estévez
Benalmádena, Málaga.

Objetivo. Evaluar la efectividad de la hormona del crecimiento (GH) en el tratamiento de personas con lesiones del sistema nervioso central crónicas en tratamiento neurorrehabilitador. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, de 28 pacientes (rango: 3-52 años) con lesiones crónicas del sistema nervioso central (hipóxicas, isquémicas o postraumáticas) tratados con GH combinada en dosis estándar para adultos, con neurorrehabilitación intensiva durante un periodo de seis meses. En cada visita fueron evaluados neurológicamente y con diferentes escalas (Ashworth, ERLA, Barthel, Lawton-Brody y EVOTL), impresión clínica directa y entrevistas con el paciente y familiares. Se monitorizaron parámetros séricos de seguridad. Durante los seis meses, la neurorrehabilitación intensiva se realizó en un centro externo, independiente de los autores del trabajo. **Resultados.** De los 28 pacientes que integraron la serie, 20 (71,42%) la finalizaron. Razones de discontinuación fueron diversas: empeoramiento de la epilepsia, motivos económicos, desconfianza en el resultado... No observamos diferencias significativas al comparar, mediante ANOVA de medidas repetidas y chi al cuadrado, las valoraciones de los pacientes a los seis meses respecto a la valoración inicial en ninguno de los tests usados para evaluar función motora, coordinación, capacidad de compresión y de expresión verbal, con respecto al valor basal. Finalmente, al comparar los tests de valoración en base a cómo se sentía el paciente, tampoco observamos diferencias. **Conclusiones.** La GH en dosis estándar no mejoró las posibilidades de rehabilitación de lesiones crónicas

del sistema nervioso central a los seis meses de tratamiento.

P11.**Quejas subjetivas de memoria en población almeriense**

T. García López, N. Pardo Palenzuela, R. López García, T. Ramírez García, M. Valero de Vicente
Almería.

Introducción. En la práctica diaria es frecuente encontrarse con pacientes que refieren quejas subjetivas de memoria. Varios son los autores que están de acuerdo en la necesidad de objetivar estas quejas mediante el uso de herramientas de evaluación neuropsicológica. **Objetivo.** Analizar las quejas subjetivas y comprobar si corresponde con un deterioro objetivo. **Pacientes y métodos.** Nuestro estudio cuenta con una muestra de 49 sujetos (8 hombres y 41 mujeres) que presentan quejas subjetivas de memoria. La edad media es de 61,69 años y tienen un perfil de casados (71,4%), activos (63,3%), un nivel educativo básico mínimo (87,7%) y antecedentes de demencia (55,4%). Se les realiza una extensa evaluación neuropsicológica que contiene pruebas de memoria, atención, funciones ejecutivas, gnosias, praxias y lenguaje, y explora la funcionalidad de la vida diaria y los síntomas depresivos con una duración aproximada de 60 minutos. **Resultados.** Encontramos un 6,1% con un perfil normal, un 32,7% con ligeras alteraciones que no comprenden grandes déficits y un 61,2% que muestran un perfil neuropsicológico alterado. **Conclusiones.** La mayoría de la muestra que refiere quejas se corresponde con un perfil que muestra alteración, y sólo una minoría presenta un funcionamiento neuropsicológico normal que no correlaciona con las quejas presentadas. Un grupo considerable (32,7%) presenta sospechas que deberán evaluarse en el tiempo para comprobar su evolución.

P12.**Parasomnia REM: manifestación aislada y precoz de un síndrome parkinsoniano**

C. Méndez Lucena, M. Aguilar Andújar, J. Molina Seguin, J.M. López Domínguez
Sevilla.

Introducción. El trastorno de conducta del sueño REM (TCSR) está relacionado con alteraciones del *locus coeruleus* y suele ser secundario a enfermedades neurodegenerativas como atrofia multisistémica (80-95%), enfermedad de Parkinson (EP) (33-60%) y demencia por cuerpos de Lewy (50-80%). Estudios a largo plazo han determinado que el 30-65% de los pacientes con TCSR desarrollarán una enfermedad neurodegenerativa. **Caso clínico.** Varón de 80 años, derivado a Neurología desde atención primaria por un cuadro de más de 40 años de evolución de sueños vívidos, pesadillas, agresiones y agitación nocturnas, que durante el último año de evolución añaden lentitud de movimiento y fallos de memoria. Exploración: leve amimia con disminución del parpadeo. Leve bradicinesia apendicular de predominio izquierdo. Ligera rigidez de predominio izquierdo y moderada axial. Marcha con disminución del braceo izquierdo. Minimental: 28/30. Se inicia tratamiento con levodopa/carbidopa. DaT-Scan: grave afectación bilateral. RM de cráneo: atrofia córtico-subcortical sin otros hallazgos. Polisomnograma de sueño nocturno: en fase REM presenta ausencia de atonía muscular con movimientos periódicos en miembros y episodio de parasomnia. Tras tratamiento con levodopa presentó una notable mejoría tanto motora como respecto al TCSR (ya no presentaba). Dado los resultados de las pruebas y la respuesta al tratamiento se estableció el diagnóstico de EP. **Conclusiones.** El TCSR puede preceder en décadas a la aparición de síntomas motores en la EP. Por ello es recomendable realizar un DaT-Scan para valorar la afectación o no de la vía nigroestriatal. Su identificación temprana permitiría introducir de forma precoz un posible tratamiento neuroprotector.

P13.**Análisis de la marcha mediante el sistema GaitRite Electronic Walkway en pacientes con enfermedad de Parkinson pre y postratamiento con infusión intraduodenal continua de levodopa/carbidopa**

C. Méndez Lucena, A. Hochsprung, B. Heredia Camacho, S. Escudero Uribe, J.M. García Moreno
Sevilla.

Introducción. En la enfermedad de Parkinson (EP) avanzada, la marcha es uno de los factores que se encuentra más alterado y que peor responde al tratamiento, probablemente debido a la estimulación intermitente de los receptores dopaminérgicos. La infusión intraduodenal continua de levodopa/carbidopa (IICLC) consigue obtener concentraciones de levodopa muy estables, pero desconocemos el efecto que produce sobre la marcha. **Pacientes y métodos.** El sistema GaitRite Electronic Walkway consta de una alfombra computarizada capaz de detectar todos los apoyos del paciente al caminar y permitir la evaluación cuantitativa de una serie de parámetros espaciotemporales. Medimos mediante este sistema la marcha de dos pacientes con EP avanzada durante la fase on pretratamiento con IICLC, 15 días tras iniciar tratamiento y a los tres meses. En cada visita se pasaron las escalas UPDRS I, II, III y IV, Hoehn & Yahr, Schwab & England y PDQ-8. **Resultados.** Un paciente presentó globalmente disminución de la distancia recorrida (mejora del 29%), disminución del tiempo empleado (mejora del 48%), aumento de la velocidad (mejora del 87%), disminución del número de pasos (mejora del 35%), aumento de la cadencia de pasos (mejora del 25%) y aumento de la longitud de zancada en cada paso (mejora del 60%). El otro paciente presentó mejoras en la distancia (17%), el tiempo empleado (37%), la velocidad (86%), el número de pasos (36%), la cadencia de pasos (7%) y la longitud de la zancada (73%). **Conclusiones.** Podríamos determinar que la IICLC mejora

de forma importante los principales parámetros de la marcha y, en consecuencia, la calidad de vida y autonomía del paciente. Destaca la importancia de este método de estudio de la marcha, sin la cual una medida objetiva de ésta no sería posible.

P14.

Encefalopatía hipóxica y necrosis cortical bilateral, secundarias a mal de altura

S.A. Vassallo Recio, R. Espinosa Rosso, A. Rodríguez Román, M.A. Moya Molina, D. Vidal de Francisco, N. Rojo Suárez

Cádiz.

Caso clínico. Mujer de 60 años, anemia. Tras llevar una semana y media de turismo en la ciudad de Denver, inicia un cuadro de somnolencia y movimientos involuntarios progresivos del miembro superior derecho hasta presentar deterioro del nivel de consciencia. Llega a consultar en un centro hospitalario, donde se le diagnostica accidente cerebrovascular agudo en el territorio de la arteria cerebral media derecha y crisis parciales. Se traslada a un hospital de su país de origen (España). Se repite RM craneal: extensas áreas de alteración de la intensidad de señal en el lóbulo parietal temporal derecho y en ambos lóbulos cerebelosos, localizadas muy periféricas con afectación de predominio cortical y engrosamiento, sugestivos de necrosis cortical (secundaria hipoxemia). EEG: descargas paroxísticas en la región temporal derecha. Punción lumbar: normal. **Conclusiones.** La encefalopatía hipóxica se debe al aporte insuficiente de oxígeno al sistema nervioso central secundario a insuficiencia respiratoria, cardíaca o circulatoria. La clínica incluye disfunción encefálica difusa. En casos de anoxia prolongada se puede presentar necrosis laminar cortical. Nuestra paciente sufrió una encefalopatía hipóxica secundaria al síndrome de mal de altura tras visitar la ciudad de Denver, cuya altitud es de 1.609 m sobre el nivel del mar. Si bien la altura puede no ser suficiente por sí sola para provocar dicha entidad, la paciente, al residir de Cádiz, ciudad a nivel del mar, y la co-

existencia de una anemia sí puede justificarlo. Recomendamos sospechar esta entidad en pacientes con necrosis laminares que hayan subido a alturas medias en la que coexistan otros factores desencadenantes.

P15.

Hipotensión intracraneal secundaria a pseudomeningocele

A. Rodríguez Román, S.A. Vassallo Recio, D. Vidal de Francisco, N. Rojo Suárez, R. Espinosa Rosso, M.A. Moya Molina

Cádiz.

Caso clínico. Paciente de 18 años, que acudió a urgencias por cefalea, vómitos y febrícula. Inicialmente refirió cefalea con la bipedestación, mejorando en decúbito. Progresivamente desarrolló un síndrome meníngeo con fotofobia, náuseas y vómitos. Como antecedente destacaba una intervención quirúrgica, hacia una semana, con artrodesis e injerto de cresta iliaca en el contexto de pseudoartrosis de fractura de odontoides. La exploración neurológica era normal, excepto rigidez de nuca. Analítica: normal. LCR: 320 leucocitos, 70% mononucleares, 112 proteínas, 33,4 glucosa, cultivos negativos. Se instauró tratamiento antibiótico. RM: cambios posquirúrgicos en la región cervical superior. Seroma posquirúrgico cervical posterior que se extiende desde C1 a C4. Tras gadolinio, se observa un leve engrosamiento dural parasagital izquierdo, meninges basales en nivel correspondiente a circunvolución temporal inferior izquierda. Cisternografía: ensanchamiento del canal medular cervical, con existencia de trayecto que conecta el pseudomeningocele con canal medular. Se diagnosticó meningitis aséptica y cefalea por hipotensión de LCR secundaria a fistula cervical con pseudomeningocele posquirúrgico. **Conclusiones.** El síndrome de hipotensión intracraneal se caracteriza por cefalea de localización frontal y occipitocervical con clara relación postural, que empeora con bipedestación y mejora en decúbito. Puede asociar otros síntomas como náuseas, vómitos, dolor cervical... Las causas de hipotensión intracraneal pueden ser primarias y secundarias (punción

lumbar, cirugía...). El pseudomeningocele es una colección de LCR no delimitada por pared y que no drena al exterior. Se debe a un defecto en la duramadre durante o tras la cirugía, con salida de LCR a tejidos paraespinales.

P16.

Síndrome de Sneddon e ictus

A. Rodríguez Román, S.A. Vassallo Recio, D. Vidal de Francisco, N. Rojo Suárez, R. Espinosa Rosso, M.A. Moya Molina

Cádiz.

Caso clínico. Paciente de 32 años, que acudió a urgencias por visión doble y ptosis palpebral izquierda, de aparición brusca. Sin traumatismo previo, ni cefalea, ni dolor ocular. Como antecedente destacaba *livedo reticularis* de años de evolución. En la exploración presentaba parálisis del III par craneal izquierdo completo, y en miembros inferiores. máculas eritematoescamosas violáceas en red hasta el tronco, acompañado de úlceras con escara necrótica. Se realizó analítica general normal. LCR: normal. RM craneal y angio-RM: sin hallazgos. ANA, ANCA, crioglobulinas, anti-CCP, ASLO, anticoagulantes lúpicos, AMA, anti-M2: negativos. Estudio de hipercoagulabilidad: negativo. Ecocardiograma: hipertrofia ligera del ventrículo izquierdo con fracción de eyección normal. Biopsia de piel: vasculopatía oclusiva con ulceración compatible con síndrome de Sneddon. Se instauró tratamiento antiagregante, con mejoría tanto del déficit neurológico como de lesiones dermatológicas. **Conclusiones.** El síndrome de Sneddon es la asociación entre *livedo reticularis* y eventos vasculares cerebrales. Se trata de una vasculopatía oclusiva progresiva, no inflamatoria, que afecta selectivamente a vasos de pequeño y mediano calibre de piel y cerebro. El mecanismo subyacente es probablemente inmunológico; en más del 50% de los casos los anticuerpos antifosfolípidos son positivos. Los eventos cerebrovasculares son generalmente de naturaleza isquémica. La *livedo reticularis* es generalizada en tronco y extremidades, y suele preceder una media de 10 años al primer ictus.

P17.

Presentación de un caso de ictus isquémico asociado a mixoma auricular

A. Rodríguez Román, S.A. Vassallo Recio, D. Vidal de Francisco, N. Rojo Suárez, S. Sáez Aguiar

Cádiz.

Caso clínico. Paciente de 57 años, sin factores de riesgo cardiovascular, que acudió a urgencias por pérdida de fuerza en el hemicuero derecho y alteración del lenguaje de presentación brusca de unas 48 horas de duración, que mejoró progresivamente. A su llegada, asintomático, con exploración neurológica normal. Se realizaron, como pruebas complementarias, analítica normal, ECG en ritmo sinusal, Doppler de troncos supraaórticos sin hallazgos. RM craneal: infarto isquémico agudo en la corona radiada y la cabeza del núcleo caudado izquierdo. Lesiones isquémicas antiguas de pequeño vaso. Ecocardiografía transtorácica: masa implantada en el septo interauricular, móvil, compatible con mixoma en la aurícula izquierda. Mediante ecocardiografía transesofágica se confirmó el diagnóstico. Se trasladó al Servicio de Cirugía Cardíaca, que realizó la exéresis quirúrgica del tumor. Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de mixoma. **Conclusiones.** Los tumores cardíacos primarios son extremadamente raros; de éstos, los mixomas son los más frecuentes, y un 75% se encuentran en la aurícula izquierda. Las manifestaciones clínicas pueden ser síntomas cardíacos, por obstrucción del área auriculoventricular. Síntomas constitucionales (fiebre, mialgias...). Síntomas embólicos, el embolismo sistémico puede encontrarse en un 25-50% de los mixomas, y más de la mitad de los émbolos son hacia el sistema nervioso central, con mayor frecuencia en la circulación anterior. Clínicamente puede adoptar la forma de ataque isquémico transitorio o ictus establecido. El mixoma es una causa rara de ictus, a considerar en un paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular.

P18.**Alteración de la sensibilidad secundaria al síndrome de hiperestimulación ovárica**

J. Molina Seguin, E.M. Pacheco Cortegana, A.M. Domínguez Mayoral, M.R. de Torres Chacón, J.M. López Domínguez
Sevilla.

Caso clínico. Mujer de 33 años, en tratamiento por fecundación *in vitro*, que presentó un episodio de parestias en el hemisferio derecho de una hora de duración. La exploración neurológica en el momento de la visita fue normal y se solicitaron diferentes estudios complementarios; sólo destacaban TG de 336 mg/dL y GGT de 192 U/L; el resto del estudio analítico fue negativo. El LCR presentaba una presión de apertura de 26 cmH₂O, sin alteración bioquímica. La angio-RM venosa cerebral no detectó trombosis, pero sí un seno sigmoide hipoplásico y el resto de estudios (tomografía de coherencia óptica, dúplex de troncos supraaórticos, RM de cráneo) fueron normales. Dado la clínica y los estudios, la paciente presentaría una hipertensión intracraneal secundaria al síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). **Conclusiones.** El SHO consiste en un hiperestrogenismo iatrogénico a consecuencia de la maduración simultánea de varios folículos, secundario a la inducción de la fertilidad mediante gonadotropinas (hCG) y con una incidencia que se estima en un 3-6%. Se postulan hipótesis en relación a la secreción de interleucinas 1β, 6, 8, TNF-α y VEGF. En la fecundación *in vitro* se administran dosis de hCG que provocarían una sobreexpresión de VEGF, desencadenando el SHO. Este SHO provoca un aumento de la permeabilidad capilar que inducirá la extravasación del líquido al espacio extravascular, provocando una acumulación y deshidratación intravascular que inducirá una hipovolemia y hemoconcentración y un aumento de la presión intraabdominal. Ello afectaría al sistema nervioso central, induciendo una hipertensión intracraneal benigna con una incidencia de 0,7-1,7/100.000 habitantes. Los eventos tromboembólicos secundarios

a la hemoconcentración, estasis vascular y anomalías en la coagulación también se manifestarían como clínica neurológica focal.

P19.**Evaluación neuropsicológica en pacientes epilépticos tratados con lacosamida**

J. Fernández Pérez, J.M. Cimadevilla Redondo, M. Payán Ortiz, P. Quiroga Subirana, P.J. Serrano Castro
Almería.

Introducción. La lacosamida es un fármaco antiepiléptico de tercera generación de reciente introducción, indicado como terapia adyuvante en el tratamiento de crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria. **Objetivo.** Realizar una evaluación sobre la influencia en el rendimiento cognitivo de la lacosamida como terapia añadida en pacientes con epilepsia. **Pacientes y métodos.** Se seleccionaron pacientes con epilepsia de inicio focal, con o sin generalización secundaria, que estando en tratamiento en politerapia no presentaban un buen control clínico. Fueron sometidos a valoración neuropsicológica previa al inicio del tratamiento con lacosamida, mediante test de función verbal, visuoespacial, razonamiento abstracto, atención y ansiedad. Tras un periodo mayor de un año de cumplimiento terapéutico se realizó una nueva valoración, comparando posteriormente los resultados. **Resultados.** Se incluyeron seis pacientes, edad media de 50 años (rango: 40-68 años), que iniciaron lacosamida en politerapia (rango: 200-450 mg/día). Al reevaluar a los pacientes se detectaron diferencias en las tareas de visuoconstrucción, donde mejoraron el 66% de los pacientes. En los tests visuoespaciales presentaron mejoría el 83%, siendo estas últimas diferencias significativas ($p < 0,05$). En cuanto al tiempo de reacción, el 66% presentó aumento de los tiempos sin llegar a ser significativas las diferencias. En el resto de tests realizados no se observaron diferencias reseñables. **Conclusiones.** Los resultados iniciales hacen pensar que la lacosamida en politerapia es un fármaco

cognitivamente bien tolerado. Se observan resultados positivos en tareas visuoespaciales y visuoconstruccionales, sin detrimento en otro tipo de dominios y con un leve enlentecimiento en los tiempos de reacción.

P20.**Paracinesia brachialis oscitans**

R. Pérez Esteban, M. Fernández Recio, M. Marín Cabañas
Sevilla.

Introducción. Algunos pacientes con hemiplejía por ictus presentan bostezo que se asocia a un movimiento involuntario del brazo parético, fenómeno que se conoce con el término de 'paracinesia brachialis oscitans'. Presentamos un caso de paracinesia brachialis oscitans en el curso de un ictus. **Caso clínico.** Mujer de 44 años, con antecedente de cirugía abdominal cuatro días antes, que presentó durante varias horas episodios repetidos de inicio brusco de déficit motor en hemiplejía izquierda de aproximadamente 15 minutos de duración cada uno, hasta quedar finalmente asintomática. En el contexto del déficit motor se objetivó en varias ocasiones el movimiento involuntario de flexión del miembro parético durante el bostezo. En la RM cerebral se objetivó un infarto agudo en el putamen y la cápsula interna derecha. El resto de estudios (ecografía Doppler de troncos supraaórticos/tomografía computarizada, Holter cardiaco, ecocardiografía y angio-RM) fueron normales. **Conclusiones.** La paciente sufrió, durante los episodios transitorios de hemiplejía, bostezo asociado a una contracción del miembro superior en flexión. Aunque quedó finalmente asintomática, la RM mostraba una lesión isquémica aguda en los ganglios basales. La paracinesia brachialis oscitans es un fenómeno que puede formar parte de la clínica de un ictus. Hay pocos casos descritos y en la mayoría se asoció a lesión de estructuras subcorticales.

P21.**Resultados de la exploración neuropsicológica de un paciente diagnosticado de enfermedad de Alzheimer de inicio focal (afasia progresiva primaria variante logopélica)**

A. Barro Crespo, M. Borges Guerra, E. Domínguez Vázquez, M.I. de la Orden Cazorla, J.M. López Domínguez, F. Viñuela Fernández
Sevilla.

Introducción. La afasia progresiva primaria es un síndrome con causas neuropatológicas heterogéneas; los datos muestran que la mayoría de los pacientes presentan patología propia de la demencia frontotemporal (variante no fluente y semántica) o patología propia de la enfermedad de Alzheimer (EA) (variante logopélica). **Caso clínico.** Se expone el resultado de la exploración neuropsicológica de un varón de 70 años, diagnosticado de EA de inicio focal, con afectación predominantemente del lenguaje (afasia progresiva variante logopélica) en estadio leve. Respecto al nivel educativo, el paciente tenía estudios primarios. La exploración neuropsicológica se realizó utilizando las siguientes pruebas: minimental, test de los siete minutos, selección subtest del test de Barcelona, selección subtest del test de Boston, selección subtest del ADAS-Cog, batería de evaluación frontal, escala de Yesavage y test del informador. Destacaba una alteración significativa de las siguientes funciones cognitivas: lenguaje—expresión: fluente, anomia moderada con conservación del nivel semántico, parafasias fonémicas y semánticas, circunloquios frecuentes, marcada alteración en la repetición de oraciones; lectura: alteración de la lectura de oraciones, resultados normales en palabras; comprensión: alteración en la comprensión verbal y lectora; escritura: alteración al dictado (omisiones y sustituciones) y en la espontánea (paragrafias), resultados normales en la mecánica—. Y también de las funciones ejecutivas (alteración en la evocación categorial semántica y fonética y en la abstrac-

ción-semejanzas), gnosis (alteración en la capacidad visuoespacial y visuocconstructiva) y funcionales (alteración en las actividades instrumentales de la vida diaria). **Conclusión.** Destacar la importancia de la exploración neuropsicológica para realizar un correcto diagnóstico del subtipo de afasia progresiva primaria.

P22.

Halogenación y nitración proteicas en líquido cefalorraquídeo en la enfermedad de Parkinson

F. Damas Hermoso, E. Fernández Espejo, S. Castellano Casas, J.M. García Moreno Sevilla.

Introducción. La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso degenerativo de presentación generalmente esporádica. En lo referente a la etiología, muchas son las hipótesis atribuidas. **Objetivo.** Establecer una posible relación con dos mecanismos etiopatogénicos propuestos: estrés oxidativo y neuroinflamación. Se ha estudiado el efecto de sustancias oxidantes halogenantes, nitrosativas y peroxidativas, además de analizar posibles factores proinflamatorios en el líquido cefalorraquídeo (LCR). **Materiales y métodos.** Realizar cultivos de neuronas de sustancia negra de rata posnatal para su tratamiento con LCR y las sustancias oxidantes mencionadas para su posterior análisis mediante ensayo de lactato deshidrogenasa. Análisis del LCR mediante ELISA y *Western blot* para determinar la presencia de biomarcadores neurotóxicos. **Resultados.** No se obtuvieron niveles significativos de toxicidad en los cultivos tratados con LCR. Elevada citotoxi-

cidad producida en cultivos tras infusión de 3-clorotirosina en concentraciones de 8 y 16 nmol/100 µL. Su citotoxicidad aumenta con el tiempo de exposición. Elevada citotoxicidad producida en cultivos tras infusión de 3-nitrotirosina en dosis de 1 y 2 nmol/100 µL. Su citotoxicidad aumenta con el tiempo de exposición. Las AOPP no mostraron citotoxicidad sobre los cultivos realizados. La citotoxicidad producida por LCR en cultivo tras infusión de 6-hidroxidopamina es similar en controles o pacientes. Se han detectado factores inflamatorios en el LCR de pacientes, en concreto, TGF-β1. Sus concentraciones aumentan en estadios avanzados. **Conclusiones.** Existen sustancias oxidantes citotóxicas para las neuronas de la sustancia negra. El LCR de controles y pacientes protege contra la peroxidación con 6-OHDA. Existen factores proinflamatorios cuya concentración aumenta con el grado de EP.

P23.

Polineuropatía por arsénico: a propósito de un caso

L. Mauri Fábrega, T. Gómez Caravaca, M.C. Arenas Cabrera, P. Martínez Agredano Sevilla.

Introducción. La consecuencia neurológica más frecuente de una intoxicación aguda por arsénico es una polineuropatía sensitivomotora que suele desarrollarse entre una y tres semanas tras la exposición. **Caso clínico.** Mujer de 61 años, con antecedente único de síndrome ansiosodepresivo y trastorno mixto de la personalidad (rasgos dependientes e inestabilidad emocional) en politerapia, que ingresó por un intento autolítico mediante

la ingesta de arsénico. Tras ello, desarrolló un cuadro de inestabilidad de la marcha, parestesias en guante y calcetín de predominio vespertino y síndrome de piernas inquietas secundario muy invalidante. En el examen físico destacaba una debilidad distal en miembros inferiores leve, con abolición de reflejos aquileos, así como una afectación de todas las modalidades sensitivas, mayor también en las extremidades inferiores. Se realizaron estudios neurofisiológicos al ingreso y en diferido y recientemente ha sido valorada para tratamiento rehabilitador. Dichos estudios fueron compatibles con una polineuropatía sensitivomotora axonal, simétrica, de predominio sensitivo y en miembros inferiores, más evidente y acusada en el estudio de control. **Conclusiones.** La fisiopatología de la intoxicación aguda por arsénico en los casos de polineuropatía es desconocida. El tratamiento con 2,3-dimercapto-propano-sulfónico, instaurado antes de las primeras 32 horas, ha demostrado ser útil para paliarla. No obstante, la rehabilitación neurológica es la única alternativa posible para minimizar los déficits residuales.

P24.

Fístula carotidocavernosa bilateral espontánea

L. Mauri Fábrega, L. Villareal Hernández, A. Adames Gómez, A. González García, F. Moniche Álvarez

Sevilla.

Introducción. Las fístulas carotidocavernosas son comunicaciones anómalas entre la carótida (interna o externa) y el seno cavernoso, que conllevan un aumento retrógrado de la

presión venosa, con síntomas de predominio oculoorbitario si la localización es anterior u oculomotores y trigeminales si es posterior. **Caso clínico.** Mujer de 65 años, con un cuadro progresivo de dos meses de evolución consistente en intenso edema palpebral, enrojecimiento conjuntival, proptosis y quemosis bilateral. Pérdida de agudeza visual e ingurgitación papilar y venosa en fondo de ojo izquierdo. Oftalmoplejía externa izquierda completa, así como paresia del recto externo derecho. Asociaba en este contexto vómitos y diarreas del mismo tiempo de evolución y pérdida ponderal significativa. Sin evidencia de soplo ocular ni antecedentes traumáticos. Ingresó en Medicina Interna por un cuadro constitucional. Tras valoración por Neurología, se realizó arteriografía y estudio biológico de trombosis. La arteriografía mostró un relleno venoso difuso precoz bilateral tras inyección de contraste por ambas carótidas internas, así como externas, sugestivo de una fístula carotidocavernosa bilateral, indirecta, de bajo flujo, espontánea, tipo IV según la clasificación de Barrow. El estudio biológico de trombosis fue negativo. Tras tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular durante tres meses, quedó asintomática. **Conclusiones.** Una fístula carotidocavernosa tipo IV, espontánea, de bajo flujo, indirecta y bilateral es una entidad excepcional. En este caso, se planteó como mecanismo subyacente la posibilidad de una trombosis masiva del seno cavernoso, con síntomas anteriores y posteriores, que de forma secundaria fistulizara bilateralmente para liberar la presión generada en su interior. La mejoría tras el tratamiento anticoagulante apoya este diagnóstico.