

XII Reunión Anual de la Sociedad Balear de Neurología

Palma de Mallorca, 29-30 de mayo de 2014

1.

Test *In-Out*: diagnóstico del deterioro cognitivo leve mediante un nuevo paradigma cognitivo

V. Lobera^a, H. Vico-Bondía^b, C. Llopart^b, P. Andrés^a, S. Tarongí-Sánchez^b, A.M. García-Martín^b, E. Torrealba-Fernández^c, G. Amer-Ferrer^b

^aDepartamento de Neuropsicología y Cognición. Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ^bUnidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ^cConsulta de Demencias. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La participación de redes neuronales prefrontales en las funciones mnésicas puede ejercer una actividad compensatoria que minimice alteraciones incipientes, por lo que añadir una tarea que interfiera en dicho apoyo podría desenmascarar los trastornos mnésicos en la enfermedad de Alzheimer (EA) prodrómica. Además, los estudios de *dual task* han demostrado que estos pacientes tienen disminuida la capacidad para realizar dos tareas simultáneamente, a pesar de ser capaces de desarrollarlas relativamente bien por separado. Torrealba et al diseñaron el test *In-Out*, que utiliza un paradigma mnésico-ejecutivo y podría ser una herramienta eficaz en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) debido a EA. **Objetivo.** Estudiar el rendimiento en el test *In-Out* de los pacientes con DCL al inicio de la sintomatología y contribuir a la normalización del test como prueba diagnóstica. **Sujetos y métodos.** Se seleccionaron 20 pacientes que iniciaban estudio por DCL en la Uni-

dad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitari Son Espases, y 20 controles apareados por edad y sexo. Todos los participantes fueron evaluados con el test *In-Out*, test minimental, test 7M, dígitos directos e inversos y fluencia semántica y fonética. **Resultados.** Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para las cuatro puntuaciones del *In-Out*: total ($p < 0,001$), aprendizaje ($p < 0,001$), recuerdo ordenado ($p = 0,008$) y recuerdo aleatorio ($p = 0,018$). **Conclusiones.** El test *In-Out* ha mostrado utilidad en el estudio del DCL en nuestra muestra y podría ayudar en el diagnóstico de la fase prodrómica de la EA.

2.

Eficacia del dimercaprol en el tratamiento de la enfermedad de Wilson

M. Ruiz-López, A. Milán-Tomás, M.D. Moragues-Benito, M.T. Mateos-Salas, M.J. Torres-Rodríguez, B. Vives-Pastor, I. Legarda-Ramírez

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción. La enfermedad de Wilson, o degeneración hepatolenticular, es una patología rara transmitida de forma autosómica recesiva. Se caracteriza por el depósito de cobre en el cerebro, córnea, hígado y otros órganos. Este depósito se debe a una alteración de la vía biliar que altera la excreción del cobre de la dieta y condiciona una disfunción hepática y neurológica. La mayoría de los síntomas se presentan en la segunda o tercera décadas de la vida. En la actualidad se dispone de cinco fármacos para el tra-

tamiento de la enfermedad de Wilson: dimercaprol, D-penicilamina, trientina, sulfato de zinc y tetratiomolibdato. Todos ellos reducen los niveles de cobre o transforman el cobre en su metabolito inactivo, aunque no siempre son eficaces ni están exentos de efectos adversos. **Caso clínico.** Mujer de 44 años, diagnosticada en la adolescencia de enfermedad de Wilson, en la actualidad en fase avanzada con síntomas predominantemente motores y psiquiátricos. El objetivo es describir la evolución del caso y la respuesta a los diferentes tratamientos ensayados. Cabe hacer énfasis en la importante mejoría que presentó la paciente tras el tratamiento con dimercaprol por vía intramuscular. **Conclusión.** El dimercaprol es un fármaco conocido desde hace tiempo como agente quelante del cobre que, a pesar de haber sido teóricamente superado por otros recursos terapéuticos, continúa siendo una opción en aquellos pacientes con enfermedad de Wilson con síntomas graves y falta de respuesta al resto de fármacos.

3.

Amnesia global transitoria recidivante asociada a la actividad sexual: un caso clínico poco común

H. Vico-Bondía, M.J. Torres-Rodríguez

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción. La amnesia global transitoria (AGT) se caracteriza por un episodio de alteración brusca de memoria anterógrada, sin disminución del nivel de conciencia, signos neurológicos ni actividad epiléptica. El pronóstico es bueno, con recuperación com-

pleta en las primeras 24 horas, salvo por la laguna amnésica, que persiste, y la recurrencia es baja. La etiopatogenia y los factores de riesgo de la AGT no se conocen bien. La hipótesis vascular es una de las que se plantean: sugiere que el cuadro se debería a isquemia transitoria de estructuras talámicas y del hipocampo. Se han identificado muchos factores desencadenantes, siendo más frecuente en los varones el ejercicio físico, y en las mujeres, un acontecimiento vital estresante. Aunque inusualmente reconocido, la actividad sexual, incluso la simple excitación, puede ser uno de estos desencadenantes. **Objetivo.** Se presenta un caso de AGT recurrente, asociado a la actividad sexual; se describen las características clínicas del caso y el estudio realizado y se relacionan los resultados con los comunicados hasta la actualidad. **Caso clínico.** Mujer de 57 años que presentaba episodios autolimitados de amnesia de fijación y desorientación temporoespacial, tras el clímax sexual, desde los 54 años. Los estudios analíticos, electrofisiológicos, neurosonológicos y de neuroimagen no mostraron alteraciones. El estudio neuropsicológico mostraba una leve alteración atencional y rendimiento límite en memoria. **Conclusiones.** Este caso muestra una asociación entre la actividad sexual y la AGT, que puede ser recurrente. Además, el hecho de que una persona pueda padecer episodios repetidos de amnesia durante la actividad sexual puede tener consideraciones sociales y medicolegales.

4.

Enfermedad cerebrovascular aguda y tumores cardíacos. Descripción de la experiencia clínica de nuestra unidad

M.D. Moragues-Benito, A. Boix-Moreno, A. Milán-Tomás, M. Ruiz-López, R.M. Díaz-Navarro, S. Tur-Campos, M.C. Jiménez-Martínez

Unidad de Enfermedades Cerebrovasculares. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes con tumores cardíacos que comienzan con un ictus o ataque isquémico transitorio. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de tumor intracardíaco y enfermedad cerebrovascular aguda desde enero de 2002 hasta diciembre de 2013. Se analizan variables demográficas, factores de riesgo vascular, características clínicas del ictus y evolución funcional de los pacientes, así como características de los tumores cardíacos (método diagnóstico, localización y anatomía patológica). **Resultados.** Se incluyen 14 pacientes (ocho hombres y seis mujeres), con una edad media de 55 años. Doce pacientes sufrieron un ictus isquémico, y dos, un ataque isquémico transitorio, con afectación de la circulación anterior en el 64%, de la circulación posterior en el 21% y de localización múltiple en el 7%, y una puntuación media en la escala de ictus NIH de 4,8. La sospecha inicial de tumor intracardíaco se produjo en el 93% de los pacientes por ecocardiografía transtorácica. La anatomía patológica fue posible en 11 casos: seis mixomas, tres fibroelastomas papilares, una metástasis cardíaca por carcinoma escamoso de pulmón y una cuerda tendinosa con cambios mixomatosos. En dos pacientes con sospecha ecocardiográfica de mixoma auricular y otro con fibroelastoma papilar, la anatomía patológica no fue posible. A los tres meses, tres pacientes (21%) habían fallecido, dos por infarto extenso y otro por tumor maligno. En los supervivientes, la puntuación media en la escala de Rankin modificada fue de 2, con una recidiva de ictus a

los seis años en un paciente. **Conclusión.** Los tumores cardíacos son una causa infrecuente de ictus, aunque se asocian a una importante mortalidad.

5.

Adhesión terapéutica en pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento con interferón β -1a por vía subcutánea

T. Mateos-Salas, R.M. Díaz-Navarro, M. Ruiz-López, J. Camiña-Muñiz, V. Núñez-Gutiérrez, B. Sureda-Ramis, M.C. Calles-Hernández

Unidad de Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción. La falta de adhesión al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple (EM). Este incumplimiento influye en la efectividad de los tratamientos y aumenta el coste sanitario. **Objetivo.** Conocer la adhesión terapéutica en pacientes en tratamiento con interferón β -1a por vía subcutánea (Rebif®) suministrado mediante el dispositivo RebiSmart®, el porcentaje de interrupción del tratamiento y posibles factores que pueden influir en dicha interrupción. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se seleccionaron pacientes con EM que se encontraban en tratamiento con Rebif®, administrado mediante el dispositivo RebiSmart®, en nuestro hospital. La variable principal analizada fue el porcentaje de adhesión durante al menos seis meses de tratamiento. Se registraron las interrupciones del tratamiento y sus causas. De forma secundaria se evaluaron las variables que pudieron interferir en la adhesión, como edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, forma clínica, número de tratamientos previos, duración del tratamiento actual y efectos adversos. Se analizaron criterios de eficacia clínica y radiológica, comparando los resultados según el cumplimiento terapéutico de los pacientes. **Resultados.** Se incluyeron 34 pacientes, que actualmente usan RebiSmart®, de los cuales se analizaron

aquellos que al menos utilizaron el dispositivo durante un período mínimo de seis meses ($n = 25$). La adhesión media durante el período en estos pacientes fue del 95,1%. Un 80% de los pacientes ($n = 20$) presentaron una óptima adhesión terapéutica ($\geq 90\%$ de las aplicaciones del fármaco necesarias administradas de forma correcta), mientras que un 20% ($n = 5$) presentaron una adhesión subóptima. En este subgrupo, el 80% fueron mujeres, con una edad media de 42 años. Un 80% eran de la forma remitente recurrente y la EDSS media actual era de 1,7. De los 25 pacientes incluidos en el estudio, 12 (48%) interrumpieron el tratamiento en al menos una ocasión, en la mayoría de los casos por criterio médico debido a alteraciones analíticas (neutropenia o elevación de transaminasas). **Conclusiones.** La adhesión terapéutica en pacientes con EM en tratamiento con Rebif® que utilizan el dispositivo RebiSmart® ha sido óptima. El uso de dispositivos electrónicos permite cuantificar de una forma objetiva la adhesión de los pacientes y puede mejorar el cumplimiento terapéutico.

6.

Experiencia terapéutica con fingolimod en el Hospital Universitario Son Espases

A. Boix-Moreno, R.M. Díaz-Navarro, M. Massot-Cladera, V. Núñez-Gutiérrez, B. Sureda-Ramis, M.C. Calles-Hernández

Unidad de Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Objetivo. Describir la experiencia terapéutica con fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en seguimiento por nuestra unidad. **Pacientes y métodos.** Se analizan variables demográficas, eficacia clínica (reducción en la tasa de recaídas y discapacidad medida por EDSS), radiológica (aparición de nuevas lesiones o lesiones captadoras) y perfil de seguridad. **Resultados.** Se incluyeron 18 pacientes (55,5% mujeres) con diagnóstico de EMRR. La media de brotes en el año previo al inicio del tratamiento fue de 1,6, y la media

de puntuación en la EDSS, justo antes de ese inicio, de 2,8 puntos. En los pacientes con un seguimiento de 12 meses ($n = 9$), la reducción en la tasa de recaídas fue del 70%. El 44% se mantuvo libre de brotes durante el primer año y un 55% presentó un único brote. Tres pacientes alcanzaron los dos años de seguimiento, manteniéndose todos ellos (100%) libres de brotes durante el segundo año. Todos los pacientes mejoraron o estabilizaron su puntuación en la EDSS durante el tiempo evaluado, observándose un descenso medio de 0,4 puntos respecto a la evaluación basal. En aquellos pacientes con seguimiento durante 12 meses se apreció una reducción en el número de lesiones captadoras, pasando de una media de 1,5 en la resonancia magnética pretratamiento a 0,14 postratamiento. Los efectos adversos fueron, por orden de frecuencia, linfopenia, elevación de transaminasas e infecciones respiratorias. En esta serie no se han observado complicaciones cardíacas asociadas a la primera dosis. **Conclusiones.** Los resultados, a pesar de tratarse de una serie pequeña con un período de seguimiento corto, muestran que el fingolimod es un fármaco eficaz y seguro en pacientes con EMRR bien seleccionados.

7.

¿Es el EEG urgente una prueba complementaria imprescindible en hospitales universitarios o, al menos, en los de tercer nivel? Análisis retrospectivo de los EEG urgentes realizados en 2013

J. Camiña-Muñiz, T. Mateos-Salas, A.J. Moreno-Rojas, A.B. Martínez-García, I. Barceló-Artigues

Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción. Las crisis epilépticas constituyen uno de los principales motivos de consulta neurológica urgente, tanto en urgencias como en el caso de pacientes ya hospitalizados. La morbilidad asociada es muy importante y sus repercusiones socioeconómicas son considerables. De forma más general, la disminución del nivel

de conciencia es también una razón frecuente de consulta al neurólogo de guardia. **Pacientes y métodos.** A través del análisis de los electroencefalogramas (EEG) solicitados de manera urgente durante el año 2013, se efectúa un análisis observacional retrospectivo de los motivos de solicitud de esta prueba, su rentabilidad diagnóstica como prueba complementaria y las consecuencias terapéuticas directas relacionadas exclusivamente con sus resultados. **Resultados.** Tanto en pacientes con antecedentes de epilepsia como en los que no, los motivos de solicitud de EEG se ordenan por la misma frecuencia, aunque la proporción relativa varía entre ambos grupos de pacientes para el diagnóstico de crisis epiléptica (70% frente a 39%), alteración del nivel de conciencia (12% frente a 33%), alteración de la conducta (7% frente a 10%), focalidad transitoria (5% frente a 9%), sospecha de amnesia global transitoria (2% frente a 7%) y sospecha de estado epiléptico no convulsivo (5% frente a 1%). Los hallazgos en los EEG siguen un mismo orden de frecuencia, tanto en pacientes epilépticos como no epilépticos, pero la proporción relativa también muestra diferencias: normal (44% frente a 65%), con anomalías epileptiformes (30% frente a 14%), inespecífico (16% frente a 12%), signos lesivos (7% frente a 9%) y estado epiléptico (2% frente a 0%). **Conclusiones.** La realización de EEG en pacientes en urgencias es útil para el manejo clínico (tanto diagnóstico como terapéutico) del paciente, especialmente en los casos de alteración del nivel de conciencia. En los pacientes sin antecedentes de epilepsia, el EEG se ha mostrado muy sensible para demostrar anomalías epileptiformes cuando la sospecha clínica inicial estaba orientada claramente a crisis epilépticas o focalidades transitorias. En las decisiones terapéuticas sobre pacientes epilépticos conocidos influyen muchas más variables que el resultado del EEG, por lo que no presenta una correlación tan clara como en pacientes epilépticos no conocidos.

8.

Identificación de variables genéticas asociadas a la aparición de trastorno del control de impulsos en pacientes parkinsonianos sometidos a tratamiento dopaminérgico

B. Vives-Pastor^a, C. Vives-Bauzá^b, B. Ortega-Vila^b, E. Piñero^b, M.J. Torres-Rodríguez^a, M. Ruiz-López^a, I. Legarda-Ramírez^a

^aUnidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ^bInstitut d'Investigació Sanitària de Palma (IdISPa). Palma de Mallorca.

Introducción. El trastorno del control de impulsos (TCI) se ha reconocido en la enfermedad de Parkinson (EP) como un efecto secundario de la terapia de suplementación dopaminérgica. Aunque la mayoría de pacientes con EP son tratados con fármacos dopaminérgicos, sólo el 14% desarrolla TCI. Los factores que contribuyen a la respuesta diferencial a la medicación dopaminérgica son la edad de manifestación de la EP, la dosis terapéutica, el tipo de medicación dopaminérgica, el sexo y factores genéticos. **Objetivo.** Identificar variantes genéticas asociadas a la manifestación de TCI en pacientes con EP sometidos a terapia dopaminérgica. **Pacientes y métodos.** Pacientes con EP en tratamiento dopaminérgico con más de dos años de seguimiento clínico. Mediante el *Questionnaire for Impulsive-Compulsive Disorders in Parkinson's Disease-Rating Scale* (QUIP-RS) se clasificó a los pacientes en dos grupos: los que después de más de 2 años de terapia dopaminérgica no han desarrollado TCI y los que han desarrollado TCI a consecuencia de la administración de terapia dopaminérgica. Se genotiparon variantes genéticas contenidas en genes implicados en la vía de metabolización de la dopamina (*COMT*, *DAT*), los receptores dopaminérgicos (*DRD1*, *DRD2*, *DRD3* y *DRD4*), el receptor serotoninérgico y su transportador (*HTR2A*, *5HTT*), el receptor de glutamato (*GRIN2B*), la vía opioide (*OPRM1*) y la vía de la monoaminooxidasa (*MAO-A*, *MAO-B*). Para el análisis de resultados se com-

pararon las frecuencias alélicas y genotípicas de cada variante genética entre ambos grupos mediante estudios no paramétricos. A su vez, se determinó la posible interacción entre variantes genéticas por regresión logística. **Resultados.** Se identificaron dos variantes genéticas, rs7301328 y rs1806191, en el gen *GRIN2B* que codifica para el receptor de glutamato NMDA, los cuales se asocian a la manifestación de TCI en pacientes con EP tratados con agonistas dopaminérgicos. **Conclusión.** Los resultados pueden contribuir a predecir la respuesta adversa a la medicación dopaminérgica, lo que puede facilitar la individualización del tratamiento.

9.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Crisis en un paciente con displasia cortical

T. Ivanovski, I. Barceló-Artigues, A.J. Moreno-Rojas, A.B. Martínez-García
Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción. El diagnóstico de las crisis psicógenas es un desafío clínico. No existen criterios clínicos o pruebas complementarias que diagnostiquen con seguridad una crisis psicógena ni un marco teórico integral para este tipo de crisis. **Caso clínico.** Mujer de 18 años, diagnosticada de epilepsia a los 12 por presentar episodios transitorios de pérdida-disminución del nivel de conciencia, acompañados de cefalea y mareos. Aunque en aquel momento ya se consideró la posibilidad de la existencia de crisis psicógenas, la detección en neuroimagen de una lesión parietal derecha (considerada un cavernoma) y la presencia de anomalías epileptiformes en el EEG llevaron al diagnóstico de epilepsia focal, por lo que se inició tratamiento con antiepilépticos. Posteriormente se inició seguimiento por la Unidad de Epilepsia de adultos, con una evolución tórpida de las crisis e inadecuada respuesta al tratamiento. En los nuevos EEG no se hallaron anomalías. En el estudio de resonancia magnética de

3 T realizado con protocolo específico de epilepsia se confirmó que la lesión descrita era una displasia cortical parietal derecha, pero las crisis tenían un fuerte componente emocional y ocurrían en relación a situaciones estresantes, favorecidas por un complejo entorno familiar. Finalmente se realizó monitorización video-EEG, donde se identificó un episodio paroxístico no epiléptico, que apoyaba aún más la existencia de episodios de naturaleza psicógena. **Conclusión.** El caso presentado es un ejemplo de esta complejidad diagnóstica. A pesar de las abundantes pruebas de las que se dispone actualmente, no debe olvidarse que lo que prima son la clínica y los aspectos psicosociales del paciente. El diagnóstico correcto es el primer paso y el factor esencial para un tratamiento eficaz, donde el neurólogo desempeña un papel fundamental, pese a que en ocasiones el abordaje tras la confirmación diagnóstica es complejo y limitado a veces por la necesidad de una aproximación multidisciplinar que puede no ser accesible.

10.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Movimientos abdominales involuntarios: ¿mioclonías propioespinales?

A. Milán-Tomás, M. Ruiz-López, M.D. Moragues-Benito, M.J. Torres-Rodríguez, B. Vives-Pastor, I. Legarda-Ramírez

Unidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Caso clínico. Mujer de 18 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias tras la aparición de unos movimientos involuntarios abdominales con extensión a las cuatro extremidades, de inicio agudo. Ante la sospecha inicial de mioclonías de origen propioespinal se inició tratamiento con clonazepam en perfusión continua, hasta 6 mg/día, al que se asociaron gabapentina y ácido valproico, sin obtener mejoría alguna. En su evolución, la paciente comenzó a pre-

sentar otros síntomas asociados, como anestesia del brazo derecho y alteración visual, con una exploración neurológica incoherente. En el estudio etiológico se realizaron pruebas de imagen (resonancia magnética cerebromedular y estudio tractográfico medular), electromiograma y monitorización video-EEG, así como estudios de laboratorio, incluyendo estudio del líquido cefalorraquídeo, todos ellos normales. Contando con la normalidad de estas pruebas, se retiró lentamente la medicación, sin que se produjeran por ello cambios clínicos. Se llegó al diagnóstico de psicogenicidad de los síntomas. La evaluación posterior por el Servicio de Psiquiatría puso de manifiesto la existencia de un entorno vital estresante que podía justificar un trastorno conversivo. **Conclusión.** Se describe lo que es el procedimiento habitual de evaluación de un trastorno neurológico conversivo en nuestro medio, haciendo hincapié en su frecuente relación con acontecimientos o circunstancias vitales estresantes, tanto presentes como pasados, y con trastornos de personalidad.

11.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Trastorno de somatización: resultado de una autopsia

J.L. Parajuá-Pozo

Sección de Neurología.
Hospital Can Misses. Ibiza.

Caso clínico. Mujer de 42 años, casada y con tres hijos, con antecedente de ansiedad, sin factores de riesgo vascular, que sufría una cefalea holocraneal opresiva y pulsátil diaria de varios meses de evolución, transformada en hemicraneal alternante en los dos meses anteriores a la consulta. Durante ese tiempo había acudido en repetidas ocasiones a urgencias, donde se le habían practicado hasta dos tomografías computarizadas craneales, normales en ambos casos. El día del ingreso se había sentido mareada y fue llevada al centro de salud. Comentó más tarde que allí se había sentido muy frustrada porque pensaba que no enfocaban bien

su caso, ya que se centraban en la cefalea y no en el mareo por el que ella consultaba. En el centro de salud le aparece una hemiparesia izquierda y se activa el código ictus. A su llegada a urgencias, una tomografía computarizada craneal simple fue normal. Evaluada por el médico intensivista, la exploración le pareció 'rara': además del déficit motor, tenía sacudidas en la cabeza irregulares, arrítmicas, multidireccionales, sin alteración de la conciencia. Refería no apreciar ganas de orinar, sin tener incontinencia ni retención. Se avisó a Neurología. En la exploración neurológica la paciente estaba consciente, con lenguaje normal, indiferente a la parálisis. Se observaron pares craneales normales, hemiparesia izquierda con tono y debilidad fluctuantes y anestesia del hemicuerpo izquierdo por debajo del cuello, excepto en el pubis y el perineo, en que es bilateral. Reflejos plantares en flexión y bipedestación imposible, pero sedestación normal. Exploración física general también normal. Durante la evolución posterior se añadió a su déficit una parálisis de la mano derecha, que advirtió al intentar comer con esa mano. En ese momento se explicó a la paciente y a sus familiares que parecía tratarse de un trastorno por somatización, y las diferencias entre éste y una parálisis por lesión estructural. La hemiparesia izquierda siguió fluctuando. Aunque sobre la cama estuviese 'pléjica', podía caminar (se desplazaba al baño). Se inició terapia rehabilitadora. Finalmente, durante un fin de semana, la paciente falleció de forma súbita, sin que fueran efectivas las maniobras de reanimación efectuadas. Se realizó una prueba que fue diagnóstica. La autopsia mostró que había fallecido de un infarto de miocardio por obstrucción completa de una arteria coronaria principal. El estudio cerebral fue normal. **Conclusión.** Se especuló mucho con la posible relación de la isquemia coronaria de la paciente con una situación de estrés grave, o percibida como tal, que hubiese estado también en la base de sus síntomas neurológicos, que en este caso eran claramente psicógenos. Este caso recuerda que debemos considerar a los pacientes como un

todo, en el que las interrelaciones cuerpo-mente-situación vital pueden estar en la base de distintas enfermedades, tanto psicológicas como orgánicas, y que éstas pueden coexistir.

12.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Diplopía uniocular

J.L. Parajuá-Pozo

Sección de Neurología.
Hospital Can Misses. Ibiza.

Caso clínico. Mujer de 43 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por un cuadro de inicio brusco, detectado al levantarse de la cama 24 horas antes, consistente en visión doble sólo por el ojo derecho, por el que percibía imágenes superpuestas con contornos borrosos. Las exploraciones física general y neurológica realizadas fueron normales, así como una completa evaluación oftalmológica. Una tomografía computarizada craneal simple fue también normal. Con estos resultados, la paciente fue diagnosticada de trastorno visual por somatización. **Conclusiones.** La diplopía uniocular es casi siempre de origen ocular. En estos casos, la imagen más borrosa o 'segunda imagen' mejora o desaparece con visión a través del agujero estenopeico. La etiología de este cuadro comprende diversas afecciones, entre ellas astigmatismo corneal y lenticular, opacidades de medios transparentes, cuerpos extraños en humores vítreo o acuoso, retinopatías, cirugía ocular o estrabismo, pero también trastornos psiquiátricos. La diplopía uniocular debe distinguirse de la poliopía o poliopsia, que es de origen cerebral. En esta última, la claridad de las imágenes es la misma, no mejora con agujero estenopeico, las imágenes percibidas pueden ser más de dos y puede haber un patrón de visión 'en rejilla'. Se asocia a síntomas de afectación occipital u occipitoparietal, como hemianopsia homónima, acromatopsia o discromatopsia, agnosia visual o palinopsia (percepción persistente de imágenes tras la desaparición del estímulo visual que las originó).

13.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Distonía focal fija

M. Ruiz-López, A. Milán-Tomás,
M.D. Moragues-Benito, B. Vives-Pastor,
M.J. Torres-Rodríguez, I. Legarda-Ramírez

Unidad de Trastornos del Movimiento.
Servicio de Neurología. Hospital Universitari
Son Espases. Palma de Mallorca.

Caso clínico. Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que fue remitida a la Unidad de Trastornos del Movimiento en demanda de una segunda opinión. El motivo de consulta de la paciente era una postura fija distónica del pie izquierdo en inversión de inicio brusco. **Conclusión.** La distonía focal fija de inicio agudo suele tener un origen psicógeno. No obstante, siempre deben considerarse otras causas en el diagnóstico diferencial.

14.

Trastornos neurológicos somatomorfos y conversivos. Espasmo hemilabial: ¿siempre funcional?

M. Ruiz-López^a, J. García-Caldentey^b

^aServicio de Neurología. Hospital
Universitari Son Espases. Palma de
Mallorca. ^bNeurología. Hospital Quirón
Palmaplanas. Palma de Mallorca.

Casos clínicos. Varón de 80 años con angiopatía amiloide, que sufría episodios paroxísticos de minutos de duración de una distonía labial, con EEG normal durante los episodios, sin poder descartar el origen psicógeno. También se muestra una paciente con una distonía labial muy similar, que en esta ocasión no era psicógena, ya que se englobaba dentro de una distonía multisegmentaria que había sido intervenida, con aparición del espasmo hemilabial con un agotamiento de batería. **Conclusión.** Ante un paciente que presenta un trastorno del movimiento que afecta a la musculatura labial en particular, y la facial en general, hay que plantearse un origen psicológico, siempre y cuando se hayan descartado las causas orgánicas.