

XVIII Reunión Anual de la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular

Lima, Perú, 10-13 de junio de 2015

1.

Densidad y estructura del hueso temporal en amerindios, como factores determinantes para la pobre o nula insonación del Doppler transcraneal (Proyecto Atahualpa)

J. Nader Kawachi^a, M. Andrade Magdaleno^a, V. Espinosa^a, O. del Brutto^b, M. Zambrano^b

^aDepartamento de Neurología e Imagen. Hospital Médica Sur. México. ^bUniversidad de Especialidades del Espíritu Santo. Guayaquil, Ecuador.

Objetivo. Evaluar las características del hueso temporal en una población rural de amerindios en Ecuador, relacionado con fallos en la insonación de la ventana transtemporal en el Doppler transcraneal. **Sujetos y métodos.** Se evaluaron las características en densidad y textura del hueso temporal, por tomografía axial computarizada de cráneo, en una población de amerindios mayores de 65 años que viven en zonas rurales de Ecuador a quienes se les realizó un Doppler transcraneal. Con el informe del operador se realizó un análisis y se investigaron los factores asociados con fallos de insonación. **Resultados.** De 65 participantes (edad media: 74,7 años; 60% mujeres), 32 (49%) tuvieron fallos unilaterales o bilaterales en la ventana transtemporal. Utilizando las características de los huesos temporales de manera independiente, 57 de 130 (44%) tenían una pobre insonación. La densidad media fue superior ($4,7 \pm 1,2$ frente a $2,7 \pm 0,9$; $p < 0,0001$), y la textura, más frecuentemente heterogénea (93% frente a 22%; $p < 0,0001$) en huesos

con pobres ventanas acústicas. Por cada milímetro de incremento del espesor, aumentó 2,9 veces la posibilidad de tener fallos en la insonación. Además, una textura heterogénea aumentó 3,2 veces las probabilidades de una pobre insonación. En las mujeres se incrementó de seis a nueve veces la probabilidad de tener mala insonación.

Conclusión. En población amerindia, la densidad y la textura aumentadas del hueso temporal son predictores independientes de fallos en el Doppler transcraneal.

2.

Relación entre la hiperhomocisteinemia plasmática y la enfermedad cerebrovascular de pequeños vasos

V. Montalván Ayala, L. Palacín Arias, C. Castañeda Díaz

Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú.

Objetivo. Determinar la relación entre la hiperhomocisteinemia y la enfermedad cerebrovascular (ECV) de pequeños vasos. **Pacientes y métodos.** Se revisaron historias clínicas de pacientes admitidos de manera consecutiva con ECV isquémica durante ocho meses, se excluyeron historias clínicas con diagnóstico de ictus cardioembólico y se recogieron datos sobre la presencia de hiperhomocisteinemia $> 15 \mu\text{mol/L}$, edad, sexo, diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia y extensión del infarto por tomografía cerebral, clasificado en lacunar y no lacunar. Se determinó la relación entre los factores de riesgo y la extensión del infarto a través de

un análisis bivariado y multivariado para factores de confusión. **Resultados.** De las 192 historias clínicas revisadas, se incluyeron 83 correspondientes a pacientes con ictus no cardioembólico, 25 lacunares y 58 no lacunares. En el análisis bivariado se encontró una relación significativa entre la hiperhomocisteinemia y la ocurrencia de infartos lacunares ($p = 0,0001$; OR: 11,1; IC 95%: 3,6-33,5). La hipertensión arterial ($p = 0,032$; OR: 3,0; IC 95%: 1,1-9,0) y la diabetes ($p = 0,038$; OR: 2,8; IC 95%: 1,04-7,55) también mostraron significación estadística. En el análisis multivariado de regresión logística se observó un fenómeno de interacción entre la hiperhomocisteinemia (OR ajustada: 21,25), la hipertensión arterial (OR ajustada: 8,4) y la diabetes (OR ajustada: 4,07). **Conclusión.** En nuestro estudio, la hiperhomocisteinemia se relacionaba mayormente con la ECV aterotrombótica de pequeños vasos. La coexistencia de hiperhomocisteinemia y diabetes, hipertensión arterial o ambos, en un mismo paciente, podría elevar aún más el riesgo de padecer esta enfermedad.

3.

Fibrilación auricular en pacientes con infarto cerebral agudo

V. Gómez-Calero^a, L. Apac Valdivieso^b, M. Flores Mendoza^b

^aHospital Nacional Dos de Mayo. ^bInstituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

Objetivo. Describir la frecuencia de fibrilación auricular (FA) en pacientes con infarto cerebral agudo, así como sus características clínicas e imagino-

lógicas. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, realizado en pacientes admitidos en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas con un primer evento clínico de infarto cerebral agudo ($< 72 \text{ h}$), que fueron monitorizados con Holter durante 48 horas. Todos los participantes eran mayores de 18 años y se excluyeron los casos con antecedente de arritmia cardíaca. **Resultados.** Se completó la evaluación en 39 pacientes. Nueve pacientes presentaron FA (23,1%). La edad del grupo con FA fue significativamente mayor respecto a los casos sin FA ($79,4 \pm 8,7$ frente a $67,3 \pm 15,4$ años; $p = 0,006$), siendo más frecuente en mayores de 75 años ($p = 0,003$). La puntuación obtenida en la escala NIHSS en el grupo con FA fue significativamente mayor respecto a la obtenida en el grupo sin FA ($11,4 \pm 1,3$ frente a $9,2 \pm 3,9$ puntos; $p = 0,010$), siendo más frecuente en pacientes con una escala NIHSS > 7 puntos ($p = 0,047$). El territorio vascular anterior izquierdo tendía a ser el más afectado entre los pacientes con FA ($p = 0,053$). No se encontraron diferencias entre los grupos respecto a sexo, antecedentes cardiovasculares y extensión del infarto cerebral. **Conclusiones.** La frecuencia de FA fue del 23,1%. La edad superior a 75 años y una puntuación en la escala NIHSS > 7 se asocian con la presencia de FA en el infarto cerebral agudo en la población estudiada.

4.

Trombólisis endovenosa en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico

D. Melgarejo Fariña^{a,b}, G. Meza Rojas^{a,b}, A. Olmedo Barreiro^{a,b}, S. Florentín Mujica^{a,b}, G. Fariña Fernández^a, G. Ruiz Díaz^{a,b}, C. Velázquez Oviedo^{a,b}, Z. Benítez Subeldia^a

^a Hospital Central del Instituto de Previsión Social. ^b Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Asunción, Paraguay.

Objetivo. Compartir experiencia en la atención de pacientes con accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos que recibieron tratamiento trombolítico con activador tisular del plasminógeno (r-TPA) de julio de 2012 a abril de 2015 en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Asunción. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron pacientes adultos de ambos sexos que acudieron antes de las tres horas del inicio de los síntomas y recibieron r-TPA antes de las 4,5 horas. Se registraron edad, sexo, factores de riesgo, complicaciones y NIHSS al ingreso, posttrombólisis, a las 24 horas y al alta. **Resultados.** Se incluyeron 26 pacientes con diagnóstico de ACV isquémico que se trombolizaron (17 varones y 9 mujeres), con un rango de edad de 36-84 años y una edad media de 68 años. En 20 pacientes se encontraron dos o más comorbilidades para ACV isquémico; la hipertensión arterial fue la más frecuente ($n = 24$). Presentaron complicaciones 19 pacientes: hemorragia encefálica en nueve y neumonía en cinco. La escala NIHSS al ingreso fue: moderado, 10; importante, 10, y grave, 6; y posttrombólisis, 16, 9 y 1, respectivamente. **Conclusiones.** En nuestra experiencia, recibieron trombólisis predominantemente los mayores de 60 años. Las comorbilidades encontradas más frecuentes fueron hipertensión arterial, fibrilación auricular, obesidad y enfermedad cardiovascular. En la mayoría se observó mejoría de la escala NIHSS posttrombólisis. La hemorragia encefálica fue la complicación predominante. En la actualidad, nuestra población no es estadísticamente significativa y debe

seguir aumentando el acceso de pacientes con requerimientos de trombólisis para, en el futuro, llegar a esta meta y mejorar la morbimortalidad.

5.

Enfermedad de moyamoya: comunicación de un caso

J. Ramírez Quiñones, D. Barrientos Imán, C. Abanto Argomedo, A. Valencia Chávez
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
Lima, Perú.

Caso clínico. Varón de 25 años, de ascendencia japonesa, que fue encontrado desorientado, confuso, irritable, con debilidad muscular en el hemicuerpo izquierdo y limitación para dirigir la mirada hacia arriba. En el examen neurológico se mostraba despierto, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, con hemiparesia izquierda 4/5 directa proporcional hipotónica normorrefléxica, signo de Babinski en el lado izquierdo, hipotesia superficial izquierda, parálisis de la mirada conjugada vertical, y resto sin alteraciones. NIHSS al ingreso: 4 puntos. La analítica sanguínea no evidenció hallazgos anormales. La tomografía espiral multicorte cerebral sin contraste mostró una hemorragia talámica derecha con extensión hacia el brazo posterior de la cápsula interna y la región rostral del mesencéfalo del mismo lado. La angiografía por sustracción digital mostró marcada estenosis de la porción terminal de la arteria carótida interna, de la arteria cerebral media y de la arteria cerebral anterior, de forma bilateral y predominio derecho, con la formación de numerosas ramas colaterales y prominencia de las arterias oftálmicas, arterias carótidas externas y sus ramas. Se diagnosticó enfermedad de moyamoya (estadio 4 en el lado izquierdo y estadio 5 en el lado derecho, según Suzuki y Takaku). Durante el seguimiento, el paciente presentó una evolución clínica e imaginológica favorable. Hasta el año no hubo recurrencia de enfermedad cerebrovascular. **Conclusión.** El caso destaca la enfermedad de moyamoya como diagnóstico diferencial en un paciente adulto joven sin factores de riesgo de en-

fermedad cerebrovascular. Tras la sospecha, se debe confirmar de forma rápida el diagnóstico con una angiografía por sustracción digital debido a que las medidas terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, se asocian a un mejor pronóstico.

6.

Diseccción arterial vertebral como causa de ictus isquémico: características clínicas y radiológicas de una cohorte de pacientes

E. Zegarra Maldonado, V. Montalván Ayala, M. Gallo Guerrero, M. Valdiviezo Velarde

Hospital Nacional Guillermo Almenara.
Lima, Perú

Objetivo. Describir las características clínicas, evolución y hallazgos imaginológicos de pacientes con ictus por diseccción arterial vertebral (DAV). **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal de una cohorte. De todos los pacientes con ictus vertebrobasilar admitidos durante dos años, se incluyeron aquellos con DAV. Se recogió información sobre factores de riesgo, sintomatología, características angiográficas, localización del infarto, tratamiento y funcionalidad al ingreso y en la actualidad según la escala de Rankin modificada (mRS). **Resultados.** De 192 historias clínicas revisadas, se incluyeron seis correspondientes a ictus por DAV, cinco de ellos varones, con una media de edad de 45 años: dos con antecedente de traumatismo, dos con hipertensión, uno con diabetes y uno fumador, todos con hipercolesterolemia. Los seis presentaron cefalea al inicio. Cinco tuvieron cervicalgia; cinco, pares craneales alterados, y tres, hemiparesia. Ocurrió DAV izquierda en cuatro pacientes. En tres casos hubo DAV de dos o más segmentos arteriales. El patrón angiográfico de 'estenosis ahusada' se observó en cuatro pacientes, tres de los cuales tuvieron un pseudoaneurisma, mientras que dos presentaron un patrón oclusivo completo. Se observaron signos angiográficos patognomónicos en cuatro casos. Cuatro pacientes presentaron un infarto de ramas vertebrales

y dos en el territorio cerebral posterior. Cuatro pacientes recibieron warfarina, y dos, ácido acetilsalicílico. Cuatro pacientes tuvieron mRS al ingreso ≥ 3 . Tras el seguimiento, el mRS fue ≤ 2 en todos los pacientes. **Conclusión.** La DAV ocurrió en pacientes varones jóvenes sin antecedente de traumatismo en su mayoría. Cefalea y pares craneales alterados fueron las manifestaciones más frecuentes. Los signos angiográficos observados eran sugerentes de diseccción DAV subintimal en todos los casos, con ruptura intimal al menos en tres pacientes. El mecanismo de ictus asumido mayormente fue el oclusivo frente al tromboembólico. Todos los pacientes tuvieron una evolución funcional favorable.

7.

La variabilidad glucémica temprana predice el desenlace funcional a corto plazo en el infarto cerebral isquémico agudo

C.R. Cámara Lemarroy^a, E.I. González Moreno^b, J.G. González González^c, A.B. Treviño Herrera^a, E. Garza Villarreal^a, H.J. Villarreal^a, F. Góngora Rivera^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Gastroenterología. ^c Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Doctor José E. González. Monterrey, México.

Introducción. La hiperglucemia predice un mayor tamaño del infarto, pobre pronóstico funcional y un riesgo de mortalidad más alto en pacientes con infarto cerebral isquémico. El control intensivo de la glucemia no se ha asociado con un mejor desenlace clínico. La variabilidad glucémica (VG), definida como la variación diaria de los niveles de glucosa en sangre, podría explicar estos resultados. **Pacientes y métodos.** Incluimos a pacientes con infarto cerebral isquémico internados en el Servicio de Neurología de nuestra institución de 2008 a 2015. La VG se definió como la desviación estándar de cuatro glucemias diarias durante la estancia hospitalaria. El estado funcional se evaluó con la escala modificada de Rankin (mRS) y la escala NIHSS. Se realizó un análisis univariado entre las variables clínicas independientes y el pronóstico funcio-

nal por mRS al alta hospitalaria y un modelo de regresión logística para analizar la relación entre la VG y el desenlace ajustando para variables relevantes. **Resultados.** Se incluyeron 198 pacientes, el 57% de sexo masculino. El 51% de los pacientes tenía diagnóstico de diabetes mellitus al ingreso. De acuerdo con la mRS al alta, se compararon dos grupos de pacientes: aquellos completamente funcionales (mRS: 0-2; $n = 85$) y aquellos con cierto grado de discapacidad (mRS: 3-6; $n = 112$). Entre ambos grupos no hubo diferencia en las medias de glucosa durante los primeros tres días de estancia hospitalaria, pero se encontró una mayor VG en el primer de hospitalización en pacientes con mRS 3-6. Tras ajustar por edad, sexo, etiología y diabetes, sólo la gravedad del infarto y una VG elevada en el día (RN: 1,02; IC 95%: 1,02-1,04; $p = 0,03$) resultaron predictores independientes de pobre desenlace funcional al alta hospitalaria. Este efecto se perdió al seguimiento a tres meses. **Conclusión.** La VG en el día 1, pero no las cifras absolutas de glucemia, predice el desenlace funcional en el infarto cerebral isquémico agudo.

8.

Experiencia inicial e impacto de una unidad de cuidados neurovasculares sobre el desenlace clínico de pacientes con infarto cerebral isquémico

F. Góngora Rivera, A.B. Treviño Herrera, C.R. Cámara Lemarroy, A. Infante, E. García, H.J. Villarreal

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Doctor José E. González. Monterrey, México.

Objetivo. Determinar el impacto de una unidad de cuidados neurovasculares (UCN) en un hospital-escuela de tercer nivel en el noreste de México. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con evento cerebrovascular isquémico agudo. Se subdividió la población en dos periodos: fase 1, previo al año 2010 (antes de la UCN), y fase 2, de 2010-2014 (posterior a la implementación de la UCN). Los desenlaces primarios evaluados fueron mortalidad hospitalaria, escala de Rankin modifi-

cada (mRS) al alta y a los tres meses, y estancia hospitalaria, ajustado por edad, sexo, gravedad del infarto cerebral isquémico y comorbilidades. Otros marcadores de estándares de cuidado del infarto cerebral isquémico se evaluaron como desenlaces secundarios. **Resultados.** Se analizaron un total de 598 pacientes (246 en fase 1 y 352 en fase 2). No se encontró una diferencia significativa entre grupos en edad, sexo o índice de comorbilidad de Charlson. La mortalidad hospitalaria no se modificó significativamente tras la implementación de la UCN. Ajustando para variables relevantes, los pacientes en la fase 2 tuvieron menor probabilidad de un estado funcional con discapacidad grave (mRS ≥ 3) a los tres meses de seguimiento (RN: 0,49; IC 95%: 0,28-0,87; $p = 0,01$) y una disminución en la estancia hospitalaria (RN: 0,42; IC 95%: 0,29-0,62; $p = 0,01$). Los pacientes en la fase 2 tuvieron mayor probabilidad de recibir terapia antitrombótica durante su ingreso. **Conclusiones.** La implementación de una UCN en un hospital académico de tercer nivel en México mejoró significativamente el desenlace funcional a los tres meses y disminuyó la estancia hospitalaria en pacientes con evento cerebrovascular, aunque no modificó la mortalidad hospitalaria.

9.

Evento cerebrovascular isquémico en adultos jóvenes: descripción de sus características clínicas y etiologías

M. Gallo Guerrero, V. Montalván Ayala, C. Osés Espinoza, D. Fachín Mejía, J. Vera Raggio, M. Quiñonez Nuñez

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

Objetivo. Describir las características clínicas y etiologías más frecuentes en estos pacientes. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes de 15-55 años admitidos consecutivamente con diagnóstico de evento cerebrovascular isquémico en los tres últimos años. Se recogieron datos sobre síntomas, demora hasta la atención médica, territorio vascular afectado, factores de

riesgo y etiología. Se presentan datos en porcentajes y tablas. **Resultados.** Se revisaron 45 historias clínicas de pacientes de 41,3 años de edad media (55% mujeres). Los factores de riesgo registrados fueron hipertensión arterial (22%), dislipemia (18%), arritmia cardíaca (18%), tabaquismo (18%), coagulopatías (11%), diabetes (11%) y alcoholismo y drogas (13%). Los síntomas iniciales más frecuentes fueron hemiparesia (69%) y trastorno del lenguaje (36%). Las etiologías encontradas fueron cardioembolismo (17%), trombofilia (15%), enfermedad de pequeños vasos (15%), diseciones (11%), arteriosclerosis de grandes vasos (7%), enfermedad de moyamoya (2%) y de causa indeterminada (33%). Los estudios paraclínicos que contribuyeron mayormente a determinar la causa del ictus fueron Doppler (17%), angiografía (16%), y ecocardiograma (13%). El 71% tuvo un infarto de la circulación anterior. **Conclusiones.** En pacientes jóvenes con evento cerebrovascular isquémico, la hipertensión arterial, la dislipemia y la arritmia cardíaca son factores de riesgo observados frecuentemente. En su mayoría, son ictus de circulación anterior y suelen ser atendidos fuera de la ventana terapéutica de reperfusión. En muchos pacientes la causa fue incierta, pero el cardioembolismo, la enfermedad de pequeños vasos y las trombofilias fueron causas frecuentemente determinadas. Para averiguar la etiología del ictus, la angiografía cerebral, el Doppler y la ecocardiografía fueron exámenes paraclínicos de gran utilidad.

10.

Demoras extra e intrahospitalaria en la atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda

V. Montalván Ayala, C. Huamaní Saldaña, J. Espinoza Retuerto, C. Zapata Gómez, E. Zegarra Maldonado, M. Gallo Guerrero, E. Rojas Huerto, R. Aldave Salazar

Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú.

Objetivo. Determinar las demoras en atención extra e intrahospitalarias de

pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. **Pacientes y métodos.** Estudio longitudinal. Se incluyeron pacientes con sospecha de ictus admitidos en urgencias, con menos de un día de enfermedad, durante los últimos dos meses. Se recogió información sobre filiación, factores de riesgo y grado de instrucción del acompañante, tiempo transcurrido extrahospitalario, tiempo transcurrido desde la llegada al hospital hasta la atención en triaje, tóxico, laboratorio, tomografía y evaluación neurológica. Se calcularon las demoras en cada proceso de atención. Se presentan los resultados en medianas y percentiles (p25-p75). Se realizó un análisis bivariado de las demoras con las características de los pacientes aplicando la *U* de Mann-Whitney. **Resultados.** Se incluyeron 83 pacientes, 59% varones, con una edad media de 69,4 años. El 28% tuvieron un evento cerebrovascular previo; el 65% fueron hipertensos, y el 22%, diabéticos. El 88% tuvo un acompañante con instrucción secundaria. La demora en salir al hospital fue de 1 hora (rango: 0,5-6 h), y en llegar al hospital, de 2,6 horas (rango: 1,3-8 h). La tomografía se realizó a las 3,5 horas (rango: 1,5-5,6 h), y la evaluación neurológica, a las 5,4 h (rango: 2,4-8,1 h) de haber ingresado. Se brindó tratamiento fibrinolítico con alteplasa a 6 pacientes (8,6%). La demora intrahospitalaria para el tratamiento con alteplasa fue de 1,8 horas (rango: 1,5-2 h). La edad del paciente, el sexo, los antecedentes, el nivel de instrucción del acompañante y la hora de llegada no se asociaron con una mayor demora ($p > 0,05$). **Conclusión.** Cerca de la mitad de pacientes con déficit agudo llega dentro de la ventana terapéutica para trombólisis intravenosa; sin embargo, se identifican demoras en la realización de una tomografía y en la atención neurológica inicial. Estas demoras extra e intrahospitalarias no se asocian con las características demográficas del paciente.

11.

Características clínicas e imagenológicas de la demencia vascular: serie de 10 casos

V. Osorio Marcatinco, S. Castro Suárez, M. Meza Vega

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

Objetivo. Describir las características clínicas e imagenológicas de demencia vascular en el Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (2012-2014). **Pacientes y métodos.** Serie de casos retrospectiva. Se revisaron las historias clínicas con diagnóstico de demencia vascular que cumplieron los criterios NINDS-AIREN. **Resultados.** De 10 historias clínicas revisadas, siete casos correspondían a demencia vascular probable, y tres, a demencia vascular posible. Seis fueron mujeres. La media de edad fue de 69 años (rango: 56-92 años). El 30% tuvo un nivel de instrucción bajo (< 10 años) y el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial ($n = 9$). Un inicio súbito se presentó en un 40% de los casos. El síntoma inicial más frecuente fue amnesia (50%). Todos los casos presentaron signos neurológicos focales, además de manifestaciones psiquiátricas ($n = 8$) –psicosis y depresión– y trastorno de la marcha ($n = 7$). La evaluación neuropsicológica completa se realizó en seis casos, mostrando afectación generalizada de los dominios cognitivos. Todas las neuroimágenes mostraron cambios tróficos corticales y lesiones en la sustancia blanca, la mayoría en zonas estratégicas ($n = 8$); además, se evidenciaron lesiones isquémicas corticales ($n = 8$), lacunares ($n = 6$) y en territorio límite (n = 2). Las comorbilidades sistémicas frecuentes fueron hipotiroidismo (20%) y déficit de vitamina B₁₂ (20%). **Conclusiones.** Los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad avanzada y la hipertensión arterial. La presentación súbita y la amnesia como síntoma inicial se relacionaban con infartos en la zona estratégica (tálamo, hipocampo), como se evidenció en las neuroimágenes. Además de los trastornos cognitivos, fue-

ron frecuentes los síntomas psiquiátricos. Es importante descartar otras causas de demencia reversible por su posible coexistencia.

12.

Intervención farmacológica en prevención secundaria en una cohorte de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y antecedente de evento cardiovascularM. Pérez Mayorga^a, G. Centanaro^b, A. Martínez^a, M.A. Bravo^a, J. Vargas^b, A.C. Prieto^a^a Facultad de Medicina. Universidad Militar Nueva Granada. ^b Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

Objetivo. Establecer presencia o no de tratamiento cardiovascular como pilar de prevención secundaria en pacientes con historia de evento cardiovascular que fueron hospitalizados por accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en el Hospital Militar Central. **Pacientes y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de todos los pacientes que ingresaron entre septiembre de 2012 y diciembre de 2013 con ACV y antecedente de evento cardiovascular previo. Se incluyeron 16 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados.** De los 16 pacientes, ocho tenían enfermedad coronaria (infarto agudo de miocardio o angina), cinco habían sufrido un ACV isquémico previo y tres habían tenido tanto un infarto como un ACV. Como factores de riesgo cardiovascular, 14 pacientes (88%) presentaban hipertensión (12 con hipertensión conocida y 2 diagnosticados intrahospitalariamente); dislipidemia, el 44% ($n = 7$); diabetes mellitus, el 31% ($n = 5$), y fibrilación auricular, el 25% ($n = 4$). El 75% de los hipertensos, el 100% de los diabéticos y el 57% de los dislipidémicos tenían prescripción farmacológica y seguían el tratamiento. A pesar de ser una cohorte de prevención secundaria, sólo el 44% recibía estatina; el 69%, algún tipo de antiagregante, y el 44%, ambos medicamentos. **Conclusiones.** La intervención farmacológica de los factores de riesgo para el ACV isquémico,

aun en el contexto de prevención secundaria, continúa siendo insuficiente. Es necesario implementar programas más eficientes de prevención secundaria que garanticen la prescripción y el cumplimiento de las medidas preventivas por parte del paciente.

13.

Infartos del territorio vertebrobasilar: etiología y características clínicas de una cohorte de pacientes

C. Zapata Gómez, V. Montalván Ayala, C. Osés Espinoza, D. Fachín Mejía, J. Inca Parra

Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú.

Objetivo. Determinar las características clínicas y etiológicas de los infartos del territorio vertebrobasilar en una serie de casos. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal. Se incluyeron pacientes con infarto del territorio vertebrobasilar admitidos consecutivamente entre mayo de 2013 y enero de 2015. Se recogió información sobre factores de riesgo, sintomatología, territorio vascular afectado y etiología al alta. **Resultados.** Se incluyeron 26 pacientes con una edad media de 59,9 años (46% varones). El 34,6% tuvieron hipertensión arterial; el 27%, diabetes, y el 3,9%, fibrilación auricular. El 15,4% acudieron con < 4,5 h de enfermedad. La sintomatología observada mayormente fue déficit motor (61,5%), cefalea (53%), alteración de pares craneales (46%) y vértigo (35%). Los territorios vasculares mayormente afectados fueron aquellos correspondientes a ramas de la arteria cerebelosa posteroinferior en un 19,23%, a la arteria cerebelosa superior en un 30,7% y a perforantes protuberanciales en un 30,7%. En el 27% de los pacientes se afectó más de un territorio vascular. El 26,9% de todos los infartos correspondió a enfermedad de grandes vasos; el 23%, a la de pequeños vasos; el 15,4%, a cardioembolismo, y el 19,2%, a disección vertebral. Los infartos por afección de la arteria cerebelosa posteroinferior se asociaron a disección vertebral ($p = 0,034$), y aquellos con más de un territorio

vascular afectado, a cardioembolismo ($p = 0,047$). **Conclusión.** En nuestros pacientes, la hipertensión arterial, la diabetes y la fibrilación auricular son factores de riesgo observados con frecuencia. En su mayoría ocurre afectación de la arteria cerebelosa postero-inferior y de la arteria cerebelosa superior. En general, son atendidos fuera del período de ventana terapéutica de reperfusión. La enfermedad aterotrombótica de grandes vasos fue la causa determinada con mayor frecuencia.

14.

Infarto cerebral límite secundario a enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática: comunicación de un caso

J. Ramírez Quiñones, D. Barrientos Imán, D. Rivas Franchini, A. Valencia Chávez, C. Abanto Argomedo

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

Caso clínico. Varón de 60 años, que presentó súbitamente dolor orbitario derecho, caída del párpado superior derecho, diplopía, disminución de agudeza visual y dificultad para mover el ojo derecho. Examen regional: exoftalmos, edema palpebral e inyección conjuntival en el ojo derecho. Examen neurológico: despierto, orientado, agudeza visual derecha disminuida, paresia de los músculos extraoculares inervados por el III, IV y V nervios craneales, hipoestesia en región del V1 derecho, y resto sin alteraciones. La tomografía de órbitas sin contraste mostró una masa isodensa retroocular derecha que afectaba a los músculos extraoculares y al nervio óptico ipsilateral, con invasión de los senos cavernosos y esfenoidal ipsilaterales. Durante la hospitalización, súbitamente presentó debilidad y disminución de la sensibilidad en el hemicuero izquierdo. La resonancia magnética cerebral mostró un infarto límite entre los territorios correspondientes a la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral media derechas. La angiografía evidenció una marcada disminución del calibre de la arteria carótida interna derecha en su porción intracavernosa. Se practicó la exéresis

quirúrgica de la lesión retroocular y la anatomía patológica mostró un infiltrado característico de la enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática. Tras el período agudo, se inició tratamiento con prednisona. Durante el seguimiento, el paciente tuvo una evolución clínica e imaginológica favorable, sin recurrencia de enfermedad cerebrovascular y disminución de volumen de la lesión pseudotumoral. **Conclusión.** Este caso muestra la enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática como causa inhabitual de un infarto cerebral limitrofe. Ante toda lesión ocupante de espacio en la órbita se recomienda un diagnóstico rápido y preciso para prevenir su extensión hacia regiones como el seno cavernoso y para disminuir el riesgo de infarto cerebral limitrofe de mecanismo hemodinámico.

15.

Conducta terapéutica y resultado clínico en pacientes con enfermedad cerebrovascular cardioembólica por fibrilación auricular no valvular

M. Huamani Mendoza^a, S. Vásquez Kunze^b

^aHospital Nacional Hipólito Unanue.

^bHospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Objetivo. Evaluar la conducta terapéutica instaurada en pacientes con evento cerebrovascular (ECV) isquémico por fibrilación auricular no valvular en el Hospital Cayetano Heredia, valorando eficacia y complicaciones asociadas al tratamiento. **Pacientes y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ECV isquémico cardioembólico por fibrilación auricular no valvular desde enero de 2006 hasta diciembre de 2008. Se registró el tipo de conducta terapéutica antitrombótica y las complicaciones durante un año tras el ECV. **Resultados.** Se incluyeron 63 pacientes, con una edad media de $78,62 \pm 9,9$ años (55,6% mujeres). El 93,6% tuvieron un CHA2DS2-VASc ≥ 2 . El 50,8% recibió warfarina y el 20,6% siguió el tratamiento con controles periódicos de índice internacional normalizado (INR) durante

un año. El 31,7% recibió ácido acetilsalicílico, con un 12,7% de adhesión al tratamiento. El 7,9% recibió terapia combinada, inicialmente anticoagulación, y posteriormente, antiagregación ($p = 0,21$). Los anticoagulados tuvieron un INR de $2,65 \pm 1,10$ al mes de control, de $2,65 \pm 1,10$ a los tres meses, de $4,37 \pm 3,67$ a los seis meses y de $2,56 \pm 1,11$ a los 12 meses ($p = 0,02$). El 31,7% presentó complicaciones; el 14,2%, recurrencia de un ECV; el 9,5%, una hemorragia mayor; el 6,3%, una hemorragia menor, y el 7,9% falleció. **Conclusiones.** A pesar del beneficio demostrado de la anticoagulación en pacientes con ECV cardioembólico, en nuestra práctica clínica aún está subindicada y existe una baja adhesión al tratamiento. Asimismo, es difícil mantener el rango terapéutico efectivo en la anticoagulación.

16.

Alteraciones electrocardiográficas como predictores de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda

C.E. Rivas Morán, I. Villanueva Pomacóndor
Hospital Belén de Trujillo. Trujillo, Perú.

Objetivo. Identificar las alteraciones electrocardiográficas que son predictores de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) aguda hospitalizados en el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo. **Sujetos y métodos.** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, realizado en pacientes mayores de 65 años con ECV aguda entre enero de 2008 y agosto de 2012. **Resultados.** Las alteraciones electrocardiográficas asociadas a mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ECV aguda fueron la prolongación del intervalo QTc ($\chi^2 = 38,96$; $p < 0,01$) y la alteración inespecífica de la repolarización ventricular ($\chi^2 = 20,18$; $p < 0,01$). El análisis de regresión logística de las alteraciones electrocardiográficas con el evento de fallecer o sobrevivir demostró que la alteración en la repolarización ventricular inespecífica (OR: 61,0;

IC 95%: 15,0-247,9; $p < 0,01$), la prolongación del intervalo QTc (OR: 43,0; IC 95%: 12,1-159,3; $p < 0,01$), la fibrilación auricular (OR: 24,7; IC 95%: 6,0-97,7; $p < 0,01$) y el bloqueo completo de la rama derecha del haz de His (OR: 13,4; IC 95%: 2,6-68-6; $p < 0,01$) son predictores de mortalidad. **Conclusión.** La alteración inespecífica de la repolarización ventricular, la prolongación del intervalo QTc, la fibrilación auricular y el bloqueo completo de la rama derecha del haz de His en pacientes con ECV aguda son predictores de riesgo de fallecer en las primeras 48 horas del ictus.

17.

Diseccción cervical: a propósito de un caso

H. Miranda Ramos^a, R. Ecos Quispe^b,
A. Valencia Chávez^b, C. Abanto Argomado^b

^aDepartamento de Neurología.

^bDepartamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima, Perú.

Caso clínico. Mujer de 45 años, que ingresó en urgencias con un cuadro de enfermedad de dos días caracterizado por cefalea occipital de moderada intensidad, asociada a vértigo objetivo y vómitos explosivos. Además, refirió visión borrosa e inestabilidad para la marcha. En el examen neurológico se evidenció dismetría, disdiadocinesia y disrionometría izquierda, hipotonía en las extremidades izquierdas y marcha con ampliación de la base de sustentación. Nervios craneales: hemianopsia homónima izquierda, afectación del V, VII, IX y X nervios craneales izquierdos y síndrome de Horner ipsilateral. NIHSS: 8 puntos. Los estudios de resonancia magnética cerebral evidenciaron lesiones isquémicas en diferentes territorios vasculares de las arterias cerebral posterior derecha, cerebelosa anteroinferior y posteroinferior izquierdas. La resonancia magnética cervical con protocolo de supresión grasa y la angiografía cervical evidenciaron la oclusión de la arteria vertebral izquierda, compatible con el diagnóstico de disección cervical. **Conclusión.** La disección cervical es una entidad relati-

vamente frecuente, que debe considerarse como una de las primeras alternativas diagnósticas en el infarto cerebral del adulto joven.

18.

Infarto limitrofe de doble etiología: a propósito de un caso

V. Dueñas Vicuña^{a,b}, R. Ecos Quispe^a,
D. Barrientos Imán^a, P. Calle La Rosa^a,
A. Valencia Chávez^a, C. Abanto Argomado^a

^aDepartamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. ^bUniversidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Caso clínico. Mujer de 87 años, que ingresó en urgencias con un cuadro de enfermedad de nueve horas caracterizado por somnolencia y disminución de fuerza en el hemicuerpo izquierdo que limitaba la deambulación. En el examen neurológico resaltaba hemiparesia izquierda de predominio faciobraquial, hipotonía en el hemicuerpo izquierdo y Babinski izquierdo presente. NIHSS: 9 puntos. En la resonancia magnética de encéfalo se evidenciaron infartos cerebrales limitrofes en territorios vasculares de la arteria cerebral media y la arteria cerebral anterior, además de la arteria cerebral posterior. El eco-Doppler carotídeo evidenció una placa heterogénea que ocluía el 60% del bulbo carotídeo derecho y una oclusión del 50% de ambas carótidas internas. El examen Holter de 24 horas evidenció fibrilación auricular paroxística. En la ecocardiografía transtorácica se encontró un leve aumento del tamaño de la aurícula izquierda. **Conclusión.** El infarto cerebral limitrofe representa un porcentaje importante de la patología cerebrovascular isquémica. El reconocimiento del mecanismo fisiopatológico y de la etiología en este tipo de infarto cerebral constituye un desafío en la práctica clínica. En este caso, el diagnóstico propuesto fue un infarto limitrofe de mecanismo embólico y de etiología indeterminada por doble causa.

19.

Vasculitis primaria del sistema nervioso central en una gestanteC. Vargas Blas, S. Ávila García,
Y. Minaya Cruz, K. Vargas HurtadoHospital Víctor Lazarte Echegaray.
Trujillo, Perú.

Caso clínico. Gestante de 35 años, con 10 semanas de embarazo. Ingresó en urgencias por un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por cefalea, asociada a vómitos, disartria, trastorno de conciencia y febrícula. Antecedente de migraña sin aura. Sin factores de riesgo vascular cerebral. Al examen, 10 puntos en la ECG. Midriasis reactiva derecha, ptosis palpebral izquierda, reflejo corneal lento, parálisis bilateral del VI par, parálisis facial izquierda y reflejo nauseoso abolido. Hemiplejía izquierda y Babinski bilateral. Sin signos meníngeos. Perfil hematológico y de coagulación: fibrinógeno aumentado. Perfil reumatológico (aCL, aFL, AL, cANCA, pANCA): negativo. Virus de inmunodeficiencia humana, TORCH y virus de la hepatitis B y C: negativo. Velocidad de sedimentación globular: 100 mm/h. Proteína C reactiva aumentada. Líquido cefalorraquídeo normal. Electrocardiograma y ecocardiograma normales. Eco-Doppler carotidovertebral: disminución de la velocidad del flujo en la arteria vertebral izquierda; carótidas normales. Resonancia magnética cerebral: infarto protuberancial y en los pedúnculos cerebelosos. Se inició tratamiento con un pulso de metilprednisolona de 500 mg/día durante tres días, y continuó con 50 mg/día de prednisona durante un mes. En la evolución clínica se evidenció una recuperación progresiva del nivel de conciencia y una mejoría del déficit neurológico focal. Posteriormente, ocurrió un aborto espontáneo. **Conclusión.** En este caso, tras haber descartado enfermedades vasculares, sistémicas y reumatológicas asociadas a la gestación, se procedió con la recomendación bibliográfica que indica el inicio precoz con pulsos de metilprednisolona, ante la fuerte sospecha de vasculitis primaria del sistema nervioso central, con el fin de dismi-

nuir las complicaciones neurológicas deficitarias.

20.

Prevención secundaria de enfermedad cerebrovascular isquémica o isquemia cerebral transitoria en pacientes nuevos referidos a una consulta de neurologíaA. de Freitas, N. Novarro, A. Benzadón,
D. Dondis, J. Fletcher, E. GómezDepartamento de Neurología. Complejo
Hospitalario Metropolitano Doctor Arnulfo
Arias Madrid. Panamá, Panamá.

Objetivo. Describir el estado previo de prevención secundaria a enfermedad cerebrovascular isquémica o isquemia cerebral transitoria de los pacientes nuevos referidos a la consulta de neurología desde enero de 2013 a abril de 2015. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. La muestra es el universo de casos referidos a la consulta de neurología con antecedentes de ictuso o isquemia cerebral transitoria. **Resultados.** Muestra de 325 casos, de los cuales un 46% eran mujeres. El 39% refirieron ser hipertensos, el 12% refirieron diabetes y el 27% afirmaron dislipidemia, a pesar de lo cual el 37% tomaba estatinas. Antiplaquetarios sólo tomaba el 34% de pacientes. El 20% contaba con una ecografía Doppler carotídea, en el 80% de los cuales era patológica. Sólo el 18% de los pacientes recibieron fisioterapia previa. En cuanto al motivo de referencia, el 12% fue por ictus recurrente y el 60% por alguna otra patología neurológica secundaria o no al ictus previo, de los cuales el 30% tenían diagnóstico de demencia vascular y el 23% tenían epilepsia no controlada. **Conclusión.** Se ha estimado que en los pacientes con ictus o isquemia cerebral transitoria, la aplicación de cinco estrategias preventivas (cambios dietéticos, ejercicio, ácido acetilsalicílico, estatina y antihipertensivo) podría disminuir el riesgo de eventos vasculares recurrentes en un 80%. A pesar de ello, en nuestro estudio se observó que muchos pacientes no tenían un buen control de sus factores de riesgo.

21.

Prevalencia, subtipos y evolución clínica del infarto cerebral en el Hospital Militar Central de Lima

D. Dávila García

Hospital Militar Central. Lima, Perú.

Objetivo. Determinar la prevalencia, subtipos y evolución clínica del infarto cerebral. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional realizado en 203 pacientes con diagnóstico de infarto cerebral y mayores de 18 años de acuerdo con criterios de inclusión. Los datos de las historias clínicas se registraron a través de una ficha prediseñada y se analizaron con el programa estadístico SPSS v. 12.0. La información se analizó mediante cuadros de distribución de frecuencias, frecuencias relativas, proporciones, tablas de contingencia de 2×2 y gráficos de pie; se utilizó el test de Fisher para el nivel de significación estadística (IC 95%; $p < 0,05$). **Resultados y conclusiones.** La prevalencia del infarto cerebral en el Hospital Militar Central fue del 10,8%. La distribución de los subtipos de infarto cerebral, según la clasificación TOAST, fue: aterotrombótico, 75,85%; cardioembólico, 9,6%; lacunar, 11,8%; de causa inhabitual, 1,97%, y de causa indeterminada, 0,98%. Se observó mayor cantidad en varones (66,03%), predominando el subtipo aterotrombótico (52,22%). Predominó entre las edades de 54-71 años con mayor causa aterotrombótica (38,42%) y el subtipo cardioembólico en mayores de 72 años (4,92%). El territorio arterial más afectado fue la arteria cerebral media (84,23%), predominando el subtipo aterotrombótico (67,98%). La morbilidad asociada se presentó en un 22,17% y se presentó con infecciones intrahospitalarias (10,34%), transformación hemorrágica (7,39%), cardiopatías (2,46%) u otras causas (1,96%), todas en mayores de 54 años. La mortalidad total fue del 7,39% y se presentó en las primeras 24 horas, así como entre los 3-90 días postictus en mayores de 72 años. Se registraron los grados de incapacidad mediante la escala de Rankin desde su ingreso y a los 90 días postictus, hallando fi-

nalmente: grado 0 (sin incapacidad), 19,14%; grado 1, 10,64%; grado 2 (leve), 36,71%; grado 3 (moderado), 14,89%; grado 4 (moderado-grave), 10,64%, y grado 5 (grave), 7,98%.

22.

Cavernomatosis cerebral múltiple: primer caso comunicado en PerúJ. Centeno Arispe, S. Castro Suárez,
D. Segura Chávez, J. Cortez Escalante,
M. Meza Vega, L. Larrauri RojasInstituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
Lima, Perú.

Objetivo. Comunicar un caso de cavernomatosis cerebral múltiple, el primero en Perú. **Caso clínico.** Varón de 55 años, sin antecedentes de importancia, que un año atrás comenzó con cefalea holocraneal. Nueve meses después presentó crisis de interrupción del habla, siendo la tomografía cerebral de características normales. En el examen físico de ingreso no hubo hallazgos significativos. Durante su hospitalización se realizó una RM-T₂* que evidenció imágenes compatibles con una cavernomatosis cerebral múltiple complicada con hemorragia subaguda; no se observaron malformaciones vasculares cerebrales asociadas. Por la cantidad de lesiones se optó por un tratamiento médico que inicialmente logró el control de las crisis epilépticas, pero los episodios hemorrágicos posteriores deterioraron la condición del paciente y propiciaron su fallecimiento. **Conclusión.** La importancia de este caso radica en la necesidad de considerar la cavernomatosis cerebral como diagnóstico diferencial en pacientes sin factores de riesgo vasculares que comienzan con hemorragia intracerebral, crisis epilépticas o cefalea, en quienes es posible que la tomografía cerebral no identifique lesiones no complicadas. Por esta razón, ante su sospecha, se debe realizar una RM-T₂* que permite un diagnóstico temprano. Considerando que, a mayor número de lesiones, la tasa de riesgo de sangrado se incrementa (22,9% lesión/año de sangrado anual), es importante su identificación temprana mediante estudios de neuroimagen adecuados.

23.

Infarto talámico bilateral por oclusión de la arteria de Percheron

J. Aparcana Machado,
A. Anicama Hernández

Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Objetivo. Describir el caso de una paciente con infarto de la arteria de Percheron. **Caso clínico.** Mujer de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, que presentó a su ingreso coma, hipersomnolencia, ptosis palpebral bilateral asimétrica, midriasis hiporreactiva, parálisis facial central derecha, cuadriparesia de predominio derecho y Babinski bilateral. Durante su evolución se observó mejoría del estado de conciencia, limitación para la supra e infraversión ocular, y trastorno del lenguaje. Los estudios de ecocardiograma, Holter y Doppler carotídeo fueron normales. El Doppler transcraneal reveló microangiopatía cerebral. La tomografía cerebral mostró hipodensidades en ambos tálamos y en la región rostral mesencefálica. **Conclusiones.** La paciente presentó características clínicas y radiológicas de infarto bitalámico paramediano y mesencefálico rostral por oclusión de la arteria de Percheron. Los factores asociados que se encontraron fueron hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia.

24.

Hemorragia intracerebral en un paciente con angiopatía amiloide asociada al uso de un anticoagulante

J. Aparcana Machado,
A. Anicama Hernández

Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Objetivo. Describir el caso de un paciente con fibrilación auricular en tratamiento con warfarina que presentó hemorragia intracerebral espontánea. **Caso clínico.** Varón de 77 años, diestro, que ingresó por leve somnolencia, agitación psicomotriz, ceguera bilateral y pupilas fotorreactivas. Tenía como antecedente fibrilación auricular en tratamiento con warfarina. La

tomografía cerebral sin contraste de 72 horas mostró hiperdensidades en la región temporooccipital bilateral, de predominio izquierdo. El paciente presentó mejoría de la visión para la agudeza visual y los colores. En la resonancia magnética cerebral T₂ eco de gradiente se evidenciaron lesiones hipodensas pequeñas, redondeadas y homogéneas. **Conclusiones.** El paciente presentó microhemorragias cerebrales (angiopatía amiloide) que se detectaron en la resonancia magnética, las cuales consideramos un marcador de riesgo futuro de hemorragias intracerebrales asociado al uso de warfarina.

25.

Anosognosia de hemiplejía asociada a un infarto protuberancial

A. Anicama Hernández,
J. Aparcana Machado

Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Objetivo. Describir las características clínicas, factores asociados y evolución de un paciente con anosognosia hemipléjica en un infarto protuberancial. **Caso clínico.** Varón de 87 años, diestro, que ingresó con hemiplejía derecha y disartria. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y consumo de sildenafil. Presentaba una tensión arterial de 140/90 mmHg y nivel de glucosa de 218 mg/dL. Una tomografía cerebral sin contraste de 24 horas no mostraba alteraciones significativas. Se realizó un control a los seis días, que evidenció hipodensidad en la región anterior medial de la protuberancia izquierda. El paciente presentó una anosognosia moderada para la hemiplejía derecha, sin clínica de lesiones corticales o subcorticales significativas. **Conclusiones.** El paciente presentó anosognosia de hemiplejía asociada a un infarto anteromedial de la protuberancia izquierda, teniendo como factores asociados la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia y el probable consumo de sildenafil.

26.

Síndrome WEBINO: una entidad infrecuente

A. Anicama Hernández,
J. Aparcana Machado

Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Objetivo. Describir las alteraciones oculomotoras de un caso de síndrome WEBINO. **Caso clínico.** Varón de 64 años, que refería diplopía y mareo de aparición brusca, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y consumo de marihuana. La exploración de los movimientos oculares reveló una exotropía grave en posición primaria de la mirada, ausencia de aducción en ambos ojos, abducción nistágmica de ambos ojos y ausencia de convergencia. Los reflejos pupilares eran normales. El *cover test* simple y alterno objetivaba una exotropía alternante. Ante la presencia de oftalmoplejía internuclear bilateral se realizó una resonancia magnética cerebral que evidenció una lesión isquémica en el centro del mesencéfalo, afectando a los núcleos motores oculares comunes. **Conclusiones.** Las alteraciones oculomotoras que presentaba el paciente se correspondían con un cuadro clínico descrito con el acrónimo de WEBINO (*wall-eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia*). La lesión se encuentra perfectamente localizada en la zona media del mesencéfalo, afectando a los núcleos motores oculares comunes.

27.

Doppler transcraneal y muerte encefálica en una población de Lima (2009-2015)

M. Huertas Navarro^{a,b,c,d}, C. Malamud Kessler^a, M. Moquillaza Valle^a

^aHospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. ^bClínica Internacional. ^cUniversidad Privada San Juan Bautista. ^dNEURORED. Lima, Perú.

Objetivo. Observar los patrones ecográficos en una población peruana con criterios de muerte encefálica. **Pacientes y métodos.** Estudio multicéntrico prospectivo observacional en el cual

se realizaron estudios de Doppler transcraneal en 560 vasos por medio de un equipo DWL MULTIDOP, transductor de 2 MHz, incidiendo en las ventanas temporal, orbitaria y suboccipital para las arterias cerebrales medias (ACM), sífon carotídeo (SIF) y arteria basilar (AB), respectivamente. Se obtuvieron los monogramas respectivos, el diagnóstico etiológico y las tabulaciones respectivas según el hospital de origen, edad y sexo de los pacientes. Se definieron los diferentes patrones ecográficos: normoperfusión, hipoperfusión, flujo reverberante, espigas sistólicas grandes, espigas sistólicas pequeñas (< 10 cm/s) y ausencia de flujo sanguíneo. **Resultados.** De los 560 vasos estudiados correspondientes a 112 pacientes (54% mujeres), el 34% eran de menores de 21 años y el 38% tenía 21-40 años, con enfermedades vasculares cerebrales (39%), traumatismo craneoencefálico (29%), encefalopatía hipoxicoisquémica (18%) y otras causas menores (eclampsia, estado epiléptico, encefalomiелitis diseminada aguda, leucoencefalopatía posterior reversible, sepsis, trombosis venosa encefálica y meningoencefalitis). El patrón ecográfico más frecuentemente encontrado en las arterias fue el de espigas sistólicas pequeñas (ACMD, 58%; ACMI, 54%; SIFD, 45%; SIFI, 42%; AB, 76%), seguido del flujo reverberante (ACMD, 32%; ACMI, 35%; SIFD, 17%; SIFI, 20%; AB, 17%). El patrón de hipoperfusión se encontró en un 27% en el SIF bilateral, comparado con el 1% y 3% en la ACMD y la ACMI, respectivamente, y el 0% en la AB. El patrón de normoperfusión se encontró en el SIFD (2%) y en el SIFI (3%). Se obtuvo una especificidad alta para los vasos intracraneales (ACMD, 98%; ACMI, 95%; SIFD, 70%; SIFI, 69%; AB, 99%), con excepción del SIF bilateral. En el 2% de los pacientes se encontró un patrón ecográfico de horizontalidad diastólica (velocidad diastólica positiva inicial y final). **Conclusión.** El Doppler transcraneal en la muerte encefálica es un método seguro y fiable a la cabecera del paciente, con una alta especificidad para la parada circulatoria cerebral. En nuestro estudio se encontró que los mejores resultados se observan en la circulación posterior (AB). Se reco-

mienda el estudio de tres vasos principales (ACM bilateral y AB), pero no el del SIF por su baja especificidad.

28.

Seguimiento con Doppler transcraneal en un caso de rabia humana

M. Huertas Navarro^{a,b,c,d}, C. Malamud Kessler^a, M. Moquillaza Valle^a

^a Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. ^b Clínica Internacional. ^c Universidad Privada San Juan Bautista. ^d NEUORED. Lima, Perú.

Objetivo. El objetivo del tratamiento es colocar al paciente en un estado de coma profundo, con arreactividad de los reflejos del tronco encefálico similar a lo observado en la muerte encefálica, tratando de ‘engañar al virus’.

Caso clínico. Niño de 8 años con diagnóstico de rabia humana por mordedura de murciélago, que fue seguido durante dos semanas para apreciar el curso de las variaciones de la velocidad del flujo sanguíneo por medio de un equipo de Doppler transcraneal DWL MULTIDOP, transductor de 2 MHz, en las arterias cerebrales media (ACM), anterior (ACA) bilateral y basilar (AB). Se calcularon los índices de pulsatilidad y resistencia, valorando sus variaciones en torno al tratamiento de la hipertensión endocraneal, a la vez que sirviera como sistema de alarma en caso de ocurrir muerte encefálica y parada circulatoria. Se monitorizó al paciente a lo largo de dos semanas y se obtuvieron velocidades de flujo elevadas (hiperflujo) en todos los vasos sanguíneos: ACMD, 163-245 cm/s; ACMI, 147-240 cm/s; ACAD, 94-168 cm/s; ACAI, 83-168 cm/s, y AB, 85-168 cm/s. La pulsatilidad y la resistencia se mantuvieron en rangos aceptables, menores a 1,2, incluso en niveles de baja a muy baja resistencia vascular.

Conclusión. El Doppler transcraneal es una técnica de adecuado seguimiento y segura en los pacientes con rabia humana en tanto se requiere alejar la posibilidad de muerte encefálica por medio de los criterios de parada circu-

latoria, los cuales no se presentaron en este paciente en el curso de su evolución a pesar de tener todos los criterios clínicos de muerte encefálica.

29.

Velocidad diastólica inicial y final de Doppler transcraneal en muerte encefálica: a propósito de dos casos

M. Huertas Navarro^{a,b,c,d}, C. Malamud Kessler^a, M. Moquillaza Valle^a

^a Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. ^b Clínica Internacional. ^c Universidad Privada San Juan Bautista. ^d NEUORED. Lima, Perú.

Introducción. Hace más de treinta años que se conocen los patrones de parada circulatoria en pacientes con muerte encefálica de tipo reverberante, espigas sistólicas y ausencia de flujo sanguíneo. Existen falsos negativos en algunos grupos de pacientes (craniectomizados, sin hipertensión endocraneal, heridos de bala, etc.) en los cuales se encuentran velocidades diastólicas positivas en sentido de las velocidades diastólicas.

Casos clínicos. Describimos dos casos de pacientes con diagnóstico clínico de muerte encefálica, test de atropina no reactivo, en los que se hallaron velocidades diastólicas lineales y las velocidades diastólicas inicial y final fueron iguales. Estudios realizados con equipo de Doppler transcraneal DWL MULTIDOP, transductor de 2 MHz, incidiendo en las ventanas temporal, orbitaria y suboccipital para las arterias cerebrales medias (ACM), sínfon carotídeo y arteria basilar (AB), respectivamente.

Caso 1: mujer de 38 años, con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, sometida a craniectomía descompresiva por un hematoma epidural. Se encontraron monogramas lineales con diástole horizontal (no describía la característica pendiente diastólica), con velocidades diastólicas finales e iniciales iguales en la ACMD (59 cm/s), la ACMI (56 cm/s) y la AB (35 cm/s).

Caso 2: niña de 3 años, con el diagnóstico de meningoencefalitis aguda y tomogra-

fía sin hallazgos significativos, en la que se encontraron también los monogramas lineales en diástole con velocidades finales e iniciales iguales en la ACMD (25 cm/s), la ACMI (26 cm/s) y la AB (29 cm/s).

Conclusión. Proponemos un nuevo tipo de parada circulatoria en un grupo de pacientes con las características descritas, en los cuales existe esta linealidad en el monograma por Doppler transcraneal en la fase diastólica. Se necesitan estudios observacionales y de correlación más amplios.

30.

Embolofasia: una presentación similar del paciente ‘tan-tan’

A. Anicama Hernández, J. Aparcana Machado

Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Introducción. El neurólogo Paul Broca tuvo un paciente apodado ‘tan-tan’, debido a que ésta era la única sílaba que podía emitir (estereotipias verbales o embolofasia). A su muerte, el 17 de abril de 1861, Broca realizó la autopsia y pudo observar una malformación en el lóbulo frontal izquierdo (área 44 y 45); concluyó que ésta debía ser el área encargada de la producción del habla.

Objetivo. Presentar un caso de embolofasia o estereotipias verbales muy similar al que Broca describió en el paciente ‘tan-tan’.

Caso clínico. Mujer de 60 años, que presentó la pérdida de la capacidad de hablar un día antes de la consulta. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Durante los siguientes días, se mantuvo incapaz de generar espontáneamente y repetir palabras, aunque conservó la capacidad de vocalizar el término ‘mami-mami’ para responder a los diferentes interrogantes que se solicitaron, conservando la prosodia para cada una de ellas. Se comunicaba por gestos, solicitando la ayuda de sus familiares. Además, presentó hemiparesia faciobraquial derecha.

Conclusiones. Esta paciente presentó características clínicas de estereotipias verbales o embolización muy

similares al que Broca describió en el paciente ‘tan-tan’, correspondiente a una afasia de Broca.

31.

Nistagmo posicional down-beat como único síntoma de presentación de evento cerebrovascular isquémico dependiente del tronco basilar

G. Bedriñana Arrunategui^a, A. Valencia Chávez^{a,b}, V. Dueñas Viciña^{a,c}

^a Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. ^b Universidad Privada San Juan Bautista. ^c Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Caso clínico. Mujer de 62 años que presentaba, desde hacía una semana, cefalea global leve y pérdida de tono postural, que le produjo un traumatismo craneoencefálico. Tras esto, y de forma brusca, presentó vértigo postural de gran intensidad que empeoraba cuando realizaba cambios de posición. En el examen físico otoneurológico se halló un nistagmo posicional *down-beat* en la prueba de Dix-Hallpike y también en el test *head hanging*, que cedió después de un minuto. Se asoció además a un nistagmo geotrópico posterior derecho espontáneo. Se inició tratamiento con la maniobra de Yacovino ante la posibilidad de un vértigo posicional paroxístico benigno del canal anterior por el antecedente traumático, y maniobra de Epley para el nistagmo geotrópico derecho. Tras tres días de terapia se evidenció una mejoría leve en el nistagmo posicional. Por este motivo, se solicitó una resonancia magnética del encéfalo con contraste que evidenció una lesión en el tronco encefálico. Se planteó como posibilidad diagnóstica un evento cerebrovascular isquémico asociado a un nistagmo posicional *down-beat*.

Conclusión. El nistagmo *down-beat* debe tomarse en cuenta como síntoma de evento isquémico dependiente del tronco basilar; en este caso, constituye un problema diagnóstico otoneurológico de difícil resolución.