

XXXII Reunión Anual de la Sociedad Valenciana de Neurología

Alicante, 6-7 de marzo de 2015

1.

Síndrome POEMS: análisis de nuestra casuística

E. Torres San Narciso, P. Barredo Benítez, C. Díaz Marín, L. Betancourt Gómez, L. González Fernández, J. Giménez Martínez, M.E. Blanco Cantó, D. Corona García, P. González Belmar, C. Díaz Urrea
Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El síndrome POEMS es una enfermedad rara con una incidencia no claramente establecida debido a la complejidad de las manifestaciones clínicas, que son multisistémicas. Por definición, todos los pacientes con síndrome POEMS presentan un trastorno monoclonal de células plasmáticas y una neuropatía periférica como alteración neurológica. **Objetivo.** Describir las características clínicas neurológicas (síntomas iniciales, clínica predominante, características eléctricas y tratamiento) de una serie de cuatro pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome POEMS. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo. Los datos se recopilaban de la historia electrónica de los pacientes. **Resultados.** Serie de cuatro pacientes (tres mujeres y un hombre) con una edad media de 54 años; en el 75% la clínica inicial fue neurológica, y en un 25%, extraneurológica. La neuropatía era sensitiva distal y de predominio en miembros inferiores. En el estudio eléctrico se informaba como patrón mixto en la mayoría de los casos, aunque con velocidades enlentecidas en segmentos proximales. Entre las pruebas diagnósticas realizadas estaban la serie ósea, la determinación de VEGF y el aspirado de médula ósea. El tratamiento fue hete-

rogéneo (trasplante de médula ósea, bortezomib + dexametasona, melfalán + dexametasona...). En todos los casos se llegó a la estabilización de la clínica neurológica, sin recuperación completa, pese a lo cual la situación funcional de los pacientes era en general buena. **Conclusiones.** La sintomatología de los pacientes era variada y hubo dificultades diagnósticas en muchos de los casos, ensayándose tratamientos ineficaces. El síndrome POEMS es una entidad de diagnóstico difícil por la heterogeneidad clínica y la neuropatía no tiene un buen pronóstico de recuperación. No existen pautas homogéneas o establecidas respecto al tratamiento en función de la patología neurológica.

2.

Respuesta al tratamiento en el neuro-Behçet parenquimatoso: a propósito de dos casos

J. García Ull, L. Pérez-Romero Martínez, E. Cañizares Ledo, F. Domínguez Sanz, J.M. Ferrer Casanova, C. Poyatos Ruipérez, A. González Masegosa

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

Objetivo. Presentar dos casos de neuro-Behçet parenquimatoso y comparar la respuesta clínica y radiológica al tratamiento. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 47 años, que ingresó en Neurología por diplopía binocular, de cuatro días de evolución, asociando somnolencia y torpeza mental. En la exploración no se observaban déficits oculomotores claros, aunque sí diplopía máxima a la mirada hacia la izquierda. Como antecedentes, destacaba enfermedad de Behçet familiar múltiple, manifestada con úlceras bu-

cales y genitales recurrentes junto a uveítis, sin tratamiento específico en la actualidad. En la resonancia magnética se observó imagen infiltrativa, que afectaba desde la protuberancia hasta el tálamo y los pedúnculos cerebrales, con ligero efecto masa en el tercer ventrículo, compatible con glioma de bajo grado o lesión inflamatoria; se instauró tratamiento con megadosis de metilprednisolona durante cinco días, con importante mejoría de la hipersomnia y disminución de la amplitud de la diplopía. A las tres semanas, hubo una marcada mejoría radiológica. Caso 2: mujer de 29 años, que ingresó por presentar un cuadro de cuatro días de evolución de embotamiento, inestabilidad al andar, cervicalgia e hipoacusia izquierda, que progresó hasta el día del ingreso, con desviación de la comisura bucal, visión doble, sensación de acorchamiento en la lengua y dificultad para mantener la bipedestación. En la exploración presentaba labilidad emocional, disartria, disfagia, diplopía vertical, paresia facial y del hipogloso derechos, hipoacusia izquierda, hemiataxia izquierda, hemiparesia braquiocrural proporcionada 4/5 y signo de Babinski izquierdo. Como antecedentes destacaba enfermedad de Behçet, en tratamiento con prednisona y colchicina. Radiológicamente, existía alteración de intensidad difusa pontino-mesencefálica. Se instauró tratamiento corticoideo, pero sólo mejoró parcialmente, por lo que se añadió tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y, posteriormente, azatioprina. A los ocho meses, en la resonancia, sólo existían pequeños focos de gliosis residual. **Conclusión.** Ante estos resultados, se insiste en la importancia de incluir la enfermedad de Behçet en el diagnóstico diferencial de los sín-

dromes troncoencefálicos que cursan en forma de brotes.

3.

Leucoencefalopatía hipoxicoisquémica retardada: descripción de un caso

C. Quintanilla Bordás, J. Lominchar Espada
Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. La leucoencefalopatía hipoxicoisquémica retardada (DPHLE) es una rara entidad clínica. Se presenta días o semanas después de sufrir un daño anóxico prolongado tras una aparente recuperación, que puede ser completa y durar días o semanas. La información clínica y radiológica de esta entidad es muy limitada en la bibliografía. Tradicionalmente se ha asociado a intoxicaciones por monóxido de carbono, pero se han descrito en anoxias prolongadas de cualquier etiología. El pronóstico es generalmente bueno, recuperando la mayoría antes de los seis meses. **Objetivo.** Describir un caso de DPHLE tras una parada respiratoria. **Caso clínico.** Mujer de 45 años, con antecedentes de depresión y abuso de opiáceos, que fue encontrada en su domicilio inconsciente, en parada respiratoria de tiempo indeterminado y neumonía bilateral extensa. Tras la estancia en cuidados intensivos, mejoró clínicamente, llegando a hablar y a caminar con ayuda. Tres días después desarrolló un brusco empeoramiento, con mutismo acinético y rigidez extrapiramidal. La resonancia magnética inicial previa al empeoramiento clínico mostró pequeños focos de alteración de señal en centros semiovoides. En el 40.º día de ingreso se evidenció un empeoramiento radioló-

gico, con hiperintensidad de señal generalizada con restricción a la difusión. Durante las semanas posteriores, la paciente mejoró paulatinamente, volviendo a hablar y a caminar con ayuda. **Conclusiones.** La DPHLE es una entidad rara, pero importante de reconocer dado su curso clínico e imagen radiológica particular. Su pronóstico es generalmente bueno y su reconocimiento resulta útil para evitar tratamientos e investigaciones potencialmente yatrógenas e innecesarias.

4.

Polineuropatía con disautonomía y gammapatía monoclonal de significado incierto

M. Bonet de la Nuez, M.A. García Quesada, L. Lorente Gómez, D. Zamora Pérez, L. Navarro Cantó

Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La amiloidosis es una entidad a tener en cuenta como causa de polineuropatía mixta con disautonomía. **Caso clínico.** Varón de 78 años, sin antecedentes de gammapatía monoclonal de significado incierto ni factores de riesgo cardiovascular, que ingresó por un síndrome constitucional asociado a hipotensión, bradicardia y debilidad progresiva de miembros inferiores que le imposibilitan la marcha, con diagnóstico inicial de polineuropatía sensitivomotora con disautonomía y analítica general que incluía perfil endocrino-metabólico-nutricional, autoinmunidad, serología, estudio de líquido cefalorraquídeo, médula ósea, neuroimagen (ecografías, TAC total, RM), EMG/ENG y biopsia de rectos (negativa de amiloidosis), sin alteraciones de interés que orientasen el diagnóstico etiológico. Se detectó una función renal alterada con proteinuria en rango de síndrome nefrótico, y en ecocardiografía, un patrón de miocardiopatía restrictiva. Se realizó una RM cardíaca, con hallazgos compatibles con amiloidosis cardíaca, y una biopsia de tejido adiposo abdominal, con acúmulo de material rojo congo positivo de manera focal en las paredes vasculares, compatible con depósito de amiloide, informado por Ana-

tomía Patológica como amiloidosis AA. Se realizó una biopsia del nervio sural (pendiente de resultados) y estudios genéticos (negativos). **Conclusiones.** 'Amiloidosis' es un término genérico que se utiliza para designar un grupo heterogéneo de enfermedades cuyo nexo común es el depósito extracelular de agregados fibrilares insolubles, denominado amiloide, que va a alterar la arquitectura y la función normal de órganos y tejidos. Existen dos formas principales de amiloidosis: AL, que se asocia a discrasias de células plasmáticas, y AA o secundaria, que constituye una complicación de enfermedades crónicas. Aunque este caso fue informado como amiloidosis AA, opinamos que se trata de una amiloidosis AL por la asociación con gammapatía monoclonal. En la amiloidosis AL, la afectación renal es la manifestación clínica más frecuente (70%), junto con la cardiomiopatía restrictiva (60%) y la neuropatía periférica sensitivomotora (20%) o autonómica (15%). Ante un paciente con polineuropatía mas disautonomía y alta sospecha de amiloidosis, resulta recomendable repetir la biopsia.

5.

Alucinaciones en una anciana sin deterioro cognitivo

M. Bonet de la Nuez, L. Lorente Gómez, D. Zamora Pérez, M.A. García Quesada, L. Navarro Cantó, M. Álvarez Saúco, J. Alom Poveda

Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. El síndrome de Charles Bonnet consiste en la aparición de alucinaciones visuales simples o complejas en pacientes con deterioro de la visión y estado cognitivo conservado. **Caso clínico.** Mujer de 64 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía, y glaucoma terminal en el ojo derecho con amaurosis completa, incompleta en el ojo izquierdo, de más de cinco años de evolución. Acudió a urgencias por presentar alucinaciones visuales que describía como animales u objetos inanimados de forma vívida, con coloración intensa, en ocasiones en movi-

miento, que no le hablaban y con clara autocrítica de las mismas. Se valoró con Oftalmología, que descartó patología aguda, e ingresó en Neurología, donde se completó estudio con tests neuropsicológicos, analítica, EEG y neuroimagen, sin detectar patología orgánica o uso de sustancias como causa de los síntomas. Se concluyó como un síndrome de Charles Bonnet. **Conclusiones.** El incremento de la supervivencia y de las patologías oculares asociadas al envejecimiento está produciendo un aumento de la incidencia del síndrome de Charles Bonnet, que puede llegar incluso al 60% de los pacientes con baja agudeza visual. La presencia de alucinaciones complejas en ancianos con déficit visuales y sin alteraciones cognitivas debe hacer sospechar el síndrome.

6.

Síndrome de piernas dolorosas y dedos de los pies en movimiento: a propósito de dos casos en mujeres jóvenes

M. Torregrosa Ortiz^a, L. Lorente Gómez^a, J.C. Giner Bernabeu^a, L. Navarro Cantó^a, P. Jerez García^b, M. Álvarez Saúco^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Neurofisiología. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo. El síndrome de las piernas dolorosas y dedos de los pies en movimiento es una patología poco frecuente, de etiología mayormente desconocida, que presenta mayor incidencia en mujeres de mediana edad (58 años). Nuestro objetivo es describir dos casos en mujeres jóvenes y realizar una exhaustiva revisión de este síndrome. **Casos clínicos.** Dos pacientes de 24 y 33 años, sin enfermedades previas, que presentaban dolor en los pies y movimientos involuntarios de los dedos de ambos, la primera sin desencadenante aparente, y la segunda, tras un esguince en el pie meses antes y distrofia simpaticorrepleja secundaria. El registro neurofisiológico evidenció actividad motora continua con movimientos lentos de flexoextensión de los dedos de ambos pies; en un caso, a frecuencia de 4-5 Hz, y en el otro, de 1-2 Hz. No se

encontraron neuropatías ni radiculopatías subyacentes y se descartaron causas secundarias analíticas y farmacológicas. Los agonistas dopaminérgicos no revelaron mejoría sintomática en ninguna de las dos pacientes, mientras que el clonacepam en un caso y la pregabalina en el otro sí evidenciaron efectividad clínica.

7.

Fluctuaciones clínicas y obstrucción de gran vaso: ¿tratar o no tratar?

L. González Fernández, N. López Hernández, N. Vivó Ortí, S. Martí Martínez, L. Hernández Rubio, C. Díaz Urrea, E. Torres San Narciso

Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Los pacientes con ictus isquémico con sintomatología leve o rápida mejoría clínica se presentan como un dilema terapéutico. Constituyen la causa más frecuente de exclusión de pacientes del tratamiento fibrinolítico. Esto es así porque se les atribuye un pronóstico favorable y se piensa que existe más riesgo de yatrogenia que beneficios puede aportar una terapia agresiva. Presentamos tres pacientes con estas características y una revisión de la evidencia científica. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 64 años, que ingresó por un episodio de afasia aislada. A las cuatro horas se produce un deterioro, con un NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) de 14. Estando en ventana temporal límite, se mantuvo estable con un NIHSS de 6, por lo que se decidió no realizar trombectomía. A las 24 horas volvió a deteriorarse, con un NIHSS de 22. Caso 2: varón de 62 años, que ingresó con un NIHSS de 9. La clínica mejoró hasta un NIHSS de 2, por lo que se decidió no tratar. A las dos horas empeoró. Sin embargo, al estar aún dentro de la ventana temporal, se decidió realizar tratamiento endovascular. Caso 3: varón de 56 años, aceptado como código ictus con un NIHSS de 17. Una hora después mejoró e ingresó con un NIHSS de 4. Se inició la fibrinólisis, pero a la media hora se produjo un deterioro, por lo que se

decidió realizar una tromboectomía. El paciente se mantuvo estable hasta el alta con el mismo NIHSS. **Conclusiones.** Se tiene evidencia de que los ictus con síntomas leves que se deterioran neurológicamente sin tratamiento son los que al ingreso presentaban un NIHSS > 10 y una oclusión de gran vaso. Aquellos tratados presentan un mejor pronóstico funcional a los tres meses, con bajo riesgo de hemorragia postratamiento. Se trata de tres casos con síntomas de ictus isquémico de menos de seis horas de evolución, fluctuaciones de la clínica y oclusión de gran vaso, en los que se tomaron diferentes decisiones terapéuticas según su evolución. Los ictus con síntomas leves no siempre tienen un curso clínico favorable. Aquellos que se inician con un NIHSS alto y presentan un gran vaso ocluido se mantienen estables gracias a la circulación colateral. Cuando esta compensación cesa, tienen un alto riesgo de deteriorarse, por lo que son candidatos a tratamiento de revascularización aguda.

8.

Estudio descriptivo de 16 pacientes con migraña crónica que acudieron por primera vez para una infiltración con *OnabotulinumtoxinA*

N. Martín Ibáñez, S. Díaz Insa, M.J. Ibáñez Julia, C. Aguilera Linares
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La migraña crónica es uno de los motivos más frecuentes de consulta en las unidades de cefaleas y la Organización Mundial de la Salud la considera una de las enfermedades más discapacitantes. Se recogen las características clínicas de los pacientes con migraña crónica que recibieron por primera vez tratamiento con *OnabotulinumtoxinA*. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron 16 pacientes con migraña crónica que acudieron por primera vez a la consulta de cefaleas del Hospital La Fe para infiltración de *OnabotulinumtoxinA* desde septiembre de 2014 a febrero de 2015. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo de cronificación de la mi-

graña, características de las crisis y tratamientos. Además, todos los pacientes fueron evaluados mediante el *Headache Impact Test-6* (HIT-6), la escala de calidad de vida de la migraña (MSQOL), la escala de alodinia (ASC-12), el test MIDAS (*Migraine Disability Assessment*) y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). **Resultados.** El 94% de los pacientes fueron mujeres. El tiempo de evolución medio fue de 29 años. En todos los casos, el número de crisis fue superior a diez al mes. En relación a los factores de riesgo modificables de cronificación de la migraña se detectó abuso de analgésicos en un 31%, obesidad en un 19% y apnea del sueño/roncopatía en un 50%. Un 37% de los pacientes refería síntomas de ansiedad, y un 44%, de depresión. La alodinia estaba presente en un 75%. Se estudiaron las características de las crisis, calidad de vida y discapacidad en el mes previo al inicio del tratamiento con *OnabotulinumtoxinA*. La media de crisis de intensidad grave por paciente fue de 12. El consumo medio de triptanes fue de 14,5 comprimidos por mes. La puntuación media del HIT-6 fue de 69. Un 56% de los pacientes presentaba una discapacidad grave, y un 31%, moderada, en el MIDAS. La puntuación media en la MSQOL fue de 62/84. Un 56% obtuvo una puntuación compatible con ansiedad en el EADG, y un 50%, compatible con síntomas depresivos, con coexistencia de ambas patologías en un 44% de los casos. **Conclusiones.** Los pacientes con migraña crónica presentan una alta frecuencia de crisis de intensidad grave, con un consumo de triptanes elevado, lo que produce un alto impacto en la calidad de vida, en el trabajo y en las actividades diarias. Se asocia con ansiedad y depresión en más de la mitad de los casos. En estos pacientes que presentan elevada discapacidad por la migraña, el tratamiento con *OnabotulinumtoxinA* podría ser una alternativa eficaz cuando no hay respuesta a la terapia convencional.

9.

Acetato de eslicarbazepina en monoterapia: serie de casos de pacientes con epilepsia focal en el Hospital General de Alicante

S. Palao Duarte

Servicio de Neurología.
Hospital General de Alicante.

Introducción. El 60-70% de pacientes epilépticos mantienen un buen control de las crisis en monoterapia. La elección del fármaco antiepiléptico (FAE) es una decisión clínica basada en el tipo de epilepsia, el perfil del paciente, sus comorbilidades y la evaluación de potenciales interacciones farmacológicas. Por tanto, no existe un protocolo estandarizado, sino sólo una serie de recomendaciones. El acetato de eslicarbazepina (ESL) es un antagonista de los canales de sodio dependientes de voltaje que pertenece a la misma familia que la carbamazepina y la oxcarbazepina. Estos FAE están recomendados como tratamiento inicial en monoterapia en la epilepsia focal. **Objetivo.** Evaluar la eficacia y tolerabilidad del ESL en monoterapia en un grupo de pacientes con epilepsia focal a los seis meses. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de 24 pacientes de la consulta monográfica de epilepsia en el Hospital General de Alicante, seguidos durante 6-12 meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con crisis focales, que fueron tratados con ESL en monoterapia inicial o tras el uso de 1-3 FAE. Los datos se recogieron de forma retrospectiva a través de las historias clínicas. Se analizó la edad, sexo, tipo de crisis, años de evolución de la epilepsia, frecuencia de crisis y FAE previos, motivo de inicio de este FAE, eficacia y tolerabilidad a los tres y seis meses, así como otros posibles efectos beneficiosos. **Resultados.** Muestra de 24 pacientes, el 50% varones. Edad media: 54 años. La etiología vascular fue la más frecuente. Todos los pacientes tuvieron seguimiento hasta los seis meses, y 19 (79,16%), hasta los 12 meses. En ocho pacientes (33,3%) se inició ESL como primera monoterapia; 13 (54,2%) habían probado un FAE previamente, y tres (12,6%), más de

dos FAE. En el 83,3% y 70,83% de los casos mantuvieron la monoterapia a los tres y seis meses, respectivamente. El 87,5% y 84,2% se mantuvieron libres de crisis o fueron respondedores a los tres y seis meses, respectivamente. Aparecieron efectos adversos en el 37,5% a los tres meses, de los cuales motivaron la retirada final en el 44,4% de los casos. El mareo fue el efecto adverso más frecuente. Se eligió como terapia inicial por su simplicidad de administración en el 66,6% de los casos, y para mejorar el ánimo, en el 33,33%. **Conclusiones.** El ESL parece ser efectivo y bien tolerado como tratamiento en monoterapia en pacientes con epilepsia parcial de reciente comienzo o que hayan recibido 1-3 FAE previamente. Entre sus ventajas se encuentran su forma de administración en dosis única, que mejora la adhesión terapéutica, y el hecho de ser un estabilizador del ánimo.

10.

Aumento de la autonomía por intervención temprana en el daño cerebral adquirido: la neurorrehabilitación temprana

E. Sánchez Durán, J. Oltra Cucarella, R. Martín, M. Menchón, G. Sirvent, E. Lucas

Fundación Casaverde. Hospital de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde Mutxamel. Alicante.

Introducción. Existe en la bibliografía suficiente evidencia para recomendar la rehabilitación neurológica interdisciplinar tras un episodio de daño cerebral adquirido (DCA). Sin embargo, se desconoce cuál debe ser el tiempo de latencia óptimo para derivar a los pacientes con DCA a un servicio de rehabilitación neurológica para evitar la dependencia mantenida en el tiempo. **Objetivo.** Determinar el tiempo óptimo de latencia entre el episodio de DCA y el inicio de la rehabilitación neurológica interdisciplinar. **Pacientes y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en el Hospital de Rehabilitación Física y Neurológica Casaverde de Alicante con un primer episodio de DCA. Se categorizó la latencia entre el episodio y el inicio de la reha-

bilitación mediante cinco categorías: < 1 mes, 1-3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses y > 12 meses. La variable dependiente fue la puntuación en el índice de Barthel y las categorías de dependencia asociadas: 0-15, dependencia total; 20-35, dependencia grave; 40-55, dependencia moderada; 60-95, dependencia leve; 100, independencia. Se realizaron análisis descriptivos univariantes y multivariantes. Las variables independientes fueron el factor tiempo (ingreso/alta) y el tiempo de estancia (covariable). **Resultados.** La muestra se componía de 51 pacientes, 24 de ellos mujeres (47,05%). El diagnóstico más frecuente fue el de ictus isquémico. La edad media de los pacientes fue de $56,11 \pm 17,89$ años, y la estancia media, de $169,67 \pm 69,58$ días. Las puntuaciones al alta fueron mayores que al ingreso (ANOVA de medidas repetidas; $p = 0,000$). La diferencia en las puntuaciones al ingreso y al alta en los grupos < 1 mes y 1-3 meses fue mayor que en el grupo > 12 meses, incluso controlando el tiempo de estancia (ANCOVA de medidas repetidas; $p = 0,033$). Al separar los grupos en < 1 mes y > 1 mes, se hallaron patrones diferentes de dependencia. El grupo de > 1 mes presentó niveles superiores de dependencia grave al ingreso y al alta, aumentó la dependencia moderada, duplicó la dependencia leve y no modificó la independencia al alta. El grupo de < 1 mes presentó menor dependencia grave al ingreso y al alta, redujo la dependencia moderada, duplicó la dependencia leve y multiplicó por cuatro la independencia al alta. **Conclusiones.** El presente trabajo demuestra la necesidad de realizar intervenciones tempranas tras sufrir un DCA, puesto que impedir un tratamiento precoz dentro de los 30 primeros días podría limitar la recuperación funcional máxima que las personas con DCA pueden conseguir. La derivación para el inicio del tratamiento neuror rehabilitador intensivo debe producirse dentro de los 30 primeros días tras el episodio de DCA para conseguir el máximo beneficio terapéutico.

11.

Experiencia inicial en el tratamiento intraarterial del ictus isquémico en el Hospital La Fe

L. Morales, D. Górriz, J.I. Tembl, G. Fortea, F. Aparici, E. Mainar, V. Vázquez Añón, A. Wicht, A. Ponz, J. Gil, A. Lago

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Hospital Clínic de Valencia.

Objetivo. Describir la situación funcional a los tres meses de los pacientes con ictus isquémico sometidos a intervencionismo vascular por contraindicación para fibrinólisis sistémica con rTPA o como tratamiento de rescate. **Pacientes y métodos.** Selección de los pacientes con ictus sometido a tratamiento intraarterial desde enero de 2014. Se consideró independencia funcional aquellos pacientes con ≤ 2 puntos en la escala modificada de Rankin (mRs) a los tres meses. Se analizó la asociación entre la independencia funcional y la presencia de variables demográficas, factores de riesgo vascular, la gravedad clínica (NIHSS), el grado de recanalización y la circulación colateral observados por arteriografía. Se realizó un análisis univariante comparando el resultado de independencia funcional con las variantes recogidas. **Resultados.** Se recogieron 51 pacientes atendidos como código ictus en nuestro centro, a 48 de los cuales se les realizó trombectomía mecánica en el mismo o en el Hospital Clínic de Valencia. De estos, el 56,9% fueron hombres. La media de edad fue de 64,2 años y presentaron una mediana de NIHSS al ingreso de 20. El tiempo medio hasta el inicio del tratamiento intraarterial fueron 276 minutos. En un 29,2% de ellos se realizó sin fibrinólisis intravenosa. En cuatro pacientes, la arteriografía no fue seguida de tratamiento. Un 35% de los pacientes tratados alcanzaron un mRs ≤ 2 a los tres meses. Se detectó una asociación entre este resultado y el no ser hipertenso ($p < 0,041$), la edad ($p < 0,001$; inversamente proporcional), el grado de circulación colateral observada en la arteriografía ($p = 0,041$), la recanalización con TICI 2b o 3 ($p = 0,042$) y la transforma-

ción hemorrágica ($p = 0,037$). **Conclusiones.** Los pacientes sometidos a tratamiento intraarterial son pacientes graves con elevada morbimortalidad sin tratamiento. Observamos que un tercio de los pacientes alcanzan la independencia funcional a los tres meses, particularmente jóvenes con características angiográficas favorables.

12.

Experiencia clínica en el uso de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer en líquido cefalorraquídeo

M. Bas Abad^a, M.S. Campillo Alpera^b, B. Mollá Insa^a, M.P. Yanguas Ramírez^a, L. Salas López^a

^aServicio de Neurología. Hospital Universitario General de Castellón.

^bUnidad de Memoria y Demencias. Hospital La Magdalena. Castellón.

Introducción. Los nuevos criterios diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer (EA) y el deterioro cognitivo leve (DCL) debido a EA incluyen el uso de los biomarcadores, entre otros β -amiloide ($A\beta$), fosfo-tau (P-tau) y tau total (T-tau) en líquido cefalorraquídeo, para aumentar la certeza diagnóstica. Aunque en las guías diagnósticas se propone su uso con fines de investigación, la realidad es que ya están disponibles en la práctica clínica, a falta de una estandarización y protocolos para su uso. **Objetivo.** Revisar la utilidad de la determinación de dichos biomarcadores en un grupo de pacientes estudiados en una unidad de demencias especializada. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de pacientes con diagnóstico de DCL y demencia por EA posible, según criterios NIA-AA de 2011, durante un período de dos años en los que se realizó determinación de $A\beta$, P-tau y T-tau en líquido cefalorraquídeo, además de las exploraciones complementarias habituales. **Resultados.** De los 20 pacientes (10 mujeres y 10 varones) en los que se realizó punción lumbar, había 17 con diagnóstico de DCL (2 amnésico, 13 amnésico multidominio, 2 no amnésico) y tres con demencia por EA posible. La mediana de edad fue de 62,5 años. La exploración neurológi-

ca fue normal en todos salvo en cinco casos. La puntuación media en el MMSE fue de 26/30. En todos ellos se realizó analítica de cribado para demencias y estudio de neuroimagen: TC craneal en 8 y RM cerebral en 12. Ninguno de ellos mostró atrofia del lóbulo temporal medial significativa. La SPECT mostró hipoperfusión temporo-parietal en dos pacientes, de los 16 realizados. Mediante el patrón positivo ($A\beta < 500$ pg/mL, T-tau > 350 pg/mL, P-tau > 85 pg/mL) se confirmó etiología de EA en cuatro de los pacientes del grupo de DCL y en uno del grupo de demencia por EA posible. **Conclusiones.** Teniendo en cuenta las limitaciones de una serie pequeña y el tiempo de evolución, el empleo de los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo de pacientes con DCL y demencia por EA posible ha resultado útil porque ha permitido descartar etiología de EA evitando así tratamientos inapropiados. No obstante, aún está por determinarse su valor diagnóstico y pronóstico, así como la estandarización de resultados entre diferentes laboratorios.

13.

Tratamiento endovascular del ictus agudo en el Hospital General Universitario de Alicante: un año de experiencia

M.E. Blanco Cantó, N. López Hernández, A. Pampliega Pérez, S. Martí Martínez, N. Vivó Orti, L. Hernández Rubio, E. Torres San Narciso, L.B. Betancourt Gómez, J.M. Giménez Martínez, F. Ballenilla Marco, J.I. Gallego León, C. Rodríguez Fernández, A. Lutich Uroz

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. En los pacientes con un ictus isquémico agudo debido a la oclusión de gran vaso, el tratamiento endovascular ha demostrado mejorar el pronóstico. En febrero del 2014, se inició el nuevo protocolo del tratamiento endovascular en la Comunidad Valenciana en la fase aguda del ictus. Presentamos la experiencia tras un año de su aplicación en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Se describen todos los pacientes que recibie-

ron tratamiento endovascular (trombólisis intraarterial o trombectomía mecánica) primaria o de rescate entre el 1 de febrero de 2014 y el 1 de febrero de 2015, en el Hospital General Universitario de Alicante. **Resultados.** Se trataron un total de 74 pacientes, 46 hombres (62%), con una media de edad de 64 años. De ellos, sólo un 26% procedía del propio departamento de Alicante, siendo el resto derivados de otros departamentos. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la punción arterial fue de 279 min (rango: 130-875 min). El NIHSS medio en urgencias fue de 17. Los sitios de oclusión fueron: arteria cerebral media segmento M1 (42%), arteria carótida interna cervical (1%), arteria carótida interna distal (4%), T carotídea (7%), oclusión en tándem (31%) y vertebrobasilar (12%). Un 61% recibieron previamente tratamiento fibrinolítico endovenoso. Las modalidades de tratamiento endovascular empleadas fueron: trombectomía mecánica en 57 pacientes (77%), tratamiento fibrinolítico intraarterial en tres (4%) y tratamiento combinado en 14 (19%). Para la trombectomía mecánica se usaron *stents retrievers* en el 92% de los casos, y tromboaspiración, en el 14%, consiguiéndose la extracción completa del trombo en 49 pacientes (84%). Un 10% de los pacientes presentaron transformación hemorrágica PH-1 o PH-2 en la TAC de control a las 24 horas. En 32 pacientes (43,2%) se obtuvo una mejoría ≥ 5 puntos de la escala NIHSS (ingreso respecto al alta) y en 20 pacientes (27%) la mejoría fue ≥ 10 puntos. La mortalidad al alta fue del 23%. **Conclusiones.** El tratamiento endovascular demostró una mejoría del pronóstico del ictus isquémico agudo debido a oclusión de gran vaso. Pese a la gravedad de los pacientes incluidos en la muestra, consideramos que el resultado global ha sido satisfactorio y que la implementación de este tratamiento dentro del proceso global de atención al ictus agudo es necesaria. La adecuada selección de los pacientes y el correcto funcionamiento del código ictus parecen piezas clave para mejorar los resultados de este procedimiento.

14.

Seguimiento a largo plazo de estimulación occipital en la cefalea en racimos crónica refractaria

E. Guillamón, A. García, G. García, P. Roldán, J.M. Láinez

Servicio de Neurología. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La cefalea en racimos se considera como una de las cefaleas primarias más dolorosas e incapacitantes. Un 10-15% de estos pacientes desarrollan la forma crónica, de los cuales un 10-20% no responden a ningún tipo de medicación. Estos pacientes sufren crisis recurrentes que limitan su calidad de vida. Las series de casos sugieren que la estimulación del nervio occipital puede ser efectiva a corto plazo como tratamiento de la cefalea en racimos crónica. **Objetivo.** Evaluar la eficacia a largo plazo de la estimulación del nervio occipital en pacientes con cefalea en racimos crónica que no responden a tratamiento farmacológico. **Pacientes y métodos.** Se presentan datos de eficacia, seguridad y tolerabilidad de todos los pacientes con cefalea en racimos a los cuales se les ha implantado un estimulador occipital bilateral en nuestro centro desde 2006. **Resultados.** A 16 pacientes con cefalea en racimos crónica se les implantó un estimulador occipital bilateral. La edad media fue de 44,75 años (rango: 25-70 años). Doce fueron mujeres, y cuatro, hombres. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,5 años (rango: 1-8 años). La mejoría fue: ocho pacientes quedaron asintomáticos, dos cambiaron a cefalea en racimos episódica, cuatro presentaron una mejoría mayor al 50%, uno no presentó mejoría y uno cambió a cefalea en racimos crónica contralateral. En nueve pacientes se retiró el tratamiento preventivo. Las complicaciones en estos pacientes fueron: tres explantes del sistema, dos migraciones y tres recambios de batería. **Conclusión.** La estimulación occipital es un buen tratamiento para la cefalea en racimos crónica y mantiene su eficacia durante varios años. Es-

ta técnica es segura, pero la tasa de complicaciones es elevada en el seguimiento a largo plazo.

15.

Experiencia con la combinación de rituximab y ciclofosfamida en el tratamiento de síndromes neurológicos paraneoplásicos con anticuerpos onconeuronales

H. Argente Escrig^a, E. Torres Vega^b, L. Morales Caba^a, C. Valero Merino^c, J. López Arquer^d, I. Sastre Bataller^a, C. Alcalá Vicente^a, T. Sevilla Mantecón^{a,b}, L. Bataller Alberola^{a,b}

^aServicio de Neurología. ^bLaboratorio de Neurología Experimental. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. ^cSección de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova. ^dSección de Neurología. Hospital General de Requena. Valencia.

Introducción. Los síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) son aquellos que ocurren como manifestación remota de un tumor sistémico. La mayoría son producidos por mecanismos inmunológicos. El pronóstico de los SNP con anticuerpos onconeuronales dirigidos frente a antígenos intracelulares es sombrío, a pesar del tratamiento combinado antineoplásico e inmunosupresor. Actualmente se desconoce cuál es la mejor estrategia terapéutica de inmunosupresión en estos casos. **Pacientes y métodos.** Revisión retrospectiva de las características clínicas y evolutivas de pacientes con SNP con anticuerpos onconeuronales tratados con la combinación de rituximab y ciclofosfamida intravenosa en bolos mensuales en nuestro centro en los últimos cinco años. **Resultados.** Se estudiaron cinco pacientes (tres hombres y dos mujeres), con edades comprendidas entre 40 y 70 años. Los pacientes presentaron una degeneración cerebelosa ($n = 4$) o una neuropatía sensitiva ($n = 1$) subagudas. Los anticuerpos relacionados fueron: anti-Yo ($n = 1$), anti-GAD ($n = 1$), anti-CV2 ($n = 2$) y anti-Hu ($n = 1$). Los tumores asociados fueron: carcinoma pélvico diferenciado ($n = 1$), carcinoma pulmonar microcítico ($n = 1$) y tumor neuroendocrino tímico ($n = 1$). En dos pacientes no se encontró un tumor con

un seguimiento de cuatro meses y tres años, respectivamente. Los pacientes recibieron un tratamiento de inducción con cuatro dosis de rituximab junto con 1-2 dosis mensuales de 750 mg/m² de ciclofosfamida intravenosa. Durante un seguimiento de entre tres meses y cinco años, cuatro pacientes recibieron dosis de recuerdo de rituximab (3) y ciclofosfamida (3) por agravamiento de los síntomas (que en ningún caso supuso una peor puntuación en la escala de Rankin). En tres pacientes se consiguió una estabilización de los síntomas neurológicos de entre tres meses y cinco años, mientras que en dos se alcanzó una estabilización inicial de los síntomas neurológicos durante 4 y 18 meses, respectivamente, pero fallecieron de progresión tumoral ($n = 1$) o complicaciones infecciosas del proceso ($n = 1$). **Conclusiones.** Los pacientes con SNP asociados a anticuerpos onconeuronales frente a antígenos intracelulares tienen mal pronóstico. La asociación al tratamiento antineoplásico de un esquema de inmunosupresión agresiva mediante la combinación de rituximab y ciclofosfamida puede conseguir la estabilización de los síntomas neurológicos de estos pacientes.

16.

Correlación entre situación clínica y laboral en pacientes con miastenia grave en el Hospital General de Alicante

L.B. Betancourt Gómez, C. Díaz Urrea, E. Torres San Narciso, C. Díaz Marín, R. Sánchez Pérez

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La miastenia grave (MG) es una enfermedad autoinmune que llega a limitar la capacidad física y, por consiguiente, la capacidad laboral de los pacientes. Para clasificar la gravedad clínica de los pacientes con MG se utiliza habitualmente la clasificación de Osserman. Esta clasificación es la más utilizada por ser sencilla y tener una buena correlación con la situación funcional. **Objetivos.** Describir la situación laboral de los pacientes con MG atendidos en la consulta

de neurología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y correlacionar la actividad laboral con la situación funcional de los pacientes medida por la escala de Osseman.

Pacientes y métodos. Se revisó la base de datos CIBERNER-ENM y se seleccionaron los pacientes atendidos en la consulta de neurología del HGUA con el diagnóstico de MG, en seguimiento actual. Se recogen las siguientes variables: diagnóstico (MG ocular, MG generalizada), edad (años), sexo (masculino/femenino), grado de Osseman (asintomático, grado I, grado IIA, grado IIB, grado III, grado IV), situación laboral (jubilado por edad o por otra enfermedad distinta a MG, jubilado por MG, desempleado, empleado por cuenta ajena, empleado por cuenta propia, ama de casa) y horario de trabajo (tiempo completo, tiempo parcial, no activo). **Resultados.** Se revisaron 63 pacientes con diagnóstico activo de MG en nuestra base de datos. La mediana de edad fue de $63 \pm 16,3$ años. Un 57,1% eran varones, y un 42,9%, mujeres. De ellos, el 46% presentaba un diagnóstico de MG ocular, y un 54%, de MG generalizada. Los grados de Osseman fueron: 0 (28,6%), I (38,1%), IIA (28,6%), IIB (3,2%), III (0%) y IV (1,6%). De estos 63 pacientes sólo hemos obtenido información sobre la situación laboral de 43 de ellos: 14% eran amas de casa, 14% estaban desempleados, 25,6% eran empleados por cuenta ajena, 11,6% eran empleados por cuenta propia, un 25,6% estaban jubilados por edad u otra enfermedad, y un 9,3%, jubilados por MG. De estos pacientes, un 14% se encontraba no activo debido a la MG, y un 86%, por una limitación diferente a la MG. Se realizó un análisis de los pacientes según el grado de Osseman agrupado en asintomáticos y MG ocular, y MG generalizada sintomáticos (grados IIA, IIB, III y IV), y su relación con la situación actual de no activo por MG o se encontraba en una situación laboral activa o no activa diferente de MG. Se obtuvo que en los asintomáticos y grado I se encontraban no activos por MG un total de cuatro pacientes (14,3%), y en el grupo de MG generalizada sintomáticos se encontraban dos pacientes (13,3%), por lo que no había diferencia en am-

bos grupos. **Conclusión.** No se han encontrado diferencias en la situación laboral de los pacientes, en relación al grado clínico de la enfermedad. Los pacientes jubilados por MG o no activos por MG están distribuidos en los diferentes grados de Osseman.

17.

Lesiones desmielinizantes pseudotumorales inflamatorias del sistema nervioso central. Revisión de casos en el Hospital General de Castellón (2010-2015)

P. Yanguas Ramírez, A. Belenguer Benavides, B. Mollá Insa, M. Bas Abad, L. Salas López

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. Las formas desmielinizantes pseudotumorales inflamatorias (DPI) del sistema nervioso central son una rara condición con pocas descripciones en la bibliografía y de pronóstico y curso no bien definido. Suponen un reto diagnóstico, especialmente cuando aparecen al inicio de la enfermedad, debiéndose diferenciar principalmente de tumores del sistema nervioso central. **Pacientes y métodos.** Se describe de forma retrospectiva una serie de casos de DPI atendidos en nuestro hospital en los últimos cinco años. Se evalúan las características clínicas, radiológicas, respuesta a tratamiento y datos de seguimiento, y se definen las lesiones según la clasificación morfológica propuesta por el grupo MAGNIMS. **Resultados.** Ocho pacientes fueron diagnosticados de DPI en nuestro hospital. La proporción mujeres/hombres fue de 1 a 1, y la edad media de inicio de los síntomas, de $33 \pm 12,18$ años (rango: 19-55 años). En siete de los ocho pacientes fue el primer evento clínico compatible con enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central. Las presentaciones clínicas fueron polisintomáticas, predominando los cuadros sensitivo-motores. El 50% de los pacientes presentaron más de una lesión en RM cerebral al diagnóstico, pero sólo uno cumplía criterios de McDonald para esclerosis múltiple. Según criterios radiológicos, se encontraron cuatro pa-

cientes con enfermedad de Baló, tres con lesiones infiltrativas y uno con lesión en anillo. Cabe destacar la negatividad de bandas oligoclonales en siete de los ocho pacientes. La biopsia se realizó en un total de tres pacientes, el mismo número que necesitó altas dosis de tratamiento inmunosupresor dada la agresividad del cuadro clínico. La mediana de seguimiento fue de 22 meses, y la media de EDSS a largo plazo, de 1,5. Sólo dos pacientes desarrollaron esclerosis múltiple definida, mientras que el resto mantuvo un síndrome clínico aislado. **Conclusiones.** A pesar de la baja incidencia descrita en la bibliografía, encontramos un número elevado de casos pseudotumorales en nuestro centro, destacando las formas tipo Baló. Las formas DPI representan frecuentemente un reto diagnóstico. Las características de las lesiones en RM, el líquido cefalorraquídeo y la biopsia cuando es necesario permiten un correcto diagnóstico. El reconocimiento de estas entidades de forma precoz conlleva un tratamiento óptimo evitando posibles secuelas. Nuestra serie apoya las revisiones más recientes que hablan de una enfermedad autolimitada y de curso relativamente benigno.

18.

Desarrollo y validación de un sistema de posturografía online empleando plataformas de presión de bajo coste

E. Noé, R. Llorens, C. Colomer, J. Latorre, I. Verdecho, A. Baldoví, C. Rodríguez Sánchez-Leiva, J.M. Climent, B. Moliner, G. Martínez Crespo, J. Ferri

Servicio de Neurorrehabilitación y Daño Cerebral; Hospitales NISA. Instituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano (Labhuman); Universitat Politècnica de València.

Introducción. Gran parte de las enfermedades neurológicas afectan al control postural, generando una importante limitación funcional. Los sistemas de posturografía convencionales permiten valorar objetivamente este problema a través del análisis del centro de presiones (COP), pero el uso gene-

ralizado de estos sistemas está limitado por el coste y por otros aspectos ergonómicos. **Objetivos.** Diseñar y validar clínicamente un sistema gratuito de posturografía accesible vía web y basado en la plataforma de presión Nintendo Wii Balance Board (Wii-BB). **Sujetos y métodos.** Se presenta un sistema gratuito y online en el que la determinación del COP se realizó a través de la información proporcionada por la Wii-BB de acuerdo con un programa específico. Se analizaron 144 sujetos sanos (rango: 10-80 años) y se determinó el patrón de normalidad (percentil > 16) del COP en el test clínico modificado de interacción sensorial en el equilibrio (mCTSIB) y en el test de límites de estabilidad (LOS). Se analizó la sensibilidad del sistema y se determinó su validez concurrente correlacionando los datos obtenidos por 53 pacientes con ictus valorados a su vez con el sistema posturográfico NedSVE/IBV, así como con diferentes escalas clínicas (Berg, *Up & Go*, alcances, escaleras, 10 m marcha). Finalmente, se realizó un estudio de reproducibilidad del sistema en 10 sujetos con ictus mediante un análisis de validez inter e intraobservador (coeficiente de correlación intraclase, error estándar de la media y cambio mínimo detectable). **Resultados.** Se muestra el patrón de normalidad centilado para cada variable del sistema posturográfico/Wii-BB ajustado a rangos de edad (décadas). Nuestro sistema mostró una aceptable correlación entre las distintas escalas clínicas y la velocidad del COP en las pruebas del mCTSIB ($r > 0,4$; $p < 0,01$), así como con el desplazamiento medio del COP en la prueba de LOS ($r > 0,5$; $p < 0,01$). Nuestro sistema posturográfico mostró una excelente correlación con el sistema comercial NedSVE/IBV ($r > 0,8$; $p < 0,01$ en todas las correlaciones). El sistema mostró una excelente reproducibilidad inter e intraobservador ($r > 0,8$; $p < 0,01$ en todas las correlaciones). **Conclusión.** La tecnología de bajo coste como la Wii-BB puede adaptarse al ámbito clínico, consiguiendo sistemas con excelentes propiedades psicométricas, como el aquí descrito para el análisis del control postural, a lo que se añaden las ventajas tecnológicas del coste, accesibilidad y portabilidad.

19.

Experiencia clínica con toxina botulínica en pacientes con migraña crónica en el Hospital General de Castellón

L. Saláis López, B. Mollá Insa, M. Bas Abad, M.P. Yanguas Ramírez, B. Claramonte Clausell

Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. La migraña crónica se define por la presencia de cefalea 15 o más días al mes, de los que al menos ocho deben cumplir criterios de migraña con o sin aura durante un mínimo de tres meses. **Objetivo.** Valorar nuestra experiencia clínica en el tratamiento de la migraña crónica con toxina botulínica. **Pacientes y métodos.** Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes con migraña crónica que recibieron infiltraciones con toxina botulínica según el protocolo PREEMPT (150 U) entre enero de 2012 y diciembre de 2014, en la consulta de toxina de nuestro hospital, siendo remitidos desde consultas de neurología general. A través de entrevista telefónica se determinó la mejoría subjetiva, cambios en intensidad y frecuencia de cefalea, consumo previo y actual de fármacos profilácticos y analgésicos, así como la disminución de visitas a urgencias, frecuencia de episodios intensos y efectos adversos. **Resultados.** Se recogieron 23 pacientes con cefalea que habían sido infiltrados con toxina botulínica, de los cuales se excluyeron cuatro por no cumplir criterios de migraña crónica (tres cefaleas tensionales y una cefalea en racimos). Entre los 19 pacientes restantes, dos eran hombres (10,5%) y 17 eran mujeres (89,5%), con una edad media de 48,95 años. Dos de ellos abandonan el tratamiento (10,5%). La media de infiltraciones por paciente fue de 5 (rango: 1-11). El 76,5% previamente habían sido tratados con al menos tres fármacos preventivos. El 94,1% refirió una mejoría subjetiva (reducción > 50% del número de días con cefalea en la mitad de los pacientes y disminución de la intensidad de cefalea > 50% en el 43,8%). También se redujo la frecuencia de visitas a urgencias (64,7%)

y de episodios intensos (76,5%). Todos refirieron un menor consumo de analgésicos. Un 31,3% presentaron algún tipo de reacción adversa a la toxina (cervicalgia, debilidad de la musculatura orbicular o debilidad de la musculatura cervical), pero en ningún caso fue motivo de abandono del tratamiento. **Conclusiones.** El tratamiento con toxina botulínica en la migraña crónica de pacientes refractarios a tratamiento muestra gran eficacia en las variables analizadas en el estudio, con mejoría subjetiva en la calidad de vida. Aunque se detecta un importante porcentaje de reacciones adversas, son leves y transitorias, por lo que no constituyen causas directas de abandono.

20.

Primer año tras la implantación del protocolo de tratamiento endovascular del ictus isquémico agudo en la Comunidad Valenciana: experiencia del Hospital General de Castellón

B. Mollá Insa, M. Bas Abad, M.P. Yanguas Ramírez, L. Salais López, C. Vilar Fabra, D. Geffner Sclarsky, C. Soriano Soriano

Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. La alteplasa (rtPA) endovenosa es el único tratamiento aprobado para el ictus isquémico en fase aguda, pero tiene una amplia lista de contraindicaciones, estrecha ventana terapéutica y menor tasa de recanalización en oclusiones de gran vaso. El 1 de enero de 2014 se implantó en la Comunidad Valenciana el protocolo para tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. **Objetivos.** Describir un año de experiencia con la aplicación del protocolo. Analizar aquellos pacientes que recibieron tratamiento endovascular de forma directa y los que no (terapia de rescate), así como determinar la seguridad, eficacia y pronóstico del mismo. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo, a partir de la base de datos recogida de forma prospectiva, de códigos ictus activados en el Hospital General Universitario de Castellón entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014. En pacientes sometidos a tratamiento endovas-

cular se recogieron datos de NIHSS inicial, a los 40 minutos (si rtPA endovenosa), a las 24 horas del tratamiento y al alta, así como escala de Rankin modificada (mRs), índice de Barthel al alta y grado de revascularización (TICI) y de hemorragia sintomática tras tratamiento. **Resultados.** En 2014 se activaron 318 códigos ictus (52% varones, con una mediana de edad de 73 años; rango: 25-97 años), el 68% con diagnóstico inicial de ictus isquémico. El 22% de éstos recibieron tratamiento en el momento agudo. Quince pacientes (21,7%) recibieron tratamiento endovascular (46,7% varones, con una mediana de edad de 73 años; rango: 44-84 años). Más de la mitad ($n = 8$) fueron derivados para tratamiento directo: tres por tiempo de evolución > 4,5 h, dos por presencia de aneurismas sistémicos, dos por tratamiento con heparina y no por tratamiento con acenocumarol e INR > 1,7. Todos los pacientes tenían oclusión de gran vaso demostrada por angiografía ($n = 13$) o Doppler ($n = 2$), y el 87% localizada en territorio anterior. El grado de recanalización tras el procedimiento fue completo (TICI III) en el 64% de los pacientes. La mediana en la NIHSS inicial fue de 17 (p_{25-75} : 11-19), objetivándose mejoría clínica significativa posprocedimiento endovascular (mediana de 8 en la NIHSS a las 24 h; p_{25-75} : 0-12; $p < 0,004$) y al alta (mediana de 6,5 en la NIHSS al alta; p_{25-75} : 1-14; $p < 0,003$). Ninguno de los pacientes presentó hemorragia sintomática. En cuanto al pronóstico al alta según la mRs, el 27,5% tuvieron un mRs de 0-1. Hubo dos *exitus* de etiología no relacionada con infarto cerebral ni con el procedimiento terapéutico: un varón de 76 años por cardiopatía isquémica y una mujer de 75 años por tromboembolismo pulmonar (ambos con NIHSS a las 24 h de 0-1). **Conclusiones.** La puesta en marcha del protocolo de la Comunidad Valenciana para tratamiento endovascular en nuestro medio ha aumentado la posibilidad de tratamiento en pacientes en los que existía contraindicación inicial para rtPA endovenosa, demostrando seguridad y una mejoría significativa del déficit neurológico postratamiento.

21.

Epidemiología y características clínicas del síndrome de Guillain-Barré en el Hospital General Universitario de Alicante

J. Giménez Martínez, A. Pérez Sempere, M. Blanco Cantó, E.M. Torres San Narciso, P. González Belmar, D. Corona García, C. Díaz Urrea, P. Barredo Benítez, L. Betancourt Gómez, L. González Fernández, M. Asensio Asensio, M.N. Vivó Ortí, R. Sánchez Pérez, C. Díaz Marín

Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste en un grupo de al menos cuatro subtipos de neuropatía inflamatoria aguda periférica que constituye la causa más frecuente de parálisis aguda generalizada en el adulto 'sano'. **Objetivo.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de esta entidad en el área del Hospital General Universitario de Alicante. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SGB en dicho hospital durante los últimos 10 años (2005-2014). El diagnóstico se estableció según criterios del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) de 1990. **Resultados.** Se revisaron un total de 222 casos de pacientes diagnosticados de neuropatía inflamatoria y tóxica (CIE-9: 357.0) en consultas externas o que presentaban este diagnóstico registrado en el sistema 'alta hospitalaria' de nuestro centro. Se estudiaron un total de 42 pacientes con SGB. La media de edad de los pacientes con este diagnóstico fue de 45,8 años. Se encontró una mayor frecuencia en varones (64,3%). En un 69% de los casos confirmados de SGB se identificó un antecedente infeccioso. Un 73,8% fueron tratados con inmunoglobulinas. Un 21,4% de los pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad global fue del 4,8%. **Conclusiones.** El SGB tiene una incidencia aproximada en nuestro medio de 1,5 casos/100.000 habitantes-año, similar a lo documentado en la bibliografía (0,4-4 casos/100.000 habitantes-año).

22.

Fístula dural intracraneal: análisis de una serie

A. Ramos Pachón, A. Ponz de Tienda, J. Gil Romero, R. Chamorro Lázaro, R. Gil Gimeno, D. Blasco de Nova, A. Martín Bechet, R.A. Regajo Gallego, J.M. Láinez Andrés
Hospital Clínic Universitari de València.

Introducción. Las fístulas arteriovenosas (FAV) durales intracraneales representan el 10-15% de todas las malformaciones arteriovenosas intracraneales. La forma de presentación es diversa, lo que dificulta el diagnóstico. La mejora de las técnicas endovasculares nos sitúan en un nuevo panorama para afrontar su tratamiento. **Objetivo.** Analizar las características poblacionales, forma de presentación y tratamiento realizado en una serie de pacientes con fístula dural intracraneal en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Desde 2010 a 2015, se registraron retrospectivamente los casos diagnosticados de fístula dural intracraneal en el Hospital Clínic Universitari de València. Se analizaron datos demográficos, características de la fístula, tipo de tratamiento, tasa de obliteración y repercabilización y complicaciones asociadas. **Resultados.** Se recogieron 20 pacientes, 13 hombres y siete mu-

jes, con una edad media de 57 ± 19 años. La clínica de presentación más frecuente fue la crisis epiléptica, seguido de la hemorragia intracraneal. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de $90,8 \pm 154$ días. La localización mayoritaria fue supratentorial ($n = 11$). En 12 casos, la FAV dural se excluyó con tratamiento endovascular, uno con cirugía, uno con radiocirugía, dos con tratamiento combinado y cuatro casos no fueron tratados. Sólo en dos ocasiones se requirió un segundo tratamiento endovascular por repermeabilización. **Conclusiones.** La FAV es una entidad de diagnóstico habitualmente difícil que requiere una alta sospecha clínica. El tratamiento endovascular, solo o en combinación, es un tratamiento seguro y altamente eficaz para conseguir el cierre de las FAV durales.

23.

Resultados del estudio GENERISC: estudio sobre el impacto del cambio a medicamentos genéricos en epilepsia

M. Bonet, E. López Gomáriz, M. Garcés, C. Santafé, V. Villanueva, V. Medrano, J. Giner, J. Palau; Grupo EPIVAL (grupo de estudio de epilepsia de la Sociedad Valenciana de Neurología)

Introducción. La sustitución de tratamiento antiepiléptico por fármacos genéricos continúa generando controversia. Desde el grupo de estudio de epilepsia de la Sociedad Valenciana de Neurología se planteó la recogida de complicaciones derivadas del cambio a formas genéricas en pacientes diagnosticados de epilepsia, así como un estudio de los profesionales implicados en el cambio. Se analizaron las complicaciones médicas y la repercusión de la reaparición de crisis. **Pacientes y métodos.** La recogida de datos se realizó mediante un sencillo cuestionario remitido a todos los neurólogos de la Sociedad Valenciana de Neurología. Participaron siete centros y se comunicaron 24 casos a lo largo del año 2013. Los participantes cumplimentaron las fichas tras la visita en la que se detectó la incidencia. **Resultados.** Se analizó el tipo de epilepsia y la frecuencia de crisis en el año previo a la visita. Un 71% de los pacientes no habían tenido crisis en el último año, por lo que podían considerarse como epilepsias con buen control. La edad media de los pacientes fue de 43 años, con un predominio de sexo masculino (79%). El fármaco implicado con mayor frecuencia en el cambio a presentación genérica fue el levetiracetam (62% de los casos), seguido de

lamotrigina, topiramato y carbamazepina. Respecto al profesional implicado en el cambio, en un 79% de los casos fue el personal de la oficina de farmacia, y el médico de atención primaria, en el 21% restante. No se solicitó el consentimiento del paciente en un 92% de los casos. En el 8% de los casos en que se solicitó, se realizó de forma verbal. La consecuencia médica más frecuente fue la reaparición de crisis (81% de los casos), seguido de una peor o mejor tolerancia a un efecto adverso ya presente previamente (12%), la aparición de un efecto adverso nuevo (4%) y una reacción alérgica (4%). En todos los casos en los que las crisis reaparecieron, se produjo un control al reanudar el tratamiento original. En 19 de los 24 casos se precisó atención médica urgente. Respecto a las consecuencias sociolaborales, ocho pacientes sufrieron restricción de la conducción y nueve tuvieron repercusión laboral. **Conclusiones.** Pese al reducido tamaño de la muestra del estudio, tras el análisis de los datos destaca que en ningún caso el cambio a genérico fue realizado por un neurólogo. En un 92% de los casos no se solicitó el consentimiento al paciente y un alto porcentaje de pacientes con epilepsia bien controlada (71%) presentó crisis tras el cambio a genéricos.