

XXIX Reunión da Sociedade Galega de Neuroloxía

Vigo, Pontevedra, 8-9 de mayo de 2015

COMUNICACIONES ORALES

O1.

Fampridina en la práctica clínica

E. Costa Arpín^a, A. Pato^b, A. Rodríguez Regal^c, L. Midaglia^d, R. Yáñez^e, D. Muñoz^d, J.R. Lorenzo^b, C. Amigo^c, J.M. Prieto^a

^a Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^b Hospital Povisa.

^c Complejo Hospitalario de Pontevedra.

^d Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ^e Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Pacientes y métodos. Estudio observacional multicéntrico de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) tratados con fampridina de liberación prolongada con el fin de analizar la eficacia y tolerancia del fármaco en la práctica clínica. Se incluyeron en el estudio pacientes con EM con EDSS entre 4,0 y 7,0, sin historia previa de crisis epilépticas y con función renal normal. La eficacia del fármaco se midió con dos escalas, una subjetiva (MSWS12) y otra objetiva (T25FW). Los pacientes fueron evaluados antes, a los 15 días y a los tres meses de iniciar el tratamiento con fampridina. Se registraron los efectos secundarios referidos por los pacientes. **Resultados.** Se incluyeron en el estudio 138 pacientes con una edad media de 50,3 años y una mediana de EDSS de 6,0. Ochenta pacientes (58%) tenían una forma remitente recurrente, 47 (34%) secundaria progresiva y 11 (8%) primaria progresiva. Se objetivó una mejoría significativa de la marcha con el tratamiento, con una reducción de la puntuación obtenida tanto en el test

MSWS12 (basal: 82,3; 14 días: 59,4; 3 meses: 57,2; $p = 0,000$) como en el T25FW (basal: 20,3 s; 14 días: 13,2 s; 3 meses: 12,1 s; $p = 0,000$). El 39,9% experimentaron algún efecto secundario, la mayoría leves y transitorios. A los tres meses, el 77,5% de los pacientes continúan recibiendo el tratamiento. Las retiradas fueron debidas a ineficacia (9,4%), empeoramiento de la deambulación (1,4%) o efectos secundarios (9,4%). **Conclusiones.** La fampridina de liberación prolongada es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento del trastorno de la marcha en los pacientes con EM. En la práctica clínica, la tasa de respondedores al fármaco parece ser superior a la obtenida en los ensayos clínicos.

O2.

Comorbilidad en pacientes con esclerosis múltiple

E. Costa Arpín, T. García Sobrino, J.M. Prieto González, M. Lema Bouzas

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. En enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple (EM) es muy frecuente la coexistencia de otras patologías que afectan de forma negativa a la calidad de vida y que pueden condicionar el tratamiento. **Objetivo.** Cuantificar la prevalencia de comorbilidad en la población con EM. **Pacientes y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo, en el que revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EM y registramos la presencia o ausencia de otras enfermedades crónicas. **Resultados.** Incluímos en el estudio a 370 pacientes

con EM. El 66,5% eran mujeres, con una edad media de $45,11 \pm 11,81$ años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $13,46 \pm 9,6$ años. El 17,3% estaban diagnosticados de síndrome clínico aislado; el 61,6%, EM remitente recurrente; el 9,5%, EM primaria progresiva, y el 11,6%, EM secundaria progresiva. El 30% eran fumadores. El 56,2% presentaban al menos otra patología crónica, siendo las más frecuentes los trastornos psiquiátricos (19,8%), otras enfermedades inmunomediadas (13,2%), migraña (13,2%), dislipemia (11,6%), hipertensión arterial (10,8%) y neoplasias malignas (4,6%). La comorbilidad es más frecuente en mayores de 40 años, mujeres, fumadores y con grados elevados de discapacidad. No encontramos diferencias significativas en el número de comorbilidades entre las distintas formas clínicas de la enfermedad. La dislipemia, la hipertensión arterial y la depresión son más frecuentes en sujetos de edad más avanzada. La dislipemia y la depresión se asocian con un mayor grado de discapacidad. La migraña es más frecuente en mujeres y en sujetos con poca discapacidad. La diabetes es más frecuente en varones. **Conclusiones.** En los pacientes con EM es frecuente la comorbilidad, especialmente en los sujetos mayores de 40 años o que presentan un mayor grado de discapacidad. Es importante realizar un abordaje global del paciente para optimizar e individualizar el tratamiento, evitando la iatrogenia y mejorando la calidad de vida.

O3.

Afectación del sistema nervioso central por virus de la hepatitis C: encefalomiелitis diseminada aguda y vasculitis restringida al sistema nervioso central

G. Pérez Lorenzo^a, A. Fernández Lebrero^a, A. Sesar^a, X. Rodríguez Osorio^a, F.J. López^a, P. Cacabelos^a, I. Requena^a, S. Tomé^b, M. Arias^a

^a Servicio de Neurología. ^b Unidad de Hepatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. El virus de la hepatitis C (VHC) es un virus RNA, hepatotrópico, linfotrópico y vasculotrópico que, además de hepatopatía, puede causar trastornos inmunológicos, reumatológicos, neurológicos y linfoproliferativos. Se presentan los casos de afectación del sistema nervioso central, de distinta fisiopatología, correspondientes a dos pacientes portadoras del VHC, que no presentaban hepatopatía grave. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 41 años, que acudió a urgencias por deterioro del nivel de conciencia sin signos de focalidad. En el estudio de resonancia magnética (RM) en T₁ se observaron lesiones hipointensas en ambos hemisferios, que captaban gadolinio en anillo. Líquido cefalorraquídeo: ligera pleocitosis de predominio linfocitario y leve hiperproteinoorraquia. Se detectó crioglobulinemia. Se trató con esteroides y mejoró significativamente, aunque al mes y medio tuvo una recaída, con aparición de nueva lesión captante de gadolinio en RM. Se diagnosticó encefalomiелitis diseminada aguda recidivante y se solicitó tratamiento antiviral.

Caso 2: mujer de 49 años, en seguimiento durante años en consultas de neurología por síndrome miasténiforme ocular, cefalea, vértigo y pérdida de audición. En estudios seriados de RM cerebral se objetivaron lesiones sugestivas de isquemia de pequeño vaso que aumentaron a lo largo del tiempo. En el estudio angiográfico se encontraron estrechamientos segmentarios y tortuosidad de varias arterias. No se detectaron crioglobulinas. En el líquido cefalorraquídeo presentaba hiperproteinorraquia. Se diagnosticó vasculitis restringida al sistema nervioso central. Fue tratada con esteroides y se solicitó tratamiento antiviral. **Conclusiones.** La afectación neurológica en el curso de la enfermedad por VHC puede ser muy polimorfa (cefalea, fatiga, depresión, deterioro cognitivo, encefalomiелitis, vasculitis, neuropatía, miopatía) y en casos graves puede ser el fundamento de la indicación de terapia con nuevos antivirales para erradicar el agente que produce el estímulo antigénico.

04.

Perfil de las urgencias neurovasculares en el área sanitaria de Santiago de Compostela

A. Fernández Lebrero, M. Santamaría Cadavid, G. Pérez Lorenzo, E. Rodríguez Castro, I. López Dequidt, M. Saavedra Piñeiro, C. Domínguez Vivero, G. Fernández Pajarín, M. Pardo Parrado, A. López Ferreiro, S. Arias Rivas, M. Rodríguez Yáñez, M. Blanco

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. La enfermedad cerebrovascular aguda es un trastorno frecuente, con una prevalencia en España de 187/100.000 habitantes al año. Además, es una causa importante de mortalidad y de discapacidad. Es un motivo de consulta muy común en los servicios de urgencias y su atención en fase aguda condiciona en gran medida el pronóstico. **Objetivos.** Analizar los pacientes atendidos con patología neurovascular durante la guardia de neurología en el año 2014, y describir su manejo y ubicación, así como su acceso a tratamientos reper-

fusores. **Pacientes y métodos.** De forma prospectiva, desde el año 2008 se recogen todos los pacientes valorados durante la guardia de neurología. Se seleccionan pacientes con el diagnóstico de patología vascular cerebral a lo largo de 2014. Se analizan los diagnósticos, su ubicación, su situación funcional previa, exploración clínica y tratamiento recibido. **Resultados.** Durante 2014 fueron atendidos en urgencias del hospital 110.240 pacientes; la guardia de neurología valoró 2.496 (2,26%). De ellos, 846 (0,76%) fueron diagnosticados de alguna patología neurovascular. La media de edad de esos pacientes era de $74 \pm 12,743$ años. En cuanto al tipo de patología, 606 (74,8%) fueron diagnosticados de ictus isquémico, 106 (12,5%) de ictus hemorrágico, 120 (14,2%) de ataque isquémico transitorio y 13 (1,5%) de otras patologías (incluyendo trombosis de senos venosos, hemorragia subaracnoidea o embolia de la arteria central de la retina). De los pacientes atendidos en urgencias, 435 (53,8%) ingresaron y 411 (45,6%) regresaron a su domicilio. Se administró tratamiento recanalizador en 65 (10,7%) pacientes con diagnóstico de ictus isquémico. **Conclusiones.** La patología cerebrovascular es un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias. De ellas, la patología isquémica es la más prevalente. La atención especializada y protocolizada permite disminuir el número de ingresos y facilitar el acceso a terapias recanalizadoras.

05.

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada: revisión de casos

V. Nogueira Fernández, F. Brañas Fernández, L. Álvarez Fernández, C.F. da Silva França, N.A. Sabbagh Casado, L. Ramos Rúa, M. Rodríguez Rodríguez, J.A. Cortés Laiño

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción. El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (SVKH) es una rara enfermedad autoinmune contra los melanocitos, sobre todo en la úvea y el sistema nervioso central. Clínicamente se caracteriza por la presencia de

uveítis, meningitis aséptica, pérdida de audición y, en ocasiones, vitiligo y poliosis. **Casos clínicos.** Se presentan cuatro casos clínicos, tres hombres de 57, 55 y 53 años y una mujer de 52 años, todos con pérdida de visión por uveítis previas, y sin presentar alteraciones en los estudios sugestivos de colagenosis o sarcoidosis. Tres de ellos presentaban pleocitosis en líquido cefalorraquídeo y los cuatro mostraban lesiones de la sustancia blanca en la resonancia magnética. En todos se sospechó SVKH y, al principio, fueron tratados con corticosteroides, con mejoría clínica inicial. En tres de los cuatro casos se presentaron formas recurrentes de la enfermedad, siendo necesario asociar azatioprina en un caso y metotrexato en otro. La mujer y el hombre más joven se encuentran asintomáticos en este momento, mientras que los otros presentan secuelas en forma de síndrome vertiginoso y pérdida visual grave. **Conclusiones.** Hay que pensar en el diagnóstico de SVKH en pacientes con meningitis aséptica y lesiones en la sustancia blanca que presenten uveítis y sordera o vértigo. Puede confundirse con otras entidades y con una esclerosis múltiple, por lo que es importante que sea reconocida por los neurólogos y evitar así errores terapéuticos. Es esencial un diagnóstico precoz de esta enfermedad porque se puede producir un déficit visual catastrófico e irreversible.

06.

Experiencia con dimetilfumarato en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente

E. Álvarez, C. Valeiras, P. Vicente, M.J. Fernández, C. Labandeira, M. Aguado, D. Muñoz García

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. El dimetilfumarato es un nuevo fármaco oral para pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente. Analizamos la experiencia en nuestro hospital con dicho fármaco comparándolo con los estudios previos. **Pacientes y métodos.** Muestra constituida por 10 pacientes (siete mujeres y tres hombres), con una media

de 35,2 años (rango: 28-54 años) y un tiempo medio desde el diagnóstico de 2,7 años. La tasa media anualizada de brotes en el año previo fue de 1,1, siendo la EDSS media al inicio de 2,5, y objetivándose actividad en la resonancia magnética previa en siete pacientes. **Resultados.** En esta muestra, a los seis meses de tratamiento, el dimetilfumarato redujo en un 100% tanto la tasa anualizada de brotes como la progresión de la discapacidad y la actividad en resonancia. En relación con los efectos adversos del tratamiento, el 90% de los pacientes presentaron *flushing*, el 60% dolor abdominal, el 30% diarrea y el 30% náuseas, porcentajes mayores a los objetivados en los estudios previos, si bien fueron de intensidad leve y transitorios al inicio del tratamiento, y sólo hubo un abandono a causa de dolor abdominal. Con respecto al grado de satisfacción medido por el TSQM (*Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication*) a los seis meses, el 66,6% de los pacientes refractarios al fármaco previo mostraron estar muy satisfechos con el cambio. **Conclusiones.** A pesar de un tamaño muestral pequeño y un tiempo de seguimiento corto, los resultados indican una buena tolerancia, seguridad y aceptación del fármaco.

07.

COPPADIS-2015: Cohort of Patients with Parkinson's Disease in Spain, 2015

D. Santos García^a, T. de Deus Fonticoba^a, L.M. López Díaz^b, M. Seijo Martínez^c, M.G. Alonso Losada^d, J. González Ardura^e, I. Cabo López^c, C. García Sancho^f, M. Guijarro del Amo^g, T. Meitín Canoura^b; Grupo de Estudio COPPADIS

^aSección de Neurología. Hospital Arquitecto Marcede. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ^bSección de Neurología. Hospital de Burela. ^cServicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. ^dServicio de Neurología. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ^eServicio de Neurología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ^fServicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivo. Describir un proyecto multicéntrico en marcha en España sobre

la enfermedad de Parkinson (EP) fundamentado en cuatro pilares: concepto global de enfermedad, calidad de vida y papel del cuidador, biomarcador, y progresión natural de la enfermedad. **Sujetos y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, no intervencionista, longitudinal prospectivo a cinco años, multicéntrico, nacional (España), a fin de estudiar de forma detallada (evaluación clínica, marcadores moleculares, genética y neuroimagen) una población de pacientes con EP representativa de diferentes áreas de España (COPPADIS), compararla con un grupo control y hacer un seguimiento prospectivo durante cinco años. COPPADIS-2015 se ha diseñado específicamente para evaluar 17 objetivos propuestos. Población de estudio: 800 pacientes con EP, 600 cuidadores principales y 400 sujetos control. Fases del estudio y evaluaciones: evaluación basal que incluye parte motora (Hoehn & Yahr, UPDRS, FOGQ), síntomas no motores (NMSS, PDSS, VAS-Pain, VAS-Fatigue), cognición (MMSE, PD-CRS, puzzle), estado de ánimo y otros síntomas neuropsiquiátricos (BDI-II, NPI, QUIP-RS), discapacidad (ADLS), calidad de vida (PDQ-39SI, PQ-10) y estado del cuidador (Zarit-CBI, CSI, BDI-II, PQ-10, EUOHIS-QOL8 item-index); seguimiento anual durante cinco años de la cohorte de pacientes con EP y a los 2, 4 y 5 años de los cuidadores y sujetos control (evaluaciones detalladas). En un subgrupo de pacientes ($n = 300$) y sujetos control ($n = 100$) se realizarán en la visita basal y a los cinco años determinación de marcadores moleculares séricos (proteína S-100b, TNF- α , IL-1, IL-2, IL-6, vitamina B₁₂, ácido metilmalónico, homocisteína, ácido úrico, proteína C reactiva, hierro y ferritina) y resonancia magnética cerebral de 1,5 T—volumetría y determinación del MTAi (*Medial Temporal Atrophy Index*)—, así como estudio genético—ADN y ARN— en la visita basal. **Resultados.** No hay en este momento. Cronograma: puesta en marcha (hasta septiembre de 2015), reclutamiento (1 de octubre de 2015 a 31 de enero de 2017; evaluación basal), seguimiento (cinco años) y cierre (30 de abril de 2022). Participan en el proyecto 46 centros y más de 130 investigadores de 15 comunida-

des autónomas, con financiación pública/privada. **Conclusiones.** COPPADIS-2015 es una ambiciosa iniciativa que pretende aportar conocimiento sobre la evolución natural de la EP y el papel de determinados biomarcadores.

08.

A propósito de una serie de neuroborreliosis en el área sanitaria de Lugo

L. Álvarez, V. Nogueira, C.F. da Silva, N. Sabbagh, M. Rodríguez, M. Alberte, J.M. Guijarro, J. González, R. Pego, F. Brañas, J.A. Cortés

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción. La borreliosis (enfermedad de Lyme) es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* y transmitida a través de la picadura de garrapata del género *Ixodes*. Las manifestaciones clínicas son variables, incluyendo afectación cutánea, cardíaca, articular y neurológica. En esta enfermedad se han descrito tres fases. Existe una fase temprana localizada, caracterizada por la aparición de una lesión cutánea eritematosa no dolorosa en el lugar de la picadura, con o sin síntomas constitucionales. Se considera fase temprana diseminada si existen lesiones cutáneas múltiples, afectación cardíaca o neurológica. La fase tardía se asocia a artritis u otros síntomas neurológicos como encefalopatía o polineuropatía. **Pacientes y métodos.** Se recogen los casos diagnosticados de neuroborreliosis, con confirmación serológica, en el área sanitaria de Lugo en los últimos cuatro años, entre 2011 y 2014. Se analizan los datos epidemiológicos de los pacientes afectados, la variabilidad clínica en las manifestaciones neurológicas y datos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la evolución clínica. **Resultados.** En total se han recogido 28 pacientes con diagnóstico de neuroborreliosis. Un 54% fueron varones y un 46% mujeres. En su mayoría pertenecían a áreas rurales y desempeñaban labores agrícolas. Un 43% de los pacientes reconocían picadura de garrapata previa a la clínica. La manifestación principal fue meningoradiculitis lumbar,

dorsal, cervical y en un caso sacra, con un componente muy marcado de dolor refractario a analgesia, llegando a requerir tratamiento con morfícos. En tres casos, la clínica de inicio fue dolor abdominal intenso. En ocho casos existió parálisis facial, y en uno, parálisis del VI par. Tres casos cursaron como cuadro confusional. Como síntomas asociados, varios de los casos tenían síndrome constitucional; dos casos, hiponatremia en contexto de SIADH; un caso, artritis, y otro, cardiopatía concomitante. En todos los pacientes en los que se realizó punción lumbar se objetivó una meningitis linfocitaria. En todos los casos hubo buena respuesta al tratamiento con ceftriaxona. **Conclusiones.** La neuroborreliosis es una enfermedad muy prevalente en nuestra área. Es importante reconocer las diferentes formas de presentación por tratarse de un trastorno grave con un tratamiento curativo. El tratamiento precoz puede evitar complicaciones derivadas de la enfermedad o secuelas importantes e irreversibles.

09.

Experiencia del tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela

E. Rodríguez Castro^a, A. Mosqueira^b, A. López Ferreiro^c, M. Santamaría Cadavid^a, S. Arias Rivas^a, M. Rodríguez Yáñez^a, J.M. Pumar Cebreiro^b, M. Blanco^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^cServicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción. Según las guías de la AHA/ASA, el activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) intravenoso administrado en las primeras 4,5 horas desde el inicio de los síntomas es la única terapia de reperusión con eficacia probada en el ictus isquémico. No obstante, tiene una serie de limitaciones. Por este motivo, el tratamiento intraarterial se considera una parte importante del arsenal terapéutico. Hasta el momento, los estudios en este sentido habían mos-

trado resultados contradictorios. Sin embargo, tres ensayos publicados este año (MR CLEAN, ESCAPE y EXTEND-IA) han demostrado la eficacia y seguridad del tratamiento endovascular. **Pacientes y métodos.** Hemos realizado un estudio retrospectivo del tratamiento endovascular en nuestro centro. Para ello hemos incluido a todos aquellos pacientes beneficiados de dicha técnica entre 2008 y 2014, ambos inclusive. Analizamos variables biológicas, analíticas, radiológicas, pronósticas y de seguridad. **Resultados.** En esos siete años, un total de 52 pacientes se han sometido a tratamiento intraarterial. De ellos, el 55,8% eran hombres. La edad media era de $60,2 \pm 14,7$ años. Recibieron tratamiento previo con rt-PA intravenoso el 28,8%. La mediana de NIHSS basal fue de 16 (rango: 12-20). El porcentaje de recanalización fue del 61,5%. El Rankin al alta fue ≤ 2 en el 22,4% y ≤ 3 en el 34,7%. El Rankin a los tres meses fue ≤ 2 en el 33,3% y ≤ 3 en el 54,2%. La mortalidad durante el ingreso fue del 17,3%, y a los tres meses, del 21,2%. **Conclusiones.** Nuestros resultados son superponibles en cuanto a pronóstico y seguridad a otros estudios publicados recientemente. En pacientes con ictus isquémico agudo seleccionados adecuadamente, el tratamiento endovascular constituye una herramienta útil y segura.

010.

Uso de la resonancia magnética cerebral estructural en la epilepsia

P. Vicente Alba^a, M.D. Castro Vilanova^a, J. Mañas Uxo^b, A. Nieto Parga^b, B. Nieto Baltar^b, P. Bellas Lamas^a, E. Álvarez Rodríguez^a, M.J. Fernández Pérez^a, C. Labandeira Guerra^a

^aServicio de Neurología. ^bUnidad de Diagnóstico por Imagen Galaría. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. La resonancia magnética (RM) es considerada la técnica de imagen cerebral de elección en la evaluación de los pacientes con epilepsia. Sus avances técnicos han permitido aumentar la calidad de la imagen y, por lo tanto, su resolución, permitiendo un diagnóstico etiológico más

preciso y la identificación de alteraciones estructurales susceptibles de tratamiento específico. **Pacientes y métodos.** Serie de 31 pacientes con diagnóstico previo de epilepsia focal farmacorresistente (por clínica y electroencefalografía), con una RM craneal previa normal o con hallazgos inespecíficos, a los que se realizó, con el objetivo de aumentar su rendimiento diagnóstico, una nueva RM craneal estructural utilizando un correcto protocolo de adquisición de imágenes para el estudio de la epilepsia. Se compararon los resultados de ambas RM. **Resultados.** La mediana de edad era de 53 años, con un rango intercuartílico de 35-64 años. El 67,7% eran mujeres ($n = 21$) frente al 32,3% de varones ($n = 10$). En el 35,5% de los casos, una nueva RM con protocolo de epilepsia identificó una lesión potencialmente epileptógena ($n = 11$) no visualizada en el estudio previo. En cuatro de los cinco pacientes con un estudio inicial patológico, la nueva RM estructural aportó más información acerca de la posible etiología de su epilepsia. El diagnóstico más frecuente fue el de esclerosis mesial temporal (63,6%; $n = 7$), seguido de la displasia cortical focal (18,2%; $n = 2$) y alteraciones del hipocampo (18,2%; $n = 2$). En un 48,8% de los pacientes ($n = 15$), la nueva RM aportó información relevante acerca de la posible etiología de la epilepsia. **Conclusiones.** La RM estructural en la epilepsia requiere la utilización de un protocolo específico, tanto por sus consecuencias diagnósticas como terapéuticas. Ante un paciente con epilepsia focal y con una RM estructural previa estándar negativa siempre debe valorarse la realización de un nuevo estudio de RM aumentando la calidad de la imagen mediante la utilización de un protocolo específico de epilepsia. En nuestra serie, casi la mitad de los pacientes (48,8%; $n = 15$) se beneficiaron de su realización.

011.

Heterotopía periventricular y síndrome de Ehlers-Danlos: ¿asociación infradiagnosticada?

M. Seijo Martínez, S. Mederer Hengstl

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción. La heterotopía periventricular es una displasia cortical en donde aparecen islotes de neuronas en la región peri o subventricular. Se debe a la alteración de la proliferación celular y migración neuronal desde la zona germinal embrionaria. Se observa con epilepsia o alteración del neurodesarrollo, pero también puede ser un hallazgo incidental en resonancia magnética. El síndrome mejor caracterizado es la heterotopía nodular difusa bilateral secundaria a la mutación del gen de la filamina A (*FLN A*). El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) incluye un grupo heterogéneo de displasias hereditarias del tejido conectivo caracterizadas por elasticidad cutánea, laxitud articular y fragilidad tisular. Este síndrome es raro y en la mayoría se desconoce el defecto bioquímico. Hemos comunicado previamente la asociación familiar de heterotopía periventricular nodular bilateral con el SED hiper móvil (tipo III) en la cual apareció una nueva mutación de *FLN A*. Aportamos un caso adicional de esta asociación. **Caso clínico.** Mujer de 34 años, con luxaciones articulares recurrentes. Intervenida por luxación recidivante en el hombro izquierdo. Parto con feto muerto intraútero y dos abortos. Trastorno de la personalidad mixto (rasgos de inestabilidad tipo límite e histriónicos), trastorno de ansiedad conversivo y sospecha de conducta facticia. Problemas sociofamiliares. Epilepsia desde la adolescencia. Inicialmente, las crisis eran tónico-clónicas generalizadas, pero en ocasiones son parciales complejas. La exploración general destaca los rasgos diagnósticos de SED de tipo III. Resonancia magnética cerebral: displasia tipo heterotopía periventricular. Electroencefalograma: actividad epileptiforme generalizada. Tratada con varios fármacos antiepilépticos, sin control pleno de las crisis. Tía materna (no exami-

nada) con heterotopía periventricular. **Conclusiones.** Este caso reafirma la asociación de SED y heterotopía periventricular y sospechamos la existencia de mutación de *FLN A*. La asociación de ambos síndromes sorprende por su infradiagnóstico.

012.

Eficacia y tolerabilidad de perampanel en la práctica clínica habitual

N. García^a, D. Castro^c, A. Pato^b, P. Bellas^c, I. Cimas^b, I. Rodríguez^b, L. Ramos^b, J.R. Lorenzo^b

^a Servicio de Medicina Interna. ^b Servicio de Neurología. Hospital Povisa. ^c Servicio de Neurología. Hospital Xeral-Cies. Vigo.

Introducción. El perampanel es un fármaco antiepiléptico (FAE) con un nuevo mecanismo de acción, autorizado como terapia añadida para el tratamiento de crisis focales con y sin generalización secundaria. **Pacientes y métodos.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo del uso de perampanel en la práctica clínica habitual, evaluando la eficacia y tolerabilidad. **Resultados.** Incluimos 40 pacientes de 43,23 años de media y 25,8 años de evolución media de la enfermedad. Previamente habían utilizado una media de 8,6 FAE. El número medio total de crisis epilépticas sufridas en los tres meses previos fue de 23,10, y tras la introducción de perampanel descendió a 16,10 ($p < 0,005$). Un paciente se mantuvo sin crisis durante los tres meses de seguimiento y se consiguió una reducción mayor del 75% de las crisis en el 10% de los pacientes. El 25% de los pacientes obtuvieron una reducción mayor del 50% de las crisis. En el 17,5% de pacientes hubo de retirarse el perampanel durante el seguimiento, el 15% por efectos adversos de intensidad leve. **Conclusiones.** El perampanel es un nuevo FAE con el que se consigue reducir la frecuencia de las crisis epilépticas, con efectos adversos de intensidad leve.

013.

Causas y factores relacionados con la retirada de agonistas dopaminérgicos en pacientes con enfermedad de Parkinson sin demencia

E. Suárez Castro, I. Expósito Ruiz, T. de Deus Fonticoba, D. Santos García, A. Aneiros Díaz, J. Abella Corral, M.A. Llana González, V. Vilas Riotorto, M. Macías Arribi

Sección de Neurología. Hospital Arquitecto Marcide. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción. Aunque en general se comparte la idea de evitar el uso de agonistas dopaminérgicos (AD) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) por encima de una determinada edad, lo cierto es que no hay evidencia y además algún estudio ha demostrado su buena tolerabilidad por parte de pacientes añosos. **Objetivos.** Conocer el porcentaje y causas de abandono del AD en un grupo de pacientes con EP, e identificar posibles factores predictores de retirada. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, monocéntrico. Identificamos los casos y causas de retirada del AD en condiciones de práctica clínica habitual en 68 pacientes que recibían un AD de una cohorte de 149 casos de EP sin demencia estudiados en el año 2012. El periodo de seguimiento fue desde el 11 de mayo de 2012 hasta el 23 de marzo de 2015. Hipotetizamos un mayor riesgo de abandono del AD a mayor edad, mayor comorbilidad (número de tratamientos no antiparkinsonianos) y polifarmacia (mayor número de pastillas recibidas). **Resultados.** Sesenta y seis pacientes fueron incluidos en el análisis (dos pérdidas de seguimiento). Un 18,2% de los pacientes abandonaron el AD ($690,2 \pm 232,6$ días de seguimiento): 3/30 (10%) pramipexol, 4/20 (20%) rotigotina, 4/15 (26,7%) ropinirol y 1/1 dos AD simultáneamente. Los motivos de abandono fueron: deterioro cognitivo ($n = 3$), alucinaciones ($n = 2$), discinesias ($n = 2$), somnolencia ($n = 2$), simplificación del tratamiento ($n = 2$) e inicio de levodopa enteral ($n = 1$). Se asoció al

abandono del AD una menor edad de inicio ($54,8 \pm 13,1$ frente a $63,5 \pm 7,9$ años; $p = 0,004$), mayor tiempo de evolución ($10,6 \pm 8,4$ frente a $7,3 \pm 3,9$ años; $p = 0,040$), mayor dosis de levodopa ($820,8 \pm 520,7$ frente a $490,7 \pm 321,1$ mg/día; $p = 0,006$), polifarmacia ($12 \pm 4,4$ frente a $9,4 \pm 3,4$; $p = 0,028$) y mayor número de síntomas no motores ($19,3 \pm 6,3$ frente a $14,9 \pm 5,7$; $p = 0,022$). Sólo una mayor dosis diaria de levodopa se comportó como un predictor de retirada del AD (*hazard ratio*: 1.003; 1.001-1.006; $p = 0,044$). **Conclusión.** El porcentaje de abandonos del AD por parte de pacientes con EP sin demencia es bajo y no relacionado con la edad. Los pacientes más evolucionados que reciben dosis más elevadas de levodopa y con polifarmacia presentan un mayor riesgo de abandono del AD.

PÓSTERS

P1.

Meningitis aséptica en adultos en un hospital comarcal: estudio epidemiológico retrospectivo entre 2006 y 2014

D.A. García Estévez

Unidad de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Lugo.

Introducción. La meningitis aséptica se caracteriza por un síndrome meníngeo agudo con un líquido cefalorraquídeo que muestra pleocitosis linfocitaria (≥ 5 células) con ausencia de crecimiento bacteriano en los cultivos del líquido cefalorraquídeo. La mayoría de estas meningitis son de etiología vírica. Las nuevas técnicas de hibridación molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), han incrementado el rendimiento diagnóstico etiológico de las meningitis víricas. Presentamos un estudio para conocer la epidemiología descriptiva y la etiología de las meningitis asépticas en un hospital comarcal. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo realizado entre 2006 y 2014 en población adulta (> 14 años). Se regis-

traron aquellos casos que cumplían criterios de meningitis asépticas. Se realizaron múltiples serologías víricas y bacterianas y estudio de PCR de enterovirus y herpesvirus en líquido cefalorraquídeo. Se consideraron meningitis víricas aquellas con confirmación microbiológica y en las que se excluyó cualquier otra etiología. **Resultados.** Se registraron 38 casos de meningitis asépticas (19 hombres y 19 mujeres). La mediana de edad fue de 49 años (rango: 14-87 años). Ocho casos tuvieron una etiología inflamatoria o infecciosa bacteriana (21.1%): tres casos de *Mycobacterium tuberculosis* y un caso de *Borrelia burgdorferi*, *Treponema pallidum*, *Streptococcus pyogenes* (foco parameningeo), neurobehçet y otro por tratamiento con ibuprofeno. Treinta casos fueron clasificados como meningitis víricas, con una incidencia de 6,7 casos/100.000 habitantes/año. En 13 de ellos (43,3%) se obtuvo un diagnóstico etiológico: virus varicela zóster ($n = 4$), virus herpes simple 1 ($n = 1$) y 2 ($n = 1$), virus de la inmunodeficiencia humana (2), parotiditis ($n = 2$), enterovirus ($n = 2$) y virus influenza A ($n = 1$). El grupo de herpesvirus representó el 46,1% y los enterovirus bajaron al 15,4%. El pronóstico fue favorable en la mayoría de casos, con la excepción del paciente con virus herpes simple 2, que presentó meningoencefalitis con afasia residual. **Conclusión.** En el global de las meningitis asépticas se obtuvo un diagnóstico específico en el 55,3% de los casos. En las meningitis víricas, el diagnóstico etiológico se consiguió en el 43,3% de los casos. En población adulta, el grupo de herpesvirus fue el principal agente identificado.

P2.

Crisis con síntomas deficitarios: dos casos de estado epiléptico no convulsivo con hemianopsia homónima

J. Fernández Ferro^{a,b}, R. García de Viedma^b, N. Barbero Bordallo^a, J. Pardo Moreno^a

^a Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

^b Hospital Sur. Madrid.

Introducción. Las crisis parciales suponen siempre un reto diagnóstico, má-

xime cuando los síntomas predominantes son deficitarios. Resultan excepcionales las comunicaciones de casos con hemianopsia homónima como síntoma predominante. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 72 años con múltiples factores de riesgo vascular y sin deterioro cognitivo, seguida en consultas de neurología de otro centro tras un episodio autolimitado de focalidad hemisférica izquierda, que es encontrada confusa por una vecina, con conductas aberrantes, tropiezos persistentes de su lado izquierdo, dolor de cabeza, náuseas y vómitos. En la exploración neurológica destacaba una lentitud del pensamiento, con respuestas correctas aunque retardadas, hemianopsia homónima izquierda completa en exploración por confrontación y alteración de la sensibilidad táctil en el hemicuerpo izquierdo. Caso 2: varón de 71 años con múltiples factores de riesgo vascular y sin deterioro cognitivo, ingresado unas semanas antes en otro centro para estudio de un episodio de focalidad hemisférica derecha no especificado, que es traído a urgencias por un episodio de inicio brusco presenciado, de lenguaje incoherente y erróneo, y sensación de embotamiento mental. En la exploración neurológica destacaba una lentitud del pensamiento, afasia mixta de predominio motor, fenómeno de levitación de la extremidad superior derecha sin debilidad franca y hemianopsia homónima derecha completa en exploración por confrontación. Ambos casos fueron enfocados como ictus isquémico y la evolución fue fluctuante en las horas posteriores. En el segundo caso se realizó una punción lumbar, que resultó normal, tras objetivar un pico de $38,2$ °C. En el estudio de resonancia llamaban la atención en ambos casos signos avanzados de enfermedad de pequeño vaso cerebral, y los electroencefalogramas realizados mostraban lentificación focal asimétrica y persistente de la actividad cerebral en regiones occipital y temporal, respectivamente, sin elementos críticos. En ambos casos se decidió realizar prueba terapéutica con levetiracetam intravenoso, que mejoró de forma completa y sostenida los síntomas. Ninguno de ellos ha recurrido hasta el momento.

Conclusiones. Ante síntomas neurológicos focales deficitarios con signos de enfermedad de pequeño vaso cerebral y electroencefalogramas poco expresivos, las crisis parciales son una posibilidad a considerar.

P3.

Hemorragia subaracnoidea aislada de la convexidad cerebral: tres casos asociados con angiopatía amiloidea

D.A. García Estévez^a, R.M. García Dorrego^b, B. Nieto Baltar^c, M. Marey Garrido^b, T. Hierro Torner^b

^a Unidad de Neurología. ^b Servicio de Radiología. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Lugo. ^c Servicio de Radiología. Hospital Xeral-Cies. Vigo.

Introducción. La hemorragia subaracnoidea de la convexidad cerebral consiste en la presencia de un sangrado espontáneo, no aneurismático ni traumático, localizado en los surcos de la convexidad cerebral, cuya etiología es muy variada. Presentamos una serie de tres casos de hemorragia subaracnoidea de la convexidad cerebral con probable angiopatía amiloidea cerebral con clínica sensitiva recurrente, que respondió al tratamiento con corticoides. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 71 años, con trastorno paroxístico sensitivomotor queirooral izquierdo y disartria. Caso 2: varón de 79 años, con trastorno paroxístico sensitivomotor queirooral izquierdo y disartria, de unos 5 minutos de duración, con frecuencia de tres crisis al día. Caso 3: varón de 67 años, que presentaba episodios paroxísticos sensitivos en el hemicuerpo derecho con progresión jacksoniana, episodios sensitivos queiroorales con disfasia motora, con una duración de hasta 15 minutos y una frecuencia de hasta ocho episodios al día. Ningún paciente tuvo cefalea ni deterioro cognitivo. La TAC craneal mostró una hiperdensidad aislada en un surco de la convexidad frontal y la RM encefálica en la secuencia de eco de gradiente mostró depósitos de hemosiderina en dichos surcos y lesiones sugestivas de microsangrados. La RM no mostró atrofia de hipocampus ni temporal medial. Se descartó la

presencia de malformaciones aneurismáticas con una angio-RM cerebral. En el líquido cefalorraquídeo todos los pacientes tuvieron un descenso del péptido β -amiloide (358, 466 y 287 pg/mL, respectivamente) y aumento de la proteína tau fosforilada (95, 73 y 104 pg/mL, respectivamente). El genotipo APOE fue, respectivamente, E3/E3, E3/E4 y E2/E3. El MMSE fue 27/30, 29/30 y 30/30, respectivamente. Todos los pacientes se trataron inicialmente con prednisona y levetiracetam, controlando los síntomas, pero éstos recurrieron en dos pacientes tras la suspensión de la prednisona. El caso 1, a los seis meses presentó una hemorragia intraparenquimatosa que le ocasionó la muerte, y en el caso 3, la hemorragia subaracnoidea de la convexidad cerebral recurrió en el hemisferio contralateral. **Conclusiones.** Presentamos tres pacientes con hemorragia subaracnoidea de la convexidad cerebral asociada a angiopatía amiloidea cerebral, caracterizados por una clínica estereotipada, con ausencia de cefalea y de demencia clínica, y buena respuesta al tratamiento corticoideo, pero con un pronóstico desfavorable independiente del genotipo APOE.

P4.

Afectación cerebelosa y resolución con ciclofosfamida en un paciente con granulomatosis de Wegener

S. Cajarville Martínez, N. Raña Martínez, A. López Real, C. Pérez Sousa, D. Fernández Couto, A. Roel García, M.J. Feal Paineiras

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción. La granulomatosis con poliangiitis (granulomatosis de Wegener) es una vasculitis de pequeño vaso con ANCA positivos, en la que la afectación del sistema nervioso central no es frecuente. Presentamos un caso con afectación cerebelosa y su remisión con ciclofosfamida. **Caso clínico.** Varón de 57 años, obeso, fumador y diagnosticado de dislipemia. Ingresó en nuestro hospital por fiebre, astenia e insuficiencia renal progresiva en relación con vasculitis (ANCA,

anticuerpos anti-MPO: positivos, biopsia renal: glomerulonefritis necrotizante con infiltrado inflamatorio y presencia de granulomas). Se trató con metilprednisolona y ciclofosfamida (1.300 mg). Quince días después ingresó en neurología por inestabilidad de la marcha y disartria. La RM/angio-RM cerebral mostró lesiones de pequeño tamaño en el hemisferio cerebeloso izquierdo y una arteria vertebral izquierda filiforme. El estudio de líquido cefalorraquídeo fue normal, así como el estudio cardiológico. Se inició tratamiento antiagregante, con resolución de la sintomatología en unas semanas. El paciente siguió tratamiento con ciclofosfamida mensual y la RM realizada seis meses después demostró la desaparición de las lesiones cerebelosas. **Conclusiones.** Aunque el paciente tenía factores de riesgo vascular, la afectación cerebelosa fue secundaria a la vasculitis (desaparición de las lesiones con ciclofosfamida). Debemos tener presente las vasculitis en el diagnóstico diferencial de los ictus ya que disponen de un tratamiento eficaz.

P5.

Experiencia con retigabina en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

M.J. Fernández Pérez, M.D. Castro Vilanova, E. Álvarez Rodríguez, P. Vicente Alba, P. Bellas Lamas, C. Labandeira Guerra

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. En 2011, las agencias europea (EMA) y española (AEMPS) del medicamento aprobaron la retigabina como adyuvante de las crisis de inicio parcial en mayores de 18 años con epilepsia. Con un novedoso mecanismo de acción mediante la apertura de canales de potasio KCNQ2-5, las reacciones adversas más comunes observadas durante el desarrollo clínico estuvieron relacionadas con el sistema nervioso central, el tracto urinario y efectos cardíacos. Tras la notificación de casos de pigmentación ocular y cutánea, en 2013 las autoridades sanitarias emitieron una restricción en su uso. Presentamos la experien-

cia de nuestro centro con retigabina.

Pacientes y métodos. Dieciséis pacientes iniciaron tratamiento con retigabina en nuestro centro. Describimos los datos demográficos, tratamientos recibidos, respuesta terapéutica y efectos adversos. **Resultados.** Con una mediana de edad de 42,5 años (rango intercuartílico: 37,50-58,75), el 56,3% ($n = 9$) presentaban una epilepsia sintomática frente al 43,8% ($n = 7$) de etiología desconocida. La etiología más frecuente entre las sintomáticas fue la esclerosis mesial (33,3%; $n = 3$), seguida de alteraciones del desarrollo cortical e infecciosas (ambas 22,2%; $n = 2$). Siete pacientes (43,8%) presentaban crisis temporales y 4 (25%) frontales. El 87,5% ($n = 14$) sufrían crisis parciales complejas. Tomaban una mediana de tres fármacos (rango intercuartílico: 2-3). En 9 casos (56,3%), la retigabina sustituyó a otro antiepiléptico. La mediana de dosis recibida fue de 600 mg (rango intercuartílico: 325-825 mg). El 50% ($n = 8$) presentaron efectos secundarios, que en seis casos requirió su retirada. El más frecuente fue la retención urinaria (37,5%; $n = 6$). Un paciente presentó pigmentación cutánea tras 24 meses de tratamiento. En dos casos se retiró el fármaco tras la alerta publicada. Cuatro pacientes continúan con retigabina, con buena respuesta clínica (dos, 600 mg/día; uno, 900 mg/día, y otro, 1.200 mg/día), con controles oftalmológicos y revisiones periódicas. **Conclusiones.** El motivo más frecuente de retirada de retigabina en nuestra serie fueron los efectos secundarios que obligaron, en la mayoría de casos, a su retirada. La retención urinaria fue el más frecuente. Los pacientes en tratamiento con retigabina deben ser seguidos de forma estrecha ante el riesgo, a largo plazo, de la aparición de efectos secundarios como la pigmentación cutánea y retiniana.

P6.

Lacosamida en el anciano: resultados del estudio GALACO en pacientes de edad avanzada

X. Rodríguez Osorio^a, M. Saavedra Piñeiro^a, J. Marey^b, E. Cebrián^c, E. Corredera^a, E. Rubio^b, A. Pato^d, J.R. Rodríguez Álvarez^c, A. Rodríguez Regal^c, P. Bellas^e, F.J. López González^a

^a Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^b Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ^c Complejo Hospitalario de Pontevedra. ^d Hospital Povisa. Vigo. ^e Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. La población anciana representa el segmento de población con mayor incidencia de epilepsia en nuestra sociedad. Su epilepsia presenta una mejor respuesta al tratamiento farmacológico (80%), pero con elevada tendencia a la recurrencia de crisis sin medicación, por lo que las patologías concomitantes y una ausencia de interacción con otros tratamientos cobran especial relevancia. La lacosamida es un fármaco antiepiléptico (FAE) que aumenta de forma selectiva la inactivación lenta de los canales de sodio. Su eliminación es renal, con escasas interacciones farmacológicas. Se emplea como terapia añadida en las epilepsias de origen focal. **Pacientes y métodos.** Analizamos un subgrupo de 30 pacientes incluidos en el estudio GALACO (seguimiento clínico de 184 pacientes tratados con lacosamida como terapia añadida), de edad ≥ 65 años. Se describen el tiempo de evolución de la epilepsia, su localización, FAE previos, motivo para el inicio de lacosamida, respuesta al tratamiento y efectos adversos a los 3, 6 y 12 meses. **Resultados.** Treinta pacientes (53,3% varones), con una edad mediana de 73 años (rango: 69-77 años) y tiempo de evolución de su epilepsia de 7 años (rango: 2-7 años). Un 33,33% correspondían a epilepsias frontales y otro 33,33% a temporales. La etiología más frecuente fue la vascular (40%). La frecuencia de crisis en los tres meses previos fue 5,7 (rango: 2-9,5) y 17 (rango: 10-26,5) en el último año. La media de FAE previos fue de $3,03 \pm$

1,59. El motivo de inicio de lacosamida fue un mal control de las crisis (76,7%), mala tolerancia a otros FAE (10%) o ambos (13,3%). A los 3, 6 y 12 meses, el 46,7%, 53,3% y 50%, respectivamente, estaban libres de crisis, y un 26,7%, 20% y 23% adicional, respectivamente, presentaron mejoría > 50%. La dosis media fue de 241,67 ± 91,05 mg a 3 meses y 289,29 ± 98,47 mg a 12 meses. Dos pacientes presentaron efectos adversos (uno con retirada de lacosamida a los 3 meses y otros dos a los 6 meses (cefalea y mareo). Hubo una retirada por falta de eficacia a los 12 meses. **Conclusiones.** La lacosamida es un fármaco con un excelente perfil de eficacia y seguridad en este subgrupo de población anciana, con una buena respuesta inicial y un efecto y tolerancia mantenidos a lo largo del tiempo.

P7.

Neumoencéfalo secundario a hipofisectomía transesfenoidal

C. Labandeira Guerra^a,
C. Páramo Fernández^b

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. El pneumoencéfalo o presencia de gas dentro de los compartimentos intracraneales es una entidad rara que puede provocar sintomatología compresiva y suele relacionarse con cirugía craneal, preferentemente craneotomías. Su presencia tras hipofisectomía transesfenoidal por adenoma de hipófisis es excepcional. **Caso clínico.** Mujer de 63 años, acromegálica, que acudió a urgencias por cefalea que mejoraba con el decúbito, febrícula y rinoliquorrea siete días después de una hipofisectomía transesfenoidal por macroadenoma hipofisario somatotropo. La punción lumbar descartó meningitis y se objetivó rinoliquorrea. La TC cerebral reveló gas intracraneal que comprimía los lóbulos frontales, formando signos del Monte Fuji y burbujas de aire disperso por cisternas, muy característico de pneumoencéfalo. Ante la evolución desfavorable con tratamiento conservador, fue reintervenida para corrección qui-

rúrgica y sellado de la fístula, con desaparición progresiva del pneumoencéfalo y normalización clínica. **Conclusiones.** El pneumoencéfalo es un problema muy infrecuente en el postoperatorio de la cirugía de hipófisis por vía transesfenoidal, pero debe tenerse en cuenta ante la presencia de cefalea y datos de hipertensión intracraneal en pacientes con rinoliquorrea.

P8.

Mielopatía y polirradiculopatía secundaria a quimioterapia intratecal

C. Labandeira Guerra^a, E. Álvarez Rodríguez^a, P. Vicente Alba^a, M.J. Fernández Pérez^a, I. Figueroa Parada^b, M. Romo Collada^b, C. Saborido Ávila^c, M.J. Moreno Carretero^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Hematología. ^cServicio de Resonancia Magnética. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. La neurotoxicidad por quimioterapia intratecal se presenta habitualmente como meningitis aséptica y en raras ocasiones se manifiesta como mielopatía, polirradiculopatía lumbosacra, déficits neurológicos focales subagudos, crisis, leucoencefalopatía posterior reversible y, de forma tardía, leucoencefalopatías. **Casos clínicos.** Describimos el cuadro clínico y la evolución favorable tras el tratamiento con corticoides de dos pacientes que desarrollaron una mielopatía, asociada en un caso a polirradiculopatía lumbosacra, y en otro, a meningitis aséptica, en relación con una triple terapia intratecal (metotrexato, ARA-C y corticoides). La mielopatía y la polirradiculitis lumbosacra secundaria a la quimioterapia intratecal son complicaciones muy infrecuentes. En su diagnóstico diferencial se incluyen entidades como la infiltración leucémica del sistema nervioso central, procesos infecciosos o el síndrome de Guillain-Barré, que requieren actitudes terapéuticas específicas. En la mayoría de los casos publicados, el pronóstico es desfavorable, con importantes secuelas y puede conducir a un desenlace fatal. No existe un tratamiento establecido para estas compli-

caciones y se han propuesto distintas opciones terapéuticas. Por nuestra experiencia, y por los casos publicados, administramos bolos de corticoides a ambos pacientes, con evolución favorable de la clínica. **Conclusiones.** El reconocimiento de las complicaciones neurológicas de la triple terapia intratecal es muy importante para adoptar una actitud que evite tratamientos innecesarios o perjudiciales. En estos casos debe además considerarse el tratamiento con bolos de corticoides, ya que puede contribuir, como en nuestros casos, a la resolución de la sintomatología neurológica.

P9.

Síndrome de Guillain-Barré con anticuerpos anti-GT1a: variante faringocervicobraquial

S. Cajarville Martínez, M.J. García Antelo, A. López Real, E. Rubio Nazábal, A. Roel García, M.J. Feal Paineiras

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción. La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o síndrome de Guillain-Barré (SGB) se caracteriza por una parálisis simétrica ascendente de curso rápido, acompañado de disestesias en las extremidades, junto con arreflexia progresiva. En un 10-15% de los casos pueden aparecer síntomas autonómicos, y en un tercio de los pacientes, fallo respiratorio que requiere intubación endotraqueal y respiración asistida. El SGB cuenta con distintas variantes, entre la que se encuentra la faringocervicobraquial, una entidad poco frecuente. **Caso clínico.** Mujer de 59 años, que ingresó en nuestro servicio por presentar sensación de lengua empastada y dificultad para la deglución. A las pocas horas asoció debilidad generalizada, con afectación de flexores del cuello, diplegia facial con signo de Bell bilateral y disfagia, así como debilidad en la protrusión y movimientos laterales de la lengua. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, con rápida mejoría de la paresia de las extremidades. Sin embargo, la clínica de pares craneales en un inicio fue empeorando, con recuperación lenta pos-

terior. De entre los estudios complementarios realizados destacó la presencia de anticuerpos anti-GT1a. **Conclusiones.** La paciente presentó un SGB, variante faringocervicobraquial, con anticuerpos anti-GT1a positivos. Lo importante a destacar es que la presencia de reflejos miotáticos, como ocurrió en este caso, no excluye el diagnóstico de dicho síndrome.

P10.

Síndrome de ataxia cerebelosa, neuropatía y arreflexia vestibular (CANVAS): descripción de un nuevo caso

I. López Dequidt^a, A. Soto^b, T. García Sobrino^a, J. Pardo^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. El CANVAS (*cerebellar ataxia with neuropathy and bilateral vestibular areflexia syndrome*) se describió en 2011 como una tríada de ataxia cerebelosa, hipofunción vestibular bilateral y neuropatía sensitiva de aparición tardía (edad media de diagnóstico a los 60 años). Es un proceso neurodegenerativo de curso lentamente progresivo. Predominan los casos esporádicos, aunque se ha descrito ocasionalmente en parejas de hermanos, sugiriendo una posible herencia autosómica recesiva. **Caso clínico.** Varón de 62 años, sin antecedentes de interés y sin antecedentes familiares de ataxia, que consultó por un cuadro progresivo de seis años de evolución de inestabilidad para la marcha, que empeoraba en condiciones de escasa luminosidad, sin síndrome vertiginoso asociado. Aquejaba también leve dificultad para pronunciar las palabras. En la exploración neurológica destacaba un marcado nistagmo vertical, dismetría bilateral dedo-nariz y talón-rodilla, signo del rebote e hipotonía en las extremidades superiores, abolición de la sensibilidad vibratoria en extremidades inferiores, arreflexia aquilea bilateral y marcha atáxica con Romberg positivo. Las pruebas de función vestibular (videonistagmografía y pruebas calóricas) evidenciaron una hiporreflexia

vestibular bilateral grave. La posturografía dinámica estaba también alterada y el estudio electrofisiológico mostró datos de una polineuropatía sensitiva de tipo axonal. En la resonancia magnética cerebral destacaba una atrofia cerebelosa de predominio vermiano superior. Las pruebas de laboratorio fueron normales, incluyendo anticuerpos antineuronales y AFP. Los estudios genéticos para ataxias espinocerebelosas y ataxia de Friedreich fueron negativos. **Conclusiones.** La realización de pruebas de función vestibular en ataxias no filiadas de inicio tardío es esencial en la detección de posibles casos de CANVAS.

P11.

Brote invernal de meningitis por enterovirus Echovirus 6

A. Fraga Bau, P. Vicente Alba, C. Labandeira Guerra, M.T. Pérez Rodríguez, A. Nodar Germiñas, N. Val Domínguez, S. Rey Cao, R. Carballo Fernández, S. Pérez Castro

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción. Las meningitis por enterovirus son la causa más frecuentemente identificada de meningitis aséptica. Tienen habitualmente una presentación estacional y una evolución benigna. **Pacientes y métodos.** Se revisaron los pacientes con meningitis aséptica ingresados en nuestro centro entre enero de 2013 y diciembre de 2014. Se consideró meningitis aséptica aquella con cultivo negativo y sin procesos neuroquirúrgicos durante los seis meses previos al ingreso. Se estudiaron variables epidemiológicas y datos bioquímicos y microbiológicos. **Resultados.** Se identificaron 107 pacientes con meningitis aséptica, 63 varones (59%), con una edad media de $35 \pm 13,6$ años. La etiología de la meningitis fue: 56 desconocida (52%), 39 infecciosa (36%; 28 enterovirus, 3 parotiditis, 3 bacteriana decapitada, 2 *Cryptococcus*, 2 virus de la inmunodeficiencia humana, 1 virus herpes simple 7), 4 inflamatorias (4%; 3 recurrentes, 1 Behçet, 1 Wegener), 4 por fármacos (3 ibuprofeno, 1 quimioterapia) y otras (3 pacientes). Se compararon las características de los pa-

cientes con meningitis por enterovirus, frente al resto de etiologías. Se detectó una mayor frecuencia de mujeres (57% frente a 43%; $p = 0,119$) y una edad inferior ($29 \pm 6,8$ frente a $36 \pm 14,8$ años; $p = 0,001$) en las meningitis por enterovirus. En estos pacientes, la mediana de duración del ingreso fue inferior (6 días; rango intercuartílico: 4-8 días frente a $8 \pm 5-11$ días; $p = 0,011$). En los pacientes con meningitis por enterovirus, en el recuento de hematies (mediana: 6 U, rango intercuartílico: 1-24, frente a 15 U, rango intercuartílico: 4-150; $p = 0,039$), el porcentaje de linfocitos (57%, rango intercuartílico: 25-94%, frente a 87%, rango intercuartílico: 51-99%; $p = 0,014$) fue inferior. Se observó que en 2013 el 90% de los casos se produjeron en primavera-verano, mientras que en 2014 el 83% se produjeron en otoño-inverno ($p = 0,006$). Esto se relacionó con un brote de casos producido por Echovirus 6. **Conclusiones.** El Echovirus 6 puede asociarse a brotes invernales de meningitis afectando a pacientes adultos. La reacción en cadena de la polimerasa es fundamental para el correcto diagnóstico de los pacientes.

P12.

Angiopatía amiloide inflamatoria

G. Pérez Lorenzo, M. Puente Hernández, J.M. Aldrey, P. Cacabelos, F.M. Martínez Vázquez, E. Corredera García

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. La angiopatía amiloide cerebral se caracteriza por el depósito de amiloide en las capas media y adventicia de las arterias, arteriolas y, en menor medida, venas de la corteza cerebral y leptomeninges. Afecta a pacientes de más de 65 años y su incidencia aumenta con la edad. En muchas ocasiones no tiene correlato clínico. Sus manifestaciones más frecuentes son hemorragias lobares o deterioro cognitivo lentamente progresivo de la enfermedad de Alzheimer. Existe una forma rara de presentación, de tipo vasculítico, caracterizada por la aparición de un infiltrado inflamatorio presente sólo en los vasos

con depósitos de amiloide. En estos casos, el cuadro clínico es bastante estereotipado; combina deterioro cognitivo rápidamente progresivo, crisis epilépticas y cefalea. El diagnóstico definitivo es patológico, pero se acepta la congruencia del cuadro clínico, radiológico y la respuesta al tratamiento como criterios válidos. La respuesta a tratamiento inmunosupresor suele ser buena. Hay en torno a 50 casos publicados. **Caso clínico.** Mujer de 86 años, con deterioro cognitivo leve-moderado de perfil degenerativo, tipo enfermedad de Alzheimer, de dos años de evolución. Ingresó por intenso empeoramiento de su función cognitiva, con pérdida global de capacidades instrumentales y del lenguaje de unas dos semanas de evolución. Asociaba episodios de desconexión del medio. Los análisis de sangre y líquido cefalorraquídeo fueron normales, excepto una leve hiperproteinorraquia. El EEG mostró brotes paroxísticos bilaterales y predominio frontal. En la RM cerebral había lesiones de hiperseñal en T₂, FLAIR y mapa ADC, hiposeñal en T₁ y microhemorragias en eco de gradiente. Con un cuadro clínico compatible y tras excluir otras causas, decidimos iniciar tratamiento con dexametasona intravenosa. En las siguientes 48-72 horas, la paciente experimentó normalización del lenguaje, de sus capacidades ejecutivas y de la deambulación, que se mantuvo tras revisión en consulta varias semanas después. **Conclusiones.** Esta entidad, aunque infrecuente, probablemente esté infradiagnosticada. Debe considerarse en pacientes con enfermedad de Alzheimer con agravamiento rápido de su estado cognitivo sin causa aparente, presencia de crisis epilépticas y neuroimagen compatible. El ensayo terapéutico con corticoides puede evitar la realización de pruebas invasivas y devolver al paciente a su estado basal.

P13.

Síndrome de Ekbom asociado a deterioro cognitivo leve de causa vascular. Buena respuesta a dosis bajas de quetiapina

J.M. Pías Peleteiro, J. Aldrey, G. Fernández Pajarín, B. Ares, A. Sesar, A. Castro

Servicio de Neurología. Sección de Neurodegenerativas. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Introducción. El delirio de parasitosis, delirio de infestación o síndrome de Ekbom se caracteriza por una creencia falsa y pertinaz de infestación por patógenos. Los pacientes que lo sufren refieren síntomas cutáneos como sensaciones de picadura, mordisco, reptación o picazón. Con frecuencia esto se sucede de una conducta autolesiva en forma de escoriaciones y úlceras encaminada a eliminar al patógeno 'bajo la piel'. Presentamos el caso de un delirio de infestación en una paciente con deterioro cognitivo leve de etiología vascular, con buena respuesta a dosis bajas de quetiapina. **Caso clínico.** Mujer de 80 años, con antecedentes de hiperglucemia en tratamiento con dieta, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Vivía en el medio rural. Escolarización desde los 6 a los 11 años. No presentaba antecedentes personales ni familiares de patología de la esfera psiquiátrica. Su madre presentó deterioro cognitivo no filiado a edad avanzada. Acudió a la consulta instada por sus familiares ante una creencia intermitente de tener 'bichitos negros o casi negros' en la cabeza, que con frecuencia se quitaba o caían a la mesa. Esto ocurría unos cinco días a la semana. Por otra parte, la familia refería un deterioro moderado en las actividades instrumentales. La exploración física no reveló la existencia de parásitos. En la exploración neuropsicológica se objetivó un defecto frontosubcortical, con alteración de la concentración, del cálculo simple, de la velocidad de evocación y de la fluencia verbal. La RM cerebral reveló leucoaraiosis Fazekas II-III. No existía una alteración conductual, alucinaciones ni otra ideación delirante, aparte del delirio de infestación. La clínica se resolvió eventual-

mente con dosis bajas de quetiapina.

Conclusiones. El delirio de infestación puede presentarse en pacientes de cualquier edad sin otra patología asociada o constituir un rasgo psicótico asociado al deterioro cognitivo. La quetiapina puede constituir un tratamiento eficaz.

P14.

Producción compulsiva de poesía secundaria a tratamiento con agonistas dopaminérgicos

J.M. Pías Peleteiro, G. Fernández Pajarín, B. Ares, A. Sesar, J. Aldrey, A. Castro

Servicio de Neurología. Sección de Neurodegenerativas. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Introducción. El tratamiento con agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson se ha asociado con anterioridad a diversos comportamientos compulsivos. También se ha alegado que este síndrome podría tener un contrapunto positivo en el aumento, en determinados pacientes, de la producción y de la calidad de obra artística como la pintura. **Objetivo.** Centrarse en la evolución de la producción poética, un aspecto menos explorado pero altamente representativo de las habilidades artísticas. **Caso clínico.** Varón de 65 años, diagnosticado de enfermedad de Parkinson a los 25 años. Escolarización básica. Ausencia de inquietudes intelectuales. Inició tratamiento dopaminérgico con pramipexol y dosis bajas de levodopa a los 27 años. A los 55 años comenzó a escribir poesía. Se evaluó la evolución de su producción poética en cuanto a la calidad, la cantidad y la temática. Veintiocho años tras haber iniciado tratamiento con agonistas dopaminérgicos, el paciente comenzó a escribir poesía, lo cual no había hecho nunca previamente. Durante meses escribió hasta cuatro poemas diarios, y posteriormente la cantidad disminuyó sin desaparecer. La temática era repetitiva, y se centraba en odas a su neurólogo y poemas de amor. La calidad era extremadamente pobre y no se observaba una mejoría a medida que pasaban los años. **Conclusiones.** En este paciente, el tratamiento

con agonistas dopaminérgicos desencadenó una alta producción de poesía de baja calidad. No se observó una evolución entre sus primeros poemas y los últimos registrados. Estos resultados podrían contradecir la argumentada potenciación de la calidad artística en el campo de la pintura, dado que la poesía podría ser un marcador más objetivo de este concepto tan evasivo.

P15.

Neuropatía por crioglobulinemia tipo III debida al virus de la hepatitis C

C.F. da Silva França, L. Álvarez Fernández, L. Ramos Rúa, V. Nogueira Fernández, M. Alberte Woodward, M. Guijarro del Amo, F. Brañas Fernández, M. Rodríguez Rodríguez, J. González Ardura, R. Pego Reigosa, J.A. Cortés Laiño

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Lucas Augusti. Lugo.

Introducción. Una de las principales complicaciones extrahepáticas de la hepatitis por virus de la hepatitis C (VHC) es la crioglobulinemia. El objetivo es describir el caso de una paciente portadora de VHC que presentó un cuadro compatible con multineuritis asociado a crioglobulinemia. **Caso clínico.** Mujer de 53 años, con antecedente de VHC postransfusional genotipo 4. Consultó por un cuadro de tres semanas de evolución que comenzó con parestias en ambas regiones hipotenares y, posteriormente, acorchamiento doloroso en cuarto y quinto dedos de la mano izquierda y a nivel distal del miembro inferior izquierdo. En la exploración se objetivó debilidad 4/5 en músculos interóseos de la mano izquierda y hipoestesia táctil y dolorosa en el territorio cubital izquierdo, y a nivel distal del miembro inferior izquierdo con distribución en calcetín corto. En las pruebas de laboratorio se evidenció crioglobulinemia. La EMG mostró neuropatía axonal sensitivomotora en peroneo izquierdo, sensitiva en sural izquierdo y motora en cubital y tibial izquierdos. La biopsia de nervio sural objetivó infiltrados inflamatorios epineurales compatible con neuropatía vasculítica. La

carga viral de VHC era de 120.000 UI/mL. Se inició tratamiento con corticoides, además de tratamiento triple con interferón, ribavirina y simeprevir. La evolución fue favorable y la carga viral era indetectable a la cuarta semana. A la quinta semana de tratamiento ingresó en cardiología por clínica de insuficiencia cardíaca secundario a disfunción ventricular grave en relación con interferón, por lo que se suspendió. Con ello se positivizó el VHC, aunque con baja carga viral (84 UI/mL). Actualmente, en tratamiento con fármacos de nueva generación (sofosbuvir y simeprevir), con evolución clínica favorable. **Conclusiones.** Con este caso destacamos la asociación de VHC con la crioglobulinemia. El reconocimiento de esta asociación posibilita un diagnóstico más precoz y la introducción de un tratamiento adecuado.

P16.

Caracterización de las neuropatías desmielinizantes inflamatorias crónicas: presentación de una serie hospitalaria

E. Rodríguez Castro^a, T. García Sobrino^a, E. Costa Arpín^a, M.P. Vidal Lijó^b, E. Corredera^a, M. Arias^a, A. Sesar^a, L. Querol^c, I. Illa^c, J. Pardo^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Neurofisiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^cUnidad de Neuromuscular. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción. Las principales neuropatías inflamatorias crónicas son la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIPD) y sus variantes, la neuropatía adquirida simétrica distal (DADS) asociada a gammapatía monoclonal IgM anti-MAG, y la neuropatía motora multifocal (NMM). Los estudios descriptivos de prevalencia y hallazgos fenotípicos en estas entidades son poco frecuentes. Realizamos una revisión retrospectiva de las neuropatías inflamatorias evaluadas en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes diagnosticados de neu-

ropatía inflamatoria crónica que realizaron seguimiento clínico en el Hospital Clínico de Santiago Compostela en los últimos seis años (2009-2014). Se incluyeron pacientes con un diagnóstico definitivo, probable o posible, según los criterios de la EFNS/PNS. Se evaluaron datos demográficos, descripción fenotípica, pruebas complementarias realizadas y tratamientos administrados. **Resultados.** Se estudiaron un total de 30 pacientes (50% varones), con una edad de inicio de los síntomas de 57 ± 17 años. La CIPD fue el diagnóstico más frecuente (83%). El 32% de las CIPD fueron formas atípicas, incluyendo dos pacientes con un síndrome de Lewis-Sumner, dos variantes sensitivas puras, dos variantes motoras puras, una CIPD focal y un paciente con un cuadro de desmielinización combinada central y periférica. La DADS y la NMM fueron menos frecuentes (10% y 7%, respectivamente). El 28% de los casos presentó un curso remitente recurrente. El 17% de los pacientes ($n = 5$) asociaba una gammapatía monoclonal y en tres de ellos (IgM), con formas predominantemente sensitivas distales, el estudio de anticuerpos anti-MAG resultó positivo (DADS). Los anticuerpos antineurofascina IgG4 fueron positivos en un paciente con una CIPD predominantemente sensitiva asociada a un marcado temblor y refractaria al tratamiento. No se encontraron subtipos asociados a anticuerpos anticardiolipina 1. El 90% de los pacientes recibió tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas. **Conclusiones.** Las neuropatías desmielinizantes inflamatorias crónicas son un grupo heterogéneo de entidades. En nuestra serie, la CIPD típica fue la neuropatía más frecuente, seguida por la DADS y la NMM. Los anticuerpos contra proteínas de la región paranodal fueron positivos en un paciente (antineurofascina).

P17.

Decoloración azulada reversible tras el uso prolongado de retigabina: comunicación de dos casos

M. Saavedra Piñeiro^a, X. Rodríguez Osorio^a, I. Vázquez Osorio^b, C. Domínguez Vivero^a, E. Rodríguez Castro^a, I. López Dequít^a, E. Corredera García^a, F.J. López González^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción. La retigabina es un fármaco antiepiléptico aprobado en 2011 para el tratamiento adyuvante de la epilepsia focal refractaria en adultos. Su novedoso mecanismo de acción sobre los canales de potasio lo postuló como una opción terapéutica prometedora. En abril de 2013 se publicó una alerta advirtiendo de que su uso puede provocar anomalías pigmentarias retinianas con posibles repercusiones visuales y decoloración azulada en piel y mucosas, sobre todo con dosis superiores a 900 mg/día. Se recomienda la retirada inmediata en los casos de afectación oftalmológica y considerar seriamente terapias alternativas en los casos de pigmentación cutánea. **Pacientes y métodos.** A los pacientes que se encontraban en tratamiento con retigabina en las consultas de epilepsia de nuestro hospital se les informó de la alerta sanitaria. Se retiró en aquellos pacientes en los que el fármaco no había sido eficaz y, en los casos eficaces (mejoría > 50%), se decidió la continuación o no del tratamiento de acuerdo con el paciente. En caso de mantenerlo, se establecieron los controles oftalmológicos correspondientes y se vigiló la aparición de lesiones cutáneas. **Resultados.** Dos mujeres de 29 y 59 años presentaron pigmentaciones azuladas. Recibían una dosis de 350 mg/8 h (claro beneficio con respecto a dosis ≤ 900 mg/día) y 200 mg/8 h, respectivamente. Una de las pacientes está completando la evaluación prequirúrgica y la otra presenta una epilepsia de probable origen insular, pero rechaza estudios invasivos que confirmen el origen de sus crisis. Treinta y dos y

veinte meses después, respectivamente, del inicio de retigabina se advirtió una coloración azulada que afectaba a uñas de manos y pies. Con la retirada de la retigabina se observó una atenuación progresiva de la pigmentación hasta su desaparición, sin llegar a constatarse afectación oftalmológica. En ambos casos condicionó un empeoramiento en el control de las crisis epilépticas. **Conclusión.** Es importante realizar evaluaciones periódicas cutáneas y oftalmológicas en los pacientes que continúan tratamiento con retigabina para evitar repercusiones en la función visual y ante el desconocimiento de los efectos de las pigmentaciones cutáneas a largo plazo. Aunque los cambios pueden ser permanentes, las lesiones cutáneas de nuestros casos han remitido con la retirada del tratamiento.

P18.

¿Tenía Isabel la Católica un trastorno bipolar?

M. Macías Arribi^{a,b}, J.M. Pías Peleteiro^b, A. Puy Núñez^b, J.M. Aldrey Vázquez^b, D. Santos García^a, I. Expósito Ruiz^a, E. Suárez Castro^a, A. Aneiros Díaz^a, J. Abella Corral^a, M. Llana González^a

^aSección de Neurología. Hospital Universitario de Ferrol. ^bGrupo de Neurohistoria y Humanidades. Sociedade Galega de Neuroloxía.

Introducción. El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica que cursa con episodios de manía, hipomanía y depresión mayor. Se clasifica en tipo I, tipo II y trastorno mixto, según la presencia o dominancia de los episodios. En numerosas ocasiones, estos pacientes permanecen sin diagnosticar por la poca intensidad o dificultad en la detección de algunos síntomas, sin llegar a cumplir criterios, con lo que en muchas ocasiones está infradiagnosticada. En base al conocimiento histórico que se tiene de una de las hijas de Isabel la Católica, Juana la Loca, y la enfermedad mental de su madre, la reina Isabel de Portugal, planteamos la hipótesis de si Isabel la Católica tenía rasgos en su personalidad compatibles con este trastorno que sí parecen haber sufrido su

madre y su hija Juana. **Desarrollo.** Revisamos los textos históricos de estos personajes y analizamos desde el punto de vista neuropsiquiátrico los síntomas que presentaban su hija Juana y la propia Isabel. Desgraciadamente, de la madre de Isabel la Católica la información es muy escasa. **Conclusiones.** Encontramos amplia información de la reina Juana, con descripciones compatibles con un trastorno bipolar. De la Isabel de Portugal puede concluirse de forma indirecta que tenía la misma enfermedad. Con respecto a Isabel la Católica, creemos que tenía rasgos de trastorno bipolar con episodios de depresión e hipomanía. Una limitación de esta revisión para obtener unos resultados más concluyentes es la poca objetividad de los biógrafos de Isabel la Católica, muy ensalzadas siempre sus cualidades y poco o nada comentados sus defectos.

P19.

Síndrome platipnea-ortodesoxia en una paciente con ictus isquémico y foramen oval permeable

E. Suárez Castro, I. Expósito Ruiz, A. Aneiros Díaz, D. Santos García, J. Abella Corral, M.A. Llana González, C. Volkmer García, V. Vilas Riotorto, T. de Deus Fonticoba, M. Macías Arribi

Sección de Neurología. Hospital Arquitecto Marcide. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción. El binomio platipnea y ortodesoxia es el pilar de un síndrome poco frecuente caracterizado por disnea e hipoxemia inducidas por el ortostatismo, no presentes en decúbito. Exponemos el caso de una paciente añosa, sin evidencia de hipoxia crónica, en la que se manifestó dicha clínica tras un ictus isquémico. **Caso clínico.** Mujer de 84 años, hipertensa en tratamiento con enalapril, traída al servicio de urgencias por obnubilación de inicio indeterminado. En la exploración se objetivó hemiparesia y Babinski izquierdos, así como un soplo cardíaco sistólico 3/6. Presentaba presión arterial de 164/83 mmHg y pulsioximetría 97% basal. Se realizó ECG, analítica y radiografía de tórax, que

no mostraron alteraciones relevantes. En la TC cerebral sin contraste se apreció hiperdensidad en la arteria cerebral media derecha e hipodensidad en los ganglios basales y el lóbulo frontal ipsilaterales, en relación con infarto. Durante el ingreso, la paciente presentó episodios recurrentes de disnea y desaturación arterial de oxígeno (SO₂: 60-70%) en relación con sedestación, que cedían en decúbito. Se realizó una TC torácica con contraste, que mostró imágenes sugestivas de hipertensión arterial pulmonar y fibrosis pulmonar, sin datos de tromboembolismo pulmonar. Ante la sospecha de *shunt* intracardíaco, se realizó ecocardiograma transtorácico, que mostró un aneurisma móvil del tabique interauricular. En un ecocardiograma transtorácico con contraste intravenoso se objetivó el paso masivo de burbujas hacia cavidades izquierdas, siendo compatible con *shunt* intracardíaco (foramen oval permeable frente a comunicación interauricular). Se completó el estudio con ultrasonografía Doppler de troncos supraaórticos, que demostró una ateromatosis carotídea bilateral no significativa. Como terapia farmacológica al alta, se pautó tratamiento antiagregante y se optimizó el control de presión arterial con enalapril y furosemida. Dada la edad y el estado clínico, se rechazó intervencionismo sobre su cardiopatía y se optó por manejo conservador con oxigenoterapia domiciliaria. **Conclusiones.** El síndrome platipnea-ortodesoxia tiene su base fisiopatológica en el establecimiento o acentuación de un *shunt* intracardíaco derecha-izquierda inducido por ortostatismo. En dicha postura, se produce un cambio en los gradientes interauriculares (factor hemodinámico), en combinación con un cambio conformacional del septo interauricular (factor anatómico). El foramen oval permeable constituye una etiología frecuente del mismo; no obstante, es un hallazgo también habitual en población asintomática. Aunque sin evidencia de relación causal, deberíamos incluir el síndrome platipnea-ortodesoxia y el foramen oval permeable en el diagnóstico diferencial de hipoxemia de etiología no filiada tras un ictus isquémico agudo.