

XXXIII Reunión de la Sociedad Valenciana de Neurología

Valencia, 19-20 de febrero de 2016

COMUNICACIONES ORALES

01.

Qué podemos esperar de los estados alterados de conciencia en términos de recuperación y funcionalidad?: estudio prospectivo en una muestra clínica

E. Noé, J. Olaya, J. Ferri, B. Colomer, C. Rodríguez, P. Ugart, C. García-Blázquez, M.D. Navarro, D. Amorós, M. O'Valle

Servicio de Neuror rehabilitación y Daño Cerebral. Hospitales NISA. Valencia.

Introducción. Los estados alterados de conciencia engloban actualmente distintas entidades clínicas cuyo perfil diferencial empieza a reconocerse. Este trabajo pretende definir el patrón evolutivo, en términos de recuperación del nivel de conciencia y de funcionalidad, de una muestra prospectiva de pacientes en síndrome de vigilia sin respuesta (SVSR) y en estado de mínima conciencia (EMC+ y EMC-). **Pacientes y métodos.** Un total de 68 pacientes adultos, atendidos en nuestro servicio, con el diagnóstico de SVSR y EMC de acuerdo con la *Coma Recovery Scale-Revised* (CRS-R), fueron incluidos en el estudio. Todos fueron evaluados longitudinalmente un mínimo de seis meses. Aquellos pacientes que superaron el EMC fueron evaluados a los 6 y 12 meses para comprobar su funcionalidad (índice de Barthel). Se empleó un modelo de regresión logística para determinar las variables predictoras de superar tanto el SVSR como el EMC.

Resultados. Al ingreso, 28 pacientes se encontraban en SVSR. Diecisiete de ellos superaron este estado. Sólo ocho de los pacientes inicialmente en SVSR lograron superar el EMC. De los 40 pacientes en EMC al ingreso, 23 lograron superar este estado. De los 31 pacientes que en global superaron el EMC, 24 (77%) lo consiguieron dentro de los seis primeros meses. Tanto la etiología como la puntuación en la CRS-R total predijeron ($p < 0,5$) la salida de SVSR en el modelo multivariante con un 78,6% de acierto. Estas mismas variables junto a la cronicidad predijeron ($p < 0,05$) la salida de EMC con un 75% de acierto. Sólo cuatro de los 40 pacientes que salieron de EMC presentaban una puntuación en el índice de Barthel > 60 a los 12 meses de superar el EMC. **Conclusiones.** Tanto el SVSR como el EMC+ y EMC- son entidades clínicamente diferenciadas en términos diagnósticos y pronósticos. El reconocimiento de estas entidades supone, junto a las variables demográficas clásicas (cronicidad y etiología), el mejor predictor clínico.

02.

Prevalencia y relevancia de los síntomas urinarios en la enfermedad de motoneurona

J.F. Vázquez^a, S. Arlandis^b, E. Martínez^b, M. Frasquet^a, T. Sevilla^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Urología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La enfermedad de motoneurona (EMN) se caracteriza por una degeneración progresiva de las mo-

toneuronas que respeta los núcleos oculomotores y el núcleo de Onuf.

Objetivo. Describir la prevalencia de síntomas urinarios en pacientes con EMN y estudiar sus causas. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional transversal de una cohorte de 55 pacientes con EMN. Se recogieron variables demográficas y se pasaron escalas de síntomas urinarios (ICIQ-SF, OABV8, IPSS), de valoración de primera y segunda motoneurona, de discapacidad, de progresión y de supervivencia. Once de los pacientes con síntomas urinarios aceptaron realizar un estudio urodinámico (flujometría y cistomanometría con EMG). **Resultados.** La puntuación global de los pacientes con EMN fue superior a la descrita en controles sanos y un 40% de ellos presentaron síntomas significativos de incontinencia-urgencia. De los diez estudios urodinámicos, uno fue normal, y nueve, compatibles con vejiga neurógena (disfunción vesicoesfinteriana). En el análisis multivariante, los varones tenían más riesgo de presentar síntomas urinarios. Además, la aparición de los síntomas en los primeros 24 meses de evolución de la enfermedad se asoció significativamente a mayor riesgo de muerte o traqueotomía pese a ajustar por variables confusoras. **Conclusiones.** Los síntomas urinarios en las EMN son más frecuentes de lo que tradicionalmente se ha considerado y se explican por la presencia de vejiga neurógena. La aparición de vejiga neurógena en fases tempranas de la enfermedad podría ser un marcador de mal pronóstico evolutivo.

03.

Encefalopatía isquémica multifocal secundaria a hipereosinofilia

J. Gualda, R.M. García, N. López, R. Sánchez, C. Díaz, P. Barredo, L. Betancourt, D. Corona, C. Díaz, L. González, E.M. Torres

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo. Describir un caso de encefalopatía isquémica multifocal secundaria a hipereosinofilia. **Caso clínico.** Mujer de 67 años, que ingresa en Neurología por un cuadro de deterioro cognitivo de tres semanas de evolución con inatención y desorientación, sin focalidad en la exploración neurológica. Como antecedentes, la paciente presenta dos ingresos en Neurología: en 2002, por alteración del comportamiento con diagnóstico de meningoencefalitis e hipereosinofilia, y en 2012, por deterioro cognitivo-conductual junto con monoparesia del miembro superior derecho y hemianopsia izquierda, con diagnóstico de encefalopatía con lesiones vasculares múltiples, hipereosinofilia y síndrome antifosfolípido primario. Se realiza analítica sanguínea con bioquímica, coagulación, vitaminas, autoinmunidad, serología y parasitología que resultan normales. El hemograma revela $2,44 \times 10^3/\mu\text{L}$ eosinófilos (24%). Velocidad de sedimentación globular: 49 mm. Proteína C reactiva: 8,53 mg/dL. RM cerebral: en secuencia de difusión aparecen múltiples focos de restricción corticosubcortical de predominio en territorios limítrofes de la arteria cerebral media con las

arterias cerebrales anterior y posterior en relación con infartos cortico-subcorticales agudos. También se observan signos de leucoaraiosis y atrofia cortico-subcortical. El estudio neurológico resultó negativo. Test genético FISH FIP1PDGFR y citometría de flujo fueron negativos. No se realizó análisis de líquido cefalorraquídeo por problemas técnicos, ni arteriografía diagnóstica por negativa de la paciente. **Body-TAC:** múltiples nódulos pulmonares bilaterales milimétricos. Hipertrofia concéntrica de paredes del ventrículo izquierdo. Engrosamiento difuso esofágico. Hallazgos inespecíficos de patología concreta. Se procedió a tratamiento empírico con corticosteroides, con resolución analítica de eosinofilia y mejoría clínica de la encefalopatía. **Conclusiones.** Nos encontramos ante una entidad infrecuente, aunque previamente descrita en la bibliografía. Probablemente, la afectación isquémica de territorios frontera de la circulación cerebral fue consecuencia del efecto tóxico de hipereosinofilia, de origen no filiado. Se han sucedido tres brotes producidos en 13 años, con resolución de la sintomatología con corticoterapia y ausencia de síntomas entre los períodos de actividad. Ante la posibilidad de recidiva, se mantiene estudio diagnóstico en la actualidad de forma ambulatoria.

O4.

Hematoma espinal asociado a tratamiento anticoagulante: descripción clínica y radiológica de dos casos

N. Jannone, J. Parra, L. Vilaplana, C. Quintanilla, L. Álvarez

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. El hematoma espinal es una entidad rara y grave. El grupo etiológico más frecuente es el hematoma espinal idiopático, y el segundo, el hematoma espinal asociado a tratamiento anticoagulante. **Objetivo.** Describir el diagnóstico de dos casos de hematoma espinal asociados a tratamiento anticoagulante. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 78 años, con antecedentes de fibrilación auricular y anti-

coagulada con acenocumarol, que presenta un dolor dorsolumbar agudo y horas después desarrolla debilidad en miembros inferiores. En la exploración se objetiva una paraplejía flácida y parahipoestesia. La resonancia magnética medular muestra un hematoma epidural dorsal desde D7 hasta D11. Posteriormente se somete a neurocirugía descompresiva, con resolución del hematoma. Caso 2: mujer de 81 años, con antecedente de prótesis valvular y anticoagulada con acenocumarol, que presenta desde hace una semana debilidad en miembros inferiores. En la exploración se observa una paraparesia normorrefléctica de predominio derecho. Días antes del cuadro actual presentó un herpes zóster derecho en D5 o D6 que se trató con brivudina. La resonancia magnética medular muestra un hematoma subdural dorsal de D2 a D5. Finalmente se realiza la evacuación del hematoma, con mejoría clínica. **Conclusiones.** Se trata de dos casos de hematoma espinal, uno epidural y otro subdural, ambos asociados a tratamiento anticoagulante. En éstos, el índice de Quick es inferior al 70% y la instauración es aguda o subaguda, al igual que los casos comunicados en la bibliografía. Es importante conocer el diagnóstico de la entidad por su elevada morbilidad en el caso de no realizar el tratamiento adecuado. La aparición de un herpes zóster previo ya se ha comunicado en una ocasión y se debe estudiar su posible papel etiológico.

O5.

Mapeo cerebral en neurocirugía de gliomas con paciente despierto: aportaciones desde la neuropsicología

R. Espert, R. Prat-Acín, J. Pérez, A. Campos, M. Gadea, M. Aliño

Servicio de Neurocirugía; Hospital Universitari i Politècnic La Fe; Valencia. Unidad de Neuropsicología y Neurocirugía de mapeo cerebral con paciente despierto; Departamento de Psicobiología; Universitat de València.

Introducción. El abordaje neuroquirúrgico de gliomas de bajo grado con

pacientes despiertos representa un reto para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con lesiones ocupantes de espacio. El objetivo de la presente comunicación es divulgar el procedimiento y los logros tras más de 20 operaciones a pacientes con glioma en el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia. **Pacientes y métodos.** Inicialmente, el paciente debe acudir a consulta de Neuropsicología, donde se efectúa una exploración cognitiva y emocional prequirúrgica. Los anestesiólogos mantendrán despierto al paciente sin dolor mientras lleva a cabo las tareas dirigidas por el mismo neuropsicólogo con quien ya las efectuó en la consulta. Durante el tiempo en el que el paciente permanece despierto se lleva a cabo la estimulación bipolar (estimulador Ojemann), que produce pulsos bifásicos rectangulares de 1 ms de duración. Posteriormente, se mapean las zonas elocuentes circundantes al tumor y para ello se diseñan y ponen a punto tareas *ad hoc* para cada paciente en función de la ubicación de su glioma. Con ello se consigue un mapeo de funciones como el lenguaje, emociones, motricidad, somestesia o memoria. Una semana después se realiza un examen cognitivo breve para detectar si hay algún déficit postoperatorio. Tres y seis meses después se realiza un seguimiento neuropsicológico y oncológico del paciente. **Resultados.** Una gran mayoría de los pacientes operados presenta una excelente calidad de vida y con pocas secuelas cognitivas tras someterse a la neurocirugía de gliomas mediante esta técnica. **Conclusiones.** Este tipo de neurocirugía requiere la colaboración de un equipo de neuropsicólogos que valoren antes, durante y después de la cirugía todos los aspectos cognitivos y emocionales y preparen al paciente para la operación. Desde nuestra perspectiva, se trata de un procedimiento seguro que mejora la calidad de vida de estos pacientes.

O6.

Protocolo de estudio de fibrilación auricular oculta en el ictus criptogénico mediante holter implantable. Puesta en marcha y resultados preliminares en el Hospital General Universitario de Alicante

C. Díaz, N. López, I. Beltrán, L. Llorente, P. Barredo, L. González, D. Corona, L. Betancourt, E. Torres

Unidad de Ictus. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Los ensayos clínicos han demostrado que el *holter* EKG implantable permite aumentar la capacidad de detectar fibrilación auricular oculta en los pacientes con ictus criptogénico frente a otras modalidades no invasivas y de menor duración. El coste de estos dispositivos y la coordinación necesaria con el servicio de cardiología supone una limitación para su aplicación en la vida real. Describimos nuestra experiencia en la puesta en marcha de este protocolo en la Unidad de Ictus del Hospital General Universitario de Alicante. **Pacientes y métodos.** En enero de 2015 se pone en marcha, junto con la Unidad de Arritmias, este protocolo que incluye a todos aquellos pacientes de nuestro departamento que, tras el estudio hospitalario del ictus en fase aguda, hayan quedado diagnosticados de criptogénico. Se describen las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes y los resultados obtenidos durante el año 2015. **Resultados.** Se incluyeron en el protocolo un total de 22 pacientes, un 59% varones y con una edad media de 64,5 años. De ellos, un 55% tenía hipertensión arterial, un 45% dislipemia y un 18% diabetes mellitus. Del total de pacientes seleccionados, siete están todavía a la espera de su implantación en este momento. De los 15 pacientes con Reveal implantado, en cinco (33%) se ha detectado alguna incidencia considerada como relevante (en cuatro, fibrilación auricular paroxística, por la que se inició anticoagulación, y en un caso, pausas prolongadas de asistolia que motivaron

la implantación de marcapasos definitivo). **Conclusiones.** Nuestros resultados indican que, en la práctica clínica real, los resultados obtenidos mediante el *holter* implantable son similares a los obtenidos en los ensayos clínicos. La identificación de estos pacientes con fibrilación auricular oculta permite modificar el manejo terapéutico hacia estrategias más eficaces.

07.

Respuesta al tratamiento a bloqueo anestésico en la consulta monográfica de cefaleas del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante

E. Torres, I. Beltrán, L. Hernández, C. Leyva, M. Asensio, L. Betancourt, L. González, C. Díaz, P. Barredo, D. Corona, P. González, J. Gualda, R. García

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Los anestésicos locales son utilizados para el tratamiento de las cefaleas. Reducen la permeabilidad de la membrana neuronal y la entrada rápida de sodio e inhiben por tanto la generación y conducción de impulsos nerviosos. Dicha acción reduce de forma dosis-dependiente la excitabilidad nerviosa y da lugar a un bloqueo de la conducción. **Objetivo.** Describir la respuesta al tratamiento a bloqueo anestésico con mepivacaína al 2% y lidocaína al 2% en la consulta monográfica de cefaleas en los últimos cinco meses en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** En el período comprendido entre agosto de 2015 y enero de 2016 se recogen de forma prospectiva a los pacientes de la consulta tratados con bloqueo anestésico. Un mismo neurólogo decide y administra el tratamiento más adecuado. **Resultados.** Se realiza bloqueo anestésico a 25 pacientes, 18 con 2 cm³ de mepivacaína al 2% y siete con lidocaína al 2%. Nuestra población cuenta con una media de edad de 55 años (rango: 37-78 años). El 24% ($n = 6$) son hombres, y el 76% ($n = 19$), mujeres. En la muestra tratada nos encontramos con una gran heterogeneidad de tipos de cefalea de la clasificación ICHD-III (beta). El 52%

($n = 13$) de los pacientes presentaron una respuesta favorable; el 4% ($n = 1$), una respuesta desfavorable, y del 44% ($n = 11$) de los pacientes aún no se ha realizado consulta posterior al bloqueo anestésico. **Conclusiones.** En nuestra muestra, los anestésicos locales disminuyen de forma eficaz la intensidad del dolor de un amplio espectro de cefaleas en la mayoría de los pacientes, por lo que consideramos que es un tratamiento a tener en cuenta a corto/medio plazo en esta patología tan prevalente en la población.

08.

Eficacia de un sistema de rehabilitación de las funciones atencionales mediante tareas competitivas multijugador: ensayo clínico aleatorizado cruzado en pacientes con daño cerebral adquirido

E. Noé^a, M.D. Navarro^a, R. Llorens^b, A. Galvao^c, B. Moliner^a, C. Colomer^a, C. Rodríguez^a, P. Ugarte^a, C. García-Blázquez^a, D. Amorós^a, M. O'Valle^a, J. Ferri^a

^a Servicio de Neurorrehabilitación y Daño Cerebral. Hospitales NISA. Valencia.

^b Instituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano (Labhuman). Universitat Politècnica de València. ^c Laboratorio de Neurociencia Humana. Departamento de Psicología. Universidad Loyola Andalucía. Sevilla.

Introducción. La competición permite aumentar la motivación e intensidad de una tarea, dos variables intrínsecamente relacionadas con la eficacia de un tratamiento rehabilitador. El presente trabajo pretende demostrar la eficacia de tareas competitivas en la rehabilitación de funciones atencionales de pacientes con daño cerebral adquirido (DCA) en fase crónica (> 6 meses). **Pacientes y métodos.** Ensayo clínico aleatorizado cruzado de pacientes ($n = 25$) con DCA sometidos a rehabilitación (30 sesiones de una hora) de funciones atencionales mediante técnicas convencionales frente a técnicas competitivas. Para las actividades competitivas se desarrolló un sistema virtual empleando una interfaz multitáctil que permitía un modo

multijugador con contenido lúdico sustentado en ejercicios con carga atencional diversa. **Valoración:** se determinó la mejoría psicométrica total (índice global) y la mejoría dividida en cinco índices (puntuación z) —memoria de trabajo (dígitos y Corsi del WAIS-IV), velocidad de procesamiento (CPT-HitRT, color *Trail A*), atención sostenida (D2 total, CPT-HitRTBC, CPT-HitSE-BC), atención alternante (color *Trail B*) e inhibición (Stroop-PC, CPT-comisiones, D2-concentración)—, el grado de motivación de cada intervención (inventario de motivación), la usabilidad del sistema virtual (*System Usability Scale*) y la percepción personal y familiar de mejoría (*Moss Attentional Rating Scale*). **Resultados.** Un ANOVA de medidas repetidas mostró un efecto beneficioso de la intervención en ambos grupos al final del período de tratamiento ($p < 0,001$). La mejoría en el índice global (puntuación z) tras la intervención competitiva fue superior a la experimentada tras tratamiento convencional ($0,4 \pm 0,3$ frente a $0,05 \pm 0,3$; $p < 0,01$) a expensas fundamentalmente de la mejoría en memoria de trabajo, velocidad de procesamiento e inhibición. La percepción de mejoría, la capacidad de diversión (inventario de motivación) y el grado de usabilidad (SUS) del sistema fue excelente ($83,1 \pm 10,8$). **Conclusiones.** Las estrategias competitivas pueden ayudar a rehabilitar de forma lúdica y eficaz las funciones atencionales de pacientes con DCA, incluso en fases crónicas.

09.

Código ictus: análisis de actividad y resultados en la era endovascular

A. Ramos, A. Martín, R.A. Regajo, D. García, R. Chamarro, A. Ponz, R. Gil, J. Gil, J. Guijarro, J. Palmero, J.M. Láinez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. En enero de 2014 se aprobó en la Comunidad Valenciana el 'Protocolo de tratamiento endovascular en el ictus isquémico', lo que inició una nueva era en el tratamiento del ictus agudo. **Objetivo.** Analizar la actividad desarrollada y los resultados

terapéuticos en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) desde la implantación del nuevo protocolo. **Pacientes y métodos.** Se registran prospectivamente los tratamientos intraarteriales realizados en el HCUV durante 2014 y 2015. Se realiza un análisis de datos demográficos, tiempos de procedimiento, tasa de recanalización, complicaciones y evolución de los pacientes tratados endovascularmente. **Resultados.** Hasta la fecha se han realizado 89 procedimientos, en 40 varones y 49 mujeres, con una edad media de $67,07 \pm 13,42$ años. El 57,3% había recibido r-TPa endovenoso previo. Se consiguió una recanalización TIC1 3 en el 61,4% de los casos, y TIC1 2b, en el 11,4%; fue fallida en el 27,2% de los procedimientos, en su mayoría por imposibilidad de acceso endovascular (oclusión de la arteria carótida interna) o por trombo distal (M2). El tiempo medio desde el inicio de la clínica al inicio del rescate es de $295,2 \pm 96,09$ minutos. Un 35,6% de los pacientes ha presentado algún tipo de complicación hemorrágica de diversa gravedad. **Conclusiones.** El tratamiento endovascular es seguro y eficaz para el tratamiento del ictus agudo. Los pacientes con menor período inicio clínica-inicio procedimiento y con ictus menos graves (NIHSS < 20) a su llegada han mostrado una menor tasa de complicaciones y una mejor evolución.

010.

Valoración de la hiperecogenicidad de la sustancia negra en pacientes con enfermedad de motoneurona

J.F. Vázquez^a, J.I. Tembl^a, P. Sahuquillo^b, D. Gorri^a, A. Lago^a, T. Sevilla^a

^a Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. ^b Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción. Las enfermedades de motoneurona (EMN) son un grupo heterogéneo de trastornos en los que ocurre una degeneración de las neuronas motoras. **Objetivo.** Describir la prevalencia de hiperecogenicidad de la sustancia negra y su correlación con variables clínicas. **Sujetos y métodos.** Estu-

dio observacional transversal en una cohorte de 69 pacientes con EMN y 110 controles apareados por edad y sexo. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de progresión. Se realizó una ecografía transcraneal en modo B, midiendo el área de ecogenicidad de la sustancia negra. **Resultados.** Los pacientes con EMN presentaron una mayor área de ecogenicidad en la sustancia negra que los controles. En el estudio por fenotipos, no hubo diferencias significativas en el área de los pacientes con esclerosis lateral primaria, con esclerosis lateral amiotrófica y con atrofia muscular progresiva. En el análisis multivariante, el área de ecogenicidad de la sustancia negra no se relacionó con las variables clínicas estudiadas. **Conclusiones.** Los pacientes con EMN presentan hiperecogenicidad de la sustancia negra, independientemente del fenotipo clínico o los signos de primera motoneurona. Esto sugiere una fisiopatología común para las distintas EMN, aunque su significado es incierto.

O11.

Biomarcadores de líquido cefalorraquídeo para el diagnóstico de angiopatía amiloide: análisis de 15 casos con hemorragia cerebral como forma de presentación

M. Campins, R. López, C. Nieves, M. Baquero, J.I. Tembl, G. Fortea, A. Lago

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La angiopatía amiloide cerebral es una enfermedad causada por el depósito de β -amiloide en el sistema vascular cerebral. Los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) se proponen como herramienta diagnóstica en la enfermedad de Alzheimer (EA) y actualmente se estudia su relación con la angiopatía amiloide. **Objetivo.** Conocer los factores de riesgo, las características clínicas y radiológicas de 15 pacientes con hemorragia cerebral lobar o cortical, y su correlación con los biomarcadores en LCR. **Sujetos y métodos.** Estudio retrospectivo de 15 pacientes

hospitalizados por hematoma lobar ($n = 10$), hemorragia subaracnoidea cortical ($n = 3$) o ambos ($n = 2$). A todos se les realizó una punción lumbar en el período agudo de enfermedad. En el LCR se analizó β -amiloide, fosfo-tau y h-tau. Se consideró sugestivo de patrón EA, según nuestro laboratorio, valores de β -amiloide < 500 , h-tau > 350 y fosfo-tau > 85 . **Resultados.** Quince pacientes, con una edad media de 69,7 años. El 60%, con hipertensión arterial; el 53,3%, dislipémicos; el 33,3%, con diabetes mellitus; el 33,3%, fumadores, y el 33% padecían deterioro cognitivo previo al sangrado. El 33,3% había presentado un sangrado previo intracerebral. Del total, el 80% presentó focalidad transitoria previa a la clínica de ingreso. Respecto a los estudios radiológicos realizados durante el ingreso basados en RM cerebral, se vio que el 53,3% presentaba microsangrados en secuencia eco de gradiente y el mismo porcentaje mostraba enfermedad de pequeño vaso expresada como infartos lacunares u otras lesiones en la sustancia blanca en secuencias Flair o T_2 . Un total de seis pacientes (40%) presentaron patrón EA en LCR. **Conclusiones.** Pocos estudios analizan los biomarcadores de LCR en la angiopatía amiloide. Nuestros resultados apoyan su utilidad en el diagnóstico de esta patología. Este es un trabajo preliminar que deberá ser validado con un estudio prospectivo en el que se analizarán los biomarcadores en diferido.

PÓSTERS

P1.

Sensibilidad y titulación de anticuerpos AChR en la miastenia grave ocular

P. Yangua, B. Molla, M. Bas, L. Saláis, M. Mateo

Servicio de Neurología. Hospital General de Castellón.

Introducción. En la miastenia grave ocular (MGO) se ha descrito una sen-

sibilidad menor de los anticuerpos contra el receptor de acetilcolina (AChR) con respecto a la miastenia grave generalizada (MGG). Por otro lado, existen muy poca información sobre la implicación de los niveles de anticuerpos AChR y la progresión de MGO a formas generalizadas. **Objetivo.** Analizar la sensibilidad de los anticuerpos AChR en una serie de pacientes con diagnóstico de MGO y examinar si existe una relación entre los títulos de anticuerpos AChR y la progresión a formas generalizadas. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo y observacional de pacientes diagnosticados de MGO en el Hospital General de Castellón entre enero de 2005 y diciembre de 2014. **Resultados.** Treinta pacientes fueron diagnosticados de MGO (edad media: $60,4 \pm 17,83$ años; 56,7% varones). Los síntomas de inicio fueron ptosis en el 20%, diplopía en el 26,7% y diplopía más ptosis en el 53,4%. De los 30 pacientes, se solicitaron anticuerpos AChR en 28 (93,3%), con resultado positivo en 20 de ellos (71,4%). Doce pacientes (40%) presentaron progresión a MGG durante una media de seguimiento de 78 meses. Los pacientes con progresión a MGG presentaban de forma significativa mayor resultado positivo para anticuerpos AChR ($p = 0,018$); estos pacientes que desarrollaban síntomas de MGG tenían una titulación de anticuerpos AChR significativamente mayor que aquellos pacientes que no progresaban a formas generalizadas ($10,53 \pm 7,89$ nmol/L frente a $3,53 \pm 4,0$ nmol/L; $p = 0,019$). **Conclusiones.** En nuestra serie, la sensibilidad de los anticuerpos AChR para el diagnóstico de MGO es algo más elevada que lo descrito en la bibliografía; por otro lado, obtenemos una significación estadística para la hipótesis de que las MGO que generalizan presentan títulos de anticuerpos AChR más elevados que aquellas que no generalizan. Esto podría tener implicaciones en el seguimiento y planteamiento terapéutico de estos pacientes.

P2.

Relación entre la morfología de la onda P terminal electrocardiográfica y el subtipo de ictus isquémico en un grupo de pacientes del Hospital General de Castellón

L. Saláis, C. Vilar, B. Mollá, M. Bas, P. Yanguas, M. Mateo

Hospital General de Castellón.

Introducción. La onda P terminal del electrocardiograma (ECG) corresponde a la despolarización de la aurícula izquierda y su anomalía puede indicar alteración atrial y un mayor riesgo de tromboembolismo. Se plantea la hipótesis de que existe una asociación mayor entre ictus no lacunares indeterminados y anomalía de la onda P terminal frente a los ictus lacunares por enfermedad de pequeño vaso. **Objetivo.** Analizar la relación entre la alteración en la morfología de la onda P terminal y el subtipo de ictus isquémico en una muestra de pacientes del Hospital General de Castellón. **Pacientes y métodos.** Revisión de historias clínicas y ECG de pacientes ingresados por ictus isquémico en el hospital entre junio y diciembre de 2015. Se mide la amplitud y duración de la onda P terminal en V1 y se define su anomalía como $PT_{V1} > 4,0 \mu V \cdot ms$. Se analizan los resultados en función de tres subtipos de ictus isquémicos: lacunares, aterotrombóticos e indeterminados. **Resultados.** Se obtiene una muestra de 49 pacientes (67% varones, 33% mujeres; edad media: 70 ± 12 años). Se excluyen 35 pacientes por fibrilación auricular, 11 por ictus cardioembólicos y 35 por ECG no valorables. Un 71% de los pacientes son hipertensos, un 33% diabéticos, un 51% dislipémicos, un 49% fumadores o exfumadores, y un 14% sufre cardiopatía isquémica. La distribución de subtipos de ictus es la siguiente: aterotrombótico (38,8%), lacunar (26,5%) e indeterminado (34,7%). La onda P terminal es anormal en un 43% de ictus aterotrombóticos frente a un 57% de lacunares ($p = 0,075$) y en un 31% de ictus indeterminados frente a un 69% de lacunares ($p = 0,025$). **Con-**

clusiones. Únicamente es significativa la diferencia en la onda P terminal anormal entre ictus lacunares e indeterminados, con un predominio de onda P terminal alterada en los ictus lacunares. Estos resultados no coinciden con la hipótesis planteada. Sería interesante repetir el estudio con una mayor muestra, ya que si se demostrase anormalidad de la onda P terminal en ictus indeterminados, permitiría orientar el diagnóstico a un mecanismo cardioembólico y así emplear con mayor seguridad otras pruebas como *holter* o ecocardiografía.

P3.

Revisión de una serie de casos de ictus en edad pediátrica

D. García, A. Martín, A. Ramos, R.A. Regajo, B. López, J.M. Láinez

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La patología cerebrovascular en edades pediátricas es infrecuente y resulta escaso el conocimiento acerca de los factores de riesgo y otros aspectos de interés. **Objetivo.** Describir las características demográficas, clínicas y etiológicas de una serie de pacientes en edad pediátrica entre 12 meses y 18 años con diagnóstico de ictus ingresados en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Realizamos una revisión retrospectiva de los ictus en edad pediátrica entre los años 2010-2015. Establecemos como criterio de inclusión pacientes de 1-18 años. Como criterio de exclusión consideramos la presencia de traumatismo craneoencefálico o cirugía previa. **Resultados.** Hasta el momento, presentamos una serie de 11 pacientes, seis hombres (54,55 %) y cinco mujeres (45,45%), con una edad media de $11,18 \pm 2,36$ años (rango: 1-14 años). Nueve ictus son de tipo hemorrágico, y dos, isquémicos. Dentro de los hemorrágicos se distinguen seis intraparenquimatosos y cuatro intraventriculares, siendo las malformaciones arteriovenosas la etiología más frecuente. Los ictus isquémicos fueron de origen indeterminado tras realizar un estudio completo. **Conclusiones.** Se objetiva una preponderancia de ictus hemorrágicos, aunque en la mayoría de

las series publicadas la proporción de ictus isquémicos frente a hemorrágicos es más igualitaria. En la mayoría de estos casos, distintas malformaciones arteriovenosas suponen la principal causa etiológica, a diferencia de la edad adulta, donde la etiología primaria es preponderante. No se detectan diferencias significativas en la distribución por sexos. A pesar de ser cuadros clínicos graves, no hemos registrado ningún *exitus*. La prevalencia de ictus en edad pediátrica es muy baja, lo que condiciona la falta de consenso de protocolos de actuación terapéutica, fundamentalmente la fibrinólisis intravenosa.

P4.

Encefalitis anti-NMDA asociada a carcinoma pancreático indiferenciado de células pequeñas de aspecto neuroendocrino

E. Cañizares, J. García, J.M. Gómez, P. Taberner, A. González, J.M. Ferrer

Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Caso clínico. Mujer de 74 años, que ingresó para estudio de cuadro confusional agudo de rápida evolución y asociado a síntomas psiquiátricos, depresión, de reciente aparición. Se realizó un estudio complementario extenso que incluyó múltiples analíticas, pruebas de imagen con RM cerebral y TC de extensión, así como toma de muestra de líquido cefalorraquídeo. Se descubrió masa pancreática que posteriormente se biopsió. Los resultados del líquido cefalorraquídeo mostraron positividad a anticuerpos anti-NMDA. En el estudio de extensión en busca de neoplasia oculta se halló una masa pancreática cuya biopsia mostró hallazgos en el tejido compatibles con carcinoma indiferenciado de células pequeñas de aspecto neuroendocrino. La paciente fue tratada con inmunoglobulinas y rituximab, con lo que mejoró del trastorno cognitivo que presentaba. **Conclusiones.** Creemos interesante este caso al presentar una asociación no conocida entre los anticuerpos anti-NMDA y un tumor al que no se le consideraba

asociado. También es útil para subrayar la dificultad diagnóstica de procesos encefalíticos en pacientes de edad avanzada.

P5.

Hiperglucemia no cetósica: diagnóstico alternativo ante hiperdensidades unilaterales en ganglios basales en la tomografía computarizada

D. García, A. Martín, A. Ramos, R.A. Regajo, A. Ponz, J.M. Láinez

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La aparición de una hiperdensidad unilateral en ganglios basales en una tomografía computarizada (TC) debe alertar de un posible ictus hemorrágico como primera opción. Existen otros cuadros potencialmente reversibles que cursan con una imagen y clínica similar y, por tanto, pueden conducir a confusión. **Objetivo.** Analizar las características de lesiones hiperdensas unilaterales en ganglios basales en TC, distinguiendo la afectación en la hiperglucemia no cetósica frente al ictus hemorrágico. **Casos clínicos.** Se revisan dos casos clínicos derivados a nuestro centro, un varón y una mujer de 69 años. Ambos presentaban diabetes mellitus tipo 2 conocida en tratamiento. Al ingreso en urgencias se objetivaron glucemias con niveles superiores a 400 mg/dL. El primero de ellos presentó un cuadro clínico típico de hemicorea aguda, mientras que en la segunda el motivo de consulta fue una caída con confusión posterior sin clara focalidad. La TC urgente mostró una hiperdensidad unilateral en putamen, caudado y globo pálido, inicialmente diagnosticada como hemorragia profunda. **Conclusiones.** Algunas alteraciones metabólicas asocian imágenes hiperdensas en TC en ganglios basales, vinculándose estas alteraciones a su alta susceptibilidad a trastornos electrolíticos y metabólicos que interrumpen el ciclo de producción del ATP. La hiperglucemia no cetósica puede expresarse en neuroimagen de TC con focos hiperdensos, semejando un ictus hemorrágico. La exquisita selecti-

vidad de afectación del putamen, con respeto de la cápsula interna, es una característica habitual que ayuda a distinguirla de un origen hemorrágico. El diagnóstico diferencial de las lesiones hiperdensas en TC en ganglios basales debe contemplar alteraciones agudas metabólicas.

P6.

Diagnóstico ultrasonográfico de una neuralgia occipital recurrente por hiperplasia venosa

R.M. García, N. López, J. Gualda, L.B. Betancourt

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Según la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), la neuralgia occipital se define como dolores punzantes paroxísticos en la distribución de los nervios occipitales mayor, menor o tercer nervio occipital, así como alteraciones sensitivas en el área afecta y alivio del dolor temporalmente por bloqueo anestésico del nervio. Aunque en la mayoría de casos la etiología se considera idiopática, se han descrito causas específicas como traumatismos, atrapamiento del nervio o compresión por vasos anómalos, principalmente por hiperplasia venosa. Esta última etiología se ha descrito como un hallazgo intraoperatorio en pacientes afectos, pero hasta ahora no se ha descrito su hallazgo por ecografía. **Caso clínico.** Mujer de 83 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia e hipotiroidismo, sin cirugías cervicales o traumatismos relevantes. Fue diagnosticada de neuralgia occipital bilateral según los criterios de la IHS, y tratada con bloqueos del nervio occipital, requiriendo infiltraciones frecuentes debido a recurrencias. Se utilizó la ecografía para la evaluación bilateral del nervio occipital mayor y se identificó un vaso bilateral anormal y tortuoso entre el oblicuo inferior y el semiespinoso que impedía la identificación del tronco nervioso. El Doppler revelaba velocidades de bajo flujo y resistencia compatibles con vasos venosos. Una TAC cervical con contraste confirmó la presencia de esos vasos tortuosos corres-

pondientes a una hiperplasia venosa en el plano cervical profundo posterior. **Conclusiones.** En la mayoría de los casos, el diagnóstico de neuralgia occipital es clínico y no se evidencia etiología específica subyacente. La ultrasonografía de alta resolución permite la identificación del nervio occipital mayor, sirve como guía para la infiltración del nervio y puede ser útil para identificar anomalías estructurales asociadas a la neuralgia y evitar, por tanto, efectos adversos del bloqueo nervioso.

P7.

Vasculitis granulomatosa cerebelomeníngea asociada a enfermedad inflamatoria intestinal: a propósito de un caso

C. Nieves, M. Campins, J. Simal, J. Ferrer, T. Sevilla, L. Bataller

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. Las vasculitis cerebrales pueden ocurrir de modo aislado o asociadas a manifestaciones clínicas o analíticas de autoinmunidad sistémica, como la enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento óptimo son corticoides asociados o no a ciclofosfamida. **Caso clínico.** Mujer de 19 años, que consultó por síntomas de instauración subaguda con cefalea, vómitos y leve inestabilidad. La paciente había sido diagnosticada un año antes de colitis ulcerosa. En el examen mostraba una leve inestabilidad del equilibrio y la marcha. Una resonancia magnética mostró lesión en el hemisferio cerebeloso hiperintensa en T₂ e hipointensa en T₁, isointensa en secuencias de difusión, con intenso edema vasogénico y captación parcheada de contraste en parénquima y leptomeninges. Una arteriografía no mostró alteraciones. Una muestra de líquido cefalorraquídeo mediante punción lumbar mostró: hemáties, 0/μl; leucocitos, 306/μl (polimorfonucleares 14%, mononucleares 86%); glucosa, 32 mg/dL, y proteínas, 121,3 mg/dL. El inmunofenotipado de las células mostró linfocitos maduros de origen policlonal. Una PET-TAC corporal total no mostró alteraciones. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos a

1/160. La biopsia cerebelosa mostró una vasculitis granulomatosa no necrotizante, de distribución leptomeníngea predominante. Se inició tratamiento con corticoides en dosis altas, con mejoría paulatina. Por problemas de cicatrización de la herida quirúrgica no se administró ciclofosfamida, sino rituximab (1 g × dos dosis). Tres meses después, la paciente únicamente mostraba una leve ataxia axial. **Conclusiones.** La vasculitis del sistema nervioso central puede asociarse a enfermedad inflamatoria intestinal. El rituximab es una opción de tratamiento emergente, que puede sustituir a la ciclofosfamida en casos seleccionados.

P8.

Micosis oportunistas del sistema nervioso central. A propósito de un caso

M. Bonet, J.M. Torregrosa, L. Navarro, J.C. Giner, L. Lorente, D. Zamora, J. Alom

Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. Las micosis oportunistas han ido en aumento en su reconocimiento como causa de infección en pacientes inmunodeprimidos. Aunque el género *Aspergillus* sigue siendo el más frecuente, *Scedosporium* está aumentando en incidencia. **Caso clínico.** Mujer de 75 años, sometida a trasplante renal y en tratamiento inmunosupresor, que ingresa en Nefrología para drenaje de colección parainjerto. Durante el ingreso, presenta un cuadro de inicio subagudo de hemiparesia izquierda. En la TAC cerebral inicialmente se informa de ictus isquémico subagudo en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Así, la sospecha diagnóstica inicial es un ictus isquémico cardioembólico (fibrilación auricular no anticoagulada). La evolución no es favorable, progresando a hemiplejía izquierda, paresia del miembro superior derecho y alteración del nivel de conciencia. En la resonancia magnética cerebral se objetivan lesiones ocupantes de espacio supratentoriales bilaterales, captantes de contraste, compatibles con abscesos. La paciente se mantiene afebril. La evolución neurológica es tórpida y se procede a su ingreso en la Uni-

dad de Cuidados Intensivos. Se drena una de las lesiones ocupantes de espacio, en la que microscópicamente se evidencian hifas tabicadas, no pigmentadas y a 45°, y en cuyo cultivo se aísla el hongo *Scedosporium*. En la TAC torácica aparecen, en el parénquima pulmonar, innumerables nódulos circunscritos, no cavitados, en cuyo aspirado bronquial se aísla el hongo *Aspergillus*. Ante la mala evolución clínica y diseminación de los abscesos cerebrales se procede a la limitación del esfuerzo terapéutico y finalmente es *exitus*. **Conclusiones.** *Scedosporium* se asocia principalmente a infecciones en individuos inmunodeprimidos, no sólo en el sistema nervioso central, sino también a nivel respiratorio, ocular, cutáneo y como enfermedad diseminada. Se considera que los hongos filamentosos distintos de *Aspergillus*, fundamentalmente las especies de los géneros *Fusarium*, *Scedosporium* y otros, suponen alrededor del 10% de las micosis en pacientes inmunodeprimidos. La tasa de mortalidad se sitúa en el 40-100%.

P9.

Cuando el paraguas no para la lluvia

A. Martín, A. Ramos, R.A. Regajo, D. García, R. Gil, R. Chamorro, A. Ponz, J. Gil, J.M. Santonja, J.M. Láinez

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Caso clínico. Mujer de 28 años que presenta eventos isquémicos de repetición. La paciente no presenta hábitos tóxicos, no toma tratamiento y como antecedente médico tiene una taquicardia supraventricular paroxística. Ingresó por un cuadro brusco de vértigo con náuseas, vómitos y sensación de distorsión de imágenes en el campo visual izquierdo. En la resonancia magnética cerebral se evidencia una lesión isquémica aguda en el territorio posterior. Se amplía el estudio con analíticas sanguíneas, monitorización cardíaca, *shunt* derecha-izquierda y ecocardiografía, que evidenció un foramen oval permeable (FOP). En ese momento se decide iniciar antiagregación con aspirina. La paciente presenta hasta cinco even-

tos isquémicos en los meses posteriores. En el segundo evento, se amplían pruebas complementarias, incluyendo arteriografía cerebral informada como normal, y se inicia anticoagulación con acenocumarol, que se sustituye por dabigatrán en el tercer episodio. Es tras el cuarto ictus cuando se decide, conjuntamente con el Servicio de Cardiología y dada la recurrencia de eventos isquémicos, el cierre del FOP, que se realiza de manera programada. Siete meses tras el cierre percutáneo del FOP, de nuevo ingresa por un nuevo evento isquémico en el territorio posterior. Ante la recurrencia siempre en la misma localización, se decide repetir la arteriografía, que evidencia un aneurisma disecante de la arteria vertebral derecha, por lo que se decide la colocación de un *stent* Flow Diverter. **Conclusiones.** El FOP se ha detectado hasta en un 25% de la población y, aunque suele ser un hallazgo incidental, se ha relacionado con el ictus isquémico criptogénico, llegando hasta un 56% en series recientes. Debe realizarse un estudio exhaustivo que descarte otras posibles etiologías para asociar el FOP como causa del evento vascular. En nuestro caso, dada la recurrencia de ictus en el territorio posterior, se realizó una segunda arteriografía que mostró como etiología de los eventos isquémicos un aneurisma disecante de arteria vertebral.

P10.

Neurosarcoidosis: a propósito de un caso

M. Mateo, M. Bas, L. Saláis, P. Yanguas, B. Mollá

Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida. Afecta principalmente a pulmones, sistema linfático, piel y ojos. La neurosarcoidosis aparece como complicación en el 5-10% de casos, constituyendo la forma de presentación en el 50%. El diagnóstico definitivo es histológico. El tratamiento consiste en inmunosupresores y el pronóstico es variable. **Caso clínico.** Mujer de 34 años, que consulta por

migraña sin aura, sin antecedentes de interés salvo ser donante de óvulos. En neuroimagen se observan dos lesiones captantes de contraste en transición mesencéfalo-protuberancia y núcleo caudado izquierdo asintomáticas. Plantean diagnóstico diferencial entre malformaciones vasculares y origen tumoral, pero una arteriografía descarta dichas malformaciones. Presenta empeoramiento refiriendo amenorrea y estreñimiento, y en la exploración se observa diplopía en mirada lejana, sin oftalmoparesias, debilidad 4+/5 en el miembro inferior derecho, hipoestesia en el pie derecho, reflejos patelares y aquileos abolidos, sin otra focalidad. En una nueva resonancia magnética se observa aumento de las lesiones conocidas, con intensa captación leptomenígea en el cerebro, cerebelo y troncoencéfalo, así como infiltración en la cola de caballo. La analítica, incluyendo marcadores tumorales, enzima conversora de angiotensina, calcio y autoinmunidad, no presenta alteraciones, salvo elevación de la *ratio* CD4/CD8. En líquido cefalorraquídeo, meningitis linfocítica con hipoglucorraquia. Serologías, cultivos y marcadores tumorales, negativos. En estudio de extensión se visualizan adenopatías hiliares, mediastínicas e infradiaphragmáticas, sin evidenciar tumor sólido. Ante dichos hallazgos, se plantea diagnóstico diferencial entre sarcoidosis, linfoma e infección tuberculosa, por lo que se realiza ecobroncoscopia lineal de adenopatías, que confirma sarcoidosis. Se descarta afectación a otros niveles y se inicia tratamiento con corticoides y micofenolato, con mejoría clínica y radiológica. **Conclusiones.** La neurosarcoidosis está causada por la inflamación granulomatosa del sistema nervioso. Como en nuestro caso, cuando es la forma de presentación, constituye un verdadero reto diagnóstico. Es importante descartar malignidad y procesos infecciosos antes de iniciar tratamiento, siendo fundamental para el pronóstico su rápida instauración.

P11.

Cuando la neuroimagen desconcierta

R.A. Regajo, R. Chamorro, R. Gil, A. Martín, A. Ramos, D. García, J.M. Láinez

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivo. Destacar la importancia de la etiología inmune en el diagnóstico diferencial de las encefalopatías. **Caso clínico.** Mujer de 45 años, sin antecedentes médicos destacables, que acude por un cuadro de 24 horas de evolución consistente en dificultad para el habla y parestesias periorales. El mes previo había realizado ciclo antibiótico por una neumonía apical. En urgencias presenta una crisis tónica coincidiendo con un pico febril, seguido de un estado confusional persistente sin trazado de estado epileptico en el electroencefalograma. No había meningismo ni focalidad neurológica. TAC urgente sin alteraciones. En líquido cefalorraquídeo, 62 mg/dL de proteínas y resto normal. Agentes bacterianos, reacción en cadena de la polimerasa para citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus varicela zóster, virus herpes simple, virus herpes humano 6 y *Mycobacterium tuberculosis*, negativos. En la angiorresonancia cerebral había hiperintensidad bilateral en cápsulas externas, claustros, tálamos, vertiente posterior de núcleos estriados y cara mesial de los lóbulos temporales, en FLAIR y T₂. Serologías para virus de la inmunodeficiencia humana y lúes, negativos, y positivo para IgG antitoxoplasma, varicela y virus herpes simple. Anticuerpos anti-NMDA: negativos. Radiografía: infiltrado alveolar en el ápex derecho. Lavado broncoalveolar y broncoaspirado selectivo: reacción en cadena de la polimerasa y cultivo positivos para *M. tuberculosis*. Se inició tratamiento antibiótico, antiepiléptico y antituberculoso por la alta sospecha radiológica. Considerando la posibilidad de encefalitis parainfecciosa asociada a tuberculosis pulmonar, se inició posteriormente tratamiento esteroideo y plasmáferesis, con buena respuesta. **Conclusiones.** La encefalitis inmune es una causa de encefalopatía de causa no aclarada, en la que cobra gran im-

portancia el tratamiento precoz. La positividad de anticuerpos antineuronales apoya el diagnóstico, pero su negatividad no lo excluye ni debe retrasar el inicio de tratamiento.

P12.

Hallazgos neurosonológicos en el trombo móvil carotídeo

C. Díaz, N. López, P. Barredo, L. González, D. Corona, L. Betancourt, E. Torres, R. García, J. Gualda

Laboratorio de Neurosonología.
Unidad de Ictus. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El hallazgo de un trombo fresco móvil en la arteria carótida interna es infrecuente. Se caracteriza por la presencia de un trombo elongado adherido a la pared arterial con flujo sanguíneo a su alrededor y cuyo movimiento se asocia al latido cardíaco. Se han realizado pocas descripciones mediante ecografía. **Objetivo.** Caracterizar la imagen de trombo fresco móvil en dúplex carotídeo a propósito del caso de un paciente con trombo fresco móvil en la arteria carótida interna, mostrando de forma comparativa los hallazgos en dúplex carotídeo y angiotomografía. **Caso clínico.** Varón de 45 años, que acude a urgencias del Hospital General Universitario de Alicante tras activación del código ictus. A su llegada se objetiva clínica compatible con ictus isquémico de la arteria cerebral media izquierda (NIHSS: 15 puntos). El estudio radiológico urgente evidencia oclusión M1 izquierda y se inicia tratamiento fibrinolítico y trombectomía mecánica de rescate. A las 24 horas se realiza un dúplex carotídeo, donde se evidencia una placa isohipoecoica complicada en el origen de la carótida interna, con una estenosis aproximada del 80%. La placa se extiende distalmente con una masa intraluminal que se mueve con cada latido. El estudio transversal con color evidencia la ausencia de contacto con la pared luminal (imagen en diana) de esta lesión, lo que confirma su carácter de trombo fresco móvil. Las imágenes posteriores de la angiotomografía confirman estos hallazgos. **Conclusiones.** El trombo fresco es una

rara complicación de la placa de aterosclerosis que puede identificarse mediante el dúplex carotídeo. Además de la información dinámica que puede aportar en el estudio longitudinal, la identificación en el estudio transversal en modo color de una característica imagen en diana puede ser de gran utilidad.

P13.

Neurosarcoidosis como diagnóstico de sarcoidosis sistémica. A propósito de un caso

M. Campins, A.C. Witch, C. Nieves, F. Pérez, J.J. Vilchez

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida que se caracteriza por la formación de granulomas. Los marcadores inflamatorios y su relación con diversos HLA hacen pensar en cierta predisposición genética. Se sabe que los linfocitos T CD4 son los encargados de iniciar y mantener la formación de granulomas. La neurosarcoidosis aparece en el 5-15% de los casos y cursa con neuropatía craneal baja, afectación meníngea, intraparenquimatosa e hipotalámica así como mielorradiculopatía, neuropatía periférica o miopatía. Se presenta una neurosarcoidosis como inicio sintomático de una sarcoidosis sistémica. **Caso clínico.** Mujer de 45 años, con clínica sensitiva hemicorporal izquierda en mayo de 2015 y afectación sensitiva hemicorporal derecha en junio de 2015. Ingresa en Neurología en septiembre de 2015 por nueva clínica sensitiva (dermatomas D7-D8 y D10-D11 izquierdos) y parálisis facial bilateral. Durante el ingreso empeora, con parálisis del velo del paladar, voz gangosa, reflujo nasal de líquidos al tragar y disfagia leve. En resumen, multi-radiculopatía con afectación de pares craneales bajos (VII y X) y afectación inicial previa del V par. Se realiza radiografía de tórax, tomografía computarizada pulmonar, punción lumbar, resonancia magnética cerebral, PET-TAC, lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial, compatibles con sar-

coidosis sistémica. Tratamiento con 1 g de metilprednisolona intravenosa durante cinco días, con mejoría parcial. Dada la gravedad y la afectación secuencial de pares craneales se inicia metotrexato, 7,5 mg/semana, con resolución completa. **Conclusiones.** La neurosarcoidosis tiene un espectro clínico amplio y llegar al diagnóstico resulta complejo. Es importante respaldarse de las pruebas complementarias para demostrar una afectación sistémica. La anatomía patológica compatible establece un diagnóstico seguro y el inicio de un tratamiento.

P14.

Mielitis longitudinal extensa como presentación de una neurosarcoidosis

J.M. Gómez, E. Cañizares, J. García, J.M. Ferrer, L. Landete, R. Galiano

Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Caso clínico. Varón de 38 años, ingresado en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital y trasladado posteriormente al nuestro, que desarrolló una mielitis longitudinal muy extensa. Tras su estudio se confirmó la sospecha de neurosarcoidosis. Paciente que vimos como cambio de servicio desde Reumatología por sospecha de polineuropatía desmielinizante sensitiva de predominio braquial, y que había presentado con anterioridad un episodio de poliartritis. En nuestra primera evaluación hallamos una tetraparesia 4+/5, con aumento de los reflejos en miembros inferiores e hiperalgesia cuadrilateral sin nivel metamérico claro. Se realiza una resonancia magnética medular completa, con lesión extensa desde la parte inferior del bulbo raquídeo hasta D4. Al detectarse en la placa de tórax adenopatías perihiliares, por la historia clínica de poliartralgias se decidió completar estudio con un lavado broncoalveolar y punción-aspiración con aguja fina transbronquial, que confirmaron el diagnóstico sospechado de neurosarcoidosis. Posteriormente el paciente ha sido tratado con prednisona y azatioprina, con muy buena evolución. **Conclusiones.** Se trata de un caso interesante por ser una enfermedad in-

frecuente en nuestro medio y presentarse de una forma poco habitual.

P15.

Cuerpo extraño carotídeo en dúplex cervical: migración del coil tras una embolización intracraneal

L. González, N. López, C. Díaz, E. Torres, L. Betancourt, D. Corona, P. Barredo

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La migración del coil es una complicación poco frecuente pero que puede tener consecuencias catastróficas. En la mayoría de los casos se produce durante el procedimiento. En una minoría se manifiesta en forma de déficit neurológico posprocedimiento, siendo diagnosticado frecuentemente mediante angiogramografía. Se piensa que puede relacionarse con la forma y localización del aneurisma, ya que comúnmente se produce en aquellos que presentan cuello ancho y se localizan en la arteria cerebral media. Según la bibliografía revisada, presentamos el primer caso de migración de coil a la arteria carótida común diagnosticado mediante ecografía. **Caso clínico.** Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por una hemorragia subaracnoidea secundaria a la rotura de un aneurisma disecante supraclinoideo izquierdo. El aneurisma presenta mala relación saco/cuello y un diámetro máximo de 3 mm. Se emboliza con un coil, bajo asistencia de balón inicialmente y mediante dispositivo Flow Diverter en un segundo tiempo. En arteriografía de control se observa estabilidad de las espiras implantadas. Días más tarde se nos consulta para la búsqueda de vasoespasmio intracraneal mediante neurosonología. Completamos el estudio con eco-Doppler de troncos supraaórticos, donde observamos a lo largo de la arteria carótida interna izquierda una imagen lineal que alcanza la carótida común y que impresiona por las características de tratarse de material endovascular. No produce alteración hemodinámica en el eje carotídeo. Revisando pruebas anteriores se comprueba que se trata de un material radiolúcido en la arterio-

grafía, pero visible mediante tomografía computarizada y ecografía. **Conclusiones.** El tratamiento de esta complicación es controvertido. En nuestra paciente, dado que se mantuvo asintomática, se decidió un manejo conservador. En este caso, fue muy útil la realización de la neurosonología porque el material migrado se trataba del componente interno del coil, que es radiolúcido, y por tanto pasó desapercibido en las arteriografías de control.

P16.

Miositis orbitaria: comunicación de un caso

N. Jannone, J. Juni, L. Vilaplana, C. Quintanilla, L. Álvarez

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. La miositis orbitaria es una afectación inflamatoria de los músculos extraoculares y puede ser idiopática o secundaria. Es la segunda causa más frecuente de afectación de la musculatura extraocular por detrás de la oftalmopatía tiroidea. **Caso clínico.** Mujer de 44 años, con gastritis atrófica y sin factores de riesgo vascular, que presenta dolor ocular y diplopía con la dextroversión, y tumefacción palpebral desde hace una semana. Refiere seis episodios previos similares desde hace tres años, pero sin diplopía, que remitieron con antiinflamatorios en una semana. En la exploración presenta proptosis leve, paresia leve del recto lateral derecho y leve *scleral show* inferior sin retracciones palpebrales. La resonancia magnética cerebral y de órbitas evidencia un engrosamiento difuso del músculo recto medial derecho y más leve del recto lateral. Los marcadores autoinmunitarios y las serologías son normales, pero se encuentra un hipotiroidismo subclínico. Se trata con metilprednisolona y la clínica remite en días. **Conclusiones.** Se trata de un caso de afectación de la musculatura extraocular compatible con miositis orbitaria. La instauración aguda y unilateral, el dolor con el movimiento ocular, la proptosis leve, la afectación de los músculos horizontales y no verticales, y la preservación de la

agudeza visual apoyan este diagnóstico. El *scleral show* leve y el hipotiroidismo subclínico, unidos a la mayor prevalencia de la oftalmopatía tiroidea, van a favor de este otro diagnóstico. Sin embargo, el hipotiroidismo subclínico podría darse en el contexto de una paciente con comorbilidad autoinmunitaria (gastritis atrófica). Es importante conocer la miositis orbitaria en el diagnóstico diferencial del síndrome orbitario, descartar causas secundarias e instaurar el tratamiento adecuado.

P17.

La trombosis venosa cerebral a través de cinco casos

D.A. Zamora, L. Navarro, L. Lorente, M.A. García, J.C. Giner, M. Bonet, M. Torregrosa, F. Alberola, J. Alom

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo. Presentar una serie de cinco casos de trombosis venosa cerebral ingresados en el Servicio de Neurología durante 2015. **Pacientes y métodos.** Se trata de cinco mujeres, con una mediana de edad de 55 años (rango: 38-72 años). La presentación más frecuente fue cefalea orgánica, asociada en dos casos a cortejo vegetativo y en uno a sintomatología visual, comenzando en otro caso con crisis epiléptica. Como antecedentes personales destacan tratamiento hormonal, tabaquismo y miopatía mitocondrial. **Resultados.** En la exploración no se advirtieron hallazgos relevantes. Se realizaron pruebas de neuroimagen, incluyendo angiorresonancia magnética venosa y arteriografía cerebral. Se objetivó trombosis de seno transversal en cuatro casos, de seno sigmoidal en uno y de seno longitudinal superior asociada a infarto venoso con transformación hemorrágica en otro. En una paciente se identificaron además papiledema bilateral y déficit campimétrico en pruebas oftalmológicas y estudio de trombofilia alterado; en otra, tromboembolismo pulmonar bilateral paucisintomático mediante tomografía computarizada pulmonar. En todas hubo evolución favorable, a excepción de un *exitus* y otro

caso con complicación del déficit visual que precisó derivación ventriculoperitoneal. La etiología fue atribuible a trastornos de la hemostasia, tabaquismo y miopatía mitocondrial. **Conclusiones.** La trombosis venosa cerebral es una entidad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y una evolución muy variable, tal y como podemos interpretar en los casos analizados; por ello, son precisos un diagnóstico y tratamiento precoces y una vigilancia estrecha para detectar posibles complicaciones que pueden implicar desde la necesidad de intervención quirúrgica hasta la muerte. Es más frecuente en mujeres jóvenes y en asociación con coagulopatías, terapia hormonal, enfermedades inflamatorias sistémicas y trastornos hematológicos. La prueba diagnóstica más sensible y específica es la angiorresonancia venosa y la anticoagulación es el tratamiento de elección. Tiene una mortalidad del 10% y una recurrencia del 2,8%.

P18.

Neurorrehabilitación multidisciplinar tras hemorragia talámica: a propósito de un caso

S. Andrés, M.R. Lozoya, P. Benedicto, B. Sanmartín, P. Quiñones, I. Soro

Neural. Clínicas de Rehabilitación Neurológica. Valencia.

Introducción. Los ictus talámicos presentan un perfil de afectación que engloba múltiples áreas e influye en la funcionalidad del paciente. La neurorrehabilitación basada en terapias físicas y cognitivas favorece el pronóstico de recuperación. **Objetivo.** Mostrar la evolución de las secuelas tras un abordaje multidisciplinar. **Caso clínico.** Varón de 50 años, que presenta hemorragia intraparenquimatosa talámica izquierda con hemiplejía derecha y afasia global. Tras estabilización clínica recibe rehabilitación multidisciplinar ambulatoria durante 34 meses. Se realiza valoración inicial al ingreso y al alta, abarcando neuropsicología, fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. Se evalúan procesos atencionales (D2), funciones mnésicas (escala de memoria de Wechsler III), fun-

ciones ejecutivas (test de clasificación de cartas de Wisconsin), equilibrio (Berg), marcha (Tinetti), denominación y comprensión (test de Boston), y actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (índice de Barthel e índice de Lawton y Brodie, respectivamente). La valoración inicial revela afectación de la atención, memoria, control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y bradipsiquia, alteración del equilibrio en bipedestación estática y durante la marcha, grave alteración del lenguaje (anomia y comprensión) y dependencia moderada para las actividades de la vida diaria básicas y grave para las instrumentales. Tras la intervención multidisciplinar, los resultados objetivan mejora de los procesos atencionales, memoria visual (corto y largo plazo) y control ejecutivo; alcanza bipedestación estable y control del equilibrio estático y dinámico, mayor acceso al léxico y normalidad en la comprensión, y dependencia leve para las actividades de la vida diaria básicas y moderada para las instrumentales. Persiste leve afectación cognitiva y logopédica, con necesidad de ayuda técnica en la marcha y supervisión para las actividades de la vida diaria. **Conclusiones.** Tras el abordaje neurorrehabilitador se observa una mejoría significativa del estado global cognitivo del paciente, estabilidad en el equilibrio e independencia en la marcha, adquisición de funcionalidad en la comunicación y mayor independencia en su vida diaria. La rehabilitación desde un enfoque multidisciplinar favorece la autonomía y la calidad de vida del paciente.

P19.

Hematoma fugax

R.A. Regajo, A. Martín, A. Ramos, D. García, R. Chamorro, R. Gil

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivo. Considerar alternativas al diagnóstico de hematoma cerebral tras un procedimiento intervencionista. **Caso clínico.** Varón de 42 años, exfumador, hipertenso y portador de desfibrilador automático implantable por miocardiopatía dilatada idiopática, en lista de espera para trasplante

cardíaco y bajo tratamiento anticoagulante, entre otros. Se activa el código ictus por un cuadro hemisensitivo-motor izquierdo, hemianopsia homónima y desviación de la mirada conjugada a la derecha, de hora y media de evolución (NIHSS: 13). ECG: ritmo sinusal a 65 latidos/min y QRS > 120 ms. INT: 1,85. En la angiotomografía se objetiva oclusión del segmento M1 de la arteria cerebral media derecha y penumbra del 80%, sin alteraciones en troncos supraaórticos. Se realiza procedimiento endovascular y en la arteriografía se confirma la apertura de M1 con presencia de trombo en M2, intentando sin éxito la recanalización. Posteriormente se evidencia un hematoma en el putamen derecho de 30 mm. Una tomografía axial computarizada a las 48 horas evidencia una disminución del tamaño y densidad del hematoma, mostrando gran mejoría clínica (NIHSS: 2). En consenso con el Servicio de Cardiología se decidió cambiar a dabigatrán 150 mg/12 h como uso compasivo. **Conclusiones.** La miocardiopatía dilatada es una causa importante de ictus cardioembólico. La hemorragia cerebral sintomática postprocedimiento se presenta hasta en el 10,9%. Las hiperintensidades posttratamiento endovascular del ictus se muestran hasta en el 60% en las 4,5 horas, siendo transitorias en un 79% y probablemente debidas a la fuga de contraste.

COMUNICACIONES ESTELARES

E1.

Sangrado antiguo subclínico en pacientes tratados con trombólisis intravenosa y riesgo de transformación hemorrágica postratamiento

M. Bas, C. Soriano, M.P. Yanguas, L. Saláis, M. Mateo

Hospital General de Castellón.

Introducción. La transformación hemorrágica es la complicación más temida en el ictus isquémico trombolisado.

En la mayor parte de los protocolos, incluyendo el nuestro, el antecedente de hemorragia cerebral conocida es un criterio de exclusión. **Objetivo.** Detectar cuántos pacientes trombolisados presentan microsangrados o restos de sangrado antiguo no conocidos por curso subclínico, y si este hallazgo se relaciona con un mayor riesgo de transformación hemorrágica tras tratamiento con rt-PA. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de pacientes consecutivos con diagnóstico al alta de ictus isquémico trombolisado entre noviembre de 2008 y diciembre de 2015 en el Hospital General de Castellón. Se revisaron 489 historias clínicas. En la primera semana tras el evento isquémico, 335 pacientes tenían realizada resonancia magnética (RM). De éstos, nueve recibieron tratamiento intraarterial exclusivamente, por lo que se excluyeron del estudio. Finalmente se analizaron 326 pacientes. **Resultados.** La edad media era de 69 años (rango: 27-89 años), un 57% varones. Del total de la muestra, 316 fueron sometidos a tratamiento intravenoso y 10 a ambos (intravenoso + intraarterial). La mayoría de los pacientes fueron tratados dentro del protocolo, excepto en tres con déficit ligero y uno con plaquetopenia. En el 13% de los pacientes se administró tratamiento hipotensor pre-ictus (datos años 2014-2015). Presentaron transformación hemorrágica tras la administración de rt-PA 94 pacientes. En 13 pacientes, la RM detectó signos de sangrado antiguo (seis con restos hemosideróticos en relación con hemorragia previa y siete con microsangrados puntiformes). No encontramos diferencias significativas en el riesgo de sangrado tras tratamiento entre el grupo con sangrado crónico en RM y aquellos sin sangrado ($p = 0,64$). **Conclusiones.** La presencia de sangrados antiguos subclínicos es un hallazgo poco frecuente, en nuestro medio representa el 4%. La trombólisis intravenosa en este grupo de pacientes no incrementa el riesgo de transformación hemorrágica de forma significativa.

E2.

Tratamiento endovascular en la provincia de Alicante: análisis por departamentos

P. Barredo, C. Díaz, D. Corona, L. González, L. Betancourt, E. Torres, P. González, R.M. García, J. Gualda, N. López, I. Beltrán, L. Llorente

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. En el ictus agudo secundario a oclusión de gran vaso, el tratamiento endovascular ha demostrado su superioridad frente al tratamiento aislado intravenoso. Su implantación dentro de los sistemas actuales de código ictus supone un reto organizativo complejo pero necesario. La asistencia del ictus agudo en la provincia de Alicante distribuye a los pacientes entre dos unidades, la del Hospital General Universitario de Elche (HGUE) y la del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y, centralizado en este último, el tratamiento endovascular de la provincia. **Objetivo.** Exponer la casuística de los procedimientos endovasculares realizados durante 2015, analizando los departamentos de procedencia. **Pacientes y métodos.** Los datos proceden del registro prospectivo del HGUA de código ictus; se recogen edad, sexo, origen de la activación, departamento de procedencia, demora desde el inicio hasta el aviso y demora desde la activación hasta la llegada al hospital. **Resultados.** Durante 2015 se realiza-

ron un total de 87 procedimientos endovasculares (edad media: 69 años; 60,9% hombres), con una media de demora inicio-aviso de 84 min y demora activación-llegada de 58,51 min. El origen por departamentos fue: 26 de Alicante (29,88%), 15 de San Juan (17,24%), 11 de Marina Baixa (12,64%), 10 de Elche (11,49%), 9 de Denia (10,34%), 5 de Alcoy (5,74%), 4 de Elda (4,59%), 4 de Torrevieja (4,59%), 3 de Orihuela (3,44%) y 1 de Vinalopó (0,05%). Globalmente, un 75% de los pacientes tratados pertenecía a la unidad de ictus del HGUA, lo que supone un 0,0066% de la población SIP asignada, frente a un 0,0025% perteneciente a la unidad de ictus del HGUE. **Conclusiones.** El presente análisis muestra una asimetría departamental en la distribución de los pacientes sometidos a tratamiento endovascular. Diferentes variables geográficas, pero sobre todo organizativas y de modelo asistencial hospitalario, se sugieren como origen de estos resultados.

E3.

Valoración de los depósitos de hierro cerebral en pacientes con enfermedad de motoneurona

J.F. Vázquez^a, M. Mazón^b, J. Carreres^b, M. Frasquet^a, T. Sevilla^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Radiología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. En las enfermedades de

motoneurona (EMN) ocurre una degeneración progresiva de las neuronas motoras. Sin embargo, no existen biomarcadores que evalúen la muerte de primera motoneurona. **Objetivo.** Describir la prevalencia de depósitos de hierro en el área motora cerebral y su correlación con variables clínicas. **Sujetos y métodos.** Estudio observacional transversal en una cohorte de 75 pacientes con EMN y 28 controles. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de progresión. Se realizó una resonancia cerebral de 3 T en secuencias FLAIR y SWAN. Se escogieron seis regiones cerebrales de interés y se analizó visualmente de forma sistemática la intensidad y espesor de la señal cortical en esas áreas. **Resultados.** Se detectaron más depósitos de hierro en pacientes con EMN que en controles. Esta diferencia fue estadísticamente significativa en la esclerosis lateral primaria y en la esclerosis lateral amiotrófica clásica, pero no en la atrofia muscular progresiva. La puntuación de los depósitos en la resonancia correlacionó con los signos de primera motoneurona en la exploración. La secuencia SWAN fue superior a FLAIR en la valoración de los depósitos. **Conclusiones.** Los pacientes con EMN presentan depósitos de hierro en el área motora en comparación con los controles. Estos depósitos aumentan cuanto mayor es la afectación clínica de primera motoneurona. La secuencia SWAN en la resonancia cerebral puede ser de utilidad en el diagnóstico de las EMN.

E4.

Neurología en la historia del arte

R. Yaya^a, S. Villalba^b

^a Hospital Universitario La Fe.

^b Unidad de Neuropsicología.

Universidad Católica de Valencia.

Introducción. Nuestro trabajo se basa en la búsqueda de una iconografía neurológica en obras de arte de diferentes épocas y de diversos artistas que han sido capaces de evocar signos neurológicos o distintos procesos del sistema nervioso central o periférico. **Materiales y métodos.** Se analizan 42 obras de arte de distinto género (pintura, escultura, dibujos, arquitectura) y hemos observado su contenido con una visión neurológica. **Resultados.** Algunos autores han sabido reflejar lo que han observado transcribiendo en su obra una enfermedad neurológica. Presentamos casos de poliomielitis, síndrome de la cabeza caída, distonía cervical, distonía de torsión generalizada, blefaroespanto, camptocormia, arteritis de Horton, síndrome de Otelo, opistótonos, ansiedad, soledad, dolor, dolor del alma, etc. **Conclusiones.** Muchas enfermedades neurológicas se encuentran reflejadas en distintas obras de arte.