

XX Reunión Anual de la Sociedad Canaria de Neurología

Mogán, Gran Canaria, 6-7 de mayo de 2016

COMUNICACIONES ORALES

01.

Epidemiología de las meningitis neumocócicas en Canarias

Morales Hernández C, Pino Calm B, Mota Balibrea V, Lallena Arteaga E, Rodríguez Espinosa N

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Evaluar la epidemiología de las meningitis neumocócicas en Canarias y, como objetivo secundario, describir el patrón de resistencias antibióticas en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Se obtuvieron los datos epidemiológicos (mes, año, edad, sexo) correspondientes a los crecimientos de *Streptococcus pneumoniae* en líquido cefalorraquídeo entre los años 2009-2015, junto con su antibiograma. Se realizó un análisis estratificado de los crecimientos según los meses del año. En cuanto al patrón de sensibilidades, se analizaron los porcentajes de resistencia a 10 antibióticos comunes. **Resultados.** Se recogieron 26 cultivos positivos, de los cuales 8 pertenecían a pacientes en edad pediátrica y 18 a adultos. Los meses con mayor número de casos fueron enero, febrero, marzo, abril y mayo (73%), y los meses con menor número de crecimientos, agosto y septiembre (0 casos). El 38,46% fueron resistentes a penicilina, el 30,76% a clindamicina y el 26,92% a eritromicina. Se identificó una tasa de resistencias a cefalosporinas del 3,84%. No se identificaron resistencias a vancomicina ni a linezolid. **Conclusiones.** En nuestro medio, el pico de incidencia se situó entre el invierno y la primavera, lo que sugiere un modelo epidemiológico diferente

al europeo, que abarca los últimos meses de otoño y el invierno. Por otro lado, el patrón de resistencias no difiere del comunicado en otras series y el número de resistencias a cefalosporinas es bajo.

02.

Enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda: propuesta de evaluación neuropsicológica prequirúrgica

Periáñez Hernández JM, De Alba Martínez MA, González Yago A, Díaz Miranda E, Vega Dávila D

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La estimulación cerebral profunda (ECP) es un procedimiento neuroquirúrgico basado en la implantación de un electrodo programable en el sistema nervioso central mediante técnicas estereotácticas. Actualmente es una técnica empleada en pacientes afectos de enfermedad de Parkinson y síntomas motores. **Objetivo.** Proporcionar una propuesta protocolizada de evaluación neuropsicológica que abarque la medición de los dominios cognitivos relevantes con vistas a la ECP en la enfermedad de Parkinson, a nivel prequirúrgico y de seguimiento posterior. **Pacientes y métodos.** Se han empleado técnicas de evaluación neuropsicológica y sus correlatos en la literatura científica para la identificación apropiada de las funciones cognitivas afectas y una estimación de la validez y fiabilidad de sus medidas psicométricas con vistas a optimizar la selección de candidatos quirúrgicos, existiendo diversos factores que condicionan su recomendación. Uno de ellos es la ausencia de demencia y patología psiquiátrica grave, así como el

estado cognitivo actual del paciente.

Resultados. Planteamos una propuesta de evaluación neuropsicológica conformada por tests psicométricos de gran tradición, con vistas a estudiar los dominios cognitivos relevantes.

Conclusiones. De acuerdo con el documento de consenso sobre ECP en la enfermedad de Parkinson, la evaluación neuropsicológica preoperatoria es obligatoria. El deterioro cognitivo grave es un criterio de exclusión y, además, la ECP puede provocar un empeoramiento de la función cognitiva, de ahí la necesidad de caracterizar el perfil cognitivo de cada paciente previamente a la cirugía.

03.

Efectos de la terapia electroconvulsiva en un paciente con esquizofrenia y enfermedad de Parkinson idiopática

Cañas Jiménez S, Blázquez Medina E, Alemán Santana CE, Mayans Vázquez T

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Revisar el uso terapéutico actual de la terapia electroconvulsiva (TEC) en pacientes con trastorno mental grave y enfermedad de Parkinson, a propósito de un caso. Se revisa la literatura científica internacional publicada en los últimos 25 años acerca del tema propuesto. **Caso clínico.** Tras nueve sesiones de TEC realizadas durante el ingreso hospitalario, la paciente presentó una mejoría significativa en la clínica psiquiátrica y una ligera mejoría en la clínica de la enfermedad de Parkinson, que se objetivó fundamentalmente en el temblor en reposo de extremidades, la rigidez, los movimientos alternantes y la bradicinesia. Sin embargo, en la valoración

realizada dos meses después de la estancia en la UIB, ya de alta, había vuelto a empeorar la clínica neurológica, quedando muy similar al estado previo al ingreso en psiquiatría. **Conclusión.** En la bibliografía consultada se recoge evidencia del uso hospitalario de esta terapia en el ámbito de la neurología, con mejoría funcional tanto motora como psicopatológica en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, pero no hay una clara evidencia del tiempo de mejoría con la TEC de mantenimiento.

04.

Mielitis por déficit de cobre

Alonso Pérez J, Solé Violán C, Lallena Arteaga E, González Pérez A, Henao Ramírez M, Mota Balibrea V

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción. El déficit de cobre se describe generalmente en pacientes con enfermedades malabsortivas o secundariamente a la ingesta excesiva de zinc como tratamiento de la enfermedad de Wilson. **Caso clínico.** Varón de 53 años, con antecedentes personales de múltiples factores de riesgo vascular y utilización de una pasta adhesiva para prótesis dental con alto contenido en zinc. Presentaba un trastorno sensitivo progresivo de inicio subagudo, de tres semanas de evolución. En la exploración física destacaba una hipoestesia tactoalgésica y una hipopalestesia grave con un nivel metamérico D6. Se solicitó una RM de columna, que confirmó el diagnóstico de sospecha de mielitis de probable origen inflamatorio en la región anterior de los segmentos medulares D2-D6. Ante estos hallazgos se llevó a cabo un amplio estudio diagnóstico

para el cribado de posibles causas. Dicho estudio únicamente puso de manifiesto la existencia de un déficit de cobre sérico y de ceruloplasmina con valores de zinc llamativamente elevados en la orina. El paciente fue dado de alta con suplementos de cobre. En el control ambulatorio a los cuatro meses había mejorado significativamente de la clínica referida; además, los hallazgos de la RM de columna habían prácticamente desaparecido y los niveles de cobre y zinc se habían normalizado. **Conclusión.** Las patologías más frecuentemente asociadas al déficit de cobre son las alteraciones hematológicas, la osteopenia y la hiperpigmentación de la piel. Sin embargo, también puede presentarse en forma de una mielopatía subaguda con síntomas de afectación cordonal posterior y lateral generalmente cervicodorsal.

05.

Trombectomía mecánica en el ictus isquémico agudo. Experiencia en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Lallena Arteaga E, Mota Balibrea V, Alonso Pérez J, Konrad Díaz V, González López A, Medina Rodríguez A

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Exponer los datos de eficacia y seguridad del procedimiento en los pacientes con ictus isquémico agudo tratados en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Se estudió de forma retrospectiva a pacientes sometidos a trombectomía mecánica, primaria o de rescate desde el año 2013 al 2016. Se analizaron los indicadores de eficacia (medida como porcentaje de pacientes con escala de Rankin modificada de 0-2 a los tres meses y porcentaje de pacientes con una recanalización TIC1 2B-3) y seguridad (valorando el porcentaje de hemorragia clínicamente sintomática y mortalidad) en nuestro centro. **Resultados.** Se realizaron 39 procedimientos, de los cuales un 69,23% se inició en menos de seis horas. El porcentaje de pacientes con una tasa de recanalización TIC1 2B-3 fue de un 71,7%. La escala de

Rankin modificada de 0-2 a los tres meses fue de un 50%. La seguridad, medida por el porcentaje de hemorragias clínicamente sintomáticas, fue de un 7,6%, y la mortalidad a los 90 días, de un 15,3%. **Conclusiones.** Los resultados obtenidos en nuestro centro son similares en cuanto a eficacia y seguridad en relación a los datos publicados de la trombectomía mecánica hasta la fecha actual.

06.

Uso de apomorfina en la enfermedad de Parkinson avanzada: experiencia en una muestra de 42 pacientes

Díaz Díaz H, Díaz Díaz A, Bordón Poderoso C, Hernández Alemán M, Santana Calderín A, Arbelo González JM

Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivo. Describir la eficacia y seguridad del tratamiento con infusión continua de apomorfina subcutánea (ICAS) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo en el que se describen 42 pacientes con EP avanzada tratados con ICAS. Para valorar la eficacia se compararon las variables: UPDRS (*Unified Parkinson's Disease Rating Scale*) motora, intensidad de discinesias, período *off* diario y reducción del tratamiento antiparkinsoniano en situación basal, tras el inicio de ICAS y en la última revisión clínica realizada. Para valorar la seguridad se utilizaron los efectos secundarios y, en su caso, el motivo de retirada. Las medianas se compararon con el test de Friedman para datos emparejados. **Resultados.** Se estudiaron 42 pacientes, 50% hombres y 50% mujeres, con una edad media de $72,3 \pm 9,1$ años y una mediana de tratamiento con ICAS de 13 meses. El motivo de inicio de ICAS fueron las fluctuaciones motoras incapacitantes incontrolables con medicación oral ($n = 25$; 83,3%) y la alta frecuencia de inyección de apomorfina intermitente subcutánea ($n = 6$; 9,6%). La dosis media de inicio de apomorfina fue de 32 mg/día, y en la última visita, 70,4 mg/día. Se objeti-

vó una reducción estadísticamente significativa en la UPDRS motora, las intensidad de discinesias, el período *off* diario y la reducción del tratamiento antiparkinsoniano previo tanto tras el alta hospitalaria como en la última visita clínica. La mayoría de los pacientes padecieron algún efecto adverso, aunque ninguno grave. El más prevalente fueron los nódulos subcutáneos ($n = 30$; 71,4%), a consecuencia de los cuales cinco pacientes abandonaron el tratamiento. El motivo de retirada más frecuente fue el *exitus* ($n = 12$; 42,9%). **Conclusiones.** De acuerdo con nuestros resultados y datos previamente publicados, la ICAS parece ser una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de pacientes con EP avanzada que presentan fluctuaciones motoras graves, no controladas con medicación convencional.

07.

Estudio piloto de valoración cognitiva pre y posquirúrgica en pacientes sometidos a estimulación cerebral profunda en la enfermedad de Parkinson

Pérez Hernández P, Cabrera Naranjo F, Ramos Rodríguez D, Suarez Muñoz J, Baena Ruiz E

Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. Las alteraciones cognitivas en la enfermedad de Parkinson (EP) afectan hasta a dos tercios de los pacientes. La estimulación cerebral profunda (ECP) es una alternativa extendida para el tratamiento de la EP avanzada. **Objetivo.** Analizar si existen cambios cognitivos tras ECP en la EP. **Pacientes y métodos.** Se recogieron de forma prospectiva datos neuropsicológicos de pacientes programados para cirugía de ECP por EP entre septiembre de 2015 y febrero de 2016; se realizó una valoración neuropsicológica previa y posterior a la cirugía. **Resultados.** Se recogieron un total de tres pacientes, dos sometidos a cirugía por EP y uno sometido a cirugía por temblor esencial como control. En los pacientes con EP se observó un establecimiento en los resultados pre y posquirúrgicos en la valoración cognitiva

global. En la valoración de función ejecutiva y función visuoespacial, los pacientes presentaron una leve mejoría respecto al estudio prequirúrgico. La fluidez verbal mejoró ligeramente en uno de los pacientes y empeoró en otro. El paciente con temblor esencial empeoró en los resultados de valoración cognitiva global y en la fluidez fonética y mejoró en fluidez semántica. **Conclusiones.** La cirugía de ECP es una alternativa terapéutica importante en los pacientes con EP avanzada. La influencia de la cirugía de ECP en la fluidez verbal parece clara, pero debe evaluarse con mayor profundidad la influencia del tratamiento en otros dominios cognitivos.

08.

Meningitis agudas con complicaciones cerebrovasculares: revisión de una serie hospitalaria

Mota Balibrea VC, Lallena Arteaga E, Morales Hernández C, González Pérez A, Henao Ramírez M, Rodríguez Espinosa N

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Descripción epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular como complicación de la meningitis aguda y análisis de posibles factores de riesgo. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes de nuestro hospital entre marzo de 2006 y mayo de 2015. **Resultados.** Se recogieron 11 casos, un 36,3% mujeres y un 63,6% hombres. La media de edad fue de 58,81 años. El 90% presentó algún factor predisponente, destacando diabetes mellitus (45%), hipertensión arterial (45%), consumo de alcohol (18%) e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (9%). El tiempo medio entre la aparición de síntomas y la realización de punción lumbar fue de 4,18 días. En el 54% de los casos no se encontró microorganismo causante. La situación funcional media al alta fue de 3,8 puntos en la escala de Rankin modificada. La mortalidad global fue del 81,8%, el 45% en el propio ingreso y el 27% de forma diferida. **Conclusiones.** La enfermedad cerebrovascular

es una complicación extremadamente grave de la meningitis que se asocia a discapacidad grave o *exitus*. Los estados de inmunosupresión pueden ser un factor de riesgo y, además, amortiguar los síntomas de presentación. El tiempo prolongado entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico puede ser un factor de riesgo.

09.

Características clínicas de la parálisis supranuclear progresiva en la zona sur de Gran Canaria

Santana Calderín A, Díaz Díaz A, Bordón Poderoso C, Hernández Alemán M, Díaz Díaz H, Arbelo Rodríguez JM

Unidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Describir las características clínicas de la población de la zona sur de Gran Canaria afectada de parálisis supranuclear progresiva (PSP). **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo. El diagnóstico se estableció mediante los criterios NINDS-SPSP (National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Society for Progressive Supranuclear Palsy). Se valoraron los ítems incluidos en la PSPRS (*Progressive Supranuclear Palsy Rating Scale*) y los estudios de imagen: RM o TAC y SPECT cerebral. Se determinó la actividad enzimática de la glucocerebrosidasa para valorar la asociación con enfermedad de Gaucher tipo I. **Resultados.** Veintitrés pacientes cumplieron los criterios de inclusión: 14 (60,9%) con PSP probable y 9 (39,1%) con PSP posible. Se evidenció una distribución similar por sexos (12 masculino y 11 femenino). La edad media de inicio de síntomas fue de 67 años, con un tiempo medio de duración de la enfermedad de 5,5 años. En la historia clínica, las caídas es lo más frecuente (95,6%). En la función mental, lo más habitual es la bradifrenia y la inhibición psíquica (91,3%). Hay afectación bulbar en el 91,3% de los casos. La afectación ocular más frecuente es la limitación para la infraversión de la mirada (86,9%). Todos tienen afectación de la destreza digital. La afectación axial y la ines-

tabilidad postural se presentan en un 95,65% de los casos. Se realizó SPECT en 22 pacientes, siendo patológico en 18 (81,8%). Se detectó atrofia mesencefálica en RM/TAC en 6 (30%) de 20 pacientes. La actividad de la glucocerebrosidasa fue normal en todos los pacientes. **Conclusiones.** En los pacientes con PSP de la zona sur de Gran Canaria encontramos una edad de inicio superior a la descrita en la población europea, así como una distribución equitativa por sexos frente al clásico predominio masculino. Las características clínicas son similares a las descritas previamente. La técnica de imagen que más se correlacionó con la clínica fue el SPECT. No encontramos relación con la enfermedad de Gaucher.

010.

Enfermedad de Huntington: características en la población de Gran Canaria

Hernández Alemán M, Martín Santana I, Díaz Díaz A, Santana Calderín A, Díaz Díaz H, Arbelo González JM

Unidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Describir características clínicas de pacientes con enfermedad de Huntington en la zona sur de Gran Canaria. **Pacientes y métodos.** Evaluación mediante escalas clínicas, motoras, conductuales, cognitivas y funcionales de 24 pacientes con enfermedad de Huntington seguidos en la Unidad de Trastornos de Movimiento del Hospital Insular de Gran Canaria. **Resultados.** Veinte pacientes y cuatro portadores asintomáticos de la mutación, de 24-70 años, con predominio del sexo femenino (62,5%). Diagnóstico habitualmente en edades medias de la vida (46,15 años), de los cuales tres eran mayores de 60 años. En 21 casos, la historia familiar es conocida, con igual distribución de progenitor afecto, pero tres pacientes fueron el caso índice de la enfermedad. En 19 casos existe sintomatología motora, con predominio del corea (18-75%), seguido de dificultad para segui-

to ocular e inicio de las sacadas (17-70%). Los síntomas conductuales son muy frecuentes: depresión e irritabilidad ($n = 17$; 70,8%), apatía ($n = 15$; 62,5%) y trastorno obsesivo ($n = 9$; 37,5%). Al menos cinco pacientes reconocen ideación suicida y un caso, incluso, tentativa. Tres pacientes presentan demencia avanzada (con imposibilidad para completar el estudio cognitivo), tres tienen afectación moderada-grave de ambas fluencias, y tres, afectación de al menos una de ellas. Tres pacientes eran completamente dependientes y uno moderadamente dependiente para actividades básicas de la vida diaria. **Conclusiones.** Las características clínicas de nuestra muestra no difieren de la bibliografía, si bien la edad de diagnóstico (46,15 años) es algo superior a la publicada. Los síntomas motores son los más frecuentes, pero los síntomas conductuales y cognitivos son muy prevalentes y, en muchos casos, resultan más discapacitantes que los motores.

011.

Reestenosis y complicaciones tras angioplastia y stent carotídeos: serie de 189 casos

García García N^a, Mirdavood S^a, Pinar Sedeño G^a, Aguilar Tejedor Y^b, Cubillo Prieto D^b, Buceta Cacabelos E^b, García Rodríguez JR^a

^aServicio de Neurología. ^bUnidad de Radiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. La angioplastia carotídea ha surgido como una alternativa a laendarterectomía. Nuestro objetivo es presentar un análisis retrospectivo de las complicaciones periprocedimiento y a largo plazo, junto con las tasas de reestenosis. **Pacientes y métodos.** Se revisan los pacientes con estenosis carotídea tratados mediante stent en nuestro centro hospitalario desde el año 2005 hasta el 2014. Se describen datos epidemiológicos, factores de riesgo, tasas de complicaciones, tipo de ictus, ataque isquémico transitorio, infarto agudo de miocardio (IAM) y mortalidad a los 30 días, al año y a los cinco años. Se recogen las tasas

de reestenosis. Para definir la reestenosis se incluyen todos los casos en los cuales, en el estudio eco-Doppler carotídeo, la velocidad pico sistólica fue mayor a 200 cm/s y se confirmaron por arteriografía. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS. Se empleó el test de chi al cuadrado para la asociación entre las variables. La significación estadística se confirmó con un valor $p < 0,05$. **Resultados.** Entre 2005 y 2015, 189 pacientes fueron tratados mediante angioplastia. El 72% eran hombres. Edad media: 65 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión arterial (79%) y la diabetes (47%). El 79% de estenosis eran sintomáticas, y en un 78% de estenosis graves. Las causas de las estenosis fueron aterotrombóticas (90%), disecciones (4%) y arteritis (3,8%, todas mujeres). Las tasas de complicaciones a los 30 días, al año y a los cinco años fueron, respectivamente, del 1,7%, 9% y 17,7%, siendo la más frecuente el IAM (12,9% a los cinco años). Mortalidad al mes, al año y a los cinco años: 0,5%, 3,9% y 26%, respectivamente. Las tasas de reestenosis en los hombres al mes, tres meses, seis meses y al año fueron del 3%, 1%, 5% y 5%, respectivamente, y en las mujeres, del 2%, 6%, 4% y 5%, respectivamente. **Conclusiones.** La mayoría de los pacientes presentaban estenosis mayores a 70% sintomáticas. En nuestra serie, las tasas de complicaciones globalmente fueron similares a otras series, con unas tasas bajas a corto y medio plazo. La complicación más frecuente fue el IAM, siendo las cardiopatías la causa más habitual de mortalidad a largo plazo. Las tasas globales de reestenosis son bajas, con diferencias entre sexos por las diferentes etiologías, siendo más frecuentes en las arteritis y estenosis posradioterapia.

O12.

Terapia electroconvulsiva como tratamiento de una encefalitis/encefalopatía de probable etiología inmunomediada seronegativa

Pueyo Morláns M^a, Padilla León D^a, Croisier Elías C^a, Lorente Miranda A^a, Villar Martínez D^a, Vera Barrios E^b, Alcántara Gutiérrez M^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife.

Introducción. El creciente descubrimiento de nuevos anticuerpos obliga a ampliar el horizonte etiológico de las encefalitis autoinmunes. Junto a la causa paraneoplásica se abren paso las encefalitis por anticuerpos de membrana. Hemos pasado del síntoma focal al trastorno conductual, de la lesión visible a la disfunción difícilmente objetivable. Su diferente fisiopatología determina su respuesta al tratamiento inmunomodulador y, con ello, la prioridad diagnóstica y terapéutica y nuestra responsabilidad ante el hecho de poder modificar la evolución. **Caso clínico.** Mujer de 52 años, con antecedentes de trastorno límite de la personalidad. Ingresó por agitación, alucinaciones, incontinencia esfinteriana y síndrome constitucional. Presentaba fiebre y disautonomía, velocidad de sedimentación globular elevada, hipogammaglobulinemia e hiperseñal parietooccipital bilateral. Realizado un amplio estudio etiológico, fue negativo salvo para síndrome de Cacchi-Ricci y macroadenoma hipofisario. Con la sospecha de encefalitis NMDA fue tratada con corticoides e inmunoglobulinas. La paciente mejoró, aunque tardíamente, y quedó asintomática. A los seis meses reingresó en estado hipomaniaco atribuido a los corticoides. Segundo cribado sistémico/licuoral, también negativo, excepto reaparición de la hiperseñal cortical en neuroimagen. Se trató nuevamente con metilprednisolona y neurolepticos, sin mejoría e incluso respuesta paradójica. Finalmente se decidió terapia electroconvulsiva, con la cual la paciente recuperó su estado basal previo. **Conclusiones.** Este caso plas-

ma la incertidumbre del neurólogo ante una sospecha autoinmune que no puede demostrar y del psiquiatra ante una psicosis atípica refractaria al tratamiento convencional. Planteamos la hipótesis de la disfunción sináptica de la conectividad cerebral, probablemente autoinmune, como causa del cuadro que finalmente respondió a la terapia electroconvulsiva. ¿Serán las encefalitis 'sinápticas' el puente que unirá la neurología y la psiquiatría?

PÓSTERS

P1.

Distonía cervical en intoxicación por litio

Muñoz Díaz E, Vega Dávila D, Cabrera Velázquez C

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Presentar un caso clínico de ingreso hospitalario en unidad de agudos de psiquiatría que se complicó con una intoxicación leve por litio, presentada clínicamente por distonía cervical, desorientación, inestabilidad de la marcha y temblor generalizado. **Caso clínico.** Mujer de 58 años, hipertensa y dislipémica, con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que ingresó en nuestro servicio por clínica maniforme con síntomas psicóticos. Ambulatoriamente mantenía tratamiento con litio, paroxetina y risperidona. Litemia en rango terapéutico al ingreso. Tras 17 días de hospitalización, presentó temblor, alteración de la marcha y distonía cervical que no cedía con biperideno, aunque remitió finalmente con diazepam. Exploraciones complementarias: litemia de 1,8, con función renal normal en el momento de instauración de la clínica neurológica. En el electroencefalograma no se documentó actividad aguda ni complejos periódicos o semiperiódicos sugestivos de encefalopatía o actividad epiléptica. Se realizó interconsulta a neurología, con impresión diagnóstica de efectos secundarios extrapiramidales. **Conclusiones.** En esta paciente, la intoxica-

ción por litio se manifestó como primer signo con una distonía cervical. Dentro de los efectos secundarios de la intoxicación con litio está descrita la distonía cervical, que puede presentarse por esta causa, aunque de manera menos frecuente que por el empleo de fármacos antipsicóticos. Por tanto, en pacientes en tratamiento con litio que presentan una distonía cervical, debe sospecharse una intoxicación por litio.

P2.

Manifestaciones psiquiátricas de la demencia frontotemporal. A propósito de un caso

Muñoz Díaz E, Vega Dávila D, Díaz Miranda E, Periañez Hernández JM, Cabrera Velázquez C

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La demencia frontotemporal suele comenzar con sintomatología psiquiátrica. Presentamos el caso clínico de una paciente con clínica inicial compatible con un síndrome ansioso-depresivo, que evolucionó progresivamente hacia la atipicidad, consolidándose en un cambio de personalidad hacia la histeria, y que recibió, en base a un estudio neuropsicológico, el diagnóstico de demencia. **Caso clínico.** Mujer de 60 años, con antecedentes de seguimiento en unidad de salud mental por depresión atípica, que evolucionó hacia un deterioro funcional con alteraciones comportamentales burdas, con funciones mnésicas conservadas; se decidió el ingreso hospitalario tras una tentativa autolítica de carácter finalista. En planta se la observaba orientada, con discurso reiterativo. Conductas de rigidez y oposicionismo, tendencia al encamamiento y trastornos de conducta ante límites externos. Se realizó protocolo analítico de demencia tratable, que resultó anodino, y se solicitó un estudio neuropsicológico, que objetivó alteraciones congruentes con un cuadro de afectación de corte frontal. El diagnóstico al alta fue de demencia frontotemporal. **Conclusiones.** Ante un paciente que en la edad adulta muestre cambios progresivos de la personalidad, con tras-

tornos de conducta y pérdida de la capacidad de juicio, se debe sospechar una demencia frontotemporal. El estudio neuropsicológico temprano facilita el diagnóstico diferencial y ayuda a focalizar el plan terapéutico.

P3.

Síndrome corticobasal: valor localizador del estudio neuropsicológico y la neuroimagen

Periañez Hernández JM, López Méndez P, Ruano Hernández A, García Rodríguez JR, De Alba Martínez MA

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. Las demencias frontotemporales engloban un amplio conjunto de entidades clinicopatológicas neurodegenerativas que comparten dos características fundamentales: producen un síndrome de sintomatología conductual o cognitiva que es eminentemente focal y atrofia lobar, restringida a un lóbulo o una región cerebral concreta, que se pone de manifiesto en la neuroimagen. **Caso clínico.** Mujer de 57 años, con dificultad para la manipulación del brazo derecho (lado dominante), despistes y 'olvidos de las palabras' de tres meses de evolución. En la exploración neurológica, lenguaje con bloqueos de la fluencia, con parafasias fonémicas y semánticas, ligero déficit de atención, disgrafía, discalculia, agnosia digital, alteración visuoespacial, apraxia ideomotora, facies hipomímica, ligera bradicinesia y dificultad para movimientos alternantes, sin otros datos de afectación extrapiramidal. Estudio analítico sin hallazgos patológicos. Estudio neuropsicológico: MMSE de Folstein: 24/30, memoria remota para nombres y fechas, memoria verbal de fijación, recuerdo diferido, memoria inmediata, funciones visuoespaciales-visuoperceptivas, praxia visuoespacial y test de colores y palabras alterados; denominación y fluencia verbal limitrofe. RM cerebral: atrofia cortical de predominio temporoparietal izquierdo. SPECT de perfusión cerebral: hipoperfusión parietal bilateral de predominio izquierdo. DaT-Scan: hipocaptación del puta-

men izquierdo. En la evolución presentó resistencia a la movilización pasiva del brazo derecho y mano *alien* derecha, concluyéndose el diagnóstico de degeneración corticobasal. **Conclusión.** La expresión clínica de alteración cortical cerebral demostrada mediante el estudio neuropsicológico refleja las áreas anatómicas afectadas en el síndrome corticobasal, traduciendo una afectación típicamente asimétrica de la corteza frontoparietal.

P4.

Meningoencefalitis aséptica con perfil licuoral bacteriano

Lesdema J, Cabrera Naranjo F, Ramos Rodríguez D, Pérez Hernández P, Loscertales Castaños J

Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Describir la presentación de una meningitis aséptica con perfil licuoral atípico. El término 'meningitis aséptica' hace referencia a un proceso de inflamación meníngea en el que los cultivos son negativos. **Caso clínico.** Varón de 16 años, que consultó por fiebre, cefalea y alteración del nivel de consciencia, con petequias y sin otra focalidad. La punción lumbar obtuvo un líquido blanco lechoso. El análisis mostró 3.718 leucocitos/ μ L, con 92% de polimorfonucleares, 3 mg/dL de glucosa y 433 mg/dL de proteínas totales. Se sospechó meningitis bacteriana y se inició antibioterapia empírica. La tinción de gram y los cultivos resultaron negativos. Analizado en centro de referencia, los cultivos resultaron negativos y la reacción en cadena de la polimerasa descartó la presencia de virus neurotrópicos y de bacterias habituales. La evolución clínica del paciente fue excelente. **Conclusiones.** Se presenta un caso en el que el perfil clínico y analítico sugiere una meningoencefalitis bacteriana, y en el que no ha sido posible detectar la presencia de ningún agente infeccioso. Se han descrito en la literatura científica meningitis secundarias a enfermedades inflamatorias o al consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). No se recogió consumo de AINE en nuestra historia y se

descartó la presencia de enfermedades autoinmunes. Parece importante recordar que la meningitis aséptica es un cuadro clínico frecuente con un perfil licuoral habitualmente linfocitario, y que ante la falta de diagnóstico etiológico, el tratamiento empírico, orientado por la clínica, el aspecto del líquido y la bioquímica básica, debe mantenerse hasta garantizar una respuesta clínica positiva.

P5.

Signos indirectos de hipertensión intracraneal idiopática

González Pérez A, Henao Ramírez M, Alonso Pérez J, Gutiérrez Naranjo J, Martín García V, Contreras Martín Y

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Describir y revisar los síntomas y signos de la hipertensión intracraneal idiopática (HICI). **Caso clínico.** Mujer de 47 años, en seguimiento en otorrinolaringología por acúfenos. En pruebas complementarias (resonancia magnética cerebral) se objetivó una posible causa de los síntomas. Se realizó revisión de los signos radiológicos de hipertensión intracraneal. El síntoma guía del caso fue acúfeno bilateral de características pulsátiles (síntoma poco frecuente en la HICI), sin otros síntomas asociados y exploración física normal. El estudio de neuroimagen (resonancia magnética cerebral) mostró signos indirectos altamente sugestivos de hipertensión intracraneal. **Conclusiones.** La HICI es una entidad caracterizada por un aumento de la presión intracraneal, sin que exista evidencia de patología intracraneal. En general, los criterios diagnósticos se basan en la existencia de síntomas (cefalea, náuseas y vómitos, alteración visual, diplopía y acúfeno pulsátil) y signos de hipertensión intracraneal, aumento de presión intracraneal con ausencia de anomalías en el análisis del líquido cefalorraquídeo y la normalidad de las pruebas de neuroimagen. Existen hallazgos radiológicos que apoyan el diagnóstico, de gran ayuda cuando los síntomas son inespecíficos, entre ellos: espacio subaracnoideo alrededor de los nervios

ópticos, tortuosidad vertical de los nervios ópticos, silla turca vacía parcial, cavum de Meckel ampliado, etc. Se recomienda una exhausta anamnesis, prestando atención no sólo a los síntomas más representativos de la HICI, sino también a aquellos que resultan en primera instancia como banales, poco frecuentes o inespecíficos, como es el caso del acúfeno pulsátil. Resulta esencial la valoración de la neuroimagen con la finalidad de descartar causa subyacente y de hallar signos indirectos de HICI que apoyen el diagnóstico.

P6.

Tembor postural como manifestación clínica de un hematoma subdural bilateral

Guzmán Fernández M, Cabrera Naranjo F, González Hernández A, Fabre Pi O

Servicio de Neurología. Hospital San Roque Maspalomas. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. El temblor es uno de los principales motivos de consulta en neurología. Entre las causas más habituales de temblor destacan el temblor esencial, el parkinsonismo, el temblor fisiológico o el medicamentoso. Se describe el caso clínico de una paciente con temblor postural de inicio subagudo de origen inhabitual. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, sin antecedente personales de interés, que consultó por temblor postural de un mes de evolución. En la anamnesis, la paciente refirió haber sufrido hacía un mes un traumatismo craneoencefálico tras caída casual, sin pérdida de la conciencia. En la exploración se objetivó temblor postural en miembros superiores e hiperreflexia derecha, por lo que se solicitaron estudios de neuroimagen para descartar causas estructurales. RM craneal: hematoma subdural agudo/subagudo frontoparietal bilateral superior de predominio izquierdo, que mostraba compresión del parénquima cerebral adyacente, con obliteración parcial del sistema ventricular. Se realizó craniectomía con drenaje del hematoma subdural, y la paciente presentó una evolución favorable. **Conclusiones.** Una apropiada

anamnesis y una completa exploración neurológica de los pacientes que consultan por temblor es una herramienta fundamental para identificar patologías graves y potencialmente tratables como el hematoma subdural, que no se encuentra en el diagnóstico diferencial habitual de estos casos.

P7.

Demencias rápidamente progresivas: del sexto sentido al tiroides

Gutiérrez Naranjo J, Tejera Martín I, Alonso Modino D, Mota Balibrea VC, Morales Hernández C, Lallena Arteaga E

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Presentación de un caso de demencia rápidamente progresiva (DRP) con el repaso de su etiología y diagnóstico diferencial en la práctica clínica para finalizar en el diagnóstico de encefalitis de Hashimoto. **Caso clínico.** Mujer de 75 años, que comenzó con trastorno conductual y deterioro cognitivo rápidamente progresivo de inicio un mes antes del ingreso, asociado a elevación de reactantes de fase aguda, con llamativa elevación de velocidad de sedimentación globular. Tras la realización de pruebas complementarias encaminadas a descartar las DRP más frecuentes, se observó un título muy elevado de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina, tanto en suero como en líquido cefalorraquídeo. Por dicho motivo se inició corticoterapia en dosis alta, con gran respuesta analítica con descenso de reactantes de fase aguda, pero escasa respuesta clínica. **Conclusión.** Las DRP deben pasar por un diagnóstico diferencial que abarque distintos tipos de trastornos vasculíticos, infecciosos, toxicometabólicos, autoinmunes, inflamatorios, neoplásicos y sistémicos como causa etiológica. La encefalitis de Hashimoto es una causa rara de DRP, que también debe tenerse en cuenta en la práctica clínica diaria, ya que habitualmente presenta una buena respuesta a corticoides, por lo que puede ser una causa potencialmente tratable.

P8.

Paraparesia espástica familiar tipo 11: respuesta satisfactoria a fampridina

Henao Ramírez M, González Pérez A, Lallena Arteaga E, Gutiérrez Naranjo J, Morales Hernández C, Rodríguez Espinosa N

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Comunicar un caso de paraparesia espástica familiar tipo 11 confirmada, con respuesta clínica favorable a fampridina. **Caso clínico.** Varón de 27 años, hijo de padres no consanguíneos, que comenzó con síntomas de tipo obsesivo en la adolescencia; a los 18 años se hizo evidente la alteración de la marcha asociada a disartria y disfagia. Se realizó estudio genético, que confirmó una mutación en el gen *SPG11*. Por empeoramiento clínico en los últimos meses, se consideró iniciar tratamiento fuera de ficha técnica con fampridina 10 mg dos veces al día, durante tres semanas. Se evaluó la eficacia del tratamiento con el test de los 25 pasos y con la *Spastic Paraplegia Rating Scale*, antes y después del tratamiento. En el test de 25 pasos se evidenció un descenso de 9 s entre las dos mediciones (20 y 11 s, respectivamente). No se encontró diferencia en la puntuación de la *Spastic Paraplegia Rating Scale*; sin embargo, el paciente refirió mejoría subjetiva desde el punto de vista motor. **Conclusiones.** La fampridina ha mostrado respuesta satisfactoria en pacientes con esclerosis múltiple, paraparesia espástica familiar y en un grupo de pacientes con paraparesia tropical. Se realizó tratamiento de forma empírica en un paciente con paraparesia espástica familiar tipo 11, evidenciándose mejoría clínica de forma objetiva, incluso en un porcentaje mayor que en otras revisiones de la bibliografía.

P9.

Neurosarcoidosis o enfermedad de Whipple: no sólo se trata de un diagnóstico diferencial

Henao Ramírez M^a, Gutiérrez Naranjo J^a, De la Colina Rojo G^b, González Pérez A^a, Alonso Pérez J^a, Alonso Modino D^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. Presentar el caso clínico de un paciente con neurosarcoidosis asociada a enfermedad de Whipple. **Caso clínico.** Varón de 52 años, extrabajador en aguas residuales, con diagnóstico reciente de sarcoidosis. Ingresó con clínica de alteración del nivel de conciencia fluctuante, mioclonías peribucales y en extremidades. En las pruebas complementarias se evidenciaron datos de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y desnutrición calórica y proteica. Líquido cefalorraquídeo con hiperproteínorraquia, enzima convertidora de la angiotensina elevada y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para enfermedad de Whipple, negativo en dos ocasiones. Los estudios neurofisiológicos mostraron encefalopatía moderada-grave y potenciales evocados con neuritis óptica desmielinizante. RM craneal con lesiones inespecíficas frontales en T₂. Se consideró diagnóstico de neurosarcoidosis y se inició metilprednisolona 1 g/día con mejoría clínica importante. Tras el tratamiento inmunosupresor llegaron resultados positivos de PCR para enfermedad de Whipple en ganglio y biopsia duodenal, por lo que se inició tratamiento antibiótico, sin cambios clínicos relevantes. **Conclusión.** La sarcoidosis y la enfermedad de Whipple no deben ser diagnósticos excluyentes. La clínica neurológica del paciente fue secundaria a una reacción sarcoidea inmune ante una enfermedad de Whipple, lo que apoya la hipótesis de algunos autores de que la enfermedad de Whipple es una posible etiología de la sarcoidosis.

P10.

Manifestaciones psiquiátricas de enfermedades neurológicas. A propósito de un caso

Díaz Díaz A, García García N, Gutiérrez Martínez A, Muñoz García A, Amela Peris R

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Describir las posibles manifestaciones psiquiátricas que pueden aparecer en enfermedades neurológicas. **Caso clínico.** Mujer de 44 años, en seguimiento por neurología por sospecha de epilepsia focal criptogénica y síndrome vertiginoso periférico, con TAC cerebral y EEG sin alteraciones. En tratamiento con 250 mg/12 h de levetiracetam. Acudió a urgencias por haber presentado un episodio que inició con desorientación, sensación de irrealidad y desconocimiento de su entorno, y que a los pocos minutos continuó con retroversión ocular y contracción tónica de las cuatro extremidades, sin relajación de esfínteres ni mordedura lingual. El episodio duró aproximadamente 12 minutos, quedando con somnolencia posterior. En los últimos 20 días refería nueve episodios de similares características que ocurrían generalmente el mismo día de la semana, 'los sábados'. Además, en el último mes había presentado síntomas de irritabilidad, depresión y alteraciones del sueño en relación a problemas de pareja. Se le dio el alta con nueva neuroimagen (TAC) normal y aumento de dosis de levetiracetam. Acudió varios días después por crisis de pánico, alteración en el reconocimiento visual y alucinaciones visuales elaboradas con amnesia del episodio. La exploración neurológica mostró fluctuación cognitiva con episodios de desorientación, alucinaciones visuales e importante trastorno de memoria reciente. RM cerebral: hiperintensidad en T₂-FLAIR temporal mesial bilateral compatible con encefalitis límbica. EEG: brotes de ondas agudas frontotemporales bilaterales con claro predominio derecho. Líquido cefalorraquídeo: células, 15; proteínas, 47 mg/dL; glucosa, 81 mg/dL. Un estudio extenso que incluyó cribado paraneoplásico, serologías y autoinmu-

nidad no filió la etiología. Tras inicio de corticoterapia, la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta asintomática. **Conclusiones.** Las enfermedades neurológicas pueden presentarse con un amplio espectro de manifestaciones psiquiátricas, hecho que en muchas ocasiones dificulta el diagnóstico e incluso la distinción entre lo orgánico y lo funcional. Ejemplo de ello es la encefalitis límbica, donde las manifestaciones psiquiátricas pueden incluir cambios de carácter, irritabilidad, ansiedad, depresión, alteraciones del comportamiento, desorientación, inversión del ritmo sueño-vigilia y alucinaciones.

P11.

Polineuropatía amiloide familiar de presentación tardía. A propósito de un caso

Díaz Díaz A^a, Gutiérrez Martínez A^a, Muñoz García A^a, Marrero Alemán G^b, Arbelo Rodríguez JM^a, Pinar Sedeño G^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La polineuropatía amiloide familiar es un tipo de amiloidosis hereditaria con patrón autosómico dominante. Su sustrato patológico reside en el depósito sistémico, y especialmente en nervios periféricos, de material amiloide cuyo componente principal es una variante mutada de la proteína transtiretina (TTR). Se describe un caso en un contexto epidemiológico atípico. **Caso clínico.** Varón de 64 años, fumador y bebedor, sin antecedentes familiares de interés, que presentaba desde hacía dos años debilidad progresiva y parestesias de inicio en extremidades inferiores, que progresivamente se había extendido a extremidades superiores. Se realizó estudio vía ambulatoria, orientándose inicialmente a causa toxicometabólica, pero tras un año de retirar los tóxicos, el paciente siguió empeorando, añadiéndose pérdida de peso, alteraciones del hábito intestinal, incontinencia urinaria y episodios sugestivos de hipotensión ortostática. La exploración neurológica mostró fuerza

muscular en miembros superiores: proximal a 4+/5 y distal a 3/5; en miembros inferiores, proximal a 3+/5 y distal a 0/5. Amiotrofia distal de extremidades. Hipoestesia grave tactoalgésica, vibratoria y artrocinética distal y arreflexia generalizada. Temblor bilateral leve posicional con leve dismetría apendicular. Bipedestación posible con ayuda, aunque incapaz para la marcha, sobre todo por *este-pa-pa* bilateral. El estudio electromiográfico confirmó la presencia de una polineuropatía sensitivomotora axonal crónica. El estudio de líquido cefalorraquídeo mostró una disociación albuminocitológica. La biopsia de piel mostró depósito amiloide en la dermis papilar. El análisis genético reveló la presencia de la mutación Val30Met del gen de la TTR. El estudio sistémico sólo mostró afectación ocular en forma de ojo seco. **Conclusiones.** La polineuropatía amiloide familiar por mutación Val30Met del gen de la TTR de inicio tardío debe considerarse en pacientes de edad avanzada que desarrollan una polineuropatía axonal sensitivomotora progresiva con afectación autonómica, incluso en zonas no endémicas y en ausencia de antecedentes familiares.

P12.

Mielitis por bomba de infusión intratecal

Muñoz García A, Díaz Díaz A, Blázquez Medina E, Hervás García M, Pinar Sedeño G, García Rodríguez JR

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La mielitis transversa es una inflamación de médula espinal que cursa con trastorno motor sensitivo autonómico bilateral. Puede ser idiopática o secundaria. **Objetivo.** Mostrar los hallazgos clinicorradiológicos de un paciente con diagnóstico de mielitis transversa por bomba de infusión intratecal. **Caso clínico.** Varón de 68 años, con antecedentes de lumbalgia crónica con síndrome de espalda fallida, que precisaba una bomba de morfina de infusión intratecal y que presentó pérdida progresiva de fuerza y

sensibilidad en piernas de 12 horas de evolución, con retención urinaria y fecal. En la exploración, paraplejía flácida, arreflexia rotuliana y aquilea, cremastérico abolido, anestesia termoalgésica de miembros inferiores con nivel D12 y apalestesia de miembros inferiores. Con ello se llegó al diagnóstico de síndrome de sección medular completa aguda en D10-D11. En la resonancia medular dorsal se observó una imagen centromedular hiperintensa en T₂ en D10-D11, sin captación de gadolinio. El líquido cefalorraquídeo mostraba 285 células, con 96% de mononucleares, e hiperproteínorraquia de 316 mg/dL. Todo ello compatible con mielitis transversa probablemente secundaria a bomba de infusión intratecal. **Conclusiones.** La analgesia intratecal surge como una opción terapéutica para el alivio del dolor en pacientes en los que han fallado otras formas de tratamiento. La bomba de infusión intratecal es un dispositivo seguro y eficaz. Sin embargo, entre las complicaciones que puede producir está la mielopatía necrótica progresiva, una rara forma de mielitis transversa.

P13.

Encefalopatía posterior reversible tras administración de metotrexato intratecal

Muñoz García A, Díaz Díaz A, Blázquez Medina E, Martín Santana I, Mirdavood S, Pinar Sedeño G, García Rodríguez JR

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La encefalopatía posterior reversible (EPR) es un síndrome clinicorradiológico que cursa con cefalea, síntomas visuales y crisis epilépticas, asociado a edema vasogénico cerebral reversible corticosubcortical de predominio en territorio posterior. Se describe más frecuentemente en relación con hipertensión, enfermedad renal, embarazo, contraste y fármacos, entre otros. **Objetivo.** Describir las características clínicas, radiológicas y la evolución de un caso de EPR asociada a metotrexato intratecal. **Caso clínico.** Mujer de 55 años, hipertensa,

ingresada en hematología para tratamiento quimioterápico por linfoma de Burkitt según esquema R-CODOX-M (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y metotrexato), con uso de metotrexato intratecal para profilaxis del sistema nervioso central. Unas semanas después presentó ceguera de instauración brusca, sin otros hallazgos en la exploración, con aparición en 48 horas de crisis focal compleja y parálisis de Todd, que precisó antiepilépticos. TC craneal: múltiples lesiones hipodensas occipitoparietales. RM: lesiones de predominio posterior (parietooccipitales, cerebelo y tálamo), hiperintensas en T₂-FLAIR e hipointensas en T₁ y coeficiente de difusión aparente, sin restricción en la difusión ni captación de gadolinio, que orientó a un edema vasogénico. Estos hallazgos eran compatibles con EPR, estableciendo una relación cronológica con la administración de metotrexato intratecal. Buena evolución clínica y radiológica. **Conclusiones.** La EPR es una complicación poco frecuente de la quimioterapia y no se relaciona con niveles tóxicos del fármaco. La EPR inducida por metotrexato intratecal es extraordinariamente rara en adultos.

P14.

Fístula carotidocavernosa secundaria a trombosis venosa del seno petroso superior e inferior

Muñoz García A, Díaz Díaz A, Blázquez Medina E, Pinar Sedeño G, Aguilar Tejedor Y, Mirdavood S, García Rodríguez JR

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La fístula carotidocavernosa (FCC) es la comunicación entre la carótida y el seno cavernoso. Sucede de forma directa o indirecta a través de las ramas menígeas de la carótida interna o externa, y aparece de manera espontánea o secundaria a un evento: traumatismo, trombosis venosa, aneurisma o iatrogenia. En función del drenaje venoso, la presentación clínica es variable. **Objetivo.**

Presentar los hallazgos clinicorradiológicos de una paciente ingresada en nuestro centro con diagnóstico de FCC. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, con antecedentes de dislipemia y traumatismo craneoencefálico, que presentaba cefalea, oftalmodinia, diplopía horizontal y hemorragia conjuntival del ojo izquierdo. En la exploración mostraba edema palpebral, limitación para la abducción del ojo izquierdo e hiposfagma. En tomografía craneal se observaba una vena oftálmica superior izquierda dilatada. En la angiografía cerebral se objetivó una FCC indirecta izquierda, recibiendo aferencias desde ambas carótidas externas e internas, drenando del seno cavernoso izquierdo al derecho y a la vena oftálmica superior, todo ello en relación con una oclusión del seno petroso inferior y superior izquierdo. Mediante intervencionismo endovascular, se recanalizó el seno petroso inferior izquierdo ocluido y se procedió a la embolización con microespirales del seno cavernoso izquierdo, con excelente resultado final. En la arteriografía de control se observó la exclusión completa de la fístula, sin evidencia de aferencias fistulosas. **Conclusiones.** Ante una oftalmoplejía dolorosa convendría descartar una FCC, dado que es una causa tratable. Aunque un 20-50% de ellas se resuelven espontáneamente, si produce síntomas neurológicos o posee un drenaje cortical, convendría plantear el cierre de la comunicación.