

## 40.<sup>a</sup> Reunión Anual de la Sociedad Andaluza de Neurología

Ronda, Málaga, 19-21 de octubre de 2017

### COMUNICACIONES ORALES

#### O1.

#### Proyecto SIPIA-CT: tomografía computarizada de tórax de alta resolución como prueba de referencia para detectar infecciones respiratorias asociadas al ictus: validación de criterios clínicos

Pardo Galiana B, Zapata Arriaza E, Serrano Gotarredona P, Navarro Herrero S, Escudero Martínez I, Vega Salvatierra A, Mancha Molina F, Lebrato Hernández L, Cabezas Rodríguez JA, González A, Moniche F, Montaner J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** La neumonía asociada al ictus y demás infecciones respiratorias carecen de criterios clínicos definidos y nunca han sido validados frente a una prueba de referencia. Nuestro objetivo es evaluar el valor diagnóstico de estos criterios clínicos frente a la tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TACAR) como prueba de referencia. **Pacientes y métodos.** Seleccionamos en nuestro centro de forma prospectiva pacientes con ictus isquémico y NIHSS > 10 al ingreso; a todos ellos se les realizó TACAR entre cinco y siete días después del inicio de los síntomas. **Resultados.** Incluimos 45 pacientes, realizándose TACAR a 41 de ellos (tres pacientes fallecieron antes de la TACAR y uno presentó agitación importante), con una edad media de  $74,7 \pm 10,5$  años y mediana de NIHSS

basal de 20 (rango: 15-22). Diez pacientes presentaron datos clínicos de infecciones respiratorias (24,4%), de los cuales en cuatro (40%) se hallaron en la TACAR datos de neumonía asociada al ictus, patrón reagudizado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tres (30%) y TACAR normal en el resto de pacientes (30%). La TACAR fue positiva para infecciones respiratorias en dos pacientes (4,9%) que no presentaban clínica de infecciones respiratorias. Por tanto, los valores de sensibilidad/especificidad de los criterios clínicos comparados con los hallazgos en la TACAR fueron del 80% y 83,3%, respectivamente, con un valor predictivo positivo del 40% y negativo del 96,7%. **Conclusiones.** Por primera vez se compara la utilidad de los signos clínicos frente a la prueba de referencia (TACAR) en la neumonía asociada al ictus. Estos criterios muestran datos de especificidad y sensibilidad válidos para el diagnóstico inicial de la infección respiratoria asociada al ictus. No obstante, son necesarios estudios más amplios que confirmen estos resultados.

#### O2.

#### Experiencia terapéutica en pacientes con fibrilación auricular y stent carotídeo en una cohorte de pacientes de un hospital de tercer nivel

Baena P, Escudero I, Zapata E, De Torres R, Pardo B, Ainz L, Montaner J, Moniche F  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Describir una cohorte de pacientes con fibrilación auricular y con implantación de stent carotídeo y analizar el número de eventos hemorrágicos en el primer mes tras la intervención según el tratamiento. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de 63 pacientes, sometidos a implantación de stent. Se recogieron los datos de la historia clínica, el tratamiento administrado y el número de eventos hemorrágicos en el primer mes (2010-2017). **Resultados.** La edad media era de 72 años, un 84,1% hombres. El CHADS-VASC medio fue de 5,48, y HAS-BLED, de 4,01. Cuarenta y ocho pacientes (78,3%) recibieron doble antiagregación, 28 de ellos (44,4%) asociada a anticoagulación: 31,3%, acenocumarol; 7,1%, heparina en dosis anticoagulantes; 28,6%, heparina en dosis intermedias; 7,1%, rivaroxabán, y 3,6%, apixabán. Veinte de estos pacientes (71,4%) no recibieron anticoagulante. Quince pacientes del total recibieron antiagregación simple (23,8%), el 73,3% asociada a anticoagulación: 54,5%, acenocumarol; 18,2%, anticoagulación en dosis anticoagulantes; 18,2%, rivaroxabán, y 9,1%, dabigatrán. En el mes posterior, se produjeron hemorragias en seis pacientes, cinco en el grupo que recibió triple terapia (17,9%) y uno en el de doble antiagregación (5%), el 50% de tipo cutáneo, el 33,3% genitourinarios y el 16,7% intracraqueales, siendo éste el único mortal. En un caso se retiró la anticoagulación. No ocurrieron eventos en el grupo de antiagregación simple asociada a anticoagulación. **Conclusiones.** La triple terapia presenta un elevado índice de

complicaciones hemorrágicas, incluso mortales. La antiagregación simple asociada a un anticoagulante de acción directa debería considerarse como alternativa, dado que ha demostrado un menor número de eventos hemorrágicos con similar número de eventos tromboembólicos.

#### O3.

#### Análisis de los códigos ictus de un hospital terciario

Ainz L, Lebrato L, Escudero I, Moniche F, Mancha F, Vega A, Montaner J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivo.** Describir características clínicas y demográficas de pacientes con ictus en nuestro medio atendidos como código ictus en un hospital terciario. **Pacientes y métodos.** Se realiza análisis descriptivo transversal de pacientes que llegan a urgencias de un hospital de tercer nivel de forma prospectiva, en los que se activa código ictus, desde mayo de 2014 hasta noviembre de 2016. **Resultados.** Recogemos 410 pacientes (56% hombres; mediana: 71 años; rango: 57-78 años). El 63% ( $n = 262$ ) eran hipertensos, el 38% dislipémicos, el 21% fumadores, el 18,5% bebedores habituales y el 26,1% diabéticos. Un 15,6% ( $n = 64$ ) tenía ictus previo. El 8,1% tenía cardiopatía isquémica, y el 18%, embolígena. El inicio de los síntomas fue principalmente en hora conocida (58%), mientras que un 15% fueron ictus del despertar. En ECG se evidenció fibrilación auricular en el 13,2%. Se realizó

TC multimodal al 19,8% y RM multimodal al 0,2%. El 17,3% mostraron signos precoces de isquemia; el 4,1%, infarto establecido, y el 15,6%, hemorragia. En el estudio vascular urgente (angio-TC, Doppler-TC, angio-RM) de los 219 pacientes (53,4%), 149 no presentaron oclusión; 35, oclusión de la arteria cerebral media; 20, de la ACI extracraneal; 4, de TICA, y 3, de la arteria basilar. El 8,8% fueron ataques isquémicos transitorios; el 65,6%, ictus, y el 19%, *stroke-mimics*. Entre los ictus, el 77,3% fueron isquémicos y el 22,67% hemorrágicos. Siguiendo la clasificación TOAST, un 24% fueron aterotrombóticos/gran vaso; un 44,5%, cardioembólicos; un 15,3%, lacunares; un 5,7%, de causa infrecuente, y un 10,5%, indeterminados. En 129 pacientes (31,5%) se realizó revascularización aguda (rt-Pa por vía intravenosa o trombectomía mecánica). **Conclusiones.** Los datos presentados concuerdan con los descritos en la bibliografía. Sin embargo, destaca una marcada prevalencia de ictus cardioembólicos y un alto porcentaje de tratamientos de revascularización, probablemente debido a que se incluyen los códigos ictus activados y no el total de pacientes con ictus.

#### 04.

##### Serie de casos de amnesia epiléptica transitoria

Rego García I, Medina Gámez JA, López Alcalde S, Carnero Pardo C

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** La amnesia epiléptica transitoria es un trastorno epiléptico caracterizado por episodios recurrentes de amnesia de duración variable y una alteración intercriterica de la memoria episódica autobiográfica. En muchos casos se confunde con la amnesia global transitoria y conviene distinguirla por sus connotaciones etiológicas y terapéuticas. Nuestro objetivo es describir una serie de casos de amnesia epiléptica transitoria atendidos en nuestra unidad. **Casos clínicos.** Cuatro pacientes (dos hombres y dos mujeres), con edades comprendidas entre 64 y 69 años, presentaron episodios repetidos de alteración de la

memoria de fijación, de frecuencia y duración variables (de minutos hasta varias horas); dos de ellos presentaron signos adicionales durante los episodios (extrañeza, chupeteo). Todos los pacientes, independientemente de los episodios, aquejaban problemas de memoria referidos a hechos recientes. La RM fue normal en todos ellos; tres mostraron actividad irritativa específica temporal intercriterica. La evaluación neuropsicológica mostró, en general, fallos en la codificación y almacenamiento de la información a corto plazo; en el recuerdo a largo plazo (una semana), presentaban una alteración en la evocación del material que mejoraba con claves y reconocimiento. Todos quedaron asintomáticos con monoterapia (tres con carbamazepina y uno con lacosamida). **Conclusiones.** La amnesia epiléptica transitoria es un síndrome epiléptico criptogénico con caracteres bien definidos, claramente diferenciables de la amnesia global transitoria, y con una excelente respuesta al tratamiento.

#### 05.

##### Estudio de tipos de estrés oxidativo en líquido cefalorraquídeo, suero y saliva de pacientes con enfermedad de Parkinson

Damas Hermoso F, Fernández Espejo E

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

**Introducción.** El estrés oxidativo se propone como una de las causas de la enfermedad de Parkinson (EP). Nuestro trabajo se basa en el estudio de algunas sustancias oxidativas con el fin de poder realizar correlaciones clínicas y bioquímicas en los diferentes estadios de la enfermedad. **Sujetos y métodos.** Se han extraído muestra de saliva, sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) a pacientes con EP y controles, que se han analizado mediante ELISA, *Western-blotting* y espectrofotometría. Además, todos los pacientes se han sometido a una serie de escalas clínicas (UPDRS, Schwab & England, Hoehn & Yahr). Este año se ha incluido una nueva escala de síntomas no motores, desarrollada por los autores. **Resultados.** Se detecta estrés oxi-

dativo nitrativo con aumento de proteínas 3-nitrotirosinadas en el LCR del 55% de los pacientes ( $p < 0,05$ ), pero no en suero o saliva. No hay estrés oxidativo halogenativo del tipo 'clorado', pues el aumento de proteínas cloradas AOP y cloro-peroxidasas no es significativo. Sin embargo, se detecta estrés halogenativo 'no clorado' en LCR y saliva de los pacientes, con un incremento de deshalogenasa PARK9 en el 71% de LCR ( $p < 0,003$ ) y el 55% de saliva ( $p < 0,01$ ) y déficit deshalogenante. Finalmente, hay claro estrés peroxidativo en LCR y saliva, donde más del 80% de los pacientes presentan una menor actividad glutatión-peroxidasa y catalasa ( $p < 0,01$ ). No se han detectado correlaciones clínicas hasta la fecha. **Conclusiones.** Los pacientes presentan signos de estrés halogenativo del tipo 'no clorado' y estrés peroxidativo en LCR y saliva, no en suero. El LCR muestra signos de estrés nitrativo.

#### 06.

##### Estimulación cerebral profunda del área subtalámica posterior en síndromes tremóricos graves

Pérez Navarro MJ, Madrid Navarro C, Guillén Martínez V, Pérez Gámez M, Arnal García C, Ianez Velasco B, Jouma Katati M, Mínguez Castellanos A, Escamilla Sevilla F

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** La estimulación cerebral profunda del núcleo ventral intermedio del tálamo es una opción terapéutica consolidada en el temblor esencial refractario; no obstante, su eficacia es menos predecible en determinados síndromes tremóricos (cerebelosos, rúbricos o esenciales con predominio proximal apendicular). Presentamos dos casos en los que se optó por la estimulación cerebral profunda del área subtalámica posterior como diana quirúrgica. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 31 años, diagnosticada de esclerosis múltiple remitente recurrente de 13 años de evolución, con un síndrome cerebeloso y un temblor progresivo grave y discapacitante refractario a fármacos (propanolol, primidona, isoniacida y biperideno) y al uso

de muñequeras lastradas. Exploración: temblor cefálico de negación, 'titubación' axial, voz escandida con temblor de la voz, temblor de acción postural grave de predominio en manos, de amplitud y frecuencia medias, simétrico, y temblor intencional grave, con dismetría leve en las manos y ataxia de la marcha moderada (usa bastón habitualmente). Caso 2: varón de 60 años, con temblor esencial progresivo discapacitante y refractario de larga duración, cuya exploración muestra predominio del temblor cefálico y apendicular proximal, de frecuencia media y con cambios en la amplitud. Ambos pacientes fueron tratados mediante estimulación cerebral profunda del área subtalámica posterior bilateral, sin efectos adversos relevantes, con control óptimo del temblor y recuperación funcional en los tres meses de seguimiento. En el acto quirúrgico se seleccionó un trayecto que incluyó el núcleo ventral intermedio del tálamo en los contactos proximales y el área subtalámica posterior en los distales. **Conclusión.** La estimulación cerebral profunda del área subtalámica posterior es una opción terapéutica a considerar en determinados síndromes tremóricos refractarios distintos del temblor esencial clásico.

#### 07.

##### Influencia del tipo de guardia de neurología (presencial frente a localizada) en el tiempo puerta-aguja para fibrinólisis intravenosa

De la Cruz Cosme C, Gallardo Tur A, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción.** El código ictus pretende minimizar el intervalo entre el inicio de síntomas y el tratamiento reperfor en el ictus agudo. No hay datos bibliográficos sobre la influencia al respecto del estado presencial o localizado del neurólogo de guardia. **Pacientes y métodos.** Se revisaron retrospectivamente códigos ictus derivados en fibrinólisis intravenosa (FIV) desde 2012 a 2017. Se excluyeron los códigos ictus activados en pacientes ingresa-

dos y los casos con demoras por fluctuaciones clínicas o por errores de la cadena asistencial ajenos al neurólogo. Se recogió la hora de llegada, de TAC y de bolo de FIV en cada tramo de guardia: de presencia (GP; 08:00-20:00 h), localizada (GL; 20:00-08:00 h) y localizada con residente (GLR). Se compararon los tiempos puerta-TAC (TPT), TAC-aguja (TTA) y puerta-aguja (TPA). **Resultados.** Hubo 144 FIV entre 2012 y 2017. Se incluyeron 110 en el estudio: 77 en GP, 20 en GL y 13 en GLR. Las medias de TPT fueron: GP, 21 min; GL, 21 min, y GLR, 26 min ( $p = 0,3$ ). Las medias de TTA fueron: GP, 36 min; GL, 56 min, y GLR, 52 min ( $p = 0,014$ ). Las medias de TPA fueron: GP, 59 min; GL, 78 min, y GLR, 71 min ( $p = 0,003$ ). El número de FIV es claramente superior durante el tramo de presencia. El TPT no se ve influido por el tramo de guardia. El TTA y el TPA es mayor en GL que en GP. La presencia del residente en la GL reduce las diferencias. **Conclusiones.** La localización del neurólogo de guardia incrementa de forma significativa el TPA en los pacientes con ictus agudo.

## 08.

### Volumen de lesión isquémica en difusión como predictor de discapacidad

Gallardo Tur A, De la Cruz Cosme C, García Casares N, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivo.** Valorar el volumen de lesión isquémica en ictus isquémico agudo tratado con fibrinólisis intravenosa como factor pronóstico precoz y a largo plazo. **Pacientes y métodos.** Se seleccionaron, retrospectivamente, pacientes con ictus isquémico agudo tratados con fibrinólisis intravenosa desde 2007 a 2015. Se registraron: edad, tiempo de inicio de fibrinólisis (TIF), NIHSS basal, NIHSS a las 24 horas, recuperación de NIHSS a las 24 horas (RNIHSS 24h) y escala modificada de Rankin (mRS) a los tres meses. El volumen de infarto se halló mediante la fórmula geométrica del elipsoide, volumen =  $ABC / 3$  ( $\text{cm}^3$ ), en las secuencias de difusión de la RM realizada en-

tre el tercer y el quinto día postictus. Se realizó estudio de correlación entre el volumen de ictus con TIF, NIHSS basal, NIHSS 24 h y mRS a los tres meses. Se utilizó SPSS, con estadísticos  $r$  de Pearson y rho de Spearman. **Resultados.** Muestra de 120 pacientes, con una media de 66,5 años. NIHSS basal: 15,3 puntos. TIF: 150 min. NIHSS 24 h: 9,2 puntos. Volumen de infarto:  $47,6 \text{ cm}^3$ . mRSO = 0 y 1 a los tres meses, 37,5%. mRS = 6, 13,3%. Volumen/NIHSS basal:  $r$  de Pearson = 0,4 ( $p < 0,05$ ). Volumen/NIHSS 24 h:  $r$  de Pearson = 0,53 ( $p < 0,05$ ). Volumen/TIF:  $r$  de Pearson = 0,21. Volumen/RNIHSS 24h:  $r$  de Pearson = -0,37 ( $p < 0,05$ ). TIF/RNIHSS 24h:  $r$  de Pearson = -0,365 ( $p < 0,001$ ). Volumen/mRS a tres meses: rho de Spearman = 0,66 ( $p < 0,05$ ). La correlación más fuerte es la de volumen con mRS a tres meses. **Conclusión.** El volumen del infarto en secuencia de difusión es un buen predictor para el pronóstico a largo plazo en el ictus isquémico agudo.

## 09.

### Resultados en cuatro años tras la implantación de un protocolo de código ictus en un hospital comarcal de Andalucía

Ollero Ortiz A, Uribe Ramírez AI, Lorenzo Álvarez R, Sanchís Sanz G, Rodríguez Fernández S, Ríos Toro JJ

Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga.

**Introducción.** De acuerdo con el Plan Andaluz de Atención al Ictus (PAI), debido a la peculiar dispersión geográfica y aislamiento de la población, en nuestra área sanitaria se creó un protocolo para implantar el código ictus. El objetivo del estudio es conocer el impacto tras cuatro años de su implantación. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico hospitalizados entre 2013 y 2016, en un hospital comarcal que atiende a una población de 100.000 habitantes. **Resultados.** Se estudian 538 pacientes con patología neurovascular (70,6% ictus isquémicos), distribución homogénea a lo largo de los años. Incremento significativo de activaciones del código ictus (28,2%), principalmente en el ámbito extrahos-

pitalario (80,4%). Un 6,1% recibieron fibrinólisis sistémica, con crecimiento progresivo (8,1% en 2016). Frente al total de ictus isquémicos, los pacientes fibrinolizados eran más jóvenes, estaban más graves (mayor frecuencia de TACI) y residían más cerca. De éstos, fueron código ictus extrahospitalario el 82,6%. El tiempo medio síntoma-puerta fue de 79,14 min, y puerta-aguja, de 71,96 min. Existió mejoría clínica en el 78,3%, con descenso del 60% del NIHSS a las 24 horas y del 93% a un año. Rankin al alta, 1,39; al año, 0,82. Existió fracaso terapéutico en un 8,6% y transformación hemorrágica sintomática en un 4,3%. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía (26,1%), edema cerebral, cuadro confusional y fibrilación auricular *de novo* (21,7%), epilepsia (13%) y reinfarto (8,6%). **Conclusiones.** La aplicación de un protocolo de código ictus en un hospital comarcal manifiesta los avances hacia la equidad territorial en la mejor asistencia al ictus en áreas sanitarias con características geográficas complejas, siendo necesarias medidas de mejoría.

## 010.

### Optimización del manejo del ictus en el ámbito prehospitalario

Marín Cabañas M<sup>a</sup>, Caballero García A<sup>b</sup>, Pérez Esteban R<sup>a</sup>, Jiménez Hernández MD<sup>a</sup>, Palomino García A<sup>a</sup>, Escobar Rodríguez G<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío. <sup>b</sup> Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Sevilla.

**Introducción.** En el sistema de emergencias español, los pacientes solicitan asistencia sanitaria a través de los centros coordinadores de urgencias y emergencias, donde se gestionan las llamadas y tras un cuestionario telefónico se decide qué recurso enviar. El tiempo es un factor crítico porque el ictus es una patología dependiente del tiempo. **Objetivos.** Analizar los tiempos prehospitalarios y decidir el mejor recurso prehospitalario de atención al ictus. **Pacientes y métodos.** Los sujetos del estudio son los pacientes reperfundidos en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla de 2011 a 2016. Los pacientes son identificados en el siste-

ma de información de EPES; se conocen los tiempos desde la llamada hasta la aguja, considerándose la llamada el primer contacto médico. Las variables analizadas son: edad, sexo, hora de entrada de la llamada, hora de llegada al hospital, tipo de recurso, tiempo puerta-aguja y tiempo puerta-TAC. Los datos se presentan en porcentaje para variables cualitativas y en media  $\pm$  desviación estándar para las cuantitativas, y las variables temporales, con mediana y rango intercuartílico. **Resultados.** Se identifican 158 pacientes de los 450 fibrinolizados en el hospital. La edad media es de 69,51 años, un 46% de sexo femenino. Tiempo (mediana) desde la llamada al hospital y el equipo medicalizado (EE): 42 min; amb. sin asistencia (RTU): 47 min. El tiempo puerta-TAC en EE, 27 min; RTU, 37,5 min. **Conclusiones.** El mejor recurso para la atención del ictus prehospitalario es el EE. El tiempo puerta-TAC se puede minimizar a 0 min si el paciente se transfiere en TAC.

## 011.

### Resultados de fibrinólisis intravenosa en Málaga Oeste en comparación con resultados de ensayos clínicos pivotales

Gallardo Tur A, De la Cruz Cosme C, García Casares N, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivo.** Valorar las características basales y pronósticas de pacientes con ictus isquémico agudo tratados con fibrinólisis intravenosa en nuestro medio, en comparación con los datos homólogos de ensayos clínicos. **Pacientes y métodos.** Se eligieron retrospectivamente ictus isquémicos agudos con fibrinólisis intravenosa, desde 2007 a 2015, en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Se registraron: edad, NIHSS basal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia, tabaquismo, cardioembolias, mejoría a las 24 h, transformaciones hemorrágicas y escala de Rankin modificada (mRS) a tres meses. Se compararon resultados medios de la serie con los de NINDS,

ECASS II, ECASS III, SITS-MOST y SITS-ISTR. Se realizó *t* de Student y tests *Z* y *chi* al cuadrado. **Resultados.** Muestra de 120 pacientes. Medias de nuestra serie: 66,5 años. NIHSS basal: 15,3 puntos. Hipertensión arterial: 61,7%. Diabetes mellitus: 30,8%. Hiperlipemia: 43,3%. Fumadores/exfumadores: 41,7%. Cardioembolia: 37,5%. Mejoría a las 24 h: 53%. mRSO = 0 y 1 a tres meses: 37,5%. mRS = 6 a tres meses: 13,3%. Hemorragia intraparenquimatosa tipo 2: 3,3%. Los datos correspondientes a estudio NINDS son: 67 años, 14 puntos, 66%, 24%, no disponible hiperlipemia, 35%, 42% de cardioembolias, 47% mejoraron a las 24 h, mRS 0 y 1 en el 39%, mRS 6 en el 17% y hemorragia 4%. Se compararon resultados con los de ECASS II, ECASS III, SITS-MOST y SITS-ISTR. Hemorragias graves en SITS-MOST, 2,9%, y en SITS-ISTR, 3%. No se encuentran resultados estadísticamente significativos en la mayoría de comparaciones. **Conclusión.** Los resultados de datos basales y pronósticos de pacientes con ictus isquémico agudo con fibrinólisis intravenoso en nuestro medio son similares a los obtenidos en ensayos clínicos.

## PÓSTERS

### P1.

#### Análisis del tiempo de introducción de anticoagulación en pacientes con ictus y fibrilación auricular no valvular

Ainz L, Pérez R, Marín M, Palomino A, Jiménez MD

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** La prevalencia de fibrilación auricular muestra una tendencia al alza y, con ello, la necesidad de anticoagular pacientes con riesgo tromboembólico, siguiendo la escala CHA<sub>2</sub>DSC<sub>2</sub>-Vasc. Los datos disponibles sobre cuándo iniciar anticoagulación tras ictus isquémico son escasos. Recientemente se han establecido recomendaciones en función de la gravedad del ictus, medida mediante escala NIHSS (leve < 7, moderado 8-16, grave > 16), tipo de ictus y riesgo de

sangrado, entre otros factores. **Objetivos.** Describir, en una serie de 70 pacientes con ictus isquémico y fibrilación auricular no valvular, el tiempo de inicio de la anticoagulación tras el evento, para estudiar la actitud en la práctica clínica diaria frente a la evidencia científica. **Pacientes y métodos.** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ictus y fibrilación auricular no valvular ingresados entre diciembre de 2014 y diciembre de 2015 en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analiza tiempo en iniciar/reiniciar anticoagulación, en función de la gravedad del ictus según las últimas recomendaciones. **Resultados.** La muestra comprende un total de 70 pacientes, con una edad media de 73,12 años (rango: 53-90 años), el 51,43% varones. Del total, 45 (64,28%) tenían fibrilación auricular ya conocida, y de éstos, 23 (51,1%) recibían tratamiento anticoagulante. El 100% fueron anticoagulados tras el evento. En cuanto a la gravedad del ictus y el tiempo de inicio de la anticoagulación, 38 (54,28%) eran leves, con media de retraso en inicio de 4,07 días; 18 (25,71%) eran moderados, con media de 6,83 días, y 14 (20%) eran graves, con media de 9,85 días. **Conclusiones.** De manera global se cumplen las recomendaciones oficiales de anticoagulación en nuestra serie. En cuanto al inicio en la anticoagulación, se siguen las pautas recomendadas en los grupos leve y moderado. Se observa tendencia a anticoagular precozmente en el grupo grave, posiblemente en relación al elevado riesgo aterotrombótico.

### P2.

#### Relacionando parámetros en la esclerosis múltiple: cognición y tomografía de coherencia óptica

Ruiz Quesada T, Molina Zafra S, Jover Sánchez A, Conde Gavilán C, Pena Toledo MA, Galvao Carmona A, Carmona Medialdea C, Bahamonde Román C, Pinar Morales R, Blanco Valero MC, Valverde Moyano R, Agüera Morales E

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción.** La esclerosis múltiple cuenta con un componente inflamatorio y otro degenerativo, por lo que son necesarias herramientas rápidas, no invasivas y válidas para el diagnóstico precoz y la evaluación de la progresión. Estudios previos han relacionado el espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina, medido con tomografía de coherencia óptica (TCO), como predictor del empeoramiento de la discapacidad en esclerosis múltiple y la existencia de deterioro cognitivo, aunque son poco concluyentes. El objetivo de este estudio es replicar estos resultados. **Pacientes y métodos.** Se incluyeron 18 pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente, sin neuritis óptica previa, con quejas subjetivas de memoria. Se realizó una TCO y una evaluación cognitiva mediante la *Brief International Cognitive Assessment for MS* (BICAMS). Se analizaron las relaciones entre ambas pruebas y su evolución (seis meses). **Resultados.** Los errores cometidos en *Symbol Digit Modality Test* correlacionan negativamente con el espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina en parámetros de TCO en el ojo derecho –temporal superior ( $r = -0,661$ ;  $p = 0,01$ ), temporal ( $r = -0,594$ ;  $p = 0,025$ ), haz papilomacular ( $r = -0,631$ ;  $p = 0,016$ ), global ( $r = -0,907$ ;  $p = 0,000$ )– y en el ojo izquierdo –temporal superior ( $r = -0,619$ ;  $p = 0,024$ ), temporal ( $r = -0,766$ ;  $p = 0,002$ ), haz papilomacular ( $r = -0,879$ ;  $p = 0,000$ ), global ( $r = -0,777$ ;  $p = 0,002$ )–. Además, en ojo el derecho existe una disminución significativa en los parámetros global ( $p = 0,007$ ) y nasal inferior ( $p = 0,033$ ) de TCO a los seis meses. **Conclusión.** La TCO podría ser una herramienta útil para la detección temprana de deterioro cognitivo y la evaluación de la progresión de la enfermedad.

### P3.

#### Validez discriminativa de una prueba de fluidez verbal fonética abreviada

Carrasco García M, Valderrama Martín C, Andreo Jiménez FJ, Herrera García JD, López Alcalde S, Carnero Pardo C

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** Las tareas de fluidez verbal son una de las pruebas más utilizadas en la evaluación cognitiva. **Objetivo.** Evaluar si la validez discriminativa para la detección de deterioro cognitivo de una versión abreviada (30 s) de una prueba de fluidez verbal fonética (FVF) es similar a la versión clásica (1 min). **Pacientes y métodos.** Estudio transversal prospectivo de pacientes atendidos en una consulta de neurología, a los que se aplicó el Fototest y una prueba de FVF (palabras que empiezan por 'm'), registrándose resultados obtenidos a los 30 y 60 s (FVF30 y FVF60, respectivamente). Se consideró deterioro cognitivo un GDS  $\geq 3$ . La validez discriminativa se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (aROC) y el tamaño del efecto (*d* de Cohen). **Resultados.** Se incluyeron 177 sujetos (104 con deterioro cognitivo). No hay diferencia significativa entre las aROC de las dos versiones de FVF (FVF30:  $0,88 \pm 0,03$ ; FVF60:  $0,88 \pm 0,03$ ); ambas son significativamente inferiores a las del Fototest ( $0,95 \pm 0,02$ ). El tamaño del efecto de las pruebas de FVF es bueno y no difieren entre sí (FVF30: 1,68; FVF60: 1,65), pero también son inferiores al del Fototest (2,16). **Conclusiones.** La validez discriminativa de la versión abreviada y clásica de la FVF es similar, lo que permitiría utilizar la primera disminuyendo el tiempo de exploración.

### P4.

#### Hematomas intracraneales en pacientes en tratamiento con anticoagulantes de acción directa. Serie de casos en nuestro centro

Iglesias Espinosa M, Sierra Serrano E, Zambrana Aguilar L, Gomar Alba M, Arjona Padillo A, Perea Justicia P, De la Torre Colmenero JD, Del Toro Pérez C, Martínez Simón J.

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

**Introducción.** Las características de la hemorragia intracraneal en pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa (ACOD) no están bien definidas. **Objetivo.** Describir las características clínicas y radiológicas de este grupo de pacientes en nuestro

centro. **Pacientes y métodos.** Se identificaron los pacientes ingresados en neurología y neurocirugía en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2014 y el 18 de agosto de 2017 por hemorragia intracraneal, y se seleccionaron las espontáneas asociadas a tratamiento con ACOD. **Resultados.** Se localizaron 382 pacientes con hemorragia intracraneal, 46 de ellos espontánea estando anticoagulados, cinco de los cuales con ACOD. La edad media era de  $79,2 \pm 5,8$  años, tres fueron mujeres. Todos eran hipertensos y anticoagulados por fibrilación auricular no valvular, con CHA<sub>2</sub>DSC<sub>2</sub>-VASc medio de  $4,4 \pm 0,9$  y HAS-BLED medio de  $1,4 \pm 0,6$ . Dos habían sufrido ictus isquémico anteriormente. Uno recibía apixabán y cuatro rivaroxabán, desde hacía 16,7 (rango: 3-36) meses de media. Ninguno cumplía criterios de angiopatía amiloide probable. El hematoma fue profundo en cuatro casos, con volumen inicial medio de 10,5 mL (rango: 1,3-26,9), ninguno intraventricular, aumentando en dos pacientes sin precisar cirugía. En ninguno se revirtió la anticoagulación. El NIHSS medio fue de 4,4 (rango: 1-11), y el Rankin modificado al alta, de 2,0 (rango: 0-4). Ninguno falleció. Estos datos son consonantes con otros estudios publicados, pero la evolución en nuestra muestra es más favorable que en la bibliografía. **Conclusiones.** En nuestra serie hemos detectado un número reducido de casos, con características similares pero mejor evolución que las publicadas por otros autores. Son necesarios estudios analíticos y con mayor tamaño muestral para obtener conclusiones válidas.

## P5.

### Diagnóstico etiológico de la romboencefalitis

Pons Pons G, Lundhal Peterssen N, Castro Sánchez V, Villagrán García M, Moreno Arjona MP

Hospital Regional Universitario. Málaga.

**Introducción.** El término 'romboencefalitis' designa enfermedades inflamatorias que afectan el troncoencéfalo y el cerebelo. Las causas son múltiples, algunas potencialmente graves sin un

tratamiento adecuado precoz. Algunas características clínicas, radiológicas y del líquido cefalorraquídeo ayudan al diagnóstico etiológico. **Pacientes y métodos.** Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en los últimos cinco años, buscados usando los términos 'meningoencefalitis' y 'romboencefalitis'. **Resultados.** Se estudian cuatro pacientes, dos varones y dos mujeres, de edades comprendidas entre 20 y 81 años. Los síntomas incluyeron fiebre, cefalea, inestabilidad, visión doble y alteraciones sensitivomotoras, en grado variable. La exploración mostró signos de afectación cerebelosa y troncoencéfalo: oftalmoparesia, nistagmo, dismetría y hemiparesia. La resonancia magnética objetivó, en todos los casos, lesiones hiperintensas en FLAIR y T<sub>2</sub> en tronco y cerebelo, algunas con realce. El líquido cefalorraquídeo era inflamatorio en todos los casos, con pleocitosis mononuclear. Los estudios microbiológicos fueron negativos. Fueron tratados con esteroides y, algunos, con antibióticos. La evolución fue favorable en todos los casos. Una paciente tuvo un segundo brote de enfermedad y cumplió criterios de esclerosis múltiple. Los demás fueron diagnosticados de encefalitis aguda diseminada ( $n = 2$ ) y romboencefalitis infecciosa de germen desconocido ( $n = 1$ ). **Conclusiones.** En las series más amplias publicadas, la causa de la romboencefalitis es desconocida, seguida de la esclerosis múltiple y la infección por *Listeria*. En nuestros pacientes predomina la enfermedad desmielinizante como diagnóstico principal, monofásica o recidivante, con un caso adicional de probable infección bacteriana.

## P6.

### Incidencia de ictus en Ceuta. Diferencia entre grupos socioculturales

Micheli IC, Rashid López R, Hermosín Gómez A, Sánchez Refolio A, Galeano Bilbao B

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Introducción.** Existen pocos estudios epidemiológicos que comparen incidencias de enfermedades cerebrovasculares entre grupos socioculturales.

En Ceuta, hay dos comunidades mayoritarias, una de origen cristiano y otra de origen musulmán, con grandes diferencias en todos los estudios realizados hasta el momento en otras patologías. En 2012 se realizó un estudio observacional transversal en 113 pacientes del Hospital Universitario de Ceuta con ictus isquémicos al alta y se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. **Objetivos.** Corroborar los datos obtenidos en el estudio de 2012 y ampliar el estudio a otras enfermedades cerebrovasculares. **Sujetos y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles de base poblacional, donde se incluyeron los pacientes censados en Ceuta, dados de alta con diagnóstico de ictus o ataque isquémico transitorio en los años 2013-2015. La variable predictora principal fue el grupo sociocultural y su relación con la incidencia de ictus. **Resultados.** La incidencia global de eventos cerebrovasculares fue de  $108 \times 100.000$  en musulmanes frente a  $191 \times 100.000$  en cristianos. La incidencia de ictus isquémicos fue de  $82 \times 100.000$  frente a  $134 \times 100.000$ ; la de ictus hemorrágicos, de  $19 \times 100.000$  frente a  $35 \times 100.000$ , y la de ataques isquémicos transitorios, de  $6 \times 100.000$  frente a  $21 \times 100.000$ , respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos. **Conclusiones.** Se obtuvieron resultados similares a los observados en el estudio del año 2012, siendo la incidencia de todos los eventos cerebrovasculares mayor en los cristianos. Estas diferencias pueden ser por causas genéticas o factores externos (alimentación, consumo de tóxicos, pirámide poblacional).

## P7.

### Encefalitis mediada por anticuerpos anti-NMDA. Descripción de dos casos tratados en un hospital de tercer nivel

Baena P, Vélez B, Pérez R, Palomino A, Jiménez D

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** La encefalitis por anticuerpos anti-NMDA es una entidad de difícil diagnóstico, dada la ausencia

de síntomas específicos y los criterios diagnósticos recientemente establecidos. **Casos clínicos.** Se presentan los casos de dos mujeres, de 20 y 36 años. Ambas comenzaron con alteraciones del comportamiento y la memoria a corto plazo y disminución del nivel de consciencia. En el primer caso, tras realizar punción lumbar, resonancia magnética y EEG, se descartaron causas infecciosas, epilépticas y estructurales, y se solicitó determinación de anticuerpos en líquido cefalorraquídeo. Tras el diagnóstico, presentó evolución tórpidamente asociando discinesias incontrolables, distonías generalizadas y catatonía muy marcada, por lo que se asoció terapia electroconvulsiva al tratamiento. En el segundo caso, tras la aparición de fiebre y crisis epilépticas, se realizó una punción lumbar para descartar encefalitis infecciosa, pero fue la resonancia magnética sugestiva de encefalitis límbica lo que orientó el diagnóstico. En su evolución predominaron las crisis epilépticas incontrolables y el bajo nivel de consciencia. En ambas se confirmó el diagnóstico por anticuerpos anti-NMDA positivos en la punción lumbar. En el primer caso se objetivó teratoma ovárico en *body-TAC*, y en el segundo no se objetivó neoplasia subyacente, pendiente de la realización de PET a los seis meses dada la elevada incidencia de neoplasia asociada. **Conclusión.** Es necesaria la sospecha clínica para confirmar el diagnóstico mediante determinación de anticuerpos en líquido cefalorraquídeo. Si la resonancia magnética es normal, se puede complementar estudio con neuroimagen funcional. Debe instaurarse tratamiento inmunosupresor precoz y es primordial una búsqueda enérgica de neoplasia oculta para el tratamiento definitivo eficaz.

## P8.

### Ictus isquémico del buceador *shunt* derecha-izquierda

Del Toro Pérez C, Arjona Padillo A, Fernández Pérez J

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

**Introducción.** Anualmente se registran más de un millar de complicaciones

derivadas del buceo, de las cuales el 10% resultan mortales. Entre las complicaciones neurológicas se encuentra el ictus isquémico, cuyo mecanismo habitual es un síndrome de descompresión o barotrauma asociado a *shunt* derecha-izquierda. **Caso clínico.** Varón de 35 años, que tras realizar varias inmersiones en apnea a 30 m con pobre compensación, notó alteración visual, cefalea opresiva, parestias distales en miembros y disartria con inestabilidad. Fue tratado en urgencias con oxigenoterapia al 100%, remitiendo los síntomas salvo la cefalea. Se realizó una TAC craneal, observándose un área hipodensa hemisférica izquierda, y una angio-TAC de troncos supraaórticos e intracraneal, normal. En el estudio etiológico, tanto en el ecocardiograma transtorácico con contraste como en el test de las burbujas por Doppler transcraneal tras maniobra de Valsalva no se apreció evidencia de comunicación derecha-izquierda. **Conclusión.** El ictus isquémico durante el buceo suele ser el resultado de una embolia gaseosa, con formación de gas venoso tras barotrauma o descompresión, alcanzando la circulación arterial por uno de estos tres mecanismos: a través de un *shunt* derecha-izquierda, paso de gas a las venas pulmonares y de ahí al sistema circulatorio, o superando la capacidad de filtrado de los capilares pulmonares. En nuestro centro hemos atendido dos casos previos con *shunt* derecha-izquierda y este es el primer caso sin esta anomalía, en el cual consideramos como más probable el segundo de los mecanismos.

## P9.

### Eficacia del tratamiento trombolítico en la fase aguda del ictus isquémico en el Hospital Reina Sofía durante el año 2016

Valverde Moyano A, Agüera Morales E, Carmona Medialdea C, Peláez Vina N, Ortega Monterde A, Rodríguez Martín A, Delgado Acosta F, Oteros Fernández R, Bravo Rey I, Jiménez Gómez E, Ochoa Sepúlveda JJ, Valverde Moyano R

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción.** El Hospital Reina Sofía,

durante el año 2016, realizó tratamiento trombolítico en la fase aguda del ictus isquémico a 149 pacientes, incluyendo traslados desde otros centros de Andalucía para la realización de trombectomía mecánica. **Pacientes y métodos.** De los 149 pacientes, 40 recibieron sólo trombolisis intravenosa, se realizó terapia combinada de trombolisis intravenosa e intraarterial (*bridging*) a 42 pacientes, y únicamente trombectomía mecánica, a 67. Para valorar la eficacia del tratamiento trombolítico se evaluaron los siguientes parámetros: porcentaje de pacientes con mRS  $\leq 2$  a los tres meses, porcentaje de transformación hemorrágica y porcentaje de *exitus*. **Resultados.** De los 40 pacientes que recibieron sólo trombolisis intravenosa, 33 (82,5%) tenían mRS  $\leq 2$  a los tres meses, uno (2,5%) presentó transformación hemorrágica y dos (5%) fallecieron. De los 42 pacientes a los que se realizó terapia combinada de trombolisis intravenosa e intraarterial, 21 (50%) tenían mRS  $\leq 2$  a los tres meses, seis (14,28%) presentaron transformación hemorrágica y cuatro (9,52%) fueron *exitus*. De los 67 pacientes a los que se realizó únicamente trombectomía mecánica, 38 (56,72%) tenían mRS  $\leq 2$  a los tres meses, seis (8,95%) presentaron transformación hemorrágica y siete (10,45%) fallecieron. **Conclusiones.** Los resultados obtenidos sobre la eficacia de tratamiento trombolítico teniendo en cuenta la capacidad funcional del paciente a los tres meses y las complicaciones derivadas del procedimiento son similares o mejores en comparación con las publicaciones de estudios previos en la bibliografía.

## P10.

### Perfil sociodemográfico y comorbilidades de los pacientes ingresados por ictus en un hospital comarcal

Osuna Sánchez J, Yakoubi Badah M, Del Canto Pérez C, Soler González R, Ampuero Ampuero J

Hospital Comarcal. Melilla.

**Objetivo.** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con en-

fermedad cerebrovascular (ECV) en un hospital comarcal. **Pacientes y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes con ECV ingresados entre enero y diciembre de 2015. Se estudiaron todos los factores de riesgo que padecían los pacientes. Se dividió la población en dos grupos según la patología, isquémica frente a hemorrágica. **Resultados.** Hubo un total de 106 pacientes, con una edad de  $71,08 \pm 13,53$  años (rango: 32-95 años), de los que el 52,8% eran mujeres. De la población total, 83 pacientes (79%) conformaban el grupo de ECV isquémica y 22 (21%) pertenecían al grupo de ECV hemorrágica. La estancia media de los pacientes fue de  $9,99 \pm 10,53$  días. Tan sólo el 71,7% de los pacientes tenían seguridad social y un 40,6% eran de raza bereber. La mortalidad fue de un 16% ( $n = 17$ ). Al comparar las características demográficas y clínicas de este grupo con el grupo de ECV isquémica encontramos diferencias estadísticamente significativas en la presencia de diabetes mellitus (45,31% frente a 18,1%;  $p < 0,127$ ). Un 68,9% de los pacientes padecían hipertensión arterial; 37,7%, diabetes mellitus; 22,6%, dislipidemia; 17%, fibrilación auricular; 15,1%, enfermedad coronaria; 11,3%, neoplasia; 10,4%, insuficiencia cardíaca crónica, y 8,5%, demencia. Hasta un 40% de los pacientes padecían algún tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

## P11.

### Síndrome de Foix-Chavany-Marie secundario a ictus isquémico opercular unilateral: a propósito de dos casos

Carazo Barrios L, Quiles López JF, Rodríguez Belli AO, Serrano Castro VP, Pérez Errazquin F, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción.** El síndrome biopercular o síndrome de Foix-Chavany-Marie es una forma grave de parálisis pseudobulbar en la que se produce una parálisis de musculatura facial, lingual y orofaríngea, anartria y disociación automático-voluntaria: no pueden se-

guir órdenes que impliquen a los pares craneales V al XII, pero sí realizar movimientos espontáneos. La causa más frecuente es afectación isquémica bilateral, aunque puede ser infecciosa, tumoral, traumática, degenerativa, etc. El síndrome con lesión unilateral es excepcional. Hasta ahora no se había definido el mecanismo por el que las lesiones unilaterales lo producen, ni su localización anatómica; en un trabajo reciente se propone que el sustrato podría ser una lesión en el fascículo frontal oblicuo. **Casos clínicos.** Se presentan dos casos, un varón de 46 años y una mujer de 71. Ambos presentan de forma brusca anartria e incapacidad para tragar, masticar o sonreír voluntariamente, con comprensión conservada, diagnosticándose síndrome de Foix-Chavany-Marie. En ambos casos, la duración del episodio es de unas seis horas, con recuperación progresiva y encontrándose asintomáticos a las 24 horas. En ambos se detecta en resonancia magnética craneal una lesión isquémica aguda en el territorio opercular izquierdo. **Conclusión.** El síndrome de Foix-Chavany-Marie causado por lesión unilateral resulta excepcional, por lo que su etiopatogenia y su evolución son escasamente conocidas. Se presentan dos casos con lesión unilateral que comparten una evolución clínica muy favorable, con recuperación completa. Por ello se sugiere que la lesión unilateral podría ocasionar un síndrome clínico más benigno que si fuera bilateral, con buen pronóstico funcional.

## P12.

### Importancia de la medida del índice cintura-cadera en pacientes con sospecha de síndrome de apneas-hipopneas del sueño

Iglesias Espinosa M, Villalobos López P, Díaz Chantar F, Del Toro Pérez C

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

**Introducción.** El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un trastorno con una expresión clínica muy variable, resultado de la interacción entre múltiples factores, dando lugar a diferencias en las manifestaciones clínicas del síndrome y sus con-

secuencias cardiovasculares y metabólicas. **Objetivo.** Estudiar una población de pacientes con sospecha de SAHS, para analizar si hay diferencias en los datos antropométricos, y la importancia de cada uno en diferentes grupos establecidos en función del índice de masa corporal (IMC). **Pacientes y métodos.** Estudio transversal de 2.248 pacientes derivados por sospecha de SAHS. Todos fueron evaluados mediante cuestionario clínico, exploración física, determinación bioquímica sanguínea y estudio de sueño nocturno (polisomnografía o poligrafía). Se dividió la población en cuatro grupos en función del IMC (normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida) y se analizaron las correlaciones que se establecían entre el IMC o el índice cintura-cadera (ICC) con otros parámetros antropométricos, de sueño y bioquímicos. **Resultados.** El ICC muestra correlaciones significativas con muchos más parámetros que el IMC en todos los grupos, fundamentalmente en el de pacientes normopeso. El ICC no se correlaciona necesariamente con el IMC. Un depósito grasocentral, localizado predominantemente en la región visceral, se asocia con efectos de salud más graves en comparación con la obesidad de distribución periférica. **Conclusiones.** El ICC debería obtenerse en todos los pacientes con SAHS, sobre todo en los no obesos, pues es más sensible que el IMC para identificar a aquellos con mayor riesgo de desarrollar trastornos respiratorios del sueño y alteraciones metabólicas.

### P13.

#### Miastenia grave ocular seropositiva de inicio atípico

Carrasco García M, Andreo Jiménez FJ, Guillén Martín V, Herrera García JD, Carvajal Hernández A

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Objetivo.** Presentar un caso de miastenia grave ocular seropositiva, que comienza con una ptosis unilateral brusca. **Caso clínico.** Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que inicia de forma brusca ptosis completa y aislada del ojo izquierdo, sin fluctuaciones

ni otros síntomas, y que se interpreta al principio como de origen isquémico troncoencefálico. En la exploración se encuentra una ptosis completa del ojo izquierdo, con diplopía al abrir manualmente el párpado, sin oftalmoparesia franca. No se objetiva debilidad ni fatiga en la musculatura ocular extrínseca, *orbicular oculis*, ni ptosis en el ojo contralateral; tampoco debilidad ni fatiga en otros niveles, ni en el momento de la exploración inicial ni pasados cuatro meses de evolución. Ante la negatividad de las pruebas de imagen (RM craneal, TC torácica), se realiza test de tensilon, que es claramente positivo. Posteriormente se confirma la positividad de los anticuerpos antirreceptor de acetilcolina. Con tratamiento esteroideo en dosis medias, el paciente está asintomático. **Conclusión.** La miastenia grave ocular, con frecuencia, por sus características clínicas, es de fácil diagnóstico, pero existen casos atípicos por su forma de inicio, su afectación muy parcial de un músculo aislado y su estricta unilateralidad, que pueden retrasar el diagnóstico, como en este caso, por lo que se precisa un alto índice de sospecha y un diagnóstico de exclusión previo.

### P14.

#### Código ictus: cuando no todo es trombosis

Rodrigo S, Muñoz L, Campos J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** El ictus es la segunda causa de muerte, y la disección aórtica, una entidad infrecuente pero con elevada mortalidad. Por ello debe tenerse en cuenta la asociación de ambas. **Casos clínicos.** Caso 1: paciente de 82 años, con disección carotídea bilateral. Antecedentes de hipertensión arterial. Bajo nivel de conciencia súbita, hipotensión y síntomas bihemisféricos: hemianopsia izquierda y desviación forzada de la mirada a la derecha. Parálisis facial supranuclear derecha, disfasia mixta, hemiplejía y hemihipoestesia izquierdas. Reflejo cutaneoplantar extensor bilateral. Angiotomografía: disección de cayado aórtico a subclavia izquierda, carótida

común izquierda y tronco braquiocefálico. Caso 2: mujer de 79 años, con disección carotídea izquierda desde la aorta. Clínica completa de la arteria cerebral media derecha (M1), NIHSS 11 puntos, con hipotensión arterial concomitante al ingreso. Angiotomografía: disección aórtica tipo 1. **Conclusiones.** El factor predisponente más importante para la disección aórtica es la hipertensión arterial más obesidad, tabaquismo o enfermedades del tejido conectivo. Hasta un 17% de pacientes con disección aórtica no se quejan de dolor torácico/espalda, siendo frecuente la focalidad neurológica (30%). Son más habituales los síntomas hemisféricos izquierdos (por la salida de la arteria carótida izquierda desde la raíz aórtica). Uno de los datos que consideramos relevante es la tensión arterial baja en el momento del ingreso, puesto que mediante mecanismos de autorregulación tensional se tiende a la hipertensión para provocar una hiperperfusión del territorio cerebral isquémico. Es también llamativa la presencia en el caso 1 de síntomas neurológicos bihemisféricos que, si bien podrían presentarse en un hematoma intracraneal de gran tamaño, igualmente esperaríamos ver tensiones elevadas. En conclusión, debe hacer pensar en un origen distinto a una oclusión arterial de focalidad bilateral, hipotensión o shock.

### P15.

#### Sinusitis esfenoidal y afectación de pares craneales: una asociación a tener en cuenta

García Campos C, Fuerte Hortigón A, Ruiz de Arcos M, Chavero Moreno E, Viguera Romero FJ, Pérez Sánchez S

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción.** La sinusitis esfenoidal aislada es una entidad poco habitual, apareciendo normalmente en el contexto de una pansinusitis y suponiendo un 3% de todas las sinusitis. La cefalea es su manifestación más frecuente y son pocos los casos en los que se manifiesta en forma de parálisis del nervio *abducens*. **Objetivo.** Presentar el caso de una sinusitis esfenoidal que

curso con cefalea y diplopía secundaria a la paresia del VI par. **Caso clínico.** Varón de 45 años, sin antecedentes de interés. Comienza con cefalea de dos semanas de evolución, que empeora con maniobras de Valsalva, y aparición posterior de diplopía. La cefalea responde mal a analgesia y es de localización variable, aunque eminentemente occipital y parietal izquierda. En la exploración, como único hallazgo, se aprecia parálisis del VI par del ojo izquierdo. En la analítica se detecta leucocitosis y en la resonancia magnética se descubre una sinusitis esfenoidal aguda con engrosamiento del seno cavernoso izquierdo. Se comienza tratamiento con amoxicilina-clavulánico y corticoides sistémicos y, tras consultar el caso con otorrinolaringología, se decide realizar sinusotomía, tras la cual presenta una rápida mejoría de la cefalea y la oftalmoparesia. **Conclusión.** La sinusitis esfenoidal puede presentar complicaciones potencialmente graves. Es fundamental tener en cuenta su asociación con cefalea y parálisis del VI par, o de otros pares craneales con menor frecuencia. Esto permitirá llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoces, con el cual la evolución suele ser favorable.

### P16.

#### Miorritmia tras ictus talámico

Rego García I, Andreo Jiménez FJ, Madrid Navarro CJ, Fernández Pérez MD, Escamilla Sevilla F

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** La enfermedad cerebrovascular es la causa de hasta un 22% de los trastornos del movimiento secundarios. Los movimientos involuntarios se desarrollan en un 1-4% de los ictus isquémicos, con una amplia variedad de trastornos del movimiento hiperkinéticos. La localización afecta principalmente a estriado, pálido y tálamo. **Caso clínico.** Varón de 56 años, con factores de riesgo vascular (hipertensión arterial y diabetes mellitus), que comienza de forma brusca con torpeza motora y movimientos involuntarios en la mano derecha. Acude a urgencias 48 horas después del ini-

cio del cuadro clínico descrito, sin otra clínica asociada. En la exploración de urgencias se constatan movimientos repetitivos rítmicos a baja frecuencia en la mano derecha. En la tomografía computarizada craneal se objetiva una lesión focal hipodensa en la región capsulotalámica izquierda de morfología lacunar, confirmada en resonancia magnética con hiperintensidad en secuencias de difusión, T<sub>2</sub> y FLAIR. **Conclusión.** La miorrítmia supone un movimiento hiperkinético involuntario, caracterizado por una baja frecuencia (1-4 Hz), que afecta típicamente a la musculatura de extremidades o a la innervada por pares craneales. Presumiblemente de origen subcortical-supraespinal, se ha relacionado con diversas etiologías, entre las cuales predomina la vasculocerebral y la enfermedad de Whipple. Aunque en la mayoría de casos se asocia a lesiones troncoencefálicas, hemos encontrado en la bibliografía casos descritos por lesiones talámicas posterolaterales.

## P17.

### **Big data en ictus: ¿soluciones futuras?**

Marín Cabañas M<sup>a</sup>, Escobar Rodríguez G<sup>a</sup>, Pérez R<sup>a</sup>, Caballero A<sup>b</sup>, Palomino A<sup>a</sup>, Jiménez MD<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío.

<sup>b</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Sevilla.

**Introducción.** El ictus representa en España la segunda causa de muerte global y la primera causa de muerte en la mujer y constituye el mayor motivo de incapacidad. Aproximadamente 14.000 pacientes ingresan anualmente por ictus y en el año 2015 se registraron un total de 5.714 defunciones por enfermedad cerebrovascular en Andalucía. La creciente informatización del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha permitido unificar los episodios de salud en una historia única, generándose potenciales fuentes de información (aproximadamente 140.000 historias digitales de pacientes que han presentado ictus en los últimos diez años) que conforman un medio rico para la búsqueda y explotación de datos. Hipótesis: generar conocimiento

mediante el análisis de los datos existentes en las historias clínicas de pacientes con ictus con el uso de técnicas y metodología *big data* e implementarlos en una herramienta que dé soporte a la decisión clínica para pronosticar y reducir el riesgo. **Objetivos.** Crear un diccionario ontológico donde se identifiquen los factores de riesgo relacionados con el ictus, extraer la información de la base de datos, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de ictus en la historia Diraya del SAS, y aplicar técnicas de *big data* para diseñar algoritmos que sean implementados en las herramientas de soporte a la decisión clínica. **Conclusiones.** Las fuentes de datos existentes en el SAS permiten la aplicación de técnicas de análisis *big data* para generar conocimiento sobre el ictus y el riesgo vascular, y gracias al cual desarrollar herramientas que den soporte a la decisión clínica.

## P18.

### **Ictus secundario a mixoma cardíaco con espectacular respuesta a fibrinólisis: ¿anticoagular o no?**

Carazo Barrios L, Rodríguez Belli AO, Quiles López JF, Gallardo Tur A, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción.** El mixoma auricular es un tumor cardíaco benigno y constituye una causa poco frecuente de ictus. Se presenta el caso de un varón con ictus isquémico secundario a mixoma auricular, con una espectacular respuesta a la fibrinólisis. **Caso clínico.** Varón de 61 años, que comienza de forma brusca con diplopía, mareo y descenso del nivel de consciencia. Acude al servicio de urgencias, se activa el código ictus y se inicia tratamiento con fibrinólisis. El paciente responde rápidamente, con recuperación completa del déficit. Durante el estudio etiológico se realiza una resonancia magnética, que objetiva lesiones isquémicas agudas en ambos hemisferios cerebelosos, así como un ecocardiograma, que detecta un mixoma cardíaco. Se realiza cirugía electiva pa-

ra extirpación del tumor; al examinarlo, se evidencia un gran trombo de fibrina adherido al mixoma. Presenta buena evolución y es dado de alta asintomático. **Conclusión.** El mixoma cardíaco es una de las pocas etiologías directamente curables de ictus: el tratamiento electivo y curativo es la resección quirúrgica del tumor. Dado que el material que ocluye el vaso no es trombótico, sino un fragmento tumoral, no sería efectivo el tratamiento fibrinolítico ni estaría indicada la anticoagulación. Sin embargo, planteamos el debate de aquellos casos en los que el tratamiento fibrinolítico sea efectivo y posteriormente se descubra un mixoma cardíaco: ¿podríamos asumir que la oclusión ocurre por un trombo plaquetario y no por un fragmento de tumor? ¿Sería pertinente el tratamiento anticoagulante en estos pacientes?

## P19.

### **Stiff person criptogénico con datos clínicos de atipicidad**

Carrasco García M, Dengra Maldonado AI, Pérez Gámez M, Barrero Hernández FJ, Carvajal Hernández A

Complejo Hospitalares Universitarios. Granada.

**Introducción.** El síndrome *stiff person*, o síndrome de la persona rígida, es una enfermedad rara de probable causa autoinmune que afecta al sistema nervioso central. El cuadro clínico se caracteriza por rigidez progresiva de la musculatura, predominantemente axial, y espasmos dolorosos que generan gran discapacidad. **Caso clínico.** Varón de 61 años, sin antecedentes neurológicos de interés, con clínica de dificultad para la marcha de meses de evolución. También presenta episodios cortos de mayor rigidez y debilidad de miembros inferiores, con lumbalgia no irradiada. Asocia disnea y disfonía, reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores y marcha con tendencia a rigidez, no espástica. Pruebas complementarias: analíticas realizadas, incluyendo autoinmunidad (anticuerpos anti-GAD65, antifosfina, antiligandina y antineuronales), en rango normal. Pruebas de imagen de neuroeje y estudio de exten-

sión para descartar foco neoplásico, sin hallazgos patológicos. Electromiograma: registro de mioquimias y actividad muscular continua en reposo con reclutamiento de unidad motora normal, compatible con síndrome de hiperexcitabilidad motora. Se trata con benzodiacepinas y mejora significativamente del cuadro presentado, tanto motora como de la disfonía, sin precisar inmunoterapia. **Conclusión.** Se describe el caso de un varón con posible síndrome de la persona rígida criptogénico, con datos clínicos de atipicidad (disfonía) y electromiograma compatible con esta patología. Este síndrome presenta gran variabilidad fenotípica. No existen criterios diagnósticos consensuados. Los anticuerpos en relación con la sinapsis gabérgica se asocian a este cuadro, así como la presencia de determinados tumores, pero no son determinantes para el diagnóstico. La clínica, el patrón electromiográfico y la rápida respuesta al tratamiento son útiles para establecer esta entidad.

## P20.

### **Síndrome de Eaton-Lambert: presentación y abordaje en casos no asociados a tumor**

Castro Sánchez MV, García Trujillo L, Villagrán García M, Bustamante Toledo R, Pons Pons G, Lundahl CP, Moreno Arjona MP

Hospital Regional Universitario. Málaga.

**Introducción.** El síndrome de Eaton-Lambert es una enfermedad de la unión neuromuscular que cursa con debilidad muscular y disautonomía. Se asocia con tumores y otras enfermedades autoinmunes. **Objetivo.** Dada la baja incidencia de este síndrome y de las formas no asociadas a tumores en particular, describir una serie de casos no asociados a tumores. **Casos clínicos.** Se describen tres casos de síndrome de Eaton-Lambert, diagnosticados en nuestro hospital en 1990, 2015 y 2017, con seguimiento hasta la actualidad. Se comparan sus datos epidemiológicos, presentación clínica, curso, seguimiento y tratamientos empleados. La edad media era de 43 años. Ningún caso tenía otra enfermedad autoinmune ni tumor. Todos

comenzaron con debilidad en miembros inferiores y arreflexia. Todos presentaban afectación de musculatura orofacial, y uno, xerostomía. Todos tenían un electromiograma compatible, y dos, anticuerpos anticanal de calcio positivos. Un caso tuvo buena respuesta a anticolinesterásicos; otro, una evolución tórpida a pesar de tres líneas de tratamiento, y el tercero, un curso clínico fluctuante con dos líneas de tratamiento que no incluían piridostigmina. **Conclusiones.** Nuestro estudio coincide con la bibliografía sobre la forma más frecuente de presentación, pero todos nuestros pacientes manifestaron diplopía, disfagia o ptosis, lo cual es poco común. Encontramos datos contradictorios en cuanto a la mejor línea de tratamiento. El síndrome de Lambert-Eaton parece estar infradiagnosticado, por lo que es importante dar a conocer su presentación, con el fin de detectar de forma precoz los casos asociados a tumores y realizar el mejor abordaje en casos no tumorales.

## P21.

### Paraplejía por linfoma torácico con invasión del canal medular

Gómez González MB, Montes Durán C, Sillero Sánchez M, Navarro Vergara P, Navas Arauz E, Rodríguez Román A, Rosado Pena B, Rodríguez Fernández N, Asencio Marchante JJ, Yerga Lorenzana B  
Hospital Universitario. Puerto Real, Cádiz.

**Introducción.** Las neoplasias hematológicas son relativamente frecuentes entre los tumores que invaden el canal medular. No obstante, el inicio de un linfoma en forma de masa espinal es menos frecuente que en otros. Como en todos ellos, el diagnóstico y el tratamiento precoces son clave para salvar la función motora. **Caso clínico.** Varón de 38 años, con dolor interesternal y pectoral desde hacía un mes, sin respuesta a analgesia/miorrelajantes. El día antes de su hospitalización se añade dificultad en la marcha, y al siguiente hay parestesias desde los pies a la región mamilar y dificultad urinaria. El segundo día de su ingreso, el balance motor pasa de 2/5 a 0/5 en los miembros inferiores; los

reflejos pasan de exaltados a ausentes, y se explora un nivel sensitivo táctil D5 con Babinski bilateral. Una resonancia magnética dorsolumbosacra urgente mostró una extensa masa en la pared torácica paravertebral en D4-D5-D6, que infiltraba las costillas, se introducía en el canal vertebral y comprimía la médula, produciendo edema intramedular. Se administraron corticoides y radioterapia paliativa por el tiempo transcurrido de paraplejía, sin recuperación motora. Se trasladó al Servicio de Hematología; correspondió a un linfoma B de células grandes y en el estudio de extensión había adenopatías torácicas y una fractura patológica costal. **Conclusión.** Este caso corresponde a un inicio neurológico grave de linfoma de partes blandas, sin otros síntomas. El dolor inicial fue atribuido a las dorsalgias que padecía de antiguo, y el trastorno deambulatorio se malinterpretó como una polirradiculoneuritis al detectarse hiperproteínoorraquia. Actualmente, sigue hospitalizado en tratamiento quimioterápico y rehabilitador.

## P22.

### Infarto de la arteria de Percheron

Sánchez Refolio A, Rodríguez Román A, Rahim López RRA, Hermosín Gómez A, Micheli IC  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Introducción.** La peculiaridad de la circulación talámica y la variabilidad individual hacen posible la afectación arterial unilateral sobre ambos tálamos. La resonancia magnética craneal (RM) es fundamental para el correcto diagnóstico. **Caso clínico.** Varón de 74 años, hipertenso y alcohólico crónico. Acude a urgencias por presentar déficit visual y tendencia al sueño. Al despertar presenta trastorno del habla y confusión. En la exploración neurológica destaca disartria leve, asociada a limitación en la mirada superior e inferior bilateralmente. Pruebas complementarias realizadas en urgencias: potasio de 3 mmol/L, y resto de la analítica, normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal. Tomografía computarizada craneal: en región parietal derecha se observa área ligeramente hipoden-

sa de modo difuso que podría estar en relación con lesión isquémica en evolución y atrofia córtico-subcortical. Durante los primeros días de hospitalización en el Servicio de Neurología, el paciente presenta tendencia al sueño, con fluctuaciones y desorientación, que posteriormente recupera. Al alta presenta disartria leve y mantiene la limitación de la mirada. Una RM craneal objetiva lesiones isquémicas agudas-subagudas precoces (difusión) en ambos tálamos y mesencéfalo, sugestivo de infarto en la arteria de Percheron. Atrofia subcortical. **Conclusión.** El infarto talámico paramedial bilateral o mesencefálico sincrónico por infarto de la arteria de Percheron constituye un síndrome de presentación variable (tríada clínica clásica: alteración de la conciencia, parálisis de la mirada vertical y deterioro de memoria). La tomografía computarizada inicialmente es de baja sensibilidad, por lo que se precisa una RM cerebral para su diagnóstico.

## P23.

### Oftalmopatía tiroidea y espasmo facial bilateral en una usuaria de metotrexato por artritis reumatoide

Gómez González MB, Sillero Sánchez M, Navarro Navarro J, Rodríguez Fernández N, Asencio Marchante JJ, Rosado Pena B  
Hospital Universitario. Puerto Real, Cádiz.

**Introducción.** La oftalmopatía tiroidea es un trastorno autoinmune que afecta a la grasa y musculatura orbitales, generalmente bilateral y en el contexto de hipertiroidismo y elevación de anticuerpos antitiroideos. Su tratamiento más efectivo es el esteroideo y en los casos refractarios se ha comprobado respuesta con rituximab y metotrexato, e incluso radioterapia. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, con antecedentes de asma bronquial, hipertensión arterial, artritis reumatoide y espasmo facial bilateral, con administración periódica de toxina botulínica y en tratamiento, entre otros, con metotrexato. Presentó diplopía horizontal binocular, dolor orbitario izquierdo y disminución de la hendidura palpebral izquierda. Dos meses antes se había detectado hipertiroidismo, trata-

do con carbimazol. Un año antes sufrió un traumatismo facial. En la resonancia magnética practicada se encontró crecimiento del músculo recto inferior de la órbita izquierda y ligera hiperseñal de la grasa periférica. TSH, anticuerpos antitiroglobulina y anticuerpos antitiroglobulina normales. Se trató con prednisona. **Conclusión.** Este caso forma parte del porcentaje de pacientes afectados de oftalmopatía distroica con función tiroidea y anticuerpos antitiroideos normales, además de mostrar radiológicamente afectación unilateral y encontrarse en tratamiento, por su artritis reumatoide, con un fármaco reservado para las formas refractarias de esta orbitopatía. La coexistencia con otra patología autoinmune y el antecedente de un traumatismo facial también se han invocado como posibles cooperantes en el desarrollo de oftalmopatía tiroidea. No hemos encontrado casos previos relacionados con el espasmo facial bilateral idiopático.

## P24.

### Hemicráneas continua y paroxística: características clínicas y terapéuticas en una serie de 33 pacientes en seguimiento en el Hospital Universitario Virgen del Rocío

Pardo Galiana B, González Oria C, Macías García D, Pérez RM, Jiménez Hernández MD  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción.** Las hemicráneas son cefaleas poco frecuentes caracterizadas por dolor estrictamente unilateral, bien de forma continua con fluctuaciones, refiriéndonos a la hemicránea continua, o como ataques recurrentes en la hemicránea paroxística, ambas con respuesta absoluta a la indometacina según criterios. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas y terapéuticas en nuestra serie de pacientes. **Pacientes y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de hemicránea paroxística o continua en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, analizando diferentes variables que incluyen aspectos epidemiológicos, sintomatología,

escala analógica del dolor (EVA) y respuesta a la indometacina. **Resultados.** Incluimos 33 pacientes de nuestra base de datos, 16 con hemicránea paroxística y una edad media al diagnóstico de  $39,7 \pm 16,4$  años. El 100% eran mujeres. Media de EVA basal:  $9,4 \pm 0,73$ . Media de crisis diarias de dolor:  $4,01 \pm 6,7$ . Trece casos (81,2%) presentaron síntomas autonómicos y el 100% respondieron a indometacina, con dosis máxima media de  $56,5 \pm 38,1$  mg; el 50% de ellos requirieron dosis de mantenimiento  $> 6$  meses. Diecisiete pacientes presentaban hemicránea continua, con una media de edad al diagnóstico de  $47,2 \pm 14,7$  años. El 74,5% eran mujeres. Media de EVA basal:  $4,6 \pm 1,36$ . Media de EVA en las exacerbaciones:  $9,25 \pm 1$ . Doce casos (70,6%) presentaron síntomas autonómicos y el 76,5% respondieron a indometacina, con dosis máxima media de  $88,6 \pm 37,4$  mg; el 53% de ellos requirieron dosis de mantenimiento  $> 6$  meses. **Conclusiones.** El diagnóstico de las hemicráneas requiere el cumplimiento de criterios clínicos y terapéuticos que en ocasiones no se cumplen totalmente, existiendo variabilidad en el manejo clínico y terapéutico. Pensamos que deben seguir revisándose estos criterios para conseguir un manejo más preciso de estas entidades.

## P25.

### Síndrome cordonal posterior por calcificación del ligamento amarillo: un reto diagnóstico

Fuente Hortigón A, González Rodríguez S, Domínguez Mayoral A, López Domínguez JM, Ruiz de Arcos M, García Campos C  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción.** La calcificación del ligamento amarillo es una patología infrecuente en nuestro medio, pero relativamente habitual en pacientes de etnia japonesa. Clínicamente se manifiesta en forma de mielopatía de carácter compresivo. El tratamiento es la laminectomía descompresiva. **Caso clínico.** Mujer de 79 años, sin antecedentes neurológicos relevantes, que consulta por paraparesia e inestabili-

dad para la marcha de forma progresiva de comienzo en 2012. En la exploración presenta: fuerza en miembros superiores 4/5, fuerza en miembros inferiores (psoas 4/5, tibial anterior, tibial posterior y peroneos laterales 1-2/5), arreflexia rotuliana y aquilea bilateral, Babinski bilateral e hipoestesia táctil en el territorio sural izquierdo. En la resonancia magnética se visualiza discartrosis múltiples y estenosis del canal lumbar plurirradicular, ambos procesos con cambios degenerativos a consecuencia de la hipertrofia del ligamento amarillo. En el estudio neurofisiológico se aprecia intensa afectación de vías somestésicas y ligera afectación de la vía piramidal intensa para ambos miembros inferiores. La paciente posteriormente fue intervenida, realizándose artrodesis C5-C6 y C6-C7, laminectomías L3-L4, recalibrado de canal y foraminotomías bilaterales. Actualmente se encuentra en seguimiento por Neurología y Rehabilitación. **Conclusión.** La relevancia del trabajo reside en la escasez de casos descritos de esta patología y en la imagen parcheada en resonancia magnética. Se discute la posible etiología del proceso de calcificación del ligamento amarillo, así como los tipos, el proceso diagnóstico y el tratamiento más adecuado. También se analiza la repercusión funcional de dicho proceso y la evolución postoperatoria.

## P26.

### Angiopatia amiloide: más allá de la hemorragia lobar

Ruiz de Arcos M, García Campos C, Domínguez Mayoral A, Pérez Sánchez S, Eichau Madueño S, Chavero Moreno E, Fuente Hortigón A  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción.** Múltiples estudios describen la ateromatosis del cayado aórtico como causa probable de ictus isquémico tipo ESUS (*embolic stroke undetermined source*), junto con el foramen oval permeable y la fibrilación auricular paroxística. El objetivo de nuestro estudio es buscar signos de ateromatosis aórtica en este subtipo de ictus. **Pacientes y métodos.** Hemos ana-

lizado el arco aórtico visible en las angiotomografías de troncos supraaórticos de los pacientes que ingresaron como código ictus entre abril y diciembre de 2016. Recogimos datos demográficos y los subtipos etiológicos según la clasificación TOAST, en base a los resultados del eco-Doppler de troncos supraaórticos/TC, ecocardiografía y monitorización cardíaca de 24 horas. Definimos ateromatosis del cayado aórtico como engrosamiento intimal y presencia de calcio. No pudo realizarse valoración de placa compleja debido a las limitaciones técnicas. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS v. 20, con un nivel de significación de 0,05. **Resultados.** Revisamos 64 pacientes, descartando dos por no disposición de imágenes y 16 por limitación técnica. De los 46 valorables, el 54,3% eran hombres. Resultaron 12 ESUS, y en siete se encontraron signos de ateromatosis aórtica. No se encontraron diferencias entre los subtipos de ictus, pero sí en cuanto a la presencia de ateromatosis aórtica en relación a la edad ( $p = 0,005$ ). **Conclusiones.** La angiotomografía de troncos supraaórticos realizada en el código ictus no es una técnica para el diagnóstico de ateromatosis aórtica, pero puede dar una aproximación de su estado. En casos de etiología indeterminada puede ayudar a dirigir el estudio y así optimizar la prevención secundaria.

## P27.

### Trombocitopenia e ictus isquémico: causa inhabitual

Ruiz de Arcos M, García Campos C, Chavero Moreno E, Pérez Sánchez S  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción.** Alrededor del 3-7% de los ictus son por una causa inhabitual, siendo importante para el pronóstico el diagnóstico precoz. Dentro de estas causas se encuentra la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), una entidad que clásicamente afecta al sistema nervioso central pero raramente comienza como ictus. **Caso clínico.** Mujer de 54 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva

crónica y linfoma no Hodgkin tratado con QT y en remisión completa desde 2009. Acude a urgencias por dificultad para articular las palabras y torpeza de la mano derecha desde hacía 30 minutos. A su llegada sólo destaca disartria. Sin hallazgos en TAC de cráneo simple y angiotomografía. Análiticamente destaca trombocitopenia grave de  $23.000/\text{mm}^3$  (confirmada en frotis de sangre periférica), tropoininas de 446 e insuficiencia renal aguda. Ingresa en la Unidad de Ictus. Al día siguiente presenta hemiparesia derecha y se realiza una resonancia magnética urgente, que objetiva lesiones agudas en distintos territorios vasculares. Además, aparecen lesiones purpúricas en piel y anemia. Se repite frotis, hallándose esquistocitos, y se programa plasmaféresis urgente ante la sospecha de PTT, confirmada con la determinación de ADAMTS13 (0). Neurológicamente se estabiliza, pero desde el punto de vista hematológico se produce una evolución tórpida, necesita más sesiones e inicia tratamiento con rituximab. **Conclusión.** La PTT adquirida suele presentarse como anemia hemolítica microangiopática con trombocitopenia. La sintomatología neurológica más frecuente es cefalea y confusión, y menos común, ictus (12%) y coma (8%). La plasmaféresis tiene un 90% de éxito. Es una entidad hematológica grave que hay que sospechar ante un fenómeno trombótico y trombocitopenia en un paciente con factor de riesgo autoinmune (antecedente de linfoma) para instaurar un tratamiento precoz.

## P28.

### Ateromatosis aórtica en el ictus isquémico embólico de origen desconocido

Ruiz de Arcos M, García Campos C, Pérez Sánchez S, Chavero Moreno E, Domínguez Mayoral A, Fuente Hortigón A, Montaner Villalonga J  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción.** Aunque el paradigma clínico de la angiopatía amiloide es la hemorragia lobar, actualmente se describe un espectro más amplio que abar-

ca los eventos focales paroxísticos (*amyloid spells*), las formas inflamatorias y los ictus isquémicos. El objetivo es describir las características clínicas y radiológicas de una serie de casos de angiopatía amiloide. **Casos clínicos.** Se presentan ocho casos, de 71 años de media, con diagnóstico de angiopatía amiloide probable o posible según los criterios de Boston modificados. En todos los casos se realiza una resonancia magnética cerebral. El electroencefalograma se ha practicado si existía sospecha de epilepsia. La manifestación inicial más frecuente era la hemorragia lobar (cinco casos). La hemorragia subaracnoidea focal apareció en dos pacientes. En un caso se ha detectado un ictus isquémico parieto-occipital izquierdo, que atribuimos a la angiopatía amiloide (diagnóstico probable porque había microsangrados lobares y siderosis superficial) tras descartar cardiopatía embolígena. Destaca un caso familiar de inicio a los 56 años con hemorragias recidivantes. Las crisis se presentan en dos casos, siendo la semiología de ambos frontooccipital. Se recogen dos pacientes con *amyloid spells* (en un caso incluso precediendo al sangrado cerebral) asociadas a hemorragias subaracnoideas focales, que se controlan con antiepilepticos. **Conclusiones.** La identificación de semiología clínica y radiológica como siderosis superficial, hemorragias subaracnoideas focales o *amyloid spells* puede contribuir al diagnóstico precoz y la prevención de complicaciones en la angiopatía amiloide.

## P29.

### Lesión benigna ocupante de espacio extramedular como causa de parestesias subagudas ascendentes y ataxia

Gómez González M B, Yerga Lorenzana B, Sillero Sánchez M, Montes Durán C, Rosado Pena B, Asencio Marchante JJ, Rodríguez Fernández N, Rodríguez Román A  
Hospital Universitario. Puerto Real, Cádiz.

**Introducción.** El carácter progresivo y simétrico de los trastornos sensitivos orienta a una polineuropatía. Si son parestesias ascendentes con limitación deambulatoria en un corto período

podrían corresponder a polirradiculoneuritis, en especial si detectamos disociación albuminocitológica en el líquido cefalorraquídeo. **Caso clínico.** Mujer de 61 años, que acudió a urgencias por disestesias iniciadas dos meses antes y que habían ascendido desde los pies hasta los muslos y el abdomen, con debilidad en miembros inferiores y dificultad de la marcha desde el día anterior. No existían antecedentes traumáticos o infecciones. En la exploración encontramos debilidad de balance 4/5 en el miembro inferior izquierdo y 4+/5 en las manos, errores artrocinéticos en el miembro inferior izquierdo, ataxia moderada de la marcha y un nivel sensitivo D10, sin reflejo aquileo derecho. En el estudio de líquido cefalorraquídeo había hiperproteinorraquia (129 mg/dL) y una sola célula. La resonancia magnética mostró una lesión extramedular en el canal espinal a la altura de D6, intra y extradural, con compresión medular sin malacia y sugestiva de meningioma frente a schwannoma. Mejoró con corticoides y fue remitida a neurocirugía. **Conclusión.** En nuestro caso, la instauración paulatina y relativamente lenta de los síntomas, el nivel sensitivo y la práctica normalidad de los reflejos situaron la lesión en el canal medular. No obstante, antes de realizar la resonancia, se practicó una punción lumbar, con hiperproteinorraquia por estasis compresivo, y electromiograma, normal. Tanto meningiomas como schwannomas son tumores medulares poco frecuentes y de lento crecimiento, cuya presentación clínica ocurre con un tamaño lesional considerable.

## P30.

### Ictus isquémico de etiología ateroembólica: a propósito de un caso

Carazo Barrios L, Quiles López JF, Rodríguez Belli AO, Serrano Castro VP, Romero Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Introducción.** La enfermedad por ateroembolia consiste en la disgregación de una placa de ateroma, paso de los

fragmentos al torrente sanguíneo y enclavamiento en vasos distales pequeños. Afecta a pacientes con placas de ateroma complejas o sometidos a procedimientos endovasculares. La clínica es variada: *livedo reticularis*, síndrome del dedo azul, insuficiencia renal aguda, ataque isquémico transitorio o ictus. El nivel de sospecha debe ser elevado porque el diagnóstico definitivo es por biopsia. Se precisa el tratamiento agresivo de factores de riesgo cardiovascular, el uso de antiinflamatorios como corticoides o prostaglandinas, porque en este tipo de pacientes la oclusión al flujo sanguíneo no se produce por la imputación de un trombo, sino por la inflamación alrededor de los émbolos, y la anticoagulación oral. **Caso clínico.** Varón de 73 años, hipertenso, exfumador y exbebedor, con un cuadro brusco de hemianopsia homónima derecha e hipoestesia en el brazo derecho. En la TAC aparece un área hipodensa en el lóbulo occipital izquierdo, sugestiva de lesión isquémica subaguda. Posteriormente, el paciente comienza con dolor en ambos pies y se detectan lesiones violáceas puntiformes maculopapulosas. Se sospecha ateroembolia y se realiza una angiotomografía, que detecta placas de ateroma difusas. Se instaura tratamiento con prostaglandinas, y al alta, con ácido acetilsalicílico. **Conclusión.** La ateroembolia aumenta en frecuencia conforme se incrementa la tasa de procedimientos endovasculares. Por ello, y por lo inespecífico de sus manifestaciones clínicas, la sospecha clínica debe ser elevada en todo momento. La falta de evidencia sólida sobre el tratamiento idóneo en lo que respecta a anticoagulación hace necesaria una mayor investigación en este campo.

## P31.

### Vasculopatía cerebral multifocal secundaria a una infección por virus varicela zóster

Peláez Vina N, Bescansa Heredero E, Dunlop Bórquez DJ

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción.** El virus varicela zóster (VVZ) es un virus neurotrópico con re-

plicación en las arterias, originando una vasculopatía. Forma parte del diagnóstico diferencial de vasculitis. **Caso clínico.** Mujer de 83 años, hipertensa, diabética y dislipémica, con antecedente de infarto cerebeloso y estudios vascular y cardíaco normales, quedando como secuela disartria e inestabilidad. Acude por empeoramiento de su disartria e imposibilidad para la marcha de dos semanas. Dos meses antes se diagnostica un herpes zóster torácico. En la exploración destaca disartria grave, cuadrantanopsia superior izquierda, claudicación del miembro superior derecho, paresia de miembros inferiores contra gravedad y erupción cutánea típica en dermatoma D5. Análíticamente VSG 31, PCR 38,7, déficit de vitamina B<sub>12</sub> y lúes negativo. La resonancia magnética craneal mostraba múltiples pequeñas lesiones corticales bihemisféricas, hiperintensas en FLAIR y difusión, correspondientes a aéreas de isquemia recientes. En angiorresonancia, tortuosidad vascular generalizada. Ecocardiografía y Holter normales. Estudio de LCR: proteinorraquia moderada. PCR en LCR: VVZ negativo. Serología en LCR: VVZ IgG positiva, IgM negativa. Se instaura tratamiento endovenoso con aciclovir 21 días, con mejoría progresiva del déficit. Debemos sospechar esta entidad ante una afectación isquémica múltiple cerebral. Descartadas otras etiologías en nuestro caso, la erupción herpetiforme dio la pista. **Conclusiones.** Entre los tests diagnósticos deben incluirse ambos, ADN de VVZ y anticuerpos IgG de VVZ en LCR, ya que la presencia de ADN VVZ sólo suele estar presente en las primeras dos semanas de enfermedad, mientras que los anticuerpos IgG VVZ se detectan a partir de ese momento. La importancia del diagnóstico radica en ser una entidad tratable.

## P32.

**Ictus isquémico secundario a una disección aórtica**

Medina Gámez JA, Andreo Jiménez FJ, Valderrama Martín C, Madrid Navarro CJ, Espigares Molero A

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Objetivo.** Presentación de tres casos de ictus isquémicos secundarios a disección aórtica tipo A de Stanford. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que presenta clínica deficitaria hemisférica izquierda (NIHSS 19) de perfil ictal, junto con cuadro sincopal previo. En neuroimagen urgente se constataron signos precoces de infarto en la arteria cerebral media izquierda y se decidió administrar fibrinolítico intravenoso. Ante hipotensión brusca se realizó angiotomografía de tórax, donde se detectó disección aórtica. Caso 2: mujer de 80 años, con hipertensión arterial y dilatación de la aorta ascendente de 48 mm. Comenzó de forma brusca con disartria y hemiparesia izquierda, sin dolor torácico u otros signos acompañantes. La angiotomografía mostró un trombo en la arteria cerebral media derecha, sin evidencia de disección aórtica en un primer tiempo. Se administró fibrinolítico y ante empeoramiento marcado se realizó una nueva angiotomografía, que permitió objetivar disección. Caso 3: varón de 65 años, con hipertensión arterial. Cuadro consistente en dolor torácico y focalidad neurológica. La neuroimagen urgente permitió visualizar signos compatibles con ictus hemisférico derecho y disección aórtica, por lo que no se administró fibrinolítico. **Conclusión.** El resultado en los tres casos fue infausto, con *exitus* tras ser desestimada la intervención por parte de cirugía vascular. La disección aórtica es una causa inusual de ictus, aunque es preciso considerar su posibilidad en el proceso diagnóstico y detectar precozmente los síntomas de alarma, ya que supone una afectación vital inminente. Al igual que lo descrito por otros autores, la terapia trombolítica demostró en estos casos el desarrollo de complicaciones graves, con resultados desfavorables.

## P33.

**Valores normativos de pruebas de fluidez verbal abreviada en pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo**

Rego García I, Valderrama Martín C, Carrasco García M, López Alcalde S, Carnero Pardo C

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** En la evaluación cognitiva formal se usan de forma habitual pruebas de fluidez verbal. Nuestro grupo ha demostrado que versiones abreviadas de fluidez verbal semántica o fonética en 30 s (FVS30 y FVF30, respectivamente) tienen la misma validez discriminativa para deterioro cognitivo que las versiones clásicas aplicadas en un minuto. El uso de las versiones abreviadas permitiría un ahorro de tiempo, pero para ello es necesario disponer de datos normativos. **Objetivo.** Proporcionar datos normativos de FVS30 y FVF30 en una muestra de pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo. **Pacientes y métodos.** Estudio transversal prospectivo en una muestra naturalística de pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo atendidos en una consulta de neurología. En todos los sujetos se registró sexo, edad, dominancia, alfabetización, escolaridad y presencia de quejas de pérdida de memoria, y se les aplicó FVS30, FVF30 y Fototest. **Resultados.** Muestra de 239 sujetos (208 con FVS30, 73 con FVF30 y 42 con ambos). Para la muestra completa, los valores relevantes (media  $\pm$  desviación estándar, percentil 10, percentil 5) son  $11,5 \pm 3,7$ , 7 y 6 para FVS30 y  $6,4 \pm 2,7$ , 3 y 2 para FVF30. Los valores de FVS30 y FVF30 están influidos por la edad y escolaridad, pero no por el resto de variables controladas. **Conclusiones.** Se proporcionan datos normativos para FVS30 y FVF30 en pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo estratificados por edad (< 65 años, > 65 años) y escolaridad (< primarios, > primarios), que permitirían el uso de estas pruebas abreviadas.

## P34.

**Características de los ictus hemorrágicos en Melilla**

Osuna Sánchez J, Yakoubi Badah M, Del Canto Pérez C, Soler González R, Ampuero Ampuero J

Hospital Comarcal. Melilla.

**Objetivo.** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ictus hemorrágico en el Hospital Comarcal de Melilla. **Pacientes y métodos.** Análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados desde enero a diciembre de 2015. Se han revisado los informes de alta y se han analizado datos como sexo o edad, así como un estudio pormenorizado de la comorbilidad que presentaban. **Resultados.** Hubo un total de 106 pacientes, con una edad media de  $67,36 \pm 15,29$  años (rango: 34-89 años), de los que el 54,5% eran mujeres. La estancia media de los pacientes fue de  $7,45 \pm 6,68$  días. Tan sólo el 54,5% de los pacientes tenían seguridad social y un 36,4% eran de raza bereber. La mortalidad fue de un 22,7%. Un 63,6% de los pacientes tenían hipertensión arterial; el 27,3%, diabetes mellitus; el 4,5%, dislipemia; el 18,2%, fibrilación auricular; el 9,1%, enfermedad coronaria; el 13,6%, neoplasia, y el 9,1%, insuficiencia cardíaca crónica. La causa más frecuente fue la hipertensiva (40,9%), seguida de la hemorragia cerebral espontánea (36,4%) y anticoagulantes (13,6%). La forma de presentación más frecuente es la afectación de más un territorio (40,9%), seguido de la afectación de la arteria cerebral media (27,3%) y el territorio vertebrovasilar (22,7%). **Conclusiones.** Las características demográficas especiales de Melilla hacen que en el hospital se reciba un perfil de paciente diferente al resto de los hospitales españoles. Dadas las características especiales de nuestro centro, nuestros pacientes son más jóvenes y presentan una comorbilidad desconocida por ellos mismos que hacen que el diagnóstico y el tratamiento en el momento agudo se compliquen.

## P35.

**Esclerosis múltiple e inmunosupresión en trasplantados**

Ruiz del Amo JL, Rego García I, Barrero Hernández FJ, Arnal García C, Barrios López JM, Romero Fábrega JC, Muñoz Martínez C, Escamilla Sevilla F

Complejo Hospitales Universitarios. Granada.

**Introducción.** Son escasos los trabajos publicados de pacientes en tratamiento inmunosupresor tras un trasplante y que padecen esclerosis múltiple. Se revisa la bibliografía al respecto y se presenta el un caso de una paciente trasplantada renal que inició una probable esclerosis múltiple tras la retirada de micofenolato de mofetilo. **Caso clínico.** Mujer de 35 años, con antecedente 16 años antes de un trasplante renal en tratamiento inmunosupresor (micofenolato y tacrolimus), y un episodio de vértigo hacía seis meses. Ocho semanas antes de consultar sufrió una infección por citomegalovirus, con posterior neutropenia febril, que obligó a la retirada del micofenolato. Ingresó en nuestro servicio por diplopía horizontal con limitación para la abducción de ambos ojos, especialmente del izquierdo. No hubo hallazgos relevantes en los estudios bioquímicos (incluidas pruebas de autoinmunidad), serológicos y microbiológicos en suero y líquido cefalorraquídeo. En la resonancia magnética cerebral se encontraron lesiones desmielinizantes compatibles con esclerosis múltiple. Mejoró con metilprednisolona intravenosa. **Conclusión.** En pacientes trasplantados, el uso de determinados fármacos inmunosupresores, como el micofenolato de mofetilo, puede tener un efecto positivo en el curso de la esclerosis múltiple. Pensamos que hubo una relación causal entre la retirada de dicho fármaco y el brote desmielinizante de nuestra paciente.