

XLIII Reunión Anual de la Sociedad Andaluza de Neurología

Huelva, 30 de septiembre y 1-2 de octubre de 2021

COMUNICACIONES ORALES

1.

Nuevos cuerpos de inclusión nitrados en las glándulas salivares relacionados con parkinsonismo

Fernández-Espejo E, Rodríguez-de Fonseca F, Suárez J, Tolosa E

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona. Red Neuro-RECA. Hospital Universitario de Málaga. Málaga.

Introducción y objetivos. La nitración de la alfa-sinucleína se relaciona con el proceso degenerativo asociado a la enfermedad de Parkinson o la involución de la edad. Se estudió la expresión de alfa-sinucleína nitrada en las glándulas submandibulares de pacientes con Parkinson idiopático y de sujetos sanos de más de 65 años. **Material y métodos.** Las secciones histológicas de 5 μ m proceden del IDIBAPS de Barcelona (Vilas et al, Lancet Neurol 2016; 15: 708-18). **Resultados y discusión.** El estudio inmunohistológico reveló la presencia de tres tipos de inclusiones que expresan alfa-sinucleína nitrada: a) agregados de tipo Lewy en el tejido conectivo interlobulillar de la glándula, con forma redondeada, diámetro de 10-25 μ m y halo o fibrillas periféricas; b) inclusiones gruesas de formas variadas (ovoides, cintiformes, fusiformes), localizadas en el tejido interlobulillar conectivo; y c) cuerpos pequeños ovoides en el citoplasma de las células ductales, de 3-5 μ m de diámetro. Dichas inclusiones se observaron en los pacientes

excepto los cuerpos pequeños, presentes en todos los sujetos. El resto de los elementos celulares carece de inclusiones inmunorreactivas. **Conclusiones.** La detección de agregados de tipo Lewy que expresan alfa-sinucleína nitrada es una novedad, así como la presencia de cuerpos pequeños intracitoplásmicos en las células ductales, pues sólo se han descrito a nivel cerebral. Finalmente, las inclusiones gruesas son semejantes a las inclusiones positivas de alfa-sinucleína nativa ya descritas en el tejido interlobulillar salivar de pacientes de Parkinson.

2.

Estimación del ahorro del coste asociado a la migraña en Andalucía. Resultados del Atlas de Migraña en España

González-Oria C, Garrido-Cumbrera M, Correa-Fernández J, Gómez-Camello A, Viguera-Romero J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivo. La migraña es un trastorno neurológico que se manifiesta mediante un intenso dolor de cabeza y es responsable de elevados costes sanitarios. El objetivo del presente estudio es estimar el ahorro que supondría la reducción de un día de migraña al mes. **Materiales y métodos.** Se analizan datos de la encuesta en línea de 199 pacientes con migraña de Andalucía no seleccionados pertenecientes al Atlas de Migraña en España, estudio transversal entre junio y septiembre de 2017. Los costes totales asociados a la migraña incluyeron costes directos sanitarios, costes di-

rectos no sanitarios y costes indirectos. La regresión lineal simple se usó para predecir el ahorro con la reducción de un día de migraña al mes para cada uno de los costes. **Resultados y discusión.** La edad media de los pacientes andaluces fue de 36,7 años, el 87,6% eran mujeres, el 61,2% estaban casados/en pareja y el 48,8% eran universitarios. Los costes totales medios fueron de 6.510,7 euros: 1.432,2 pertenecían a los costes directos sanitarios medios; 108,3, a los costes directos no sanitarios medios; y 4.970,2, a los costes indirectos medios. La reducción de un día de migraña al mes supone un ahorro de 110,4 euros en los costes directos sanitarios, 9,1 en los costes directos no sanitarios, 384,6 en los costes indirectos y 504,1 en los costes totales. **Conclusiones.** En Andalucía, la reducción de un día con migraña al mes supondría un ahorro de los costes totales de 504,1 euros. Es necesario mejorar la atención, el tratamiento y el manejo de los pacientes con migraña, reduciendo sus días de migraña y combatiendo su absentismo y presentismo laboral.

3.

Diseño del estudio y características basales de los pacientes con migraña en Andalucía. Resultados del Atlas de Migraña en España

González-Oria C, Garrido-Cumbrera M, Correa-Fernández J, Gómez-Camello A, Jiménez-Hernández MD, Viguera-Romero J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos. El Atlas de Migraña en España evaluó a 1.283 pacientes en 2018, de los cuales 201 eran andaluces. El presente estudio pretende presentar el atlas y describir las características de los pacientes con migraña en Andalucía. **Material y métodos.** Se realizó un análisis de situación, evaluando a 201 andaluces derivados del Atlas de Migraña en España, estudio transversal mediante una encuesta en línea realizada entre junio y septiembre de 2017. Se evaluaron las características sociodemográficas, el diagnóstico, la utilización de recursos sanitarios, la discapacidad (*Migraine Disability Assessment Scale*), la calidad de vida (HANA), la ansiedad y la depresión (cuestionario de ansiedad y depresión), además de los miedos y las esperanzas de los pacientes. **Resultados y discusión.** La edad media fue de 36,7 años, el 87,6% eran mujeres, el 61,2% tenían pareja y el 48,8% eran universitarios. El 65,3% fue diagnosticado por un neurólogo, para lo que necesitó 4,6 visitas, mientras que el médico de atención primaria necesitaba una media de 10,9 visitas. El retraso de diagnóstico fue de 4,1 años. El 65% de los pacientes padecía una discapacidad grave, con una calidad de vida deteriorada, el 69,7% con ansiedad y el 43,8% con depresión (cuestionario de ansiedad y depresión ≥ 8). El principal miedo de los pacientes era el dolor, y la mayor esperanza era reducir la frecuencia de las crisis. **Conclusiones.** La migraña se asocia con un enorme retraso diagnóstico, una utilización de recursos sanitarios y un importante dolor. Este estudio confirma la enorme carga de la enfermedad asociada a la migraña en Andalucía, responsa-

ble de una importante discapacidad, pérdida de calidad de vida y empeoramiento de la salud mental.

4.

Revisión de los resultados en el tratamiento de una patología neurológica en nuestra consulta con estimulación magnética transcraneal

Moreno-Ramos T, Fernández-Sánchez V, Flordelis-Lasierra E, Sánchez-García JA, Romero-Imbroda J

Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga.

Introducción y objetivos. La estimulación magnética transcraneal es una técnica de neuromodulación cerebral segura, no invasiva e indolora que se ha postulado como una herramienta terapéutica que podría facilitar la reorganización funcional cerebral y la recuperación clínica de pacientes con trastornos del sistema nervioso. **Material y métodos.** Revisión de los pacientes en nuestras consultas, con patologías del sistema nervioso tratadas durante seis meses con estimulación magnética transcraneal repetitiva. **Resultados y discusión.** Presentamos la evolución de 36 pacientes tratados con las siguientes patologías: demencia de tipo Alzheimer, secuelas postictus, neuralgia del trigémino, acúfenos, enfermedad de Parkinson, síndrome depresivo-ansioso, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de la personalidad, déficit de atención e hiperactividad, y trastorno por abuso de sustancias. En todos los pacientes se encontró mejoría al menos en alguno de los test neuropsicológicos que se realizaron antes, durante y después del tratamiento, excepto en dos de los pacientes. El único efecto secundario que comunicaron dos de los pacientes es el aumento del cansancio físico el día de la estimulación. **Conclusiones.** La estimulación magnética transcraneal ofrece una serie de ventajas, como que no precisa ingreso, el paciente puede retomar inmediatamente su actividad cotidiana, es indolora, disminuye los riesgos inherentes a los fármacos, dado que no tiene los efectos secundarios que sue-

len presentar los fármacos para el sistema nervioso central, y estimula los circuitos cerebrales implicados en cada enfermedad.

5.

TMA-93 (memoria visual asociativa): discriminación entre grupos según la clasificación 'ATN' y asociación a niveles de biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo

García-Roldán E, Arriola-Infante JE, Méndez-del Barrio C, Marín-Cañas M, Rodrigo-Herrero S, Bernal-Sánchez-Arjona M, Franco-Macías E

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de Memoria. Centro de Neurología Avanzada. Sevilla. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción y objetivos. El objetivo fue analizar si la puntuación total TMA-93 discrimina grupos según la clasificación 'ATN' y si se asocia a los biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo, medidos como variables continuas. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo de una base de datos asociada a Biobanco (Colección C330022, consentimiento informado). Criterios de selección: consulta inicial por quejas de memoria; *Minimal State Examination* ≥ 22 ; escala de deterioro global = 3; memoria examinada mediante el TMA-93 y resultado de biomarcadores (líquido cefalorraquídeo). La clasificación ATN se aplicó según los puntos de corte recomendados por Fujirebio (método Lumipulse): 'amiloide' positivo si A β 42 < 599 pg/mL; 'Tau' positivo si P-tau > 56,5 pg/mL; 'Neurodegeneración' positivo si T-tau > 404 pg/mL. El análisis incluyó la comparación de medias entre grupos, curvas ROC y correlación de Spearman. **Resultados.** Cumplieron los criterios de selección y pertenecieron a uno de los siguientes tres grupos analizados 82 registros: triple negatividad ($n = 11$), sólo amiloide positivo ($n = 27$) y triple positividad ($n = 44$). Los grupos no mostraron diferencias respecto a la edad, el género, la educación o la puntuación total del *Minimal State Examination*. La puntuación total del TMA-93 fue signi-

ficativamente más baja en el grupo de triple positividad ($p < 0,05$), discriminó este grupo respecto a los otros (área bajo la curva = 0,707; intervalo de confianza al 95%: 0,595-0,819) y correlacionó con niveles de T-tau ($r = -0,299$; $p < 0,05$) y P-tau ($r = -0,379$, $p < 0,001$). **Conclusiones.** La discriminación de pacientes con triple positividad ATN y la asociación a niveles de T-tau y P-tau en el líquido cefalorraquídeo suponen un avance en la validación con biomarcadores del TMA-93.

6.

Reserva cognitiva en adultos mayores que acuden a consulta de neurología

Arriola-Infante JE^a, Mendoza-Vázquez C^c, García-Roldán E^a, Rodrigo-Herrero S^c, Marín-Cabañas M^a, Méndez-del Barrio C^c, Franco-Macías E^{a,b}

^aHospital Universitario Virgen del Rocío.

^bCentro de Neurología Avanzada. Sevilla.

^cHospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. El objetivo fue analizar la reserva cognitiva en adultos mayores, sin deterioro, que acuden a consulta de neurología. **Material y métodos.** Es un estudio multicéntrico (Hospitales Juan Ramón Jiménez y Virgen del Rocío). De forma sistemática, entre enero y agosto de 2021 se reclutó a personas con edad igual o superior a 55 años, sin quejas cognitivas, que firmaron el consentimiento informado y que tuvieron una puntuación total en Fototest igual o superior al percentil 10, administrándoles el cuestionario de reserva cognitiva. Se analizó la distribución de la puntuación total del cuestionario de reserva cognitiva, el efecto de la edad y el género (regresión lineal), y su asociación con la puntuación total en Fototest (correlación de Spearman). **Resultados.** Participaron 541 personas (64%, mujeres) con una mediana de edad de 68 (rango intercuartílico: 61-75; rango: 55-89 años). El género ($p < 0,001$), pero no la edad ($p = 0,339$), predijo la puntuación total en el cuestionario de reserva cognitiva, cuya distribución según cuartiles (Rami et al, 2011) fue: varones, Q1, 31,3%; Q2, 17,9%; Q3, 27,7%; y Q4, 23,1%; y

mujeres, Q1, 39%; Q2, 22,8%; Q3, 22,8%; y Q4, 15,3%. La puntuación total en el cuestionario de reserva cognitiva se asoció a la puntuación total en Fototest ($r = 0,423$; $p > 0,001$). **Discusión.** La reserva cognitiva de adultos mayores que acuden a consulta de neurología es baja, con un 57% de individuos con una puntuación en el rango bajo o medio-bajo, y es aún más baja en las mujeres, lo que supone un riesgo para el deterioro cognitivo, y no más alta en los individuos más jóvenes, que podrían ser sujeto de intervenciones para mejorarla. Fototest podría ser un marcador subrogado para medir la reserva cognitiva.

7.

Factores asociados a mejoría neurológica precoz y tardía en pacientes con ictus tratados con trombectomía mecánica

Del Toro C, Amaya Pascasio L, Arjona Padillo A, Martínez-Sánchez P

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Objetivo. Analizar los factores asociados a la mejoría neurológica precoz, definida como una disminución de cuatro puntos de la *National Institute of Health Stroke Scale* en las primeras 24 horas, y la mejoría neurológica tardía, definida como una puntuación en la escala de Rankin modificada <3 a los tres meses en pacientes tratados con trombectomía mecánica. **Métodos.** Estudio observacional basado en un registro prospectivo de pacientes tratados con trombectomía mecánica (enero de 2017-abril de 2021). Se realizó un análisis descriptivo, bivariable y de regresión logística multivariable. **Resultados.** Se incluyó a 233 pacientes, con una mediana de edad de 72 años y una escala de Rankin modificada basal de 0, con una mediana de la *National Institute of Health Stroke Scale* de 17 (13-21). Alcanzaron una mejoría neurológica precoz 117 pacientes (50,2%). De los que no obtuvieron mejoría neurológica precoz, 15 (13%) presentaron mejoría neurológica tardía. El análisis multivariable mostró que el traslado directo al centro de trombectomía mecánica se asoció a

mayor probabilidad de mejoría neurológica precoz—*odds ratio* (OR): 3,3; intervalo de confianza al 95% (IC 95%): 1,09-10,02—, mientras que un número de pases >3 (OR: 0,12; IC 95%: 0,03-0,43), la transformación hemorrágica (mayor que HP1 o sintomática) (OR: 0,13; IC 95%: 0,02-0,76) y un NT-pro-BNP $\geq$ 1700 (OR: 0,33; IC 95%: 0,12-0,94) se asociaron con menor probabilidad de mejoría neurológica precoz. Una menor puntuación en la *National Institute of Health Stroke Scale* en el ingreso (OR: 0,79; IC 95%: 0,67-0,91) y una menor edad (OR: 0,92; IC 95%: 0,87-0,97) se relacionaron con mayor probabilidad de alcanzar una mejoría neurológica tardía. **Conclusiones.** En este estudio, la mejoría neurológica precoz depende fundamentalmente de factores organizativos y del procedimiento de trombectomía mecánica, mientras que la mejoría neurológica tardía se asocia a factores clínicos.

8.

Papel de la impulsividad en la cefalea en racimos

Azalluz-Luque J, Espinal-Sánchez M, Millán-Vázquez M, Lamas-Pérez R, Jiménez-Hernández MD, Franco-Macías E, González-Oria C

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar diferencias socio-demográficas y comorbilidades psiquiátricas de pacientes con cefalea en racimos (CR) episódica, crónica y controles. Establecer la relación entre la CR e impulsividad mediante la escala de Barratt. **Sujetos y métodos.** Estudio de casos y controles que incluye a pacientes con CR episódica y crónica frente a controles sanos. **Resultados.** Participaron 150 pacientes (50 con CR episódica, 50 con CR crónica y 50 sanos), 122 hombres (81,33%), con una edad media de 49,07 $\pm$ 14,66 años. Hubo mayor porcentaje de fumadores en los de CR que en los sanos (53 frente a 16%; $p < 0,001$) y mayor porcentaje de bebedores en los controles que en los de CR (68 frente a 40%; $p = 0,001$). La comorbilidad psiquiátrica fue mayor en la CR que en los con-

troles, incluyendo depresión (31 frente a 10%; $p = 0,005$), ansiedad (50 frente a 24%; $p = 0,002$), estrés (54 frente a 36%; $p = 0,038$) e insomnio (49 frente a 28%; $p = 0,014$). Entre los grupos de CR, hubo más bebedores en el de episódica que en el de crónica (52 frente a 28%; $p = 0,014$); y más comorbilidad psiquiátrica en el de crónica que en el de episódica: ansiedad (60 frente a 40%; $p = 0,046$) y depresión (52 frente a 10%; $p < 0,001$). Encontramos valores más elevados en la impulsividad total de la escala de Barratt en los grupos de CR que en los controles (46,66 $\pm$ 13,72 puntos frente a 39,68 $\pm$ 10,47 puntos; $p = 0,003$) y mayor impulsividad motora en los de CR que en los controles (15,88 $\pm$ 6,27 puntos frente a 12,04 $\pm$ 5,23 puntos; $p < 0,001$). La impulsividad total fue mayor en la CR crónica que en la CR episódica (49,33 $\pm$ 14,12 puntos frente a 43,91 $\pm$ 13,51 puntos; $p = 0,045$). Los valores de impulsividad atencional fueron mayores en la CR crónica que en la CR episódica (16,09 $\pm$ 6,27 frente a 12,56 $\pm$ 6,7; $p = 0,008$). **Conclusiones.** Los pacientes con CR asocian más comorbilidad psiquiátrica y tabaquismo. Existe mayor impulsividad en la CR que en los controles (predominio motor) y también en la CR crónica que en la episódica (mayormente atencional).

9.

Music Exploring Mind Test en la evaluación del deterioro cognitivo

Moreno-Ramos T, Del Canto-Pérez C, Mármol-Prados A, Romero-Imbroda J

Servicio de Neurología. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga.

Introducción. El procesamiento neurocognitivo de la música supone una interacción de múltiples funciones neuropsicológicas y emocionales. Una aproximación a su funcionamiento con el desarrollo de un test cognitivo breve puede manifestar cambios de la indemnidad cerebral frente a un deterioro cognitivo en progreso. Se diseña el *Music Exploring Mind Test* y se realiza un estudio monocéntrico transversal de valoración de capaci-

dad cognitiva de pacientes con quejas de memoria, enfermedad de Alzheimer y controles sanos, y se valora si las puntuaciones obtenidas se correlacionan con el grado del deterioro que presentan los pacientes. **Material y métodos.** Se exploran 30 sujetos categorizados en cuatro grupos: sujetos sanos (15), deterioro cognitivo leve (5), enfermedad de Alzheimer leve (5) y enfermedad de Alzheimer moderada (5). Se miden las puntuaciones obtenidas y el tiempo de realización, y se comparan entre los diferentes grupos y con el Fototest. **Resultados y discusión.** La edad media es de 75 $\pm$ 6,8 años. Predomina la formación en estudios básicos/secundaria con nivel del desempeño de instrumento musical bajo. La media de la puntuación del *Music Exploring Mind Test* va disminuyendo en cada grupo (grupo control: 17,7; deterioro cognitivo leve: 14,6, enfermedad de Alzheimer leve: 11,6; y enfermedad de Alzheimer moderada: 5,2) y se relaciona de manera directa con la disminución de las puntuaciones obtenidas en el Fototest. El tiempo de realización aumenta de manera inversa al empobrecimiento de las puntuaciones y la progresión de la enfermedad. El *Music Exploring Mind Test* es la primera evidencia de que la música puede utilizarse como elemento de valoración cognitiva. Es preciso realizar estudios adicionales multicéntricos.

10.

Análisis de la atención de las migrañas en el servicio de urgencias hospitalario de un hospital de tercer nivel. Estudio observacional

Sánchez-Rodríguez N, Serrano-De los Santos MJ, Gómez-Caminero AE, Millán-Vázquez M, Lamas-Pérez R, Jiménez-Hernández MD, González-Oria C

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos. Analizamos el manejo de las migrañas en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por migra-

ña en el servicio de urgencias del Hospital Virgen del Rocío entre 2019 y 2020. **Pacientes y métodos.** El número de pacientes fue de 1.000, con predominio de mujeres (71,7%), con una edad media de 35 $\pm$ 17 años. Se realizó triaje con niveles de prioridad 4 (459; 45,9%), 3 (456; 45,6%) y 2 (65; 6,5%). **Resultados.** El tiempo medio de espera fue de 22-60 minutos en el 25,9%, y el tiempo medio desde que fueron atendidos hasta el alta hospitalaria fue de entre 1 y 20 minutos. Un 28,7% fue atendido en los primeros 15 minutos, y se atendió a menos del 5,6% tras 120 minutos de espera. Se pidió una tomografía computarizada a 244 pacientes (24,4%). El diagnóstico fue correcto en un 41,2% (412), y sólo fueron codificados tres (0,3%). Se prescribió tratamiento en el 59,3% de pacientes. Los fármacos más usados fueron: antiinflamatorios no esteroideos (22,9%), analgésicos simples (6,4%), triptanes (1,4%) y opioides (0,4%). En el momento del alta, el 77,6% recibió tratamiento sintomático. Los fármacos más usados fueron: antiinflamatorios no esteroideos (23,1%), analgésicos simples (12,7%) y triptanes (3,7%); y el 5,8% recibió preventivos (amitriptilina, 2,4%; propranolol, 1%; y flunaricina, 0,9%). Contactaron con neurología en 67 ocasiones (6,7%) y derivaron a sus consultas en 142 (14,2%). Reconsultaron 181 pacientes (18,1%). Pese a no considerarse una patología urgente, la migraña genera mucha morbilidad en jóvenes. Los tiempos de espera fueron acordes con las prioridades. **Conclusiones.** Nuestros resultados muestran una petición excesiva de pruebas complementarias y una escasa prescripción en el alta, especialmente de preventivos.

11.

Ictus isquémico en jóvenes en Andalucía: epidemiología y factores de riesgo

Amaya-Pascasio L, García-Torrecillas JM, Del Toro-Pérez C, Blanco-Ruiz M, Millán-Pinilla R, Martínez-Sánchez, P

Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. Se ha descrito una mayor incidencia de ictus isquémico en edades más tempranas. El objetivo es estimar la incidencia hospitalaria del ictus isquémico en menores de 50 años en Andalucía y describir sus principales comorbilidades. **Material y métodos.** Estudio observacional basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos, un registro hospitalario nacional. Se incluyó a sujetos entre 18 y 49 años residentes en las ocho provincias andaluzas con ictus isquémico como diagnóstico principal en el alta durante el período 2016-2018. Las tasas de incidencia se estimaron con datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y se realizó un análisis descriptivo. **Resultados.** Se registraron 1.259 pacientes. El 64,4% fueron varones, con una mediana de edad de 44 (rango intercuartílico: 40-47). El 53% fueron fumadores; el 39%, hipertensos; el 25,5%, dislipídicos; y el 15,2%, diabéticos. Un 5,4% presentó disección arterial; un 4,4%, fibrilación auricular; y un 2,5%, trombofilia. La incidencia estimada en Córdoba, Almería, Cádiz, Huelva y Jaén fue mayor (15,5, 11,8, 11,6, 11,4 y 11 por cada 100.000 habitantes, respectivamente) mientras que en Granada, Málaga y Sevilla fue de 10,5, 10,2 y 8,5 por cada 100.000. En Almería y Córdoba se detectó una mayor prevalencia de dislipemia ($p = 0,002$), y en Sevilla y Almería de obesidad ($p = 0,013$). La diabetes *mellitus* de tipo 2 fue más frecuente en Almería y Cádiz ($p = 0,053$). **Conclusiones.** La incidencia estimada de ictus isquémico en jóvenes y las comorbilidades difieren entre las provincias andaluzas. Almería y Córdoba presentaron una mayor incidencia hospitalaria y un mayor porcentaje de dislipemia.

12.

¿Podremos poner al día y en hora el test del reloj?

Carnero-Pardo C

Fidyan Neurocenter. Granada.

Introducción. El test del reloj es uno de los test cognitivos breves más utilizados a pesar de la dificultad de su corrección. El objetivo es explorar si las

modernas técnicas de inteligencia artificial y aprendizaje profundo podrían facilitar y automatizar su corrección. **Métodos.** Mediante una técnica de *learning transferse*, se ha aplicado una red neuronal convolucional pre-entrenada (VGG-16, Simonyan y Zisserman, 2014, entrenada en ImageNet) a una muestra de relojes sin preprocesamiento alguno procedentes de dos consultas privadas de neurología puntuados mediante el sistema de corrección del test de los siete minutos. Se ha valorado la utilidad diagnóstica para clasificarlos como positivos (puntuación: 0-5) frente a negativos (puntuación: 6-7) mediante validación cruzada cinco veces en la muestra 'entrenamiento' procedente de una consulta y validación externa en la muestra 'test' de la segunda consulta mediante los parámetros área bajo la curva ROC, precisión, *recall* y porcentaje de clasificaciones correctas. **Resultados.** Las muestras 'entrenamiento' y 'test' incluyen 1.132 y 125 relojes, con 620 y 85 casos positivos. VGG-16 muestra un área bajo la curva ROC de 0,88, precisión de 0,8, y *recall* de 0,8. Clasifica correctamente el 80% de la muestra 'entrenamiento' y alcanza en la muestra 'test' los resultados 0,86, 0,81, 0,76 y 75%, respectivamente. **Conclusiones.** Estos resultados, a pesar de su carácter exploratorio y preliminar (se aplica un modelo entrenado con otro objetivo, no se preprocesan las imágenes y se elude el diagnóstico clínico), justifican la puesta en marcha de iniciativas colaborativas que desarrollen de forma específica, aplicada y profesional modelos específicos para la corrección del test del reloj.

COMUNICACIONES PÓSTER (PF)

1.

Beneficios cognitivos y conductuales del tratamiento con extracto de ginkgo biloba EGb 761 solo o combinado con inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con deterioro cognitivo leve

García-Alberca JM, Mendoza S, Gris E

Instituto Andaluz de Neurociencia (IANEC). Málaga.

Introducción. El deterioro cognitivo leve es muy gravoso para las personas afectadas. En torno al 50% de los pacientes con deterioro cognitivo leve de más de 60 años presentan patología subyacente de enfermedad de Alzheimer. **Métodos.** Se identificó retrospectivamente a 133 pacientes que asistían en Málaga al Centro de Investigación de Alzheimer y Hospital de Día del Instituto Andaluz de Neurociencia con diagnóstico de deterioro cognitivo leve que habían recibido tratamiento con alguno de los siguientes fármacos: extracto de ginkgo biloba EGb 761 (240 mg diarios), donepilo (10 mg diarios), galantamina (16 o 24 mg diarios) o parche de rivastigmina (9,5 o 13,3 mg diarios). Los sujetos se dividieron en tres grupos según el tratamiento que habían recibido: EGb 761 solo, inhibidores de la acetilcolinesterasa solos, y EGb 761 + inhibidores de la acetilcolinesterasa. El funcionamiento cognitivo se evaluó mediante el *Mimimental State Examination*, el test de aprendizaje auditivo verbal de Rey, el test de símbolos y dígitos, el *Boston Naming Test*, la fluidez verbal fonológica, la fluidez verbal semántica y el *Trail Making Test* (A/B); los síntomas neuropsiquiátricos, mediante el inventario neuropsiquiátrico; y la capacidad funcional, mediante la *Interview for Deterioration in Daily Living in Dementia*. Se llevaron a cabo análisis de varianza de

medidas repetidas para analizar las diferencias entre grupos. **Resultados.** Se observó una mejora estadísticamente significativa en el grupo de EGb 761 frente al grupo de inhibidores de la acetilcolinesterasa en la mayoría de las medidas cognitivas y neuropsiquiátricas. En la misma línea, se observó una mejora estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento con EGb 761 más inhibidores de la acetilcolinesterasa frente a los grupos de EGb 761 o inhibidores de la acetilcolinesterasa solos. **Conclusión.** Tras 12 meses de tratamiento, EGb 761 solo o combinado con inhibidores de la acetilcolinesterasa mostró beneficios cognitivos y conductuales en pacientes que sufren deterioro cognitivo leve.

2.

Demencia vascular: beneficios cognitivos y conductuales del tratamiento con extracto de ginkgo biloba EGb 761 solo o combinado con inhibidores de la acetilcolinesterasa

García-Alberca JM, Mendoza S, Gris E

Instituto Andaluz de Neurociencia (IANEC). Málaga.

Introducción. La demencia vascular es la manifestación más grave del deterioro cognitivo causado por la enfermedad cerebrovascular, y representa al menos el 20% de todas ellas. **Métodos.** Se identificó retrospectivamente a 77 pacientes que asistían en Málaga al Centro de Investigación de Alzheimer y Hospital de Día del Instituto Andaluz de Neurociencia diagnosticados de demencia vascular que habían seguido tratamiento con alguno de los siguientes fármacos: extracto de ginkgo biloba EGb 761 (240 mg/diarios), donepilo (10 mg/diarios), galantamina (16/24 mg/diarios) o parche de rivastigmina (9,5/13,3 mg/diarios). Los pacientes se asignaron a tres grupos de estudio según el tratamiento recibido: EGb 761 solo, inhibidores de la acetilcolinesterasa solos y EGb 761 + inhibidores de la acetilcolinesterasa. El funcionamiento cognitivo se evaluó mediante el *Mimimental State*

Examination, el test de aprendizaje auditivo verbal de Rey, el test de símbolos y dígitos, el *Boston Naming Test*, la fluidez verbal fonológica, la fluidez verbal semántica y el *Trail Making Test* (A/B); los síntomas neuropsiquiátricos, mediante el inventario neuropsiquiátrico; y la capacidad funcional, mediante la *Interview for Deterioration in Daily Living in Dementia*. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante análisis de varianza de medidas repetidas. **Resultados.** Se observó una mejoría estadísticamente significativa en el grupo de EGb 761 frente al grupo de inhibidores de la acetilcolinesterasa en la mayoría de las medidas cognitivas y neuropsiquiátricas. En la misma línea, se observó una mejoría estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento con EGb 761 más inhibidores de la acetilcolinesterasa frente a los grupos de EGb 761 o inhibidores de la acetilcolinesterasa solos. **Conclusión.** Tras 12 meses de tratamiento, EGb 761 solo o combinado con inhibidores de la acetilcolinesterasa mostró beneficios cognitivos y conductuales en pacientes con DV.

3.

Experiencia de seguimiento a largo plazo en pacientes con síndrome clínico aislado tratados con cladribina, incluidos en los ensayos ORACLE-MS y CLASSIC-MS

Peña-Toledo MA, Jover-Sánchez A, Conde-Gavilán C, Molina-Zafra S, Acosta-Caballeros N, Granado-Rosa Y, Agüera-Morales E

Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Merck España.

Introducción. La cladribina está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple recurrente muy activa. El estudio CLASSIC-MS evaluó la evolución a largo plazo de sujetos que participaron previamente en los ensayos CLARITY-CLARITY EXT y ORACLE. Un análisis intermedio de este estudio fue presentado en el congreso del ECTRIMS de 2020. **Objetivos.** Evaluar aspectos de efica-

cia y seguridad de este fármaco en tres pacientes incluidos por nuestro centro en el ensayo ORACLE-MS y posteriormente en el estudio CLASSIC-MS tras 10 años de seguimiento. Comparar nuestros resultados con los resultados preliminares globales del CLASSIC-MS presentados en el congreso del ECTRIMS de 2020. **Material y métodos.** Se incluyó a todos los pacientes que habían participado en el estudio CLASSIC-MS en nuestro centro. Se realizó un análisis descriptivo de brotes, evolución de la escala expandida del estado de discapacidad y uso de tratamientos posteriores. Los objetivos de eficacia son exploratorios y las determinaciones de importancia son nominales. **Resultados y discusión.** No hubo hallazgos significativos en materia de seguridad (eventos adversos). Ningún paciente requirió ayuda para caminar tras 10 años de seguimiento. El 66% de los pacientes ha requerido tratamiento posterior. **Conclusiones.** Nuestro seguimiento muestra ausencia de eventos adversos y estabilidad clínica. Estos resultados van en la línea de los resultados del análisis intermedio comunicados en el congreso del ECTRIMS de 2020. Entre las limitaciones destacamos el tamaño de la muestra y la no apertura de ciego del ensayo clínico ORACLE-MS.

4.

El NT-pro-BNP en la detección de la fibrilación auricular paroxística

Blanco-Ruiz M, Amaya-Pascasio L, Quesada-López M, Martínez-Sánchez P, Arjona-Padillo A

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La fibrilación auricular paroxística es una de las principales causas de ictus isquémico. Existen biomarcadores sanguíneos que nos hacen sospechar su presencia, como el NT-pro-BNP. **Objetivo.** Establecer el mejor punto de corte predictor de fibrilación auricular paroxística. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico sin fibrilación auricular previa a los que se les realizó un estudio cardiológico

(telemetría >72 horas y ecografía transtorácica) entre 2018 y 2021. Se excluyó a pacientes con otras causas cardiológicas de ictus y con fibrilación auricular detectadas en urgencias. Se compararon las características basales de dos grupos (fibrilación auricular paroxística y sin fibrilación auricular) utilizando la χ^2 y se estudió el rendimiento del NT-pro-BNP para el diagnóstico de fibrilación auricular paroxística. **Resultados.** Se recogieron datos de 414 pacientes, de los cuales a 93 se les diagnosticó fibrilación auricular paroxística. La mediana de edad fue de 65 (18) años y el 68,8% eran hombres. De las características recogidas, encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) en la edad (mayor en la fibrilación auricular paroxística) y el sexo (más mujeres en fibrilación auricular paroxística), y una mayor prevalencia de hipertensión arterial (75,3 frente a 57,3%), insuficiencia renal (15,1 frente a 6,6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20,4 frente a 7,5%) e hipotiroidismo (11 frente a 4,6%) en el grupo de fibrilación auricular paroxística, además de un aumento significativo de ictus previos (19,4 frente a 11,5%). Se realizó una curva ROC, área bajo la curva, del 83%, y se estableció el valor 230 pg/mL como punto con mejor sensibilidad (83%) y especificidad (70%) para el diagnóstico de fibrilación auricular paroxística. **Conclusiones.** El NT-pro-BNP es un biomarcador sanguíneo de gran utilidad para el diagnóstico de fibrilación auricular paroxística tras un ictus isquémico. Proponemos un nuevo punto de corte para realizar un cribado más amplio de ésta.

5.

Análisis de la atención y manejo de los pacientes con cefalea derivados a neurología. Comparativa neurólogo general frente a especialista en cefaleas

Millán-Vázquez M, Gómez-L P, Lamas-Pérez R, Jiménez-Hernández MD, González-Oria C

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar la atención de pacientes derivados por cefalea atendidos por un neurólogo general frente a un especialista en cefaleas. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en neurología por cefalea a nivel ambulatorio. **Resultados.** General: muestra de 80 pacientes, 66 de ellos mujeres (82,5%). Tiempo de evolución de la cefalea: $90,68 \pm 105,73$ meses. Frecuencia: $15,66 \pm 12,16$ días de cefalea mensual. Recogidas características: dolor, 77 (96,3%); datos de alarma, 49 (61,3%); y hábitos de vida, 23 (28,7%). Existía abuso de analgesia en 23 pacientes (28,7%) y prescripción de preventivos en 52 (65%). Figuraban medidas de control de abuso en 44 pacientes (55%) y en 42 (52,5%) se solicitó neuroimagen. Primera revisión de días de cefalea mensual: $6,82 \pm 9,3$. Mejoría de la intensidad, 60%; y reducción suficiente en la frecuencia, 15,7%. Buen control de las crisis, 73,6%. Abuso de medicación analgésica, 15,7%. Derivaciones a la unidad de cefalea, 38,1%; alta, 37,5%; y recomendaciones a su médico de atención primaria, 22,5%. Cefaleas: muestra de 80 pacientes, 65 de ellos mujeres (81,3%). Tiempo de evolución de la cefalea: $173 \pm 167,98$ meses. Frecuencia: $15,65 \pm 9,97$ días de cefalea mensual. Recogidas características: dolor, 100%; datos de alarma, 42%; y hábitos de vida: 75%. Existía abuso de analgesia en 15 pacientes (18,8%) y prescripción de preventivos en el 100%. Figuraban medidas de control de abuso en 79 pacientes (98,8%) y en 29 (36,3%) se solicitó neuroimagen. Primera revisión de días de cefalea mensual: $12,57 \pm 12,69$. Mejoría en la intensidad, 71,4%, y reducción suficiente en la frecuencia, 52,4%. Buen control de crisis: 90,5%. Abuso de medicación analgésica, 4,8%. Derivaciones a la unidad de cefalea, 28,9%; alta, 33,3%; y recomendaciones a su médico de atención primaria, 100%. **Conclusiones.** Los pacientes evolucionan mejor cuando son atendidos por especialistas en cefaleas.

6.

Comparativa de las características diferenciales de los pacientes con migraña en tratamiento con erenumab frente a galcanezumab. Estudio multicéntrico

Millán-Vázquez M, Lamas-Pérez R, Viguera-Romero J, Jurado-Cobo C, Fernández-Recio M, Jiménez-Hernández MD, González-Oria C

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Hospital Universitario Virgen Macarena. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Comparar la respuesta en la vida real con anticuerpos monoclonales (galcanezumab frente a erenumab) como preventivos de migraña. **Pacientes y métodos.** Estudio multicéntrico observacional prospectivo descriptivo de las unidades de cefalea de Andalucía. **Resultados.** Participaron 448 pacientes, 376 mujeres (83,9%); 174 (37,8%) con inicio con erenumab 70 mg (ERN70), 105 (22,8%) con erenumab 140 mg (ERN140), 137 (29,1%) con galcanezumab 120 mg (GLC120) y 44 (9,6%) con fremanezumab. Días de cefalea mensual: $15,04 \pm 5,73$ con ERN70, $16,87 \pm 7,03$ con ERN140 y $17,04 \pm 7,31$ con GLC120. Tiempo medio de años de evolución: $27,52 \pm 11,052$ con ERN70, $29,21 \pm 12,36$ con ERN140 y $29,82 \pm 13,04$ con GLC120, con intensidad según la escala visual analógica de $8,39 \pm 1,07$ con ERN70, y $8,49 \pm 1,07$ con ERN140 y con GLC120. Consumo medio de antiinflamatorios no esteroideos: $11,46 \pm 6,63$ con ERN70, $11,34 \pm 7,97$ con ERN140 y $11,3 \pm 7,43$ con GLC120; de triptanes: $8,81 \pm 4,81$ con ERN70, $11,98 \pm 7,58$ con ERN140 y $8,73 \pm 5,08$ con GLC120. Diagnóstico de migraña crónica en 107 (61,4%) con ERN70, 63 (60%) con ERN140 y 82 (59,5%) con GLC120. Antes del inicio del monoclonal, habían recibido tratamiento con bótox 147 (84,4%) con ERN70, 82 (81,18%) con ERN140 y 114 (88,3%) con GLC120. Media de preventivos previos: $5,94 \pm 1,43$ con ERN70, $5,57 \pm 1,36$ con ERN140 y $5,73 \pm 1,53$ con

GLC120. A los seis meses de seguimiento, el 41,9% con ERN70, el 58,6% con ERN140 y el 51,3% con GLC120 mg redujeron más de un 50% los días de dolor mensual, con reducción de días de dolor de $9,3 \pm 6,9$ con ERN140 y $8,6 \pm 8,8$ con GLC120 ($p = 0,043$), días de consumo de antiinflamatorios no esteroideos de $7,1 \pm 9,3$ con ERN140 y $6,2 \pm 9,3$ con GLC120 ($p = 0,245$), y días de triptanes de $7,3 \pm 5,1$ con ERN140 y $7,4 \pm 4,8$ con GLC120 ($p = 0,001$). Hubo efectos adversos en 39 (39,8%) con ERN70, 43 (28,4%) con ERN140 y 34 (30%) con GLC120. **Conclusiones.** Los resultados muestran una reducción de los días de cefalea mensual $\geq 50\%$ con ERN140 y con GLC120, y del consumo mensual de medicación sintomática.

7.

Ocrelizumab: eficacia, tolerabilidad y seguridad en la esclerosis múltiple. Experiencia de uso en la práctica clínica habitual

López-Mesa CA, Muñoz-Martínez C, Romero-Villarrubia A, Arnal-García MC
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. El ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD20 aprobado en 2017 como tratamiento para la esclerosis múltiple. Se considera de alta eficacia para la forma remitente recurrente y el único con eficacia demostrada para la forma primaria progresiva. Nuestro objetivo es analizar la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad del ocrelizumab en pacientes tratados en nuestro centro. **Material y métodos.** Estudio analítico retrospectivo de pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente y esclerosis múltiple primaria progresiva que completaron al menos un año de tratamiento con ocrelizumab. Se recogieron variables de eficacia (brotes, lesiones nuevas y activas, progresión de la discapacidad), tolerabilidad y seguridad. **Resultados y discusión.** Se incluyó a 29 pacientes, 14 con esclerosis múltiple primaria progresiva $-51,3 \pm 7,4$ años; 35,7% mujeres; escala expandi-

da del estado de discapacidad: $5,5 (3,5-6)-$ y 15 con esclerosis múltiple remitente recurrente $-40 \pm 7,1$ años; 46,7% mujeres; escala expandida del estado de discapacidad: $3,5 (2-6,5)-$. La media de tiempo con ocrelizumab fue de $20,1 \pm 7,9$ meses. Durante el seguimiento, cuatro pacientes del grupo de primaria progresiva (28,6%) presentaron progresión de la discapacidad; hubo diferencias significativas al comparar la tasa anualizada de brotes en el grupo de remitente recurrente antes y después del seguimiento ($1,3 \pm 0,9$; $0,1 \pm 0,3$; $p < 0,0001$); ningún paciente presentó lesiones nuevas o activas; cinco pacientes (17,2%) presentaron reacciones adversas leves a la infusión; ningún paciente presentó complicaciones infecciosas ni falleció. **Conclusiones.** El ocrelizumab se presenta como una alternativa eficaz, bien tolerada y segura en los pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente y esclerosis múltiple primaria progresiva. Es necesario continuar con una farmacovigilancia estrecha para confirmar estos resultados.

8.

Hemorragia subaracnoidea como complicación tras una trombectomía mecánica en un ictus isquémico agudo

Blanco-Ruiz M, Andrade-Zumárraga LA, Milán-Pinilla RJ, Ruiz-Franco ML, Guevara-Sánchez E, Amaya-Pascasio L, Arjona-Padillo A,

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La hemorragia subaracnoidea es una de las complicaciones tras una trombectomía mecánica, con una incidencia del 3,5-23,9%. Su origen no está claro, aunque se han propuesto diversos mecanismos patogénicos, como disección de vasos durante el procedimiento, alteración de arteriolas y vénulas en los espacios subaracnoideos debido al estiramiento vascular, así como daño por reperusión. **Objetivo.** Describir las hemorragias subaracnoideas observadas en nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Se realizó una revisión de los pa-

cientes con complicaciones hemorrágicas ($n = 49$) de la base de datos de ictus de nuestra unidad entre enero de 2018 y julio de 2021, y se identificaron seis casos que cumplían los siguientes criterios: a) hemorragia subaracnoidea en una tomografía axial computarizada/resonancia magnética craneal tras 24 horas del ictus; y b) ausencia de hemorragia parenquimatosa asociada significativa (HP1 y HP2). La incidencia de hemorragia subaracnoidea en nuestra serie ($n = 260$) es del 0,02%. Seleccionamos a seis pacientes, tres hombres y tres mujeres, con una media de 67 años (desviación estándar: 12,7). Todos presentaron oclusión arterial en segmentos proximales. No se registró ninguna complicación durante los procedimientos. **Resultados.** Tres pacientes presentaron una mejoría clínica importante a las 24 horas a pesar de la hemorragia subaracnoidea; un caso presentó mejoría neurológica tardía y dos casos tuvieron deterioro neurológico y fallecieron. En estos tres últimos casos se observó un importante componente edematoso en la neuroimagen. **Conclusión.** En nuestra serie, la hemorragia subaracnoidea generalmente no se debe a complicaciones en el procedimiento y es una entidad que *per se* no empeora el cuadro clínico, excepto en los pacientes a los que se asocia un importante edema secundario a infarto residual.

9.

¿Cómo ha afectado el confinamiento domiciliario a los pacientes con epilepsia y sus cuidadores? Encuesta de calidad de vida de España y México

Andrade-Zumárraga L, Blanco-Ruiz M, Milán-Pinilla R, Ruiz-Franco ML, Guevara-Sánchez E, Quiroga-Subirana P

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Valorar el estado de ánimo, la frecuencia de las crisis, la adherencia al tratamiento y la asistencia médica recibida durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19

en España y México mediante una encuesta en línea. **Material y métodos.** Encuesta en línea y autoadministrada en pacientes con epilepsia y sus cuidadores en junio de 2020. La encuesta se realizó desde dos plataformas, 'Vivir con epilepsia' y 'Convive', a través de redes sociales, dirigidas para pacientes y cuidadores. **Resultados.** En la encuesta participaron 306 personas entre pacientes y cuidadores. El 86% de pacientes pasó el confinamiento con familiares. El 22% necesitó cambio de medicación durante el confinamiento. En un 52,7% de los pacientes no cambió el número de crisis y en un 34,7% hubo un aumento leve (1-2 crisis). El 54,7% de los pacientes no tuvo contacto con su neurólogo habitual, mientras que un 25,3% lo hizo con una frecuencia similar a la habitual. Un 80% tenía preferencia por la atención presencial. Desde el punto de vista anímico, un 19,4% manifestó cambios de manera negativa y un 44% de manera positiva, mientras que un 36,7% no comunicó cambios. Los cuidadores manifestaron hasta en un 59,9% aumento en la carga asistencial durante el confinamiento. Un 13,4% refirió cambios anímicos negativos. Un 80% tenía preferencia por la consulta telefónica. **Conclusiones.** Las consecuencias del confinamiento en la calidad de vida y seguimiento de las personas con epilepsia no han implicado un efecto negativo significativo, teniendo un buen control clínico, terapéutico y buen seguimiento por medio de la teleconsulta.

10.

Pronóstico funcional de pacientes con oclusión de la arteria basilar en función de la puntuación de las escalas PC-ASPECT, BATMAN y PC-SC

Rodríguez-Jiménez L, Sánchez-Guijo-Benavente A, Martínez-Tomás C, Bustamante-Toledo R, Serrano-Castro P, Tamayo-Toledo JA

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción y objetivos. La oclusión de la arteria basilar se considera una

de las patologías neurovasculares con peor pronóstico. Nuestro objetivo es estudiar la asociación entre las puntuaciones de las escalas PC-ASPECT, BATMAN y PC-SC como predictores individuales de pronóstico funcional de los pacientes con oclusión de la arteria basilar. **Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo observacional en una cohorte de pacientes con oclusión de la arteria basilar. Se interpretarán y se puntuarán las imágenes de tomografía computarizada y angiotomografía computarizada según las escalas PC-ASPECT, BATMAN y PC-SC, y se analizará la asociación entre dichas escalas y el pronóstico funcional mediante la escala de Rankin modificada a los tres meses. **Resultados y discusión.** La muestra del estudio fue de 27 pacientes (44%, mujeres) con una media de 67,6 años. Un 37% presentó fibrilación auricular. Un 25% estaba anticoagulado previamente (11% NACO). El tiempo de inicio-Groin fue inferior a seis horas en el 66,7%. Se practicaron 24 trombectomías y seis fibrinólisis intravenosas. Un 70,4% de la muestra presentó un PC-ASPECT de 10. En las escalas de colateralidad sólo un 40,7% obtuvo puntuación BATMAN >6 y un 63% un PC-SC >7. El 62,5% de los pacientes con BATMAN <6 tuvieron una puntuación en la escala de Rankin modificada >2 ($p = 0,71$). El 80% de PC-SC <6 tuvieron una puntuación en la escala de Rankin modificada >2 ($p = 0,124$). La puntuación en la escala de Rankin modificada fue >2 en el 66,7% de los pacientes con PC-ASPECT <7. **Conclusiones.** Las escalas PC-ASPECT, BATMAN y PC-SC orientan al pronóstico funcional de los pacientes con oclusión de la arteria basilar; sin embargo, en nuestro estudio, la asociación no alcanza significación estadística.

11.

Nuestra pequeña serie de ¿neuro-COVID? ¿Coincidencias en la era COVID? ¿Histeria 'coronavírica'?

Gómez-González MB, Rodríguez-Fernández N, Rodríguez-Borrell A, Sillero-Sánchez M, Rodríguez-Román A, Rosado-Peña B, Moreno-Vico L

Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Introducción. Bajo el epígrafe de neuro-COVID se incluyen múltiples padecimientos neurológicos atribuidos a infección por el SARS-CoV-2. **Material y métodos.** Durante 2020/2021 recogimos varios casos 'neurológicos' de infectados por coronavirus, la mayoría sin diagnóstico previo de la infección. **Resultados y discusión.** Caso 1: mujer de 42 años. Síntomas: ptosis palpebral derecha, diplopía y fiebre. Diagnóstico: incremento inespecífico de la ptosis palpebral previa. Caso 2: varón de 59 años. Síntomas: dolor torácico e hipoestesia en los miembros izquierdos. Diagnóstico: síndrome hemisensitivo-motor izquierdo de etiología desconocida. Caso 3: varón de 55 años. Síntomas: neumonía bilateral por coronavirus; y posteriores tetraparesia y oftalmoparesia. Diagnóstico: infarto mesencefálico bilateral agudo. Polineuropatía del enfermo crítico. Caso 4: varón de 52 años. Síntomas: episodio confusional/disfasia. Diagnóstico: síndrome ansiosodepresivo. Caso 5: mujer de 71 años. Síntomas: cefalea, lentitud y anorexia. Diagnóstico: hematomas encefálicos múltiples espontáneos. Caso 6: mujer de 43 años. Síntomas: fiebre, tos, ptosis palpebral, diplopía y parestias hemicorporales. Diagnóstico: recidiva de síndrome de Miller Fisher. Caso 7: mujer de 51 años. Síntomas: amnesia, borrosidad/alucinaciones visuales y ataxia. Diagnóstico: ictus isquémico agudo múltiple. Síndrome antifosfolípido. Fallecimiento. **Conclusiones.** En algunos de los infectados se confirmó patología neurológica, que podría implicar al coronavirus; en los de diagnóstico incierto es más difícil demostrarlo.

COMUNICACIONES PÓSTER (PO)

1.

Fistula arteriovenosa dural como causa potencialmente reversible de parkinsonismo

Zapata-Macías B, Fernández-Navarro J, Ruiz-García J, Molinero-Marcos A, Forero-Díaz L

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz.

Introducción. El parkinsonismo, aunque raro, debe considerarse como forma de presentación de fistulas arteriovenosas dures ante su potencial reversión mediante embolización precoz. **Caso clínico.** Varón de 74 años que en 2015 sufre trombosis del seno longitudinal superior que pasa desapercibida en pruebas de imagen. En 2018 comienza a desarrollar síntomas extrapiramidales de evolución lentamente progresiva que le hacen consultar un año más tarde. Ligera mejoría inicial con levodopa, pero empeoramiento clínico progresivo en los meses posteriores hasta síndrome rigidoacínético grave con encamamiento y gran dependencia. Se completa estudio con DATSCAN (normal), resonancia magnética craneal con signos de congestión venosa y posterior arteriografía cerebral que manifiesta fistulas arteriovenosas dures de tipo IV de Cognard en múltiples niveles. En 2020, se realiza una embolización de un 65% de las fistulas arteriovenosas dures presentes. La evolución fue tórpida y el paciente presentó mínima mejoría clínica, posiblemente en relación con la instauración de tratamiento en estadio muy avanzado. **Discusión.** Las fistulas arteriovenosas dures pueden ser secundarias a trombosis de los senos venosos, como en nuestro caso. La clínica varía según la ubicación anatómica y el patrón de drenaje venoso, y el parkinsonismo es una forma rara de presentación. En los casos en los que la embolización se ha realizado de manera precoz, se ha observado una mejoría clínica y radiológica sustancial. Dado

que el retraso en el diagnóstico y el tratamiento se relaciona con una pobre respuesta clínica, deben considerarse las fistulas arteriovenosas durales como causa potencialmente reversible de parkinsonismo.

2.

Espectroscopia funcional de infrarrojo cercano en la evaluación del estado de mínima consciencia persistente

Amaya-Pascasio L^a, Sánchez-Kuhn A^b, Rodríguez-Herrera R^b, García-Pintado J^b, Fernández-Martín P^b, León JJ^b, Del Toro-Pérez C^a, Villalobos P^a, Lardelli MJ^a, Martínez-Aparicio C^a, Flores P^b, Martínez-Sánchez P^a

^aServicio de Neurología y Neurofisiología. Hospital Universitario Torrecárdenas. ^bDepartamento de Psicología. Universidad de Almería. Almería.

Introducción. Los trastornos de consciencia persistentes suponen un reto diagnóstico y pronóstico incierto. El objetivo es evaluar la evolución clínica, electroencefalográfica y neurofuncional mediante espectroscopia funcional de infrarrojo cercano, que mide las concentraciones de hemoglobina cerebrales, de una paciente con alteración de consciencia. **Material y métodos.** Mujer de 46 años con bajo nivel de consciencia secundario a encefalomielitis aguda diseminada hemorrágica con afectación diencefálica, troncoencefálica y cerebelosa. Se realizó una valoración mediante la escala de recuperación del coma revisada, un electroencefalograma y una evaluación de conectividad prefrontal de reposo con espectroscopia funcional de infrarrojo cercano un mes (V1) y cuatro meses (V2) tras el diagnóstico. Los hallazgos se compararon con un control sano. **Resultados.** Inicialmente, la paciente presentaba un estado de mínima consciencia persistente plus, con una puntuación de 6 en la escala de recuperación del coma revisada. El electroencefalograma mostró actividad de fondo simétrica, lentificada y arreactiva. En V2, la paciente puntuó 13 en la escala de recuperación del coma revisada, y presen-

taba un síndrome de cautiverio, un electroencefalograma normal y espectroscopia funcional de infrarrojo cercano con mayor conectividad entre la corteza prefrontal medial (nodo de la red por defecto) y la dorsolateral en V1 con respecto a V2 y el sujeto sano. En V2, la conectividad entre la corteza prefrontal dorsolateral izquierda y la derecha aumentó más del doble, sin encontrarse diferencias con el control. **Conclusiones.** La evaluación de la conectividad cerebral en reposo mediante espectroscopia funcional de infrarrojo cercano podría ser de utilidad en la valoración de pacientes con estado de mínima consciencia persistente.

3.

Registro simultáneo de la actividad motora con sensores inerciales (STAT-ON®) y de potenciales de campo de núcleo subtalámico (PERCEPT®) en la enfermedad de Parkinson

Barrios-López JM, Ruiz-Fernández E^d, Triguero-Cueva L^{a,c}, Madrid-Navarro C^{a,c}, Pérez-Navarro MJ^a, Katati MJ^{b,c}, Mínguez-Castellanos A^{a,c}, Escamilla-Sevilla F^{a,c}

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^cInstituto de Investigación Biosanitaria. Granada. ^dServicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivo. Existen nuevas tecnologías para monitorizar las complicaciones motoras de la enfermedad de Parkinson. Nuestro objetivo es describir en la práctica clínica el registro simultáneo de potenciales de campo local y mediante sensores inerciales con STAT-ON® en un paciente con enfermedad de Parkinson intervenido mediante estimulación cerebral profunda. **Material y métodos.** Varón de 40 años con enfermedad de Parkinson juvenil (PARK2) avanzada, intervenido mediante estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico bilateral con el neuroestimulador Percept® (Medtronic). Tras comprobar la localización anatómica de

los electrodos, se registraron durante una semana la actividad motora con el dispositivo STAT-ON® y los potenciales de campo local con Percept®, antes de la estimulación continua. El paciente marcó diferentes eventos: mejor *on*; peor *off*; discinesias generalizadas ('pico de dosis') y de piernas ('bifásicas'); y tomas de medicación. **Resultados.** Hubo una sincronía de eventos marcados con la tipología de registros en STAT-ON® y Percept®: los períodos *off* coincidieron con los registros de estados *off* del STAT-ON® y con las bandas beta. Las discinesias 'pico de dosis' lo hicieron con las identificadas por el STAT-ON®, con banda gamma y sin beta. Las discinesias 'bifásicas', en cambio, coincidían con una banda beta. El STAT-ON® detectó congelaciones de la marcha, la mayoría en *off* y con bandas beta. Tras conectar la estimulación cerebral profunda, el registro de bandas beta diario se atenuó. **Conclusiones.** En nuestro paciente con enfermedad de Parkinson intervenido mediante estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico hemos comprobado que existe una concordancia en el registro indirecto de complicaciones motoras con nuevas tecnologías. Percept® y STAT-ON® pueden ser dos herramientas útiles en la optimización terapéutica.

4.

Galcanzumab como uso compasivo en la cefalea en racimos crónica refractaria: experiencia de un centro de tercer nivel

Lamas-Pérez R, Millán-Vázquez M, Jiménez-Hernández MD, González-Oria C
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y objetivos. El péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) desempeña un importante papel fisiopatológico en la cefalea en racimos. Se han realizado dos ensayos clínicos con galcanzumab, anticuerpo monoclonal frente al CGRP: en la cefalea en racimos episódica mostró reducción de la frecuencia de crisis, lo que llevó a su aprobación por

la Food and Drug Administration. En la cefalea en racimos crónica, los resultados no fueron positivos, por lo que la Agencia Europea de Medicamentos denegó su uso. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y la seguridad del galcanzumab compasivo en la cefalea en racimos crónica refractaria. **Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con cefalea en racimos crónica refractaria en tratamiento con galcanzumab 240 mg. Se hizo una evaluación mediante entrevistas clínicas, diarios de cefaleas, y escalas de discapacidad (*Migraine Disability Assessment Scale* y *Headache Impact Test-6*), ánimo (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y percepción global del cambio (cuestionario de impresión global del paciente). **Resultados y discusión.** Participaron cinco pacientes, el 80% varones, con una edad de $44,4 \pm 8,7$ años. El tiempo de evolución de la cefalea en racimos fue de $9,6 \pm 4,9$ años, y el de la cefalea en racimos crónica, de $7,4 \pm 2,7$ años. El 40% tuvo previamente cefalea en racimos episódica. La lateralidad fue derecha en el 60%, izquierda en el 20% y bilateral en el 20%. Probaron $7 \pm 2,3$ preventivos previamente, incluyendo onabotulinumtoxinA en cuatro (80%); además, tres (60%) bloqueos anestésicos, dos (40%) neuroestimuladores occipitales y una (20%) radiofrecuencia esfenopalatina. Basalmente, tomaban $3,6 \pm 0,5$ preventivos y sufrían $91,2 \pm 73,3$ crisis/mes, con intensidad (escala visual analógica) de $8,4 \pm 2,6$. Puntuaban de media en la *Migraine Disability Assessment Scale/Headache Impact Test-6*/escala de ansiedad y depresión hospitalaria $112/67/23$, respectivamente. Tras un mes de tratamiento, el 100% redujo $\geq 50\%$ sus crisis/mes, manteniendo $21,4 \pm 18,3$, con intensidad de $7 \pm 2,3$ y mejoría en las escalas ($65,5/55,7/20,7$) y con puntuación en el cuestionario de impresión global del paciente (1-7) de $6,4$. El 60% presentó efectos adversos leves, más frecuentes gastrointestinales. Los dos pacientes con datos a tres meses mantienen una reducción $> 70\%$ de crisis/mes. **Conclusiones.** Nuestros datos apoyarían el uso individualizado del galcanzumab com-

pasivo en pacientes con cefalea en racimos crónica refractarios a otros tratamientos.

5.

Meningoencefalitis inmunomediada en el contexto de un tratamiento inmunoterápico combinado atezolizumab-bevacizumab

Fernández-Navarro J, Zapata-Macías B, Ruiz-García J, Molinero-Marcos A

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. El uso de fármacos inhibidores de *checkpoints* inmunitarios es frecuente en el tratamiento oncológico, con una toxicidad variable por hiperactivación inmunológica. Puede ocasionar cuadros de deterioro neurológico agudo y llegar a ser potencialmente letal. La inmunoterapia combinada atezolizumab con bevacizumab es un tratamiento reciente en pacientes con hepatocarcinoma. **Sujetos.** Paciente de 52 años diagnosticado de hepatocarcinoma en el que se probó tratamiento con atezolizumab-bevacizumab. Tras 10 días de su primera infusión, acude a urgencias por cefalea, fiebre y desorientación, con posterior disminución del nivel de conciencia. La citobioquímica de la punción lumbar no sugiere proceso infeccioso, pero se cubre, no obstante, con antibioterapia y aciclovir inicialmente, añadiéndose corticoterapia en dosis altas por sospecha justificada de etiología inmunomediada. Tras descartar una infección central, se suspende la antibioterapia y se mantiene el tratamiento corticoide, y se encuentra asintomático a la semana. Se suspende el fármaco y continúa con corticoides en pauta descendente. **Resultados.** Pleocitosis linfocítica e hiperproteinorraquia. Serología, cultivos, citología y antineuronales negativos. Electroencefalograma y resonancia magnética de cráneo normales. **Conclusiones.** Las reacciones neurológicas inmunomediadas tienen una incidencia del 1-3%, y los síntomas aparecen en las primeras dos semanas del inicio del fármaco. El diagnóstico es de exclusión, tras des-

cartar causas metabólicas, infecciosas o progresión tumoral. El tratamiento corticoide presenta adecuada respuesta clínica, como en nuestro caso.

6.

Cefalea numular en el contexto de histiocitosis de células de Langerhans multisistémica

Gómez-González MB, Sillero-Sánchez M, Rodríguez-Román A, Andrey-Guerrero JL, Escobar-Llompert M, Navas-Arauz E, Tomezzoli E

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción. La histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad hematológica frecuentemente multisistémica, puede ocasionar síntomas neurológicos por afectación, en especial de los huesos planos craneales o de la órbita. La cefalea numular, descrita en 2002, interesa a una pequeña región craneal bien definida y, aunque primaria en su mayoría, puede ser originada por esta enfermedad. **Material y métodos.** Varón de 42 años que consultó (2019) por cefalea frontal izquierda, refractaria. La exploración neurológica era normal. La resonancia magnética craneal se informó como lesión ósea focal en la región izquierda del clivus, sin otras lesiones ni hidrocefalia. El estudio de extensión mostraba lesiones en el hueso ilíaco y los pulmones, con biopsia compatible con histiocitosis de células de Langerhans. **Resultados y discusión.** Previa a la instauración de tratamiento específico, se advirtió resolución espontánea de las lesiones del clivus, el hueso ilíaco y pulmonares, mantenida hasta la fecha. No obstante, la cefalea, que había mejorado en intensidad, permanecía en igual ubicación y requirió incluso bloqueo anestésico. **Conclusiones.** Aunque se ha establecido una relación etiológica entre la cefalea numular y la histiocitosis de células de Langerhans, habitualmente se vincula la contigüidad anatómica de la lesión con el dolor y se espera mejoría clínica pareja a la histológica. En nuestro caso, la afec-

tación a distancia obliga a invocar mecanismos centrales en la generación del dolor o a la coexistencia casual de ambas entidades.

7.

Vasculitis granulomatosa del sistema nervioso central presentada como vértigo agudo e hidrocefalia

Gómez-González MB, Rodríguez-Román A, Martínez-Chinchilla J, Rocha-Romero S, Sáez-Aguar S, Pérez-Guerrero P

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción. Con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, la vasculitis del sistema nervioso central suele detectarse en neurología a raíz de un evento isquémico cerebral o del hallazgo de lesiones encefálicas múltiples en estudios por cefalea u otros. **Material y métodos.** Mujer de 33 años, exfumadora escasa y con gastritis crónica, que presenta, tras un cambio postural, vértigo brusco con cortejo vegetativo, acúfenos e hipoacusia, cefalea frontooccipital y parestesias en los hombros. En las dos semanas anteriores había sufrido eventos menores al levantarse. Fue hospitalizada al persistir la cefalea y la inestabilidad. En la exploración había papiledema, confirmado por oftalmología, y marcha cautelosa, sin dismetría. La resonancia magnética craneal mostró aumento de la señal en ambos hemisferios cerebelosos y posible siderosis/depositos hemorrágicos antiguos en igual ubicación, hidrocefalia tetraventricular y descenso amigdalario discreto sin siringomielia. **Resultados y discusión.** Trasladada a neurocirugía, se le implanta drenaje ventriculo-peritoneal y biopsia cerebelosa, con hallazgo de vasculitis granulomatosa no necrotizante, sin extensión sistémica, que recibió tratamiento con dexametasona y metotrexato. **Conclusiones.** Aun sin factores de riesgo relevantes y con síntomas y edad propias de un vértigo posicional, la refractariedad clínica de la paciente condujo a un diagnóstico, el de vasculitis granulomatosa, de presentación

atípica en nuestro caso y que requirió incluso drenaje ventricular y biopsia para cribado, entre otros, de una malformación vascular.

8.

Tuberculosis pulmonar y encefálica con afectación central y periférica como inicio clínico

Gómez-González MB, Rodríguez-Fernández N, Rodríguez-Román A, Sillero-Sánchez M, Rosado-Peña B, Moreno-Vico L, Asencio-Marchante JJ

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Introducción. Entre las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis se sitúa la neurológica, de expresión muy variable y que puede constituir la presentación clínica. **Material y métodos.** Varón de 52 años con antecedentes de miopía magna y tabaquismo. Consultó por visión borrosa, oftalmoparesia e inestabilidad, de instauración sucesiva en dos días. Dos meses atrás padeció una infección respiratoria y en los últimos nueve había perdido 30 kg de peso. En la exploración se encontraron limitación grave en la mirada vertical y ligera en la horizontal, ataxia deambulatoria moderada y miotáticos, y resto normales. **Resultados y discusión.** Se realizaron: radiografía torácica, con patrón pulmonar intersticial bilateral; tomografía axial computarizada torácica, con diseminación miliar de micronódulos; y resonancia magnética craneal, con múltiples micronódulos captadores de contraste, uno hemiprotuberancial izquierdo. Análisis: elevación de la proteína C reactiva, lípidos, ferritina y enolasa neuronal específica. Líquido cefalorraquídeo: hiperproteinorraquia sin pleocitosis ni elevación de la adenosina desaminasa. Microbiología: esputo, reacción en cadena de la polimerasa de *Mycobacterium tuberculosis*, baciloscopia y cultivo positivos. Electrofisiología: leve polineuropatía sensitivomotora de predominio desmielinizante y en los miembros inferiores. Recibió tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas y tuberculostáticos; los sínto-

mas desaparecieron prácticamente al mes. **Conclusiones.** La radiología fue en nuestro caso la clave que condujo al diagnóstico etiológico. La semiología se atribuyó a un síndrome de Miller Fisher, aunque podría relacionarse igualmente con la afectación encefálica.

9.

Síndrome de Guillain-Barré en variante sensitiva y axonal, asociado a infección por SARS-CoV-2 y vacunación reciente con Spikevax (Moderna)

Afkir-Ortega MN, Mañez-Sierra M, De Rojas-Leal C, Del Pino-Laguna I, León-Plaza O, Romero-Acebal M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía inflamatoria asociada con infecciones virales y, tras casi un año y medio de pandemia, diversos estudios analizados demuestran que el SARS-CoV-2 es un posible factor desencadenante. Se han notificado casos sobre la posible relación causal del síndrome de Guillain-Barré y la vacunación frente a dicha infección. No obstante, este riesgo no se ha identificado para las vacunas de ARNm, Comirnaty (BioNTech/Pfizer) y Spikevax (Moderna). Presentamos un paciente con síndrome de Guillain-Barré en el contexto de infección por el SARS-CoV-2 y primera dosis de Moderna. Mujer de 28 años con obesidad, vacunada con primera dosis Moderna, que una semana después contrae la infección por el SARS-CoV-2 (síntomas compatibles, reacción en cadena de la polimerasa positiva). Quince días después comienza con sensación de parestesias en las manos y los pies, ascendente, asociada a una alteración del equilibrio. En la exploración presentaba tetraparesia leve, arreflexia generalizada, ataxia axial y de la marcha. La punción lumbar mostró discreta hiperproteinorraquia. La neuroimagen fue normal. Ante la sospecha de síndrome de Guillain-Barré, iniciamos

tratamiento con inmunoglobulinas. El electroneurograma mostró signos neurofisiológicos compatibles con polirradiculoneuropatía sensitiva, axonal, en las cuatro extremidades, moderada-grave, compatible con síndrome de Guillain-Barré, variante axonal y sensitiva. Consideramos que el caso tiene interés científico actualmente, porque apoya la asociación entre la infección por el SARS-CoV-2 y el síndrome de Guillain-Barré. La peculiaridad radica en que se trata de una variante atípica de éste, así como en la dificultad para determinar el desencadenante del cuadro (infección o vacunación).

10.

Web carotídeo: ¿espectador o culpable?

Guevara-Sánchez E, Andrade-Zumárraga L, Blanco-Ruiz M, Milán-Pinilla RJ, Ruiz-Franco ML, Arjona-Padillo A

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. El web carotídeo se puede definir como una proyección endoluminal en forma de membrana localizada mayoritariamente en el origen de la arteria carótida interna. A continuación, se describe la posible relación entre el web carotídeo y el ictus isquémico a propósito de un caso clínico. **Caso clínico.** Mujer de 65 años fumadora e hipertensa sin otros antecedentes de interés. Debutó clínicamente con afasia y hemiparesia derecha. Tras activar código ictus, en la tomografía axial computarizada y la angiotomografía computarizada se mostró estenosis de la arteria cerebral media izquierda (M1), y se le realizó fibrinólisis e ingreso en la unidad de ictus. Posteriormente se llevó a cabo el estudio etiológico que incluyó una resonancia magnética craneal, donde se observaron lesiones isquémicas agudas en territorio de las arterias cerebrales medias derecha e izquierda y la arteria cerebral posterior derecha; dúplex de troncos supraaórticos y Doppler transcraneal con aterosclerosis carotídea leve sin estenosis; ecocardiografía transtorácica con

aneurisma del septo interauricular y calcificación del arco aórtico; y telemetría y Holter sin arritmias embolígenas. Además, la arteriografía mostró ausencia de ateromatosis del sifón carotídeo izquierdo, acodamiento de carótidas cervicales y web en el bulbo carotídeo derecho. Finalmente, el diagnóstico fue infarto cerebral en múltiples territorios vasculares bihemisféricos de etiología indeterminada. **Conclusión.** Aunque actualmente el web carotídeo es un potencial factor de riesgo de ictus, en nuestro caso no puede atribuirse a esta causa; por ello, en estos pacientes es preciso realizar un estudio vascular completo, así como ampliar la evidencia sobre esta novedosa entidad.

11.

Edema de papila en paciente positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana: la importancia de los signos clínicos

Gómez-Fernández FJ, Mayorga-Morón C, Hernández-Ramos F

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se puede considerar actualmente, y gracias a los avances en el tratamiento y el seguimiento de los pacientes, una enfermedad crónica. Sin embargo, se debe atender de manera activa a la aparición de signos clínicos relacionados con complicaciones o enfermedades asociadas a ella, y la sintomatología neurológica es una parte fundamental de dicha atención. **Caso clínico.** Se presenta el caso de un paciente varón de 49 años, positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana desde 2005, con buen control, que acudió a urgencias por cuadro brusco de pérdida de visión por el ojo derecho de tres días de evolución, sin otra clínica asociada ni discontinuidad en el tratamiento antirretroviral. En la exploración, presentaba un edema de papila bilateral más marcado en el ojo izquierdo con microhemorragias, flóculos hemáticos en el polo posterior y placas en él. Tras la realización

de pruebas complementarias (punción lumbar, neuroimagen urgente, analítica completa y serología) y una nueva valoración del fondo de ojo, se concluyó el diagnóstico de coriorretinitis secundaria a *Treponema pallidum*, y se inició tratamiento con penicilina y corticoides. **Conclusión.** Las manifestaciones neurológicas que pueden aparecer en el contexto de pacientes con enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana deben reconocerse de manera precoz, dada la potencial gravedad y necesidad de estudio y tratamiento con la mayor celeridad. Es indispensable esta actitud para evitar secuelas, que pueden llegar a ser catastróficas para el paciente.

12.

Afectación del III par craneal y de la primera rama del trigémino por herpes zóster oftálmico

López-Moreno Y, Reyes-Garrido V, Castro-Sánchez MV, Antolí-Martínez H, Rodríguez-Jiménez L, Sánchez-Guijo-Benavente A

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción. El herpes zóster oftálmico es la infección de la primera rama del nervio trigémino por la reactivación del virus de la varicela zóster desde el ganglio de Gasser, lo que ocurre en un 20% de los pacientes. La afectación de otros nervios craneales es menos frecuente y su diagnóstico suele ser clínico por la habitual ausencia de hallazgos en las pruebas complementarias. **Caso clínico.** Mujer de 86 años que consulta por dolor intenso en la región frontal y periorbitaria izquierda y visión doble en todas las direcciones de la mirada. En la exploración, presenta lesiones vesiculosas en fase costrosa en el territorio de la rama oftálmica del nervio trigémino, ptosis, inyección conjuntival y limitación de la aducción, supra- e infraversión del ojo izquierdo con pupilas isocóricas y reflejos fotomotores normales. Se realizó una punción lumbar con pleocitosis linfocitaria con reacciones en cadena de la polimerasa virales, in-

cluyendo virus de la varicela zóster y cultivo bacteriano negativo, con la inmunoglobulina M positiva al virus de la varicela zóster en la sangre. En la resonancia magnética, se objetiva un engrosamiento y realce del III par izquierdo desde su salida del mesencéfalo. Inició tratamiento con corticoides y aciclovir intravenosos, con mejoría clínica. **Conclusiones.** El mecanismo fisiopatológico por el que se produce oftalmoparesia en la infección por el virus de la varicela zóster no está claro. Se postula tanto un efecto neurocitotóxico del virus como una reacción inmune secundaria. Es inusual encontrar hallazgos de inflamación de los nervios en la resonancia magnética, como en nuestro caso. Este hallazgo apoya el diagnóstico de esta complicación, facilitando la instauración de un tratamiento precoz, esencial para mejorar el pronóstico.

13.

Caso clínico: isquemia medular

Pérez-Vizúete I

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La isquemia medular resulta de la falta de aporte sanguíneo a algún territorio medular, que habitualmente cursa con un dolor súbito y debilidad motora y/o pérdida de sensibilidad. El territorio mayoritariamente afectado es el dependiente de la arteria espinal anterior (síndrome medular anterior). El diagnóstico se basa en la resonancia magnética y el tratamiento es fundamentalmente sintomático. **Caso clínico.** Mujer de 60 años con factores de riesgo cardiovascular que acude por dolor lumbar intenso tras un esfuerzo, y que asocia dos días después disminución de la fuerza en los miembros inferiores y pérdida del deseo miccional. En la exploración inicial destaca una debilidad 4/5 para la flexión dorsal y plantar del pie izquierdo, junto con una sensibilidad tactoalgésica disminuida en el tercio inferior de los miembros inferiores. Se realiza una resonancia magnética lumbosacroccígea sin contraste, donde no se observan da-

tos de afectación medular ni radicular. Durante su ingreso presenta una debilidad 4/5 para la flexión de cadera bilateral y la dorsiflexión del pie izquierdo, hipoestesia en silla de montar y respuesta cutánea plantar indiferente bilateral con reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Posteriormente se realiza una resonancia magnética cervicodorsolumbar, en la que destaca un aumento de la intensidad de señal en D12, sin realce significativo tras el contraste. **Discusión y conclusiones.** El dilema reside en la etiología del síndrome medular (inflamatoria frente a isquémica). Dados los antecedentes cardiovasculares de la paciente, la ausencia de realce tras el contraste y que en la resonancia magnética de control parece apreciarse la característica hiperintensidad en 'ojos de búho', nos decantamos más por el infarto medular.

14.

Síndrome de Bernard-Soulier y hemorragia intracraneal: una rara asociación

Ruiz-Franco ML, Martínez-Sánchez P, Arjona-Padillo A, Blanco-Ruiz M, Guevara-Sánchez E, Andrade-Zumárraga L, Milán-Pinilla RJ

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. El síndrome de Bernard-Soulier es una entidad rara e infradiagnosticada. Es una alteración genética en la adhesión plaquetaria de herencia autosómica. Las formas más graves suelen ser de herencia recesiva. Presentan plaquetas gigantes y trombopenia. Suele diagnosticarse alrededor de los 16 años y cursar con hemorragias sistémicas leves, y son raras las de desenlace fatal. Presentamos un paciente con hemorragia intracraneal y mutación genética patogénica del síndrome de Bernard-Soulier de tipo A2. **Caso clínico.** Varón de 62 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes de tipo 2, dislipidemia y tabaquismo) y hemorragias digestivas de repetición de origen no filiado. Neurológicamente había sido valorado a los 58 años por inestabili-

dad, y se observaron en la resonancia magnética infartos lacunares múltiples. Ingresó por hemorragia cortical parietooccipital derecha. En la resonancia magnética se observó: leucoaraiosis de grado III, infartos lacunares antiguos, múltiples microhemorragias en el territorio profundo y una cortical. Dada la gravedad y la precocidad de las lesiones, se realizó panel genético de ictus, que mostró la mutación patológica heterocigota del gen *GP1ba* compatible con el síndrome de Bernard-Soulier de tipo A2. **Discusión.** Nuestro paciente presentó un ictus hemorrágico cortical y hemorragias digestivas y, aunque presentaba factores de riesgo adicionales, creemos que el síndrome de Bernard-Soulier detectado es un factor coadyuvante en la hemorragia intracraneal. Realizar paneles genéticos puede permitir el diagnóstico de enfermedades raras infradiagnosticadas.

15.

Rebote tras la suspensión de fingolimod

Torres-Moral A, Pérez-Vizúete I, Carmona-Bravo V, Banda-Ramírez S, Guerra-Hiraldó JD, Sánchez-Martínez F, López-Ruiz R

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. El desarrollo de nuevas terapias modificadoras de la enfermedad ha revolucionado el manejo terapéutico de la esclerosis múltiple, con fármacos que reducen la actividad del sistema inmune y la frecuencia y la gravedad de brotes. No obstante, no están exentos de riesgos, y se describen rebotes de la enfermedad tras su retirada. Presentamos el caso clínico de una paciente con rebote tras la suspensión de fingolimod. **Caso clínico.** Paciente de 32 años, diagnosticada de esclerosis múltiple, que seis semanas después de la retirada del fingolimod presenta bradipsiquia, hemiplejía izquierda, oculomotricidad alterada, hemianopsia homónima izquierda y dismetría, con una puntuación en la escala expandida del estado de discapacidad de 7,5. Se realiza resonancia magnética cra-

neal, que objetiva lesiones hiperintensas en T₂ con realce incompleto en anillo tras la administración de contraste. La reacción en cadena de la polimerasa para el virus JC fue negativa, por lo que se descarta leucoencefalopatía multifocal progresiva con síndrome de reconstitución autoinmune asociado y se diagnostica rebote de esclerosis múltiple tras la suspensión de las terapias modificadoras de la enfermedad. La paciente fue tratada con corticoterapia, plasmaféresis y rituximab, con excelente resultado. **Discusión y conclusiones.** El rebote de la esclerosis múltiple se define como la aparición de sintomatología neurológica grave, así como de nuevas lesiones en pruebas de imagen, una vez descartadas causas secundarias de empeoramiento clínico. Esta entidad se ha descrito con fármacos como el fingolimod o el natalizumab, y el manejo terapéutico con corticoides, plasmaféresis y rituximab parece ser el más efectivo. Períodos cortos de lavado de las terapias modificadoras de la enfermedad evitarían su desarrollo, pero el mecanismo etiopatogénico aún se desconoce.

16.

Rombencefalitis como posible manifestación neurológica de sensibilidad al gluten. A propósito de un caso clínico

Mayorga-Morón C, Medina-Rodríguez M, Hernández-Ramos FJ, Palomino-García A

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La sensibilidad al gluten es una enfermedad sistémica autoinmune inducida por la ingesta de éste en individuos genéticamente susceptibles. Puede cursar exclusivamente con manifestaciones neurológicas, y la ataxia cerebelosa y la neuropatía periférica son las más frecuentes. **Caso clínico.** Mujer de 58 años con antecedentes de migraña y síndrome depresivo. Sufre cuadro de un mes de evolución que comienza con un episodio autolimitado de cefalea hemisférica derecha y vómitos. Progresivamente desarrolla diplopía, disartria,

disfagia e incoordinación de los miembros izquierdos hasta imposibilitarle la marcha. En la exploración mostraba tendencia al sueño, disartria escandida, oftalmoparesia compleja y dismetría tetrapendicular de predominio izquierdo con disidiadocinesia. Los perfiles analíticos, la serología, la autoinmunidad, los marcadores tumorales y el análisis de líquido cefalorraquídeo resultaron normales, y se detectó una mutación en HLA DQ2/DQ8 para riesgo de celiaquía y aumento de las cadenas ligeras kappa libres en la sangre. La neuroimagen evidenció meningioma frontal derecho y lesión compatible con rombencefalitis. La biopsia duodenal y el estudio de extensión fueron normales, y se instauró tratamiento corticoide e inmunosupresor con mejoría moderada clínica y radiológicamente, quedando a la espera de evolución. **Discusión y conclusiones.** La sensibilidad al gluten debe tenerse en cuenta ante déficits neurológicos idiopáticos sin enteropatía. Se requieren futuros estudios acerca de la fisiopatología subyacente que permitan realizar un manejo diagnóstico y terapéutico más apropiado en estos pacientes.

17.

Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por el SARS-CoV-2

Molinero-Marcos A, Fernández-Navarro J, Zapata-Macías B, Ruiz-García J

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción. Son numerosas las manifestaciones clínicas descritas asociadas a la infección por el SARS-CoV-2, y las manifestaciones neurológicas documentadas presentan una tendencia al alza. Una de estas entidades neurológicas que cabe destacar es el síndrome de Guillain-Barré por su impacto en la función respiratoria, que puede afectar a pacientes con COVID con disfunción respiratoria grave. **Caso clínico.** Mujer de 82 años que ingresó por neumonía por COVID. Tres días después del alta domiciliar comenzó con un cuadro de parestias en guante y calcetín ascendentes, con pérdida

de fuerza en los cuatro miembros, arreflexia global y una paresia facial periférica bilateral. Las pruebas complementarias en el ingreso fueron anodinas. No se pudo realizar una punción lumbar por tratamiento anticoagulante. Un estudio neurofisiológico reveló signos de polineuropatía sensitivo-motora de carácter desmielinizante asimilable a un síndrome de Guillain-Barré. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas en un ciclo de cinco días, y se produjo una mejoría progresiva del cuadro neurológico, dándose de alta posteriormente para revisión. **Discusión y conclusiones.** Aunque el síndrome de Guillain-Barré pos-COVID comparte ciertas características con los casos no COVID, como la presentación clínica, la disociación albuminocitológica y la evolución favorable al tratamiento en la mayoría de casos, se han descrito algunas peculiaridades en los casos de COVID: mayor afectación de los pares craneales, ausencia del virus en el líquido cefalorraquídeo, algunos patrones neurofisiológicos específicos y negatividad de anticuerpos antigangliosidos en la mayoría de los casos.

18.

Meningoencefalitis por *Streptococcus anginosus*

Ruiz-García J, Fernández-Navarro J, Zapata-Macías B, Molinero-Marcos A, Forero-Díaz L

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción. Ante una clínica ictal, pensamos en una causa aterotrombótica o cardioembólica, pero otras etiologías son posibles. Una causa de ictus infrecuente son las vasculitis por infecciones del sistema nervioso central, principalmente por neumococos o meningococos, entre otros microorganismos menos probables. **Caso clínico.** Paciente mujer de 66 años con hipertensión arterial que comienza con clínica aguda de síndrome hemisférico derecho, precedida por amigdalitis, que en la tomografía computarizada de perfusión objetiva aumento de vascularización frontotemporo-parietal periférica sugestiva de

proceso inflamatorio-infeccioso e hipoperfusión hemisférica derecha, con angiografía computarizada normal. Por fluctuación de consciencia, se hace una punción lumbar, que muestra líquido cefalorraquídeo turbio con citobioquímica de perfil bacteriano. Pautamos tratamiento antibiótico empírico y tras FilmArray negativo y cultivo de líquido cefalorraquídeo, donde crece *Streptococcus anginosus* (SA). Optimizamos el tratamiento y se pide una resonancia magnética con contraste donde se confirman dos abscesos: en el espacio parafaríngeo derecho; y en el diencéfalo, que condiciona una imagen añadida compatible con lesión isquémica alrededor de la arteria lenticuloestriada por vasculitis, que explicaría la clínica ictal. Tras el tratamiento dirigido mejora el nivel de consciencia, y quedan secuelas de limitación de la mirada horizontal, hemianopsia homónima, hemiparesia y extinción sensitiva izquierda. **Discusión y conclusiones.** Aquí, la etiología infecciosa se sugiere por clínica y tomografía computarizada de perfusión, que se confirma tras punción lumbar y resonancia magnética. *S. anginosus* si la flora bucal es normal, puede ser causa de ictus infrecuente, secundaria a vasculitis producida por focos piógenos del sistema nervioso central.

19.

Cefalea de las no grandes alturas

De la Serna-Fito M, Fernández-Recio M, Rodríguez-Sánchez C, Velamazán-Delgado G

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción. Proponemos un caso que, a nuestro parecer, podría evidenciar la existencia de cefalea de las grandes alturas en ascensos no tan elevados como los estipulados por la Clasificación Internacional de Cefaleas de 2018. **Caso clínico.** Se trata de una paciente de 37 años sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento pautado de manera habitual, que desde hace dos años pre-

senta cefaleas durante ascensos montañosos que realiza como afición, hasta unos 1.000 m. La cefalea es bilateral, va apareciendo e intensificándose a medida que va ascendiendo, llega a ser de intensidad moderada y disminuye durante el descenso, persistiendo una cefalea leve durante unas 24 horas. **Discusión y conclusiones.** La Clasificación Internacional de Cefaleas de 2018 considera esta entidad cuando la altitud supera los 2.500 m; sin embargo, aunque nuestro caso no cumple este criterio, se ha realizado el diagnóstico diferencial y pruebas complementarias pertinentes que descartan otra patología que explique mejor los síntomas. Planteamos, por tanto, la existencia de mayor sensibilidad a la disminución de la presión barométrica, es decir, a la hipoxia y la falta de aclimatación a este tipo de parajes.

20.

Una complicación con mucha semiología

De la Serna-Fito M, Rodríguez-Sánchez C, Guerrero-Carmona N, Velamazán-Delgado G

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción. La aparición de focalidad neurológica tras una intervención vía transesfenoidal del sistema nervioso central supone un diagnóstico diferencial amplio de posibles complicaciones y reconocerlo supone cambios en el pronóstico del paciente. **Caso clínico.** Niña de 13 años estudiada en 2020 por talla baja con presencia de hormona del crecimiento disminuida. Se realiza una tomografía axial computarizada craneal en la que se objetiva lesión supraselar sólido-quística con extensión al III ventrículo sugestiva de craneofaringioma. Sin sintomatología secundaria. Es intervenida por vía transesfenoidal con exéresis completa de la lesión y resección de tallo hipofisario, sin incidencias. Tras 24 horas de la intervención, la paciente presenta labilidad emocional con actitud infantil exacerbada y deterioro de la memoria reciente, fluctuante, sin otro déficit neurológico.

co asociado. A las 48 horas, presenta quejas de rinorrea ocasional, y se sospecha fistulización del trayecto, por lo que se realiza una resonancia magnética craneal en la que se visualizan cambios posquirúrgicos y la presencia de neumocéfalo bifrontal y ventricular, que es de gran tamaño, en el asta occipital derecha en contacto con el hipocampo. **Discusión y conclusiones.** En la bibliografía, la aparición de neumocéfalo secundario a intervenciones vía transfenoidal se considera un evento poco frecuente, producido por la rotura del suelo sellar. El manejo conservador suele ser de elección en este tipo de complicaciones, aunque en alguna ocasión precisa reparación quirúrgica. En nuestro caso, se decide el manejo conservador, y se objetiva, tras seis semanas, resolución casi completa del cuadro con persistencia de clínica afectiva leve.

21.

Ataxia espástica de Charlevoix Saguenay, entidad que puede pasar desapercibida al inicio: descripción de un caso con diagnóstico en la edad adulta

Peral-Quirós A, Costa-Valarezo A, Estévez-María JC, Cobo-Roldán L, Carrasco-Sevilla M

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción. La ataxia espástica de Charlevoix Saguenay forma parte de las ataxias degenerativas hereditarias autosómicas recesivas. De inicio precoz en la infancia normalmente, se caracteriza clínicamente por ataxia cerebelosa temprana, piramidismo y neuropatía periférica. Describimos un caso en el que el inicio clínico completo se objetivó en la cuarta década de vida. **Caso clínico.** Varón de 37 años, con consanguinidad en los abuelos paternos, diagnosticado de polineuropatía sensitivomotora a los 12 años e intervenido de pies cavos, acude a consulta para evaluación. Exploración: leve disartria escandida, hipotrofia en las manos, espasticidad en las piernas con hiperreflexia rotuliana, reflejos aquileos abolidos, Bab-

inski bilateral y sensibilidad vibratoria abolida distalmente, así como ataxia troncal y apendicular bilateral. Examen cognitivo normal. Los resultados analíticos, incluyendo ácidos grasos de cadena larga y vitaminas, resultaron anodinos. Resonancia magnética craneal: atrofia cerebelosa de predominio vermiano. Electromiograma: afectación polineuropática sensitivomotora axonal predominantemente en los miembros inferiores. Panel genético de ataxias recesivas: presencia de una variante patogénica en el gen SACS que confirmaría la hipótesis de ataxia espástica de Charlevoix Saguenay. **Discusión y conclusiones.** La ataxia espástica de Charlevoix Saguenay puede expresarse inicialmente como polineuropatía infantil y asociar el resto de la semiología en las décadas siguientes, lo que resalta la importancia de una reevaluación libre de sesgos de pacientes con discapacidad motora progresiva desde la infancia y que carecen de un diagnóstico cuando acuden a consulta.

22.

Identificación de amiloidosis cardíaca al mediante ecocardiografía realizada por neurólogos

Milán-Pinilla R, Blanco-Ruiz M, Andrade-Zumárraga L, Guevara-Sánchez E, Ruiz-Franco ML, Amaya-Pascasio L, Arjona-Padillo A

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La amiloidosis cardíaca es una patología poco frecuente que comienza en individuos mayores de 60 años, produce alteraciones en la estructura y la funcionalidad del corazón y puede provocar eventos cerebrovasculares. Presentamos el caso de una amiloidosis primaria detectada mediante realización de una ecocardiografía realizada por neurología. **Caso clínico.** Varón de 86 años con antecedentes personales de diabetes mellitus de tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (35%) e ictus isquémico derecho sin secuelas; pre-

senta cuadro de disminución de fuerza en el hem cuerpo izquierdo y asimetría facial, junto con fibrilación auricular *de novo* y parestesias distales en las extremidades. En el estudio etiológico se observó: en el electrocardiograma, fibrilación auricular y NT-pro-BNP elevado; resonancia magnética craneal: lesiones isquémicas agudas; ecografía dúplex y ecocardiografía: aurícula izquierda dilatada, ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia e hipocinesia global moderada-severa, y valvulopatías. Se interconsulta con cardiología, que señala los hallazgos como compatibles con enfermedad por depósito. Se realiza una gammagrafía que muestra depósito en el ventrículo izquierdo. El estudio neurofisiológico objetiva polineuropatía mixta de tipo axonal y desmielinizante. En la analítica sanguínea destaca un pico monoclonal y aumento de las cadenas lambda y kappa (3:1). Se realiza una biopsia que es positiva con rojo Congo. Se le diagnostica ictus isquémico cardioembólico por amiloidosis cardíaca por cadenas ligeras. **Discusión y conclusiones.** La ecocardiografía es una herramienta muy útil en el diagnóstico etiológico de la patología cerebrovascular, y permite incluso la detección de cardiopatías raras, como la amiloidosis cardíaca.

23.

Epilepsia asociada a tetraparesia espástica y lesiones en el sistema nervioso central de aspecto desmielinizante: a propósito de una nueva mutación recesiva en el gen POLG

Rodríguez-Lavado I, Cabezo-García P, Batista-Blasco JL, Salazar-Benítez JA, Serrano-Castro P

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción. El gen *POLG*, localizado en 15q26.1, es el responsable de la codificación de la ADN-polimerasa mitocondrial. Mutaciones en este gen pueden provocar cuadros clínicos diferentes con escasa relación genofe-

notípica. Presentamos el caso de una paciente con mutación del gen *POLG* que cursa con un cuadro de tetraparesia espástica, retraso psicomotor y lesiones cerebrales caracterizadas inicialmente como desmielinizantes, que presenta empeoramiento paradójico con L-arginina en forma de estado epiléptico. **Caso clínico.** Mujer de 24 años con retraso psicomotor y paraparesia espástica desde la infancia. Asocia disartria, parálisis en la supraversion de la mirada y mioclonías generalizadas nocturnas. En pruebas complementarias destacan lesiones cerebrales de aspecto desmielinizante con elevación del lactato en la espectroscopia. El estudio genético inicial para leucodistrofias y mutaciones en el ADN mitocondrial es negativo. Ingres por empeoramiento motor grave. Se reevalúa el caso y se solicita un nuevo test genético que incluye mutaciones autosómicas para el ADN mitocondrial. Se le pauta L-arginina, con empeoramiento paradójico. El estudio genético muestra una variante patogénica en homocigosis en el gen *POLG*: c.264C>G(p.Phe88Leu). **Discusión y conclusiones.** Destacamos la importancia de las mutaciones autosómicas mitocondriales con un caso con una nueva mutación con patrón autosómico recesivo que suma diversas manifestaciones derivadas de afectación del gen *POLG* asociando lesiones de aspecto desmielinizante y empeoramiento con L-arginina.

24.

Hemicorea adquirida aguda de causa metabólica. A propósito de dos casos

Moreno-Franco C, Romero-Fábrega JC, Romero-Villarrubia A, Lorenzo-López R, López-Mesa CA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Exposición de dos casos ilustrados de pacientes con hemicorea de causa metabólica y hallazgo característico en neuroimagen. El síndrome hemicorea/hemibalismo es un trastorno hiperkinético con movimientos continuos, involuntarios e irregulares hemicorporales. Puede manifestarse

como complicación neurológica infrecuente en pacientes con hiperglucemia. **Caso clínico.** Caso 1: mujer de 83 años hipertensa, sin diabetes conocida con hiperglucemia en el ingreso cuantificada en 470 mg/dL. Caso 2: varón de 72 años con diabetes insulínica mal controlada, con hiperglucemia superior a 400 mg/dL en el ingreso y hemoglobina glucosilada de 12%. Ambos pacientes acudieron a urgencias tras la aparición en días previos de movimientos anormales hemicorporales derechos. En la exploración se evidenció hemicorea derecha sin asociar otra clínica neurológica acompañante. En la tomografía computarizada de cráneo sin contraste de ambos pacientes contemplamos hiperdensidad del núcleo lenticular izquierdo con clara asimetría respecto al contralateral. Tras la corrección de las cifras glucémicas y tratamiento sintomático con haloperidol de manera transitoria, la clínica revirtió en pocos días. **Conclusiones.** El diagnóstico diferencial en patología del espectro coreiforme es amplio. En nuestro caso, el inicio agudo redujo nuestras hipótesis etiológicas iniciales: vascular, tóxico-metabólico, infeccioso, inflamatorio o tumoral. La asociación con hiperglucemia fue determinante y el hallazgo en la tomografía computarizada apoyó el diagnóstico. La corea relacionada con hiperglucemia tiene buen pronóstico asociado al control metabólico.

25.

Íctus isquémico multiterritorial como inicio de cáncer pancreático en el contexto de un síndrome de Trousseau. A propósito de un caso

Gómez-López P, Gómez-Fernández FJ, Ortega-Ruiz A, Ruiz-Infantes M, Jiménez-Hernández MD

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Algunos cánceres viscerales pueden comenzar con manifestaciones secundarias al síndrome de Trousseau, caracterizado por un estado protrombótico con afectación de arterias y venas profundas previas al diagnóstico de un proceso neoplásico.

En nuestro caso, el paciente comenzó con una monoparesia crural como hallazgo inicial de un proceso neoplásico. **Caso clínico.** Paciente de 79 años diabético, hipertenso y dislipidémico, con inicio agudo de debilidad en el miembro inferior derecho e inestabilidad troncular con balance muscular por grupos 3/5 de forma generalizada, sin afectación sensitiva y reflejos hipoactivos. Refería pérdida de hasta 25 kg de peso en los meses previos, que asociaba a mal control diabético. En la tomografía axial computarizada de cráneo urgente no se objetivó lesión aguda intracraneal. Durante el ingreso para la filiación del cuadro se realizó una resonancia magnética craneal con hallazgo de múltiples lesiones en el territorio frontera de la arteria cerebral media, la arteria cerebral anterior y la arteria cerebral posterior, ambos hemisferios cerebelosos, y los lóbulos temporales y frontales. Dadas las múltiples localizaciones, se realizó un estudio de extensión y se objetivó una lesión hepática sugestiva de metástasis, con varias trombosis en otros niveles. **Discusión y conclusiones.** Nuestro paciente presentó una monoparesia crural aguda asociada a síndrome constitucional de varios meses de evolución. En el estudio de extensión se objetivaron trombosis en varios niveles, que destacaron a nivel esplénico-portal y de los vasos arteriales del miembro inferior izquierdo, así como lesión neoplásica hepática. En la biopsia se identificó un origen pancreático de la lesión y se optó por un manejo conservador por mal pronóstico.

26.

Inicio atípico de esclerosis múltiple tras una reciente infección por el SARS-CoV-2: un caso clínico

De Rojas-Leal C, Afkir-Ortega MN, León-Plaza O, de la Cruz-Cosme C, Delgado-Gil V

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica autoinmunitaria cuya causa es desconocida

y que probablemente se deba a una combinación de factores genéticos, ambientales e infecciosos. Describimos el caso de un varón sexagenario con inicio atípico de esclerosis múltiple poco después de haber estado infectado por el SARS-CoV-2. **Caso clínico.** Un varón de 60 años acudió a urgencias por alteración progresiva de la sensibilidad en la hemiparética izquierda. Como antecedentes personales de interés, era hipertenso y había estado ingresado recientemente durante cinco semanas por neumonía por COVID-19, y había sufrido durante el ingreso anemia, neutropenia y trombopenia. En la exploración destacaba hipoestesia hemifacial izquierda sin otros hallazgos. La analítica sanguínea, la serología y la radiografía de tórax fueron normales. En la resonancia magnética se evidenció una lesión hiperintensa de 4 mm en secuencias T₂ y FLAIR en el hemimesencéfalo izquierdo, próxima a la salida del trigémino izquierdo. Las bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo fueron positivas. Se realizó una resonancia magnética de 3 T que evidenció alteraciones de señal en la sustancia blanca supratentorial en ambos hemisferios cerebrales y en el tronco cerebral sugestivas de placas desmielinizantes. El paciente fue diagnosticado con esclerosis múltiple, pero se consensuó no iniciar tratamiento modificador de la enfermedad. **Discusión y conclusiones.** La correlación temporal entre la infección por el SARS-CoV-2 y el inicio atípico de la esclerosis múltiple del paciente sugiere que la infección por el SARS-CoV-2 puede ser un desencadenante de alteración inmunológica que precipite el desarrollo de un brote de esclerosis múltiple.

27.

Estado epiléptico por vasculitis cerebral en un paciente con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico

De Rojas-Leal C, León-Plaza O, Aguilar-Mongue A, Romero-Godoy J, Serrano-Castro V

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria sistémica que puede presentar afectación neurológica. Presentamos el caso de una mujer diagnosticada de lupus eritematoso sistémico que presentó un estado epiléptico por vasculitis cerebral. **Caso clínico.** Una mujer de 44 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, diagnosticado hacía dos años, con afectación renal, cutánea y hematológica (anticuerpos antinucleares positivos 1/160 moteados, anti-Ro positivo), hipertensión, cardiopatía hipertensiva, en tratamiento con hidroxycloquina, ingresó en nefrología para una biopsia renal por insuficiencia renal. Durante el ingreso presentó crisis tonicoclónica, y se le realizó una tomografía computarizada de cráneo que evidenció lesiones agudas en evolución en la sustancia blanca, y una resonancia magnética craneal que objetivó múltiples lesiones en la sustancia blanca bilateral que sugerían un origen inflamatorio-vasculítico. Días más tarde presentó estado epiléptico, que requirió intubación e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. El electroencefalograma mostró encefalopatía difusa y una nueva resonancia magnética mostró lesiones típicas de vasculitis con mayor edema y dos lesiones con transformación hemorrágica. Tras iniciarse corticoterapia y tratamiento con levetiracetam y lacosamida, la paciente no volvió a presentar crisis. Tras la estabilización neurológica y nefrológica, se procedió al alta. **Discusión y conclusiones.** Este caso pone de manifiesto la importancia del diagnóstico diferencial temprano con pruebas de neuroimagen para un tratamiento precoz. En nuestro caso, la vasculitis cerebral derivó en un estado epiléptico, cuyo tratamiento, además de antiepilépticos, es el etiológico para la vasculitis cerebral con corticoides.

28.

Solapamiento: miastenia más miositis inflamatoria

Rodríguez-Lavado I, Reyes-Garrido V, Maestre-Martínez A, Batista-Blasco JL, Serrano-Castro P

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Introducción. Se conocen como síndromes de solapamiento u *overlap* los casos en los que el paciente cumple criterios para más de una enfermedad autoinmune de manera concomitante, lo cual inicialmente puede dificultar su diagnóstico y adecuado tratamiento. Presentamos una paciente que, en el contexto de un timoma, presenta miastenia grave seropositiva asociada a miositis inflamatoria. **Caso clínico.** Una mujer de 83 años ingresa en medicina interna por un cuadro de mialgias generalizadas con debilidad de cinturas asociado a exantema cutáneo. Destaca la creatinasa en 333 con la proteína C reactiva elevada. En las pruebas de imagen se objetivan una masa compatible con timoma y focos hipermetabólicos en el músculo compatibles con miositis. En el estudio electromiográfico se observa un patrón miopático. Se le da de alta con diagnóstico de polimiositis asociada a timoma y tratamiento corticoide. Derivada a nuestras consultas, se descubren autoanticuerpos antirreceptor de acetilcolina y antititina positivos y mejoría del cuadro motor sin fatigabilidad objetiva con tratamiento. Se recomienda realizar un estudio con estimulación repetitiva que muestra decremento significativo. Debido a la persistencia de los síntomas y a la irrecesibilidad del tumor, se ha escalado tratamiento con azatioprina, prednisona e inmunoglobulinas mensuales. Pese a síntomas leves, se observa una mejoría significativa que permite la deambulación. **Discusión y conclusiones.** Ante posibles conectivopatías y miopatías de probable origen autoinmune, se debe pensar en la posibilidad de solapamiento entre diversos síndromes, y se requiere la búsqueda activa de éstos mediante exploración clínica y pruebas complementarias.

29.

Síndrome de solapamiento de esclerosis lateral amiotrófica y miastenia grave: un caso clínico

De Rojas-Leal C, León-Plaza O, Delgado-Gil V, Romero-Godoy J

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la pérdida gradual de las motoneuronas de etiopatogenia desconocida. Su coexistencia con la miastenia grave, una enfermedad de la unión neuromuscular autoinmune, aunque infrecuente, plantea una hipótesis en la etiopatogenia de la esclerosis lateral amiotrófica. Presentamos un caso con diagnóstico de miastenia grave previo al diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica. **Caso clínico.** Una mujer de 77 años consultó por cansancio generalizado de meses de evolución junto con una clínica bulbar progresiva (disartria, disfagia y disnea). En las pruebas complementarias destacaba analítica sanguínea con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina positivos, onconeuronales negativos, tomografía computarizada y resonancia magnética de cráneo normales, tomografía computarizada de tórax con nódulo sugestivo de timoma y electromiograma sin agotamientos ni facilitaciones significativas. Se diagnosticó miastenia grave y mejoró con inmunoglobulinas intravenosas y tratamiento ambulatorio con piridostigmina. En posteriores controles, la debilidad muscular progresó, y se observaron en la exploración fasciculaciones linguales, hipomotilidad lingual y velopalatina, paresia en las cuatro extremidades con Hoffmann positivo y respuesta cutánea plantar extensora bilateral. Se realizó un nuevo electromiograma, que cumplió los criterios clínicos y electromiográficos de esclerosis lateral amiotrófica definida. Se inició riluzol y se incluyó en la unidad de esclerosis lateral amiotrófica. **Discusión y conclusiones.** Este caso de solapamiento de miastenia grave con esclerosis lateral

amiotrófica, aunque infrecuente, sugiere la hipótesis de un mecanismo inmunológico en la etiopatogenia de la esclerosis lateral amiotrófica y, cuando predomina la afectación bulbar, nos plantea un diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades.

30.

Síndrome de Guillain-Barré como posible inicio de una infección por el SARS-CoV-2

León-Plaza O, De Rojas-Leal C, Afkir-Ortega MN, Pinel-Ríos FJ, Rodríguez-Belli AO, Delgado-Gil V

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. La infección causada por el SARS-CoV-2 provoca un amplio abanico de complicaciones, principalmente respiratorias y trombóticas. Las complicaciones neurológicas, como el síndrome de Guillain-Barré, son infrecuentes, aunque se describen cada vez con más frecuencia. **Caso clínico.** Un paciente varón de 24 años, sin antecedentes médicos de interés, acude a urgencias por cuadro de dos días de evolución de debilidad muscular progresiva. En la exploración neurológica se evidencia una tetraparesia flácida arreflexia. Se realizó analítica de sangre y tomografía computarizada de cráneo sin hallazgos relevantes. La punción lumbar mostró una leve proteinorraquia con estudio microbiológico negativo. El estudio neurofisiológico que se realizó durante el ingreso mostró cambios compatibles con una polirradiculoneuropatía desmielinizante con componente axonal asociado de intensidad moderada en los miembros superiores y grave en los inferiores. Durante su estancia en urgencias, el paciente comenzó con cuadro de insuficiencia respiratoria grave. Se le realizó una reacción en cadena de la polimerasa para el SARS-CoV-2 que fue positiva, y se amplió a la determinación del dímero D, que mostró valores elevados, por lo que se decidió realizar una angiotomografía computarizada pulmonar que mostró una neumonía bilateral y tromboembolismo pulmonar bilateral masivo, por lo que ingresó

en la unidad de cuidados críticos. El paciente recibió tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas con mejoría del cuadro neurológico. **Conclusión.** El desarrollo de un síndrome de Guillain-Barré en el contexto de una infección por el SARS-CoV-2 como posible inicio de esta enfermedad constituye un caso clínico muy infrecuente.

31.

Mioclonías continuas como presentación de una encefalitis paraneoplásica por anti-Hu secundaria a un carcinoma microcítico de pulmón

Ruiz-Infantes M, Arzalluz-Luque J, Moniche-Álvarez F, Macías-García D, Palomino-García A, Arriola-Infante JE, Pardo-Galiana B, Ainz-Gómez L

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Los síndromes paraneoplásicos neurológicos son manifestaciones neurológicas inmunomediadas secundarias a un tumor en ocasiones desconocido. El carcinoma de células pequeñas de pulmón es uno de los tumores que más se asocia a síndromes paraneoplásicos neurológicos y anticuerpos onconeuronales, como anti-Hu. **Caso clínico.** Varón de 70 años fumador, bebedor e hipertenso, con cuadro rápidamente progresivo de inestabilidad, episodios confusionales, crisis tónicoclónicas generalizadas, mioclonías en la hemisfera izquierda y síndrome constitucional. En la exploración se apreciaron mioclonías continuas velopalatinas y hemifaciales izquierdas sincronas, ataxia del tronco, dismetría apendicular y disartria. En la resonancia magnética craneal se evidenciaron hiperintensidades corticosubcorticales bilaterales y lesión anterobulbar derecha; el electroencefalograma mostró anomalías epileptiformes continuas centrales derechas coincidentes con las mioclonías. Se detectaron anticuerpos anti-Hu, y, tras un estudio amplio, se diagnosticó carcinoma de células pequeñas de pulmón derecho limitado al tórax. Las mioclonías mejoraban li-

geramente con el sueño, pero no cedieron a pesar de altas dosis de fármacos antiepilépticos y corticoides, y persistieron hasta que el paciente falleció, sin haber comenzado tratamiento oncológico, tres meses después. **Discusión y conclusiones.** Las mioclonías focales secundarias a lesiones corticales son frecuentes en casos de encefalitis, aunque su origen paraneoplásico exige un alto nivel de sospecha. Los síndromes paraneoplásicos neurológicos relacionados con anticuerpos intracitoplásmicos, como los anti-Hu, raramente responden a la inmunosupresión, y es más eficaz el tratamiento oncológico, que no pudo iniciarse por el mal estado general de nuestro paciente.

32.

Mielitis transversa asociada a infección por el SARS-CoV-2: descripción de dos casos clínicos con distinta forma de presentación

Ruiz-Infantes M, Gómez-Fernández FJ, Medina-Rodríguez M, Villagrán-Sancho D, Hernández-Ramos FJ, Palomino-García A

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La incidencia de mielitis transversa en la COVID-19 se estima en 0,5 casos por millón. Actualmente se desconoce su mecanismo patogénico, pero se sospecha que este depende del período de latencia hasta el inicio de los síntomas. **Caso clínico.** Caso 1: varón de 62 años que, cinco semanas después de una infección por el SARS-CoV-2, desarrolló un déficit sensitivo con nivel D5, alteración esfinteriana y una paraplejía flácida de los miembros inferiores. En el líquido cefalorraquídeo presentó disociación albuminocitológica y no se detectó ARN de SARS-CoV-2. En la resonancia magnética dos meses después del inicio se hallaron signos compatibles con mielitis transversa longitudinal extensa holomedular sin lesiones intracraneales. Caso 2: varón de 30 años que desarrolló en los primeros días de una infección por el SARS-CoV-2 un déficit sensitivo con nivel D8

y ataxia de la marcha. El líquido cefalorraquídeo fue normal, sin detectarse ARN de SARS-CoV-2, y en la resonancia magnética se hallaron signos compatibles con una mielitis transversa en D5-D7 sin lesiones intracraneales. **Discusión y conclusiones.** El conocimiento del mecanismo patogénico de la mielitis transversa en el contexto de una infección por el SARS-CoV-2 supone todavía un reto. Mientras que la mielitis transversa del caso 1 se debe probablemente, dado su inicio tardío, a un mecanismo inmunomediado, la del caso 2 podría deberse a la invasión directa del sistema nervioso central por el SARS-CoV-2 o a la neuroinflamación secundaria a la tormenta de citocinas. Sin embargo, no es posible excluir un mecanismo disímune precoz, pues no hubo elevación de reactantes de fase aguda ni detección de ARN del virus en el líquido cefalorraquídeo, lo cual no excluye, aunque hace menos probable, la neuroinvasión.

33.

Síndrome de encefalopatía posterior reversible grave recurrente en un paciente joven

Ojeda-Lepe E, Ainz-Gómez L, Arzalluz-Luque J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. El síndrome de encefalopatía posterior reversible cursa con edema vasógeno cerebral por endotelopatía. Se relaciona con tensión arterial elevada, insuficiencia renal, inmunosupresores, preeclampsia y enfermedades autoinmunes. Presentamos un caso grave recurrente en una paciente joven. **Caso clínico.** Mujer de 32 años, con lupus eritematoso sistémico y nefropatía lúpica diagnosticados en 2020, en tratamiento con ciclofosfamida. Ingresó en noviembre de 2020 por síndrome de encefalopatía posterior reversible con crisis tónico-clónicas generalizadas. Tras el abandono de tratamiento, acudió en agosto de 2021 por disminución de ingesta, vómitos y somnolencia, y llegó a urgencias estuporosa, con crisis

hipertensiva (225/130 mmHg) y crisis tónico-clónicas generalizadas. Presentaba bajo nivel de conciencia y realizaba la postura de descerebración al dolor. Tenía las pupilas midriáticas isocóricas levemente reactivas, corneal izquierdo abolido, oculocefálicos hipoactivos y respuesta cutánea plantar extensora bilateral. En la tomografía computarizada craneal, presentaba extensa hipodensidad en el cerebelo y las regiones occipitoparietales bilaterales y frontal izquierda con efecto masa, colapso del IV ventrículo e hidrocefalia incipiente, y un pequeño hematoma temporal derecho. Dada la situación de coma (*Glasgow Coma Scale*: 4), precisó intubación e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se inició inmediatamente tratamiento antihipertensivo, antiepiléptico y antiedema, con lo que mejoró hasta quedar paucisintomática cinco días después. **Discusión y conclusiones.** Con un tratamiento rápido y adecuado, el síndrome de encefalopatía posterior reversible es una entidad habitualmente reversible, aunque el 26-36% puede evolucionar desfavorablemente y un 8-17% fallece. Su recurrencia es infrecuente (5-10%) y ocurre sobre todo por tensión arterial mal controlada, como en nuestro caso.

34.

Desafío diagnóstico: estado epiléptico en un paciente con COVID-19 reciente e historia de fiebre persistente de meses de evolución

Costa A, Rodríguez A, Peral A, Blanco MC, Acebrón F, Cáceres MT

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción. Presentamos a un paciente con fiebre de larga evolución con elevación de reactantes de fase aguda que desarrolla alteración del nivel de conciencia y lesiones en neuroimagen posteriores a una neumonía por COVID-19. **Caso clínico.** Varón de 57 años, atendido en urgencias por crisis convulsivas y disminución del nivel de conciencia. El mes anterior sufrió una neumonía por CO-

VID-19. Estaba siendo evaluado por fiebre de larga evolución y elevación de reactantes de fase aguda en tratamiento con corticoides. Dos días antes del ingreso notó debilidad en la mano izquierda y alucinaciones visuales. Se analizó el líquido cefalorraquídeo y se realizó una resonancia magnética, dada la alta sospecha de meningioencefalitis sin poder descartar una afectación parainfecciosa por la COVID-19. El líquido cefalorraquídeo mostró 10 leucocitos/ μ L e hiperproteínoorraquia, y la resonancia magnética, captación leptomeníngea. Posteriormente, desarrolló alteración del lenguaje y mioclonías, aumento considerable de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo y nuevas lesiones en la resonancia magnética. Se objetivó, además, pansinusitis con signos de erosión ósea. La biopsia del seno maxilar reveló un linfoma B de células grandes intravascular. **Discusión y conclusiones.** Los datos clinicoradiológicos del paciente en el contexto de una neumonía por COVID-19 reciente pueden sugerir afectación neurológica pos-COVID. Sin embargo, la historia de fiebre de larga evolución, la lesión parasinusal expansiva y la progresión de la clínica neurológica llevaron a descartar patologías con potencial invasivo. En el linfoma intravascular, las células proliferan dentro de los vasos y afectan a múltiples órganos.

35.

Quiste aracnoideo retrovermiano izquierdo como causa de síncope neurógenos

Romero-Villarrubia A, Romero-Fábrega JC

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Exposición de un caso de aparición de episodios sincopales en relación con situación de risa y hallazgo de lesión benigna en la fosa posterior. **Caso clínico.** Mujer de 43 años con obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos e hipercolesterolemia. En julio de 2019 presentó, en el contexto de risa intensa, un primer episodio de pérdida de conciencia de

breve duración sin pródromos y sin actividad motora, del que se recuperó espontáneamente sin déficit neurológico y sin confusión posterior, quedando asintomática por completo. Posteriormente, volvió a presentar hasta un total de tres episodios de similares características, todos desencadenados en situación de risa vehemente, sin ocurrencia de ningún

evento en relación con este precipitante. En la exploración neurológica no se objetivó ninguna focalidad. Se practicaron dos electroencefalogramas (uno en privación de sueño), que resultaron anodinos. La resonancia magnética craneal evidenció la existencia de un quiste aracnoideo retrovermiano izquierdo de gran tamaño y signos indirectos de hipertensión in-

tracraneal. **Discusión y conclusiones.** Los quistes aracnoideos son colecciones extraaxiales benignas compuestas por líquido cefalorraquídeo y rodeados de membrana aracnoidea. Las localizaciones más habituales son la cisura de Silvio y la fosa posterior. Son más frecuentes en varones y mayoritariamente asintomáticos, salvo los de mayor tamaño, que pueden

dar síntomas según su localización. Los ubicados en la fosa posterior pueden generar hidrocefalia obstructiva. En nuestro caso, consideramos que los síncope producidos exclusivamente con risa exacerbada podrían estar justificados por la extensa lesión en la fosa posterior, que, sometida a cambios de presión, podría favorecer esta sintomatología transitoria.