

XVIII SEMINARIO NEUROLÓGICO DE INVIERNO

Candanchú (Huesca), del 3 al 9 de febrero de 2002

Lunes 4

PÓSTERS

P1. Enfermedad de Hirayama asociada a malformación vascular cerebral intervenida

M.R. Oliva^a, G. Navarro^b, J.M. Castilla^a, C. Gálvez^b, G. García^b

^a Hospital Universitario Virgen Macarena. ^b Hospital Militar Vigil de Quiñones. Sevilla.

Introducción. La enfermedad de Hirayama fue descrita en 1959 como 'atrofia muscular juvenil unilateral de la extremidad superior'. Es muy infrecuente en nuestro medio, y predomina en varones y países orientales. **Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 37 años que un mes después de intervenirse de una malformación vascular cerebral frontal derecha presenta debilidad, torpeza y adelgazamiento en mano izquierda de forma progresiva y 'temblor' en quinto dedo de esa mano. La clínica ha progresado durante los dos primeros años y permanece estable tras seis años de evolución. La exploración clínica muestra debilidad distal de miembro superior izquierdo, amiotrofia de eminencia tenar, hipotenar e interóseos, y menor en región cubital del antebrazo, movimientos involuntarios de separación y flexión del quinto dedo de la mano izquierda; el resto de la exploración es normal. Entre las exploraciones complementarias sólo destaca la EMG-ENG, que muestra hallazgos compatibles con afectación crónica de la 2.ª motoneurona, segmento espinal C8-D1, con velocidades de conducción motora y sensitiva normales. **Conclusión.** Consideramos que el caso descrito cumple las características de la enfermedad de Hirayama y que la asociación entre ambas entidades es casual.

P2. Absceso intracerebral de localización atípica. A propósito de un caso

M.A. López, J. Marta, J.A. Oliván, B. Sánchez, O. Blasco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. En los pacientes con politraumatismo craneoencefálico son múltiples las complicaciones que podemos encontrar; el riesgo de infecciones aumenta de forma importante, dándose casos de fístulas de LCR, con meningitis secundarias y abscesos cerebrales de distintas localizaciones. En este caso presentamos un paciente con un absceso de localización en el *septum pellucidum*. **Caso clínico.** Varón de 37 años que, tras accidente de tráfico, presenta numerosas fracturas craneales y faciales con afectación cerebral, con neumoencefalo y HSA. Durante el ingreso presentó licuorrea y síndrome febril. Tras analizarse el LCR se diagnosticó de meningitis por *Acinetobacter*; el paciente recibió tratamiento y mejoró. Posteriormente empeoró la clínica persistiendo la fiebre, con disminución del nivel de conciencia y focalidad neurológica. Se realizó estudio de neuroimagen observándose una dilatación ventricular y se le colocó una derivación ventricular; a pesar de ello la evolución no fue la esperada y, tras realizar nuevos análisis de LCR y pruebas de neuroimagen, finalmente se observó la existencia de un absceso localizado en el *septum pellucidum*. **Conclusión.** El riesgo de complicaciones de los pacientes con politraumatismo craneoencefálico es muy alto y ante un síndrome febril de evolución tórpida el seguimiento clinicoradiológico es de vital importancia.

P3. Drop attack por meningioma parasagital

A. Romeralo-Ballesteros

Hospital Militar de Burgos. Burgos.

Introducción. Los meningiomas intracraneales representan entre el 15 y el 20% de los tumores cerebrales y su localización parasagital y en torno a la hoz del cerebro es la más frecuente. En general, la sintomatología que denuncia su existencia comprende típicamente las crisis comiciales, síntomas y signos

deficitarios según su localización, posible producción de cuadro de hipertensión intracraneal e incluso demencia en los de ubicación frontal. El diagnóstico accidental o como hallazgo casual es hoy en día muy frecuente por la proliferación de estudios con neuroimagen en pacientes con bajo grado de sospecha de patología y porque un porcentaje de meningiomas crecen lentamente 'en silencio' antes de dar síntomas. **Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente de 78 años de edad cuyo motivo de consulta era haber presentado un episodio en el que perdió bruscamente la fuerza en las piernas cayendo al suelo porque 'no me sostenían'. Pasados diez minutos había desaparecido la debilidad y podía caminar sin dificultades. En el examen neurológico inmediato (Urgencias) y en la consulta de neurología, dos semanas más tarde, la exploración neurológica era normal, sin detectarse déficit de fuerza en MMII ni signos de liberación piramidal en los mismos. La TAC y la RM craneal revelaron un meningioma de 3 x 2 cm de tamaño, de localización en la hoz, junto con diversos signos sugerentes de isquemia 'por enfermedad de pequeño vaso'. Curiosamente este tumor ha crecido desde una 'calcificación' de la hoz que habíamos descubierto nueve años antes en una TAC, lo que significa un crecimiento no muy lento. **Conclusión.** En el póster presentamos interesantes imágenes y discutimos sobre la forma de manifestación clínica y sobre el crecimiento de los meningiomas.

P4. Valoración de la cefalea como causante de incapacidad temporal en Teruel. Estudio preliminar

A. López-López^a, M.J. Tapiador-Sanjuán^b, F. Romero-Cuenca^c

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Admisión. Hospital Obispo Polanco.

^c Inspección Médica Insalud. Teruel.

Introducción. La cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en Atención Primaria como en las Consultas Externas (CCEE) de Neurología. Asimismo, se considera un motivo clásico de absentismo laboral y, por lo tanto, generador de un importante gasto económico, tanto sanitario como laboral. **Pacientes y métodos.** Se han recogido todos los pacientes que han acudido como primera consulta en la Agenda 1 de CCEE de Neurología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (área IV de salud), en el período comprendido entre el 11 de mayo de 2000 y el 10 de mayo de 2001. De este grupo se han seleccionado los pacientes con diagnóstico de cefalea, siguiendo la clasificación de la IHS de 1988. Los resultados obtenidos se han relacionado con la incapacidad temporal (IT) generada por dichos pacientes desde enero de 1995 hasta agosto de 2001, con especial atención al período periconsulta (3 meses previos y posteriores). **Resultados.** El total de pacientes vistos como primera consulta ha sido 593. De los mismos, 155 habían sido diagnosticados de cefalea (110 mujeres, 45 varones): 30 (19%) del grupo 1 de la clasificación del IHS (migraña), 92 (59%) del grupo 2 (cefalea tensional), 1 del grupo 3, 9 del grupo 5, 14 del grupo 11 y 9 del grupo 12. 118 pacientes (76%) tenían una edad laboral activa, de los cuales 88 eran mujeres (75%). Se han generado 13 procesos de IT periconsulta (11 mujeres, 2 hombres) desencadenados por la cefalea: el 53,85% se debían a cefalea tensional (duración media de 51 días) y 15,38% a migraña (duración media de 7,5 días). **Conclusiones.** 1. La cefalea es una patología muy frecuente entre pacientes en edad laboral activa. 2. El tipo de cefalea más vista en la consulta de Neurología fue la cefalea tensional, con predominio en mujeres. 3. Asimismo, la cefalea tensional es la que con mayor frecuencia genera situaciones de IT, con una incidencia aún mayor en el sexo femenino; destaca también una duración media del proceso muy superior al resto de cefaleas. 4. La cefalea tensional, a pesar de no afectar a la expectativa de vida, induce una importante repercusión sociolaboral.

P5. Estudio de las incomparecencias en Consultas Externas de Neurología con origen en Atención Primaria, de enero a octubre de 2001

M.J. Tapiador-Sanjuán^a, F. Romero-Cuenca^c, A. López-López^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Admisión. Hospital Obispo Polanco.

^c Inspección Médica Insalud. Teruel.

Introducción. La actividad realizada en Consultas Externas (CCEE) general-

mente ha ocupado un papel secundario al representado por la hospitalización; sin embargo, ya hace años que esta situación va cambiando y que cada vez las CCEE adquieren un mayor protagonismo. Como ejemplo baste decir que en 1999, en Atención Especializada del Insalud, se realizaron cerca de 1,2 millones de ingresos frente a los casi 22 millones de consultas generadas. Por otra parte, es en la CE donde la relación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada es más estrecha, lo que ha originado numerosos conflictos debido, casi siempre, a la desconfianza mutua entre los diferentes niveles, generando gran cantidad de quejas mutuas. **Objetivo.** Cuantificar las incomparecencias a las CCEE de Neurología durante el año 2001, en función de los Centros de Salud desde donde han sido derivados. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron las incomparecencias en primeras consultas de Neurología durante los meses de enero a octubre de 2001, estudiando el porcentaje de fallos según el Centro de Salud de procedencia. **Resultados.** El nivel de incomparecencia de enero a octubre de 2001 en primeras consultas de Neurología (5,8%) ha sido muy inferior al de la media global del centro para este mismo período (8,5%). Por otra parte, también se puede apreciar una gran variabilidad en cuanto a los fallos de los pacientes en primeras consultas según los diferentes Centros de Salud, oscilando los porcentajes de fallo en primeras visitas entre el 0 y el 20%. **Conclusiones.** Si bien estos últimos años mediante los programas de llamada telefónica (recordatorio de cita) y a la puesta de carteles alusivos en las consultas del hospital y en los Centros de Salud se ha conseguido reducir el porcentaje de fallos a primeras consultas, las cifras de incomparecencia en estos diez meses suponen más de la mitad de los pacientes actualmente en lista de espera para esta especialidad.

Martes 5

COMUNICACIONES ORALES

O1. Dolico basilar en espasmo hemifacial típico y atípico

I. Pérez López-Fraile, J.A. Oliván, N. Fayed, O. Blasco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y objetivos. El contacto o compresión vascular con indentación de la raíz del nervio facial, a su salida de la protuberancia, es reconocida como la causa más frecuente de espasmo hemifacial (EHF). La demostración de tal contacto no siempre es posible, incluso con técnicas específicas de angio-RM cerebral. Describimos dos casos, uno con EHF típico y otro atípico, asociados a elongación de la arteria basilar y vertebral, respectivamente, y la respuesta a la infiltración con toxina botulínica. **Casos clínicos.** *Caso 1.* Mujer de 51 años con monoparesia braquial derecha leve como secuela de ACV ocurrido hace 15 años y EHF derecho desde hace 2 años y medio. ENG: signos de neuropatía axonal facial derecha. Tratamiento con carbamacepina y clonazepam sin mejoría. Mejora tras infiltración con toxina botulínica. *Caso 2.* Mujer de 65 años. Antecedentes personales de nistagmo congénito y herpes ocular izquierdo. Antecedentes familiares: madre con temblor cefálico. Desde hace 2 años sufre sacudidas en la mitad inferior de hemifacies y posteriormente palpebrales izquierdas al leer o hablar. El estudio de reflejo del parpadeo y el ENG de nervio facial fueron normales. **Resultados.** RM/ARM del caso 1: alteración de señal que sugiere lesión isquémica pedúnculo-protuberancial izquierda. Dilatación y aumento de curvatura de arteria basilar que ejerce efecto masa sobre cara anterior derecha de la protuberancia. Caso 2: aumento de la curvatura con desplazamiento lateral de la unión entre arteria vertebral y basilar, que ocupa cisternas bulbo-protuberanciales izquierdas, sin que se observe compromiso del nervio facial. **Conclusión.** En estos dos casos la respuesta al tratamiento con toxina botulínica no parece interferida por la existencia o no de compresión neurovascular.

O2. Rasgos fenotípicos comunes en una serie de enfermos con enfermedad de Parkinson debidos a mutaciones en el gen de la parkina. Hipersensibilidad a la levodopaterapia

I. Txaso-Martí, J.F. Martí-Massó, A. López de Munain, F. Moreno, C. Paisan, A. Ayerdi, J. Pérez-Tur

Hospital Donostia. Fundación Ilundain. San Sebastián

Objetivos. Presentamos seis pacientes con enfermedad de Parkinson, con

alteración del gen de la parkina demostrado mediante análisis molecular. El motivo de la comunicación es presentar las características semiológicas comunes, y por tanto extraer un fenotipo que nos permita sospechar ante un paciente con enfermedad de Parkinson que tiene este trastorno y observar la diferente evolución que han seguido los pacientes con la misma alteración genética según la dosis de levodopa que han ingerido. **Casos clínicos.** Se trata de dos varones y cuatro mujeres de edades comprendidas entre los 33 y 69 años (m: 56,6), que comenzaron la enfermedad entre los 28 y 42 años (m: 35,6) y que llevan entre 5 y 27 años de evolución (m: 21). Aparte de su comienzo en edades precoces, todos ellos manifiestan un cuadro clínico de comienzo muy insidioso, con leve amimia, marcha con escaso braceo, buena postura, discreto temblor algo rápido, que se hace pronto en la evolución bilateral y que puede ser también de actitud. Algunos tienen inestabilidad postural. Un carácter evolutivo importante es su benignidad espontánea. El temblor mejora con anticolinérgicos. Aparecen discinesias con dosis bajas de levodopa, y el pronóstico parece peor si el paciente es sometido a tratamiento con dosis elevadas de levodopa. Dos hermanas con la misma alteración molecular sufren evoluciones muy diferentes, mucho más benigna en la que toma sólo 75 mg/día de levodopa, comparado con la que toma 700 mg/día.

PÓSTERS

P1. La vertebroplastia percutánea. Descripción de un nuevo procedimiento

J.V. Martínez-Quñones^a, G. Hernández^a, A. Pérez-Higueras^b

^a HMC Gómez Ulla. ^b Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción. La vertebroplastia percutánea es una técnica terapéutica que requiere la inyección de un polímero acrílico-cemento óseo—en un cuerpo vertebral lesionado (cervical, torácico o lumbar) para el alivio del dolor o para la estabilidad ósea. A esta técnica se asocia un alivio significativo del dolor y un incremento de la movilidad en un 70-80% de los pacientes tratados. El alivio del dolor es manifiesto tras 24-48 horas de la inyección, y persiste de varios meses a varios años. El objetivo de la presente comunicación es describir la técnica de este procedimiento así como sus indicaciones, para lo cual se ha desarrollado un protocolo de trabajo. **Desarrollo.** Las principales indicaciones para realizar una vertebroplastia son las lesiones osteolíticas metastásicas que afectan a los cuerpos vertebrales, los plasmocitomas vertebrales, los hemangiomas vertebrales y las fracturas de aplastamiento vertebral por osteoporosis. Previo al procedimiento se realiza un estudio prequirúrgico, así como una radiología simple y una resonancia o un escáner de columna en los días previos a la intervención para comprobar la situación actual del proceso y el estado de la vértebra o vértebras a tratar. Es una técnica mínimamente invasiva que consiste, con el paciente sedado, en el acceso percutáneo al cuerpo de la vértebra enferma por vía transpedicular en las vértebras dorsales y por vía posterolateral en las vértebras lumbares. La única contraindicación absoluta para la práctica de una vertebroplastia es la existencia de una alteración grave de la coagulación. Las complicaciones son escasas. Las posibles complicaciones a considerar son: hemorragia, empeoramiento transitorio del dolor, infección, compresión de la médula espinal y de las raíces nerviosas por fuga del cemento, y embolia pulmonar.

P2. Shock medular por intubación endotraqueal en paciente con mielopatía cervical

P. Garrido-Benedicto^a, J.M. Olivé-Plana^b, J. González-Menacho^b, F. Esteban^a, A. Rabassa^b, L. Millà^c

^a Unidad de Cuidados Intensivos. ^b Sección de Neurología. Departamento de Medicina. Hospital Universitari Sant Joan. Facultat de Medicina i de Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. ^c Dimatge CRC. Reus, Tarragona.

Objetivos. Las maniobras de intubación endotraqueal implican habitualmente la extensión o flexión cervical. Presentamos un paciente con mielopatía cervical que sufrió shock medular tras intubación endotraqueal. **Caso clínico.** Varón de 55 años que presentó debilidad moderada simétrica en

extremidades superiores y leve en las inferiores, y síndrome tóxico desde hacía 6 meses. Exploración: constantes normales, síndrome piramidal bilateral grave. Antecedentes: fumador 50 p/a. TAC cervical: imagen sugestiva de masa prevertebral C5-C6. RM cervical: no concluyente (artefactos de movimiento). Con tratamiento empírico tuberculostático la sintomatología progresó durante los siguientes 11 días. Durante la práctica de nueva RM con sedación (midazolam) se produjo parada respiratoria sin paro cardíaco, requiriendo flumazenil iv e intubación endotraqueal urgente vía oral. A los 5 min de la misma recuperó la conciencia, apareciendo signos neurológicos (tetraplejía) y hemodinámicos de *shock* medular cervical completo; se mantienen desde entonces la intubación y ventilación mecánica con el paciente arreactivo. La punción de la zona cervical afectada demostró infiltrado inflamatorio inespecífico; falleció 3 días después, y no se concedió necropsia. **Conclusión.** Este caso muestra la necesidad extremar las precauciones al manipular la vía aérea en la intubación, en pacientes con alteraciones medulares cervicales que precisan dicho procedimiento.

P3. Miopatía por cloroquina. Presentación de dos casos

R. Álvarez-Ramo^a, J. Sánchez-Ojanguren^a, T. Mariné^b, D. López-Álvarez^c, M. Torres-Salinas^d

^a Unidad de Neurología. ^b Reumatología. ^c Centro de Anatomía Patológica. ^d Servicio de Medicina Interna. Hospital del Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.

Introducción. La toxicidad por cloroquina, utilizada en reumatología en artritis reumatoide o lupus, puede afectar a diferentes órganos: retina, miocardio o músculo. Presentamos dos casos de miopatía por cloroquina. **Casos clínicos.** **Caso 1.** Varón de 75 años de edad, con artritis reumatoide de dos años de evolución. Se trató con prednisona, indometacina y cloroquina. Ingresó por parestesias y debilidad muscular de varios meses de evolución, con arreflexia generalizada, ptosis bilateral y debilidad de predominio proximal. La EMG mostró una disminución de la velocidad de conducción sensitiva y motora y la inserción un patrón neurógeno en extremidades inferiores y predominantemente miógeno en superiores. El LCR era acelular con proteinorraquia 148 mg/dl. En la biopsia muscular aparecieron cuerpos curvilíneos y mieloides. **Caso 2.** Mujer de 77 años con artritis reumatoide de cuatro años de evolución, en tratamiento con prednisona y cloroquina desde hacía tres. Un año después presentó grave mialgia con debilidad progresiva. Había una debilidad muscular generalizada, de predominio proximal y ptosis bilateral. La EMG de inserción mostró un patrón miógeno junto con otros potenciales aislados de amplitud aumentada. La biopsia demostró una miopatía vacuolar con cuerpos curvilíneos y mieloides intralisosómicos. En ambos casos se suspendió el tratamiento sin mejoría. **Conclusiones.** Estos dos casos ilustran las manifestaciones neuromiopáticas secundarias a cloroquina. El diagnóstico diferencial debe establecerse especialmente con otras miopatías tóxicas, inflamatorias o endocrinas; incluso con polirradiculopatías inflamatorias. Aunque el EMG puede sugerir el diagnóstico debe confirmarse por biopsia. No se conocen factores predisponentes como en la retinopatía. El tratamiento consiste en la retirada del fármaco con mejoría de los síntomas, que no se produjo en nuestros casos, posiblemente por el tiempo transcurrido desde el inicio. Dada la posible irreversibilidad de los síntomas es necesario un diagnóstico temprano y retirar rápidamente el tratamiento.

Miércoles 6

COMUNICACIONES ORALES

O1. Análisis biomecánico de la marcha con un nuevo sistema. Resultados preliminares en la enfermedad de Parkinson

F. Moreno, J.F. Martí Massó, A. López de Munain, M. Mendioroz, I. Martí

Servicio de Neurología. Hospital Donostia. Fundación Ilundain. San Sebastián.

Introducción. CLIMA (Clinical Motion Analysis) es un nuevo sistema de fotogrametría tridimensional para el análisis clínico de la marcha. Permite

la obtención de parámetros espaciotemporales y curvas de movimiento articular durante la marcha. Además mediante la adaptación a un modelo biomecánico permite la reconstrucción tridimensional del movimiento realizado. Tiene la ventaja de la inocuidad, facilidad y rapidez de realización. La función de este análisis es proporcionar información cuantitativa del patrón de movimiento anormal como una base para objetivar la evolución de la enfermedad o la respuesta a diferentes medidas terapéuticas. **Pacientes y métodos.** Se presentan los resultados de la captura de 20 pacientes con enfermedad de Parkinson, su diferencia con controles sanos ajustados por edad y sexo, y la respuesta de los diferentes parámetros a la administración de levodopa en los casos con fluctuaciones motoras. **Conclusiones.** Este método proporciona una gran cantidad de datos numéricos y obtención de curvas que deben valorarse de forma adecuada. Permite objetivar anomalías de la marcha tales como la longitud de zancada, longitud de paso, velocidad, cadencia, base de sustentación y duración del ciclo de la marcha y sus fases. Se discute su valor práctico comparado con la observación de un explorador.

O2. Movimientos anormales secundarios a fármacos anti-epilépticos

I. Martí, M. Mendioroz, F. Moreno, J.F. Martí-Massó

Servicio de Neurología. Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción. Son escasas las comunicaciones que describen movimientos anormales como efecto secundario de la toma de fármacos antiepilépticos (FAE). Comunicamos dos casos (registrados en vídeo), uno de ellos tras la toma de topiramato, y posteriormente tiagabina. **Casos clínicos.** **Caso 1.** Niña de 8 años, con crisis parciales secundariamente generalizadas desde los 5 años y en tratamiento con carbamacepina en monoterapia en dosis de 600 mg/día. Coincidiendo con la subida del FAE a 700 mg/día (con NP: 8,9 mg/día) presentó un tic facial asimétrico con intenso parpadeo de ojo derecho que posteriormente se hizo bilateral. El tic desapareció al mes de sustituir la carbamacepina por lamotrigina. Debido a la refractariedad de su epilepsia, posteriormente se ensayaron la vigabatrina y la gabapentina, y con ninguno de ellos reapareció el tic. **Caso 2.** Mujer de 17 años con epilepsia frontal refractaria al tratamiento con numerosos fármacos. Al mes de alcanzar dosis terapéuticas de topiramato (400 mg/día) en combinación con carbamacepina en dosis de 1.400 mg/día, presentó una corea generalizada con movimientos bállicos de hemi-cuerpo izquierdo y salvos de mioclonías. Tras la retirada del topiramato y la administración de ciclofalina y clonacepam, los movimientos se atenuaron y finalmente desaparecieron. Al comenzar posteriormente con tiagabina, en dosis de 15 mg/día, los movimientos reaparecieron. La retirada de este fármaco supuso la desaparición definitiva de este cuadro. **Conclusiones.** Ambas pacientes tienen en común la aparición de movimientos involuntarios tras la administración de FAE. En el segundo caso, aparecen con dos FAE de reciente introducción, ambos gabérgicos, lo que no se ha descrito previamente.

PÓSTERS

P1. Panhipopituitarismo por hematoma intraselar

J.J. Pineda-Arribas, R.M. Rodríguez-Erdozain, I. Argüelles-Jiménez, C. Fuentes-Gómez, E. Anda-Apiñaniz, E.L. Menéndez-Torre

Endocrinología. Hospital Navarra. Pamplona, Navarra.

Caso clínico. Paciente de 26 años sin antecedentes personales de interés que es trasladada al Hospital de Navarra tras accidente de tráfico. En la exploración física se aprecia tumefacción en hemicara izquierda, epistaxis y Glasgow 15, siendo el resto de la exploración física normal (neurológica incluida) salvo dolor en zona dorsal y cervical baja. En las exploraciones realizadas en Urgencias se aprecia: TAC craneal: ausencia de patología aguda intracraneal. TAC facial: fractura de órbita, arco cigomático y mandíbula izquierda, huesos propios nasales y ocupación de fosas nasales, senos maxilares y esfenoidal con nivel hidroaéreo sugestivo de sangre. Radiografías: fractura de atlas, fisura de primera costilla, fractura aplastamiento de D₅. Análisis de sangre: Hb 10,3; hematocrito:

30,7; urea: 50; creatinina 0,8; glucosa 189; CPK: >1.000; Na: 130; K: 3,3; Cl: 99. La paciente ingresa en observación y a las 12 horas del accidente comienza con diuresis >400 mL/h (sueroterapia 4.700 cm³), objetivándose en analítica de sangre: urea 68; creatinina: 1; glucosa: 190; Na: 154; K: 3,6; Cl: 120; osmolaridad plasmática: 330,2 y en analítica de orina, osmolaridad: 270. Es diagnosticada de diabetes insípida central postraumática y se inicia tratamiento con desmopresina 4 µg/24 horas, con desaparición de la poliuria. Es ingresada en el Servicio de Neurocirugía donde se realizan análisis de sangre para la determinación de hormonas hipofisarias con los siguientes resultados: TSH: 0,02; T4L: 0,6; FSH: 0,2; LH: 0,1; ACTH <10; cortisol: 4; PRL: 0,5; GH <0,05; IGF1: 75. Todos los valores se hallaban disminuidos respecto a sus niveles normales para su edad y sexo. Se realiza TAC craneal donde se objetiva fractura de silla turca en su pared anterior con comunicación de ésta con el seno esfenoidal. En la RM hipotálamo-hipofisaria se aprecia silla turca ocupada por hematoma en evolución, con datos de contusión hipotalámica. Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina, hidrocortisona y desmopresina vía oral con buena evolución posterior de la paciente. El diagnóstico final fue de panhipopituitarismo postraumático secundario a hematoma intrasellar.

P2. Camptocormia de posible origen infeccioso

J. Sánchez-Ojanguren^a, R. Álvarez-Ramo^a, M. Muñoz-Martín^c, M. Torres-Salinas^b

^a Unidad de Neurología. ^b Servicio de Medicina Interna. Hospital del Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramanet. ^c ABS Molí Nou. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Introducción. La camptocormia consiste en una flexión anterior del tronco en bipedestación o durante la marcha, reversible en decúbito. Existen múltiples etiologías, desde un origen psicógeno hasta procesos musculares primarios, enfermedad de Parkinson, distonía o atrofia multisistémica. Presentamos un caso que confirma el origen muscular del cuadro. **Caso clínico.** Mujer de 76 años que consulta por flexión ventral involuntaria del tronco del mismo que se establece tras inicio de la bipedestación y al caminar. La postura desaparece tanto con el decúbito como al apoyar los brazos. Tenía unos 4 años de evolución y había aparecido varias semanas después de un herpes zoster dorsal bajo. En la inspección se observa una atrofia de la musculatura paravertebral dorso-lumbar. La EMG revelaba escasas unidades motoras de pequeña amplitud elicítadas voluntariamente en músculos paravertebrales de región dorsal baja, siendo normal en dorsal alta. La RM demostró una atrofia de dicha musculatura. **Discusión.** Aunque el término camptocormia se utilizó en casos de histeria de conversión, recientes publicaciones han demostrado su base orgánica, relacionándolo con diversas patologías. Pruebas radiológicas y electrofisiológicas implican a la musculatura paravertebral en su origen, tal como demuestra nuestro caso. El inicio, coincidente con el desarrollo de un herpes zoster dorsal bajo, y el conocido tropismo neuromuscular de éste, hacen pensar en una posible relación etiológica. **Conclusiones.** Este caso demuestra la participación de la musculatura paravertebral como responsable de la camptocormia. La coincidencia temporal con un herpes zoster dorsal hace pensar en una relación causal entre ambos procesos.

Jueves 7

COMUNICACIONES ORALES

O1. Delirio e ictus

C. Tejero, E. Mostacero, S. Santos, I. Navas, L.J. López del Val, J.A. Mauri, L.F. Pascual, F. Morales

Servicio de Neurología. Hospital Clínico. Zaragoza.

Introducción. El delirio es un cuadro clínico bien definido que se asocia principalmente a daño cerebral difuso por agentes tóxicos o metabólicos, pero también puede ser ocasionado por lesiones focales. Nuestro objetivo es estudiar la frecuencia del delirio como manifestación del ictus agudo,

así como analizar su etiología y características clínicas. **Pacientes y métodos.** Realizamos una revisión de 948 pacientes consecutivos ingresados por ictus en nuestro servicio durante 2 años. Se seleccionaron para su estudio aquellos que habían presentado un cuadro de delirio durante la fase aguda. Se excluyeron aquellos pacientes en los que se encontró una etiología para el cuadro de delirio diferente al ictus y aquellos con demencia previa. **Resultados.** Hemos analizado a 34 pacientes, 55,81% varones, con una media de edad de 75,23±1,4 años. El tipo de ictus más frecuente fue el cardioembólico (38%) y de distribución en territorio carotídeo (63,6%). La lesión asentaba en el lóbulo temporal en 21 casos, sobre todo el derecho (57%). **Conclusión.** El delirio es una manifestación relativamente infrecuente del ictus, provocada por distintas lesiones, entre las que predominan las que afectan al lóbulo temporal del hemisferio derecho.

O2. Pseudooclusión carotídea. Tratamiento mediante angioplastia

A. Gil-Peralta, J.R. González-Marcos, A. Mayol, A. González, E. Gil-Néciga, J. Ruano, F. Boza

Servicios de Neurología, Neurorradiología Intervencionista, UCI y Neurofisiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La pseudooclusión carotídea puede describirse como una estenosis máxima que suele comenzar en el bulbo carotídeo, que determina un flujo residual mínimo y lento a su través y una caída extrema de la presión de perfusión postestenótica. Angiográficamente se aprecia disminución del calibre de la carótida interna y un paso mínimo y enlentecido de contraste que llega con mucho retraso a la bifurcación carotídea. Se desconoce la historia natural de los pacientes con ictus y pseudooclusión carotídea, aunque recientemente se ha descrito un menor riesgo de nuevos ictus en pacientes sintomáticos con disminución de calibre postestenótico respecto a pacientes con calibre normal. Pero incluso en estos pacientes el porcentaje de nuevos ictus no es despreciable y se desconoce el beneficio que puede aportar un tratamiento intervencionista (endarterectomía o angioplastia). **Pacientes y métodos.** En los últimos tres años, hemos estudiado 13 pacientes (11 varones (84,6%) y 2 mujeres (15,4%)), edad media 68 años e intervalo 48-78) con pseudooclusión carotídea ateromatosa sintomática (8 con AIT: 61,5%; 4 con RIND: 30,8% y 1 con ictus y lesiones residuales leves: 7,7%). 4 pacientes con AIT *in crescendo* tratados en fase aguda). Todos ellos se diagnosticaron mediante ultrasonografía, confirmando el diagnóstico con angiografía inmediata a la ATP. En 12 casos se colocó un *carotid-wall-stent* (Boston Sci.) y en un caso se colocó protección distal tras predilatación con balón. **Resultados.** El resultado fue excelente en 12 casos (92,3%) con una estenosis residual inferior al 50% en 1 caso (7,7%). Tras un seguimiento medio de 6,38 meses se produjo reestenosis en 2 casos (15,4%), sin ninguna morbimortalidad. **Conclusión.** La ATP carotídea puede ser un buen procedimiento para recuperar carótidas pseudoocuidas, con escasa morbilidad y mortalidad.

PÓSTERS

P1. Hematoma subdural con inicio clínico e imagen atípicos

J.M. Olivé-Plana^a, J. Cabirol^b, J. González-Menacho^a, A. Rabassa^a, I. Iturriaga^a, L. Millà^c

^a Sección de Neurología. Hospital Universitari Sant Joan. Departament de Medicina. Facultat de Medicina i de Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ^c Dimatge CRC. Reus, Tarragona.

Objetivos. El hematoma subdural crónico puede presentarse con síntomas focales, entre los que no es habitual el trastorno de la escritura. Presentamos un caso en que ésta fue la forma de presentación, en el que la imagen en RM planteó duda con diagnóstico de epidural. **Caso clínico.** Varón de 72 años que acude por dificultad en la escritura desde 7 días antes, sin alteraciones en la expresión ni comprensión del lenguaje. Al preguntarle

si padecía cefalea, refirió mínimo dolor frontoparietal izquierdo opresivo, inconstante y poco habitual en él. Antecedentes: traumatismo craneal 4 meses antes, sin pérdida de conciencia; precisó cuatro puntos de sutura en región frontal izquierda. Exploración neurológica: déficit distal en las extremidades derechas, con déficit de la extensión-abducción del pulgar (signo de Barraquer-Bordas) y menor movilidad en brazo derecho. El resto de la exploración fue normal. TAC cerebral: hematoma subdural frontoparietal izquierdo, con forma de lente biconvexa en los cortes más rostrales, y efecto de masa. La RM en cortes coronales confirma imagen 'pseudoepidural'. La intervención quirúrgica confirmó hematoma subdural, que se evacuó con éxito. **Conclusiones.** El trastorno de la escritura fue el síntoma de alerta en este caso de hematoma subdural, probablemente por compresión de áreas corticales frontoparietales. La cirugía resolvió las dudas de diagnóstico diferencial entre hematoma subdural y epidural.

P2. Síndrome opercular de etiología vascular

S. Santos, T. Casadevall, E. Mostacero, C. Tejero, P. Larrodé, C. Íñiguez, L.J. López del Val, F. Morales

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción. La parálisis faciolingüomasticatoria por lesión bilateral de la región opercular anterior, conocida hoy como síndrome de Foix-Chavany-Marie, aparece en los pacientes adultos muy frecuentemente como consecuencia de lesiones vasculares generalmente isquémicas, que afectan directamente a los opérculos rolándicos o sus inmediaciones subcorticales. Se han descrito no obstante formas secundarias a infecciones, neoplasias e incluso lesiones unilaterales. **Caso clínico.** Mujer de 70 años de edad con fibrilación auricular no conocida que debuta bruscamente con paresia faciobraquial derecha secundaria a infarto isquémico estriado izquierdo. 24 horas tras el inicio de heparinización intravenosa la paciente presenta anartria, hipomimia facial sin asimetrías, disfagia predominantemente para líquidos y paresia lingual bilateral. Los movimientos extraoculares, el parpadeo y el reflejo corneal eran normales. La comprensión del lenguaje oral y escrito estaba conservada. No había apraxias ni agnosias. La exploración neurológica era compatible con un síndrome opercular. La TAC cerebral de urgencia reveló la existencia de una hemorragia temporal corticosubcortical derecha añadida a la previa isquémica contralateral. La asociación de ambas lesiones, isquémica y hemorrágica, en espejo, justificaba toda la sintomatología. **Conclusiones.** El síndrome opercular anterior se caracteriza por una paresia central voluntaria bilateral de los músculos inervados por los pares craneales V, VII, IX, X y XII con preservación de la movilidad emocional o automática. Se discuten los mecanismos subyacentes.

P3. Anartria progresiva primaria. A propósito de un caso

S. Santos, C. Tejero, T. Casadevall, O. Fabre, M. Garcés, L.J. López del Val, F. Morales

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción. La anartria progresiva primaria (APP) se incluye dentro de los síndromes clinicotopográficos degenerativos focales y como todos ellos la presentación es generalmente esporádica y el inicio en edad presenil. Se describe el caso de un paciente afecto de APP. **Caso clínico.** Paciente de 70 años de edad con cuadro clínico de evolución subaguda y progresiva consistente en dificultad para la articulación de la palabra. Su discurso era disfluyente, explosivo al inicio, espasmofónico e hipofónico. La comprensión del lenguaje hablado, escrito y gestual era normal. Progresivamente el paciente apenas era capaz de articular palabras sueltas y monosilábicas, evolucionando finalmente a una anartria. En la exploración se objetivó un síndrome rígido-acinético cada vez más incapacitante sin respuesta a la levodopa, asociado a una apraxia lingual, orofacial y limitación en la supraelevación de la mirada. El estudio de funciones superiores en estadios más avanzados reveló un discreto deterioro cognitivo inexistente en los estadios iniciales. La RM cerebral evidenció una atrofia de predominio cortical. **Conclusiones.** La APP es un síndrome degenerativo focal caracterizado por una anartria progresiva asociada frecuentemente a apraxia orofacial y lingual. La

evolución normal es llegar a una anartria completa en el plazo de 5-10 años. Algunos pacientes desarrollan un síndrome opercular anterior y finalmente fallecen por una demencia frontotemporal.

Viernes 8

PÓSTERS

P1. ¿Son diferentes los migrañosos que no vuelven a consulta?

M. Gracia-Naya

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. La migraña es todavía un proceso doloroso que se sufre con resignación, aun existiendo tratamientos muy eficaces. Estudios recientes indican que entre un 32 y 34% de los migrañosos en EE.UU. y Reino Unido no han consultado nunca a un médico y que un porcentaje entre un 21 y un 35% deja de acudir a consultas. No existen datos en nuestro medio, y en un estudio realizado en nuestra Unidad de Cefaleas sobre 107 migrañosos, objetivamos que el 22% de ellos dejaron de acudir a la consulta. Este trabajo intenta ver si existe alguna característica que diferencie a este grupo de pacientes de aquellos otros migrañosos que acuden regularmente a consultas. **Pacientes y métodos.** Se valoran 107 migrañosos vistos por primera vez en nuestra Unidad de Cefaleas a lo largo del año 2000, y se analizan diversas variables: edad, sexo, tipo de migraña, pruebas solicitadas, tratamientos que seguían y que se les indica. Dichas variables se analizan en el grupo de 24 pacientes perdidos, el 22,4% del total de migrañosos, comparándolas con el total de migrañosos. **Resultados y conclusiones.** No apreciamos diferencias demográficas entre ambos grupos de migrañosos, ni tampoco en cuanto a peticiones de pruebas, ni en relación con los tratamientos. Únicamente se indicaron más triptanes a los migrañosos que fueron dados de alta en la primera visita.

P2. Demanda de primeras visitas de neurología en el Hospital General de Teruel por parte de Atención Primaria en los diez primeros meses del año 2001

F. Romero-Cuenca^a, A. López-López^b, M.J. Tapiador-Sanjuán^c

^a Servicio de Admisión. ^b Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco. ^c Inspección Médica Insalud. Teruel

Introducción. Los Centros de Atención Especializada del Insalud tienen, como principal cliente, a los Centros de Atención Primaria, quienes, en función de su organización, formación profesional y accesibilidad geográfica, originan en Atención Especializada consumos de Consultas Externas, Servicios Centrales y Urgencias. En los últimos años ha aumentado la coordinación y cooperación entre las direcciones de Atención Primaria y Atención Especializada a fin de realizar pactos de consumo de interconsultas más realistas entre la oferta de especializada y lo demandado por Atención Primaria, tratando de garantizar una atención lo más rápida posible. **Pacientes y métodos.** Durante el período comprendido entre enero y octubre de 2001 se ha analizado el número de interconsultas solicitadas por los diferentes facultativos de Atención Primaria, presentándolas agrupadas por Centros de Salud. Como el dato numérico global depende lógicamente del tamaño de la población atendida, se ha cuantificado la frecuentación en primeras consultas de neurología, es decir, el número de solicitudes de primeras consultas de neurología por cada 1.000 habitantes. **Resultados.** La solicitud de primeras consultas de neurología es muy dispar según los diferentes Centros de Salud (CS), variando desde cifras ligeramente superiores a 4 pacientes por cada 1.000 habitantes (CS Báguena, CS Cantavieja, CS Alfambra) hasta otros que superan las 11 pacientes derivados por cada 1.000 habitantes (11,3 para CS Teruel y 14,7 para CS Teruel Rural). Se aprecia que los centros más distantes de Teruel son los más moderados a la hora de cursar solicitudes. **Conclusiones.** A la vista de los resultados que mantienen la tónica de años anteriores, se aprecia que la alta derivación está directamente relacionada con la fácil accesibilidad geográfica, y que son los CS ubicados en la capital los que presentan un mayor número de solicitudes.

P3. Encefalitis benigna de tronco cerebral

O. Fabre, M. Garcés, T. Casadevall, L.J. López del Val, S. Santos, C. Tejero, F. Morales

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción. La encefalitis de tronco cerebral, descrita por Bikerstaff, es un proceso de etiopatogenia desconocida que afecta preferentemente a sujetos jóvenes. Su etiología es probablemente vírica, a pesar de serologías negativas, ausencia de inclusiones intranucleares y signos infecciosos, con evolución benigna. **Caso clínico.** Paciente de 44 años con cuadro agudo de sensación vertiginosa, otalgia bilateral y disartria que progresa apareciendo somnolencia, rigidez de nuca, con clínica fluctuante consistente en hemi-hipoestesia izquierda. Dismetría dedo-nariz, diplopía, parálisis facial y afectación de pares craneales bajos. Las pruebas de imagen y serologías fueron normales. **Conclusiones.** La encefalitis benigna de tronco cerebral es un proceso de etiología desconocida, con evolución favorable en la mayoría de los casos. Clínicamente se caracteriza por signos de afectación de tronco cerebral que duran entre pocos días a varias semanas, con remisión completa entre los 3 y 6 meses, cuyo diagnóstico debe establecerse por exclusión.

P4. Perfil del paciente ingresado por crisis epiléptica en el medio hospitalario

M. Garcés^a, O. Fabre^a, R. García^b, T. Casadevall^a, S. Santos^a, C. Tejero^a, L.J. López del Val^a

^a Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. ^b Hospital Materno-Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. Las crisis cerebrales aisladas, como los síndromes epilépticos diagnosticados, siguen un control predominantemente ambulatorio en nuestro medio (Consultas de Neurología, médico de Atención Primaria). Pese a todo, es importante el número de ingresos hospitalarios por estas causas. En este estudio se intenta describir el perfil típico del paciente ingresado en el medio hospitalario, siendo la aparición de crisis epiléptica el motivo de ingreso y diagnóstico. **Pacientes y métodos.** Se incluye una revisión de pacientes mayores de 14 años ingresados en el HCU de Zaragoza, desde el 1 de enero de 2000 al 30 de noviembre de 2000, siendo el motivo de ingreso y el diagnóstico al alta de crisis epiléptica. Los parámetros recogidos fueron: edad, sexo, presencia o no de crisis previas, tipo de crisis, tratamiento previo o no y tratamiento al ingreso e instaurado al alta. **Resultados.** 89 pacientes; edad media 56 años; primera crisis (46%), crisis previas (54%); tipo de crisis: parcial (26,9%), generalizada (73,1%). Tratamiento previo: no (61,8%), monoterapia (20,2%), politerapia (5,6%). Tratamiento al alta: no (19,1%), monoterapia (53,9%), politerapia (14,6%). **Conclusiones.** El tipo de crisis predominante es la generalizada tonicoclónica (56,1%), mientras que, según las series de población general, en muchos casos se acepta como más frecuente la crisis parcial compleja. En un gran porcentaje de pacientes se inicia tratamiento específico antiepiléptico en el hospital, con posterior seguimiento y control ambulatorio. Ante una primera crisis, se inicia tratamiento en el 60% de los casos. Los medios hospitalarios permiten una primera clasificación del cuadro, pero el estudio de completa en el medio extrahospitalario en casi la totalidad de los pacientes dados de alta del hospital una vez controladas las crisis.

Índice de Autores

Álvarez-Ramo, R. 692, 693
Anda-Apiñaniz, E. 692
Argüelles-Jiménez, I. 692
Ayerdi, A. 691

Blasco, O. 690, 691
Boza, F. 693

Cabiol, J. 693
Casadevall, T. 694, 695
Castilla, J.M. 690

Esteban, F. 691

Fabre, O. 694, 695
Fayed, N. 691
Fuentes-Gómez, C. 692

Gálvez, A. 690
Garcés, M. 694, 695
García, G. 690
García, R. 695

Garrido-Benedicto, P. 691
Gil-Néciga, E. 693
Gil-Peralta, A. 693
González, A. 693
González-Marcos, J.R. 693
González-Menacho, J. 691, 693
Gracia-Naya, M. 694

Hernández, G. 691

Íñiguez, C. 694
Iturriaga, I. 693

Larrodé, P. 694
López de Munain, A. 691, 692
López del Val, L.J. 693, 694, 695
López, M.A. 690
López-Álvarez, D. 692
López-López, A. 690, 694

Mariné, T. 692
Marta, J. 690

Martí, I. 692
Martí-Massó, J.F. 691, 692
Martínez-Quñones, J.V. 691
Mauri, J.A. 693
Mayol, A. 693
Mendioroz, M. 692
Ménendez-Torre, E.L. 692
Millà, L. 691, 693
Morales, F. 693, 694, 695
Moreno, F. 691, 692
Mostacero, E. 693, 694
Muñoz-Martín, M. 693

Navarro, G. 690
Navas, I. 693

Oliva, M.R. 690
Oliván, J.A. 690, 691
Olivé-Plana, J.M. 691, 693

Paisan, C. 691
Pascual, L.F. 693

Pérez López-Fraile, I. 691
Pérez-Higueras, A. 691
Pérez-Tur, J. 691
Pineda-Arribas, J.J. 692

Rabasa, A. 691, 693
Rodríguez-Erdozain, R.M. 692
Romeralo-Ballesteros, A. 690
Romero-Cuenca, F. 690, 694
Ruano, J. 693

Sánchez, B. 690
Sánchez-Ojanguren, J. 692, 693
Santos, S. 693, 694, 695

Tapiador-Sanjuán, M.J. 690, 694
Tejero, C. 693, 694, 695
Torres-Salinas, M. 692, 693
Txaso-Martí, I. 691