

XXVII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROLOGÍA

Córdoba, 4-6 de noviembre de 2004

COMUNICACIONES ORALES

UTILIDAD DEL SPECT ¹²³I FP-CIT EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TEMBLOR ESENCIAL CON LOS PARKINSONISMOS

Rodríguez-Uranga JJ^a, Mir P^a, Gil-Néciga E^a, García-Solís D^b,
Gutiérrez-Cardo A^b, Delgado-López F^a, Álvarez R^b,
Alberca-Serrano R^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Medicina Nuclear.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Estudiar la vía nigroestriatal en pacientes con parkinsonismos plus y temblor esencial mediante SPECT ¹²³I FP-CIT, buscando diferencias o similitudes, que pudieran ser de utilidad para el diagnóstico diferencial entre ellas. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron 75 pacientes, 15 pacientes con TE diagnosticados de acuerdo a los criterios de Whets, 50 con EPI según los criterios del Banco de Londres y 10 Parkinson plus (3 AMS, 3 DCB y 4 PSP). Entre los pacientes con EPI, 38 se encontraban en fases iniciales (H&Y = 1-2) y 12 en estadios 3-5. Realizamos análisis semicuantitativo mediante delineación de áreas de interés (ROI), utilizando plantilla predefinida, que incluyeron ROI bilaterales en estriado, caudado, putamen completo, putamen anterior y posterior y otra ROI en córtex occipital como referencia. Se calcularon índices de captación específicos (ICE) y de asimetría para cada región. El análisis se realizó mediante ANOVA con corrección de Bonferroni. **Resultados.** Encontramos reducción significativa de los cocientes de actividad específica/inespecífica bilateralmente en el estriado completo, caudado y putamen en pacientes con parkinsonismo comparado con TE. Estas diferencias fueron más significativas en el estriado y corteza occipital contralateral. **Conclusiones.** El SPECT ¹²³I FP-CIT nos permite distinguir los pacientes con parkinsonismo de los pacientes con temblor esencial, incluso en fases iniciales de la enfermedad.

PARKINSON DE INICIO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UNA SERIE ESPAÑOLA

Valverde L, Chacón J, Álvarez M, García JM, Cid M
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. El Parkinson de inicio precoz se trata de una enfermedad poco conocida, por ello consideramos interesante aportar nuestra experiencia, con una serie multicéntrica española. **Pacientes y métodos.** 86 pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática de inicio entre los 21 y los 40 años. Intentamos determinar sexo, edad, procedencia, antecedentes familiares y personales, síntomas al comienzo, características clínicas al ser reconocidos, estudios complementarios y diversos aspectos de farmacoterapia. Analizamos estadísticamente los datos obtenidos. **Resultados.** 52 pacientes eran varones y 34 mujeres. Especialmente se relacionaban con el medio urbano. Existía una marcada incidencia familiar. No encontramos relación con sus antecedentes personales. Predominaba la acinesia como forma de inicio, y la afectación localizada. Ya desde el inicio de la aplicación de la levodopaterapia fluctúan y presentan discinesias, aumentando progresivamente su número según los años de duración del tratamiento. Los trastornos psiquiátricos se

presentan a la frecuencia esperada y era llamativa la adicción a levodopa. **Conclusiones.** Apoyamos la rareza del Parkinson de inicio precoz, que cursa con incidencia familiar, con inicio acinético y temprana aparición de complicaciones motoras.

ENFERMEDAD DE MOTONEURONA FORMA VULPIANA. PRESENTACION DE TRES CASOS

Serrano-Cabrera A, Sanz-Fernández G, Serrano-Pozo A,
Chinchón-Lara I, Bautista-Lorite J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La variante de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) vulpiana o suspendida es una forma infrecuente de afectación de motoneurona de miembros superiores (MMSS). Clásicamente dentro de la atrofia muscular progresiva (AMP), se considera ahora una variante de ELA propiamente. **Casos clínicos.** Presentamos tres varones, con 64, 63 y 45 años, con debilidad y amiotrofia en miembros superiores de comienzo proximal. La evolución es entre 1 y 8 años. Asociaban fasciculaciones. Amiotrofias y paresias de cintura escapular y MMSS en dichas localizaciones con abolición de reflejos osteotendinosos en MMSS. Resto normal (salvo reflejos exaltados en piernas en un caso). La resonancia magnética mostró cervicartrosis sin mielopatía ni afectación radicular. El EMG-ENG mostró en todos actividad espontánea en MMSS (más en tibial anterior en el primero); patrón neurógeno generalizado en el tercero. El diagnóstico fue enfermedad de motoneurona variante vulpiana. En cuatro años dos pacientes están estables y otro en siete años ha desarrollado amiotrofia y paresia en grupos musculares peroneos, con Babinski bilateral. **Conclusiones.** La ausencia de signos de primera motoneurona orientaría inicialmente a AMP, pero la afectación predominante proximal, y la evolución a piernas refuerza el diagnóstico de ELA.

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PATOLOGÍA NEUROMUSCULAR POR EL NEURÓLOGO: EXPERIENCIA DURANTE DOS AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Paradas C^a, Márquez C^b, Jiménez MD^c

^aHospital Comarcal de Zafra-Llerena. Badajoz. ^bHospital Universitario Valme.
^cHospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. El manejo del paciente con patología neuromuscular (PNM) implica generalmente a varias especialidades: neurología, neurofisiología y anatomía patológica. Este hecho, unido a una deficiente derivación inicial al neurólogo y falta de orientación en la petición de pruebas complementarias hace que se retrase el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Presentamos la experiencia de un neurólogo, específicamente formado en enfermedades del sistema nervioso periférico, con el manejo integral de la PNM en un hospital de tercer nivel. En la Unidad de Neurología de nuestro hospital realizamos todos los estudios electromiográficos (EMG) del área de referencia y hemos puesto en marcha diferentes técnicas diagnósticas en PNM. Analizamos las vías de derivación del paciente, el proceso diagnóstico que ha seguido, los recursos técnicos y humanos empleados y el tiempo invertido hasta el diagnóstico. **Pacientes y métodos.** En dos años valoramos 1.524 pacientes con PNM. Los pacientes llegan a la consulta de Neurología a través de peticiones de EMG, seguimiento por neurología y otras especialidades y peticiones de segunda opinión de

otros hospitalares. **Resultados.** Todos los pacientes son diagnosticados sin precisar la implicación de especialistas diferentes al neurólogo. El tiempo de espera en los diagnósticos nuevos se ha reducido y se han completado y modificado diagnósticos previos. No ha sido precisa la adquisición de material diferente al que ya disponía el hospital. **Conclusiones.** La atención integral a la PNM por el neurólogo formado optimiza el diagnóstico sin aumentar los recursos empleados, mejorando así la efectividad y la eficiencia en el diagnóstico de esta patología.

ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: TRES NUEVOS CASOS

Pérez-Navarro MJ, Del Saz-Saucedo P, Creus-Fernández C, Arnáiz-Urrutia C, García-García C, Fernández-Pérez MD, Ortega-Moreno A

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. La encefalopatía de Hashimoto, definida como síndrome, resulta controvertida nosológicamente. Los casos publicados tienen en común afectación de la alerta, atención o cognición, con o sin focalidad; ausencia de causa específica y títulos altos de anticuerpos antitiroideos. **Casos clínicos.** Se describen tres nuevos casos diagnosticados, según los criterios anteriores, en los últimos 6 meses en nuestro servicio. Caso 1: mujer de 57 años que debuta con crisis parciales, alucinaciones visuales, alteraciones cognitivas y un déficit hemisférico derecho. Tenía un hipotiroidismo subclínico y se trató con corticoides. Caso 2: mujer de 29 años que presentó manifestaciones neuropsiquiátricas. Tenía pleocitosis linfocitaria leve en el líquido cefalorraquídeo, función tiroidea normal y se registró una crisis electroclínica en el EEG. Caso 3: mujer de 71 años con cuadro confusional agudo. El EEG fue compatible con *status* no convulsivo y la función tiroidea era normal. Todos los casos han quedado libres de síntomas, los dos últimos sólo con tratamiento anticomitial. **Conclusión.** Probablemente el caso 1 ha activado un aumento de la vigilancia hacia esta entidad en nuestro servicio, que ha favorecido el diagnóstico de los otros dos. La naturaleza de la asociación entre el título alto de autoanticuerpos y los síntomas clínicos creemos que está aún por establecer.

CARACTERÍSTICAS CLINICORRADIOLÓGICAS DE LAS AFASIAS PROGRESIVAS NO FLUENTES

Ojea T^a, González MM^a, López JC^a, Hamad O^a, Hervás M^b, Muñoz L^a, Fernández O^a

^a Hospital Regional Universitario Carlos Haya. ^b Hospital Insular Universitario de Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria

Pacientes y métodos. 23 pacientes con deterioro progresivo no fluído de la expresión del lenguaje espontáneo con agramatismo, parafasias fonéticas y anomias. La comprensión se conserva en cuanto al significado de las palabras. La capacidad cognitiva no lingüística y la conducta se conservan. La evolución es hacia una demencia frontal. Mostramos la correlación clinicorradiológica, secundariamente edad, sexo, tardanza en el diagnóstico. Se describen los antecedentes familiares y características neuropsicológicas. **Resultados.** 14 mujeres y 9 varones con edades medias de 64,9 años con retraso en el diagnóstico de 3,18 años, seis de ellos tenían antecedentes familiares con varios miembros afectados en primer grado. Nueve de nuestros pacientes mostraban atrofia frontotemporal izquierda en RM y el 100% presentaban hipoperfusión en dichas localizaciones en el SPECT cerebral. **Conclusiones.** El SPECT cerebral muestra una sensibilidad del 100 % para el diagnóstico de afasia progresiva. La hipoperfusión frontotemporal izquierda tan asimétrica junto con el cribado en TAC o RM de alguna lesión estructural que la justifique es la prueba más específica y sensible para la confirmación de la afasia progresiva no fluente. Los pacientes se diagnostican erróneamente y tardíamente en nuestro medio. El resto de las funciones cognitivas y conductuales se encuentran relativamente preservadas

hasta estadios tardíos. Un 26% presentan antecedentes familiares en primer grado afectos.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE-LIKE E INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Durán E^a, Gálvez J^b, Patrignani G^b, Izquierdo G^b

^a Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ^b Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. El 40% de los pacientes positivos a virus de inmunodeficiencia humana (VIH+) presentan complicaciones neurológicas durante el curso de su enfermedad relacionadas con la inmunodeficiencia. Sin embargo de han descrito nueve casos de esclerosis múltiple-like (EM-like) e infección por VIH concomitante. **Caso clínico.** Varón de 32 años, adicto a drogas por vía parenteral, que dos meses después del diagnóstico de infección por VIH por cuadro constitucional con adenopatías consulta por neuritis óptica retrobulbar izquierda y parestesias en hemiercia derecha. Los estudios analíticos y serológicos (toxoplasma, criptococo, citomegalovirus, virus JC...) fueron normales o negativos. El LCR mostró marcada hiperproteínoorraquia, índice de IgG de 1,0 y se detectaron bandas oligoclonales. Los potenciales evocados mostraron un incremento de latencias, especialmente las visuales. La RM craneal evidenció lesiones periventriculares y en fosa posterior, algunas de ellas con captación de contraste. Tras choque de corticoides intravenoso, la clínica desapareció. **Conclusión.** Ambos cuadros podrían ser coincidentes y presentar relación casual. Pero la existencia de casos previos similares plantea la posibilidad de que esta relación sea causal. La EM-like debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes VIH+ con clínica neurológica. Además, creemos que esta infección debe ser descartada en pacientes con sospecha de EM.

POSTERS

SÍNDROME DE ESTORNUDOS HELIOFTÁLMICOS COMPULSIVOS AUTOSÓMICO DOMINANTE

García-Moreno JM, Cid MC, Páramo MD, Gamero MA, García-Holgado G

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. El síndrome de estornudos helioftálmicos compulsivo autosómico dominante (SACHOO) consiste en la aparición de estornudos incoercibles en individuos expuestos súbitamente a la luz solar. A pesar de su naturaleza hereditaria y su elevada prevalencia ha recibido poca atención en la literatura médica. Ningún trabajo ha sido realizado en España sobre este fenómeno. **Pacientes y métodos.** A partir de 6 sujetos probandos afectados por el síndrome se construyó el árbol familiar de los sujetos emparentados afectados por el SACHOO. A todos los miembros se les pasó un cuestionario elaborado al efecto. **Resultados.** Las familias presentaban un patrón de herencia autosómico dominante con elevada penetrancia. El SACHOO se iniciaba en la infancia. La consistencia del mismo era del 75%. El periodo de latencia era de unos 3 s, y el refractario, de más de 24 h. El intervalo interestornudo fue de 1 s, y el número de estornudos por salva, de tres. Otras luces intensas pueden también desencadenar el reflejo. **Conclusiones.** La prevalencia del SACHOO puede ser tan alta que quizás lo anormal sea el no presentarlo más que el presentarlo. Puede que su presencia confiera al individuo una ventaja natural frente a infecciones respiratorias. Son precisos más estudios para conocer mejor la prevalencia, fisiopatología, genética y teleología de este fenómeno.

USO DE INMUNOGLOBULINAS EN CEREBELITIS POSTINFECCIOSA POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alonso-Verdegay G, Rubí-Callejón J, Olivares-Romero J, Guardado-Santervás P, Arjona-Padillo A, Serrano-Castro PJ, Goberna-Ortiz E

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La cerebelitis postinfecciosa es una complicación rara de la infección por virus de Epstein-Barr (VEB). De características autoinmunes, ocurre una a tres semanas después de la infección. Al síndrome cerebeloso pueden asociarse alteraciones neuropsiquiátricas. El LCR y las pruebas de neuroimagen son normales con serologías para VEB positivas. Como alternativa al uso de esteroides se puede emplear inmunoglobulinas intravenosas. **Caso clínico.** Varón de 19 años con síndrome cerebeloso precedido varias semanas antes de un cuadro compatible con mononucleosis infecciosa. En la exploración se detectan alteraciones en la coordinación y ataxia de la marcha. LCR y pruebas de neuroimagen normales, con IgM VEB positiva en suero. Ausencia de mejoría clínica tras tratamiento con dosis altas de esteroides y respuesta progresiva al empleo de inmunoglobulinas intravenosas, persistiendo al alta, una leve disimetría y ataxia moderada. **Conclusión.** El empleo de inmunoglobulinas intravenosas podría ser eficaz en pacientes con encefalitis postinfecciosa por VEB refractarios a otros tratamientos.

IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON DIFUSIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENCEFALITIS POR HERPES SIMPLE

Del Saz P, Pérez MJ, Creus C, Arnáiz C, Maestre J, Pastor J, Escamilla F, Ortega A

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. La encefalitis por herpes simple tipo 1 (VHS-1) es una patología de alta morbilidad. El tratamiento con aciclovir es muy efectivo y su pronóstico está relacionado directamente con la precocidad de su inicio. El diagnóstico se efectúa mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en LCR y por imagen mediante RM convencional que suele mostrar lesiones hiperintensas características. Recientemente se han publicado algunos casos en los que las secuencias de RM con difusión muestran hallazgos precoces característicos, incluso cuando la RM convencional es normal, lo que permite sospechar la entidad e iniciar precozmente el tratamiento apropiado. **Caso clínico.** Mujer de 61 años que 24 horas antes del ingreso comienza con obnubilación y fiebre de 38,5 °C, crisis parciales motoras faciales izquierdas, desconexión del medio, disminución del nivel de consciencia, hemiparesia izquierda leve y signos meníngeos. El estudio analítico mostró una leucocitosis con desviación izquierda y en el examen de LCR 450 células (linfocitos 85%), albúmina 0,45 g/L y glucosa 69 mg/dL (glucemia capilar: 123 mg/dL). La RM cerebral convencional al ingreso no mostraba alteraciones parenquimatosas agudas. La RM con difusión sí mostró alteraciones de señal en región temporal basal y circunvolución media y superior del lóbulo frontal derecho. La PCR de VHS-1 fue positiva. La RM realizada tras 15 días del ingreso ya mostraba evidencia de lesiones parenquimatosas en DP, T₂ y FLAIR, habiendo desaparecido en las secuencias potenciadas en difusión. **Conclusión.** En los pacientes con sospecha clínica de encefalitis por VHS-1 debe realizarse precozmente, además de la PCR, el estudio de RM potenciada en difusión que si muestra hallazgos compatibles nos obligaría al inicio de tratamiento con aciclovir con la consiguiente mejoría en el pronóstico del paciente.

DEMENCIA AGUDA POR INFARTO TALÁMICO IZQUIERDO. VALOR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON DIFUSIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Del Saz P, Pérez MJ, Creus C, Arnáiz C, Escamilla F, Hervás R, Ortega A

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Lesiones isquémicas cerebrales estratégicamente localizadas en regiones específicas de tálamo dominante pueden desencadenar un cuadro de deterioro cognitivo, desorientación y amnesia, confabulación e incluso, aunque menos frecuentemente, trastornos práxicos. La RM con difusión es una técnica que en los últimos años se está mostrando como una herramienta de diagnóstico esencial para determinadas patologías, entre ellas para la isquemia cerebral aguda detectando cambios isquémicos titulares precoces, incluso antes de que queden patentes en la RM convencional. **Caso clínico.** Paciente de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e ictus isquémico occipital derecho en tratamiento con antiagregantes, que comienza con un cuadro de instauración aguda de desorientación temporoespacial, amnesia para hechos recientes, trastornos del comportamiento, lenguaje delirante y confabulador y alucinaciones visuales. A la exploración neurológica básica, aparte de lo citado, destacaba únicamente una hemianopsia homónima izquierda secucler. La evaluación neurocognitiva dejaba patente el trastorno mnésico, una pérdida de la capacidad de abstracción, de la ejecución de tareas repetitivas, una dispraxia visuomotora y de construcción. Las pruebas complementarias analíticas realizadas fueron normales. EL EEG y la TAC craneal no evidenciaban lesiones agudas. Se realizó RM craneal convencional a los siete días del inicio del cuadro que no mostró hallazgo alguno que justificara la clínica. La RM con difusión mostró una imagen lacunar hiperintensa a nivel de región anterior e interna de tálamo izquierdo compatible con lesión isquémica aguda. **Conclusiones.** Ante un paciente con un cuadro de demencia aguda, sugerente de lesión talámica, es necesario realizar estudio de RM con difusión para descartar patología isquémica, aunque sea normal el estudio de neuroimagen convencional.

EL DOPPLER HECHO POR NEURÓLOGOS: IMPACTO EN LOS PARÁMETROS DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL PROCESO ACV DE UNA REORGANIZACIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

Serrano-Castro PJ, Arjona-Padillo A, Guardado-Santervás PL, Olivares-Romero J, L'Hotellerie de Falois JM, Peralta-Labrador JJ, Carnero-Pardo C, García-López T, Rubí-Callejón J, Alonso-Verdegay G, Goberna-Ortiz E

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción. Una recomendación asistencial recogida en el proceso ACV es la realización de los estudios Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal durante el ingreso hospitalario. Para cumplir esta recomendación, nuestra sección propuso una reorganización eficiente de los recursos consistente en asumir la realización de los estudios ecográficos a pacientes ingresados, antes realizados por Radiología, a través de una consulta específica. Evaluamos el impacto de esta reorganización en los indicadores de calidad asistencial del proceso ACV. **Pacientes y métodos.** Realizamos una búsqueda selectiva en la base de datos de enfermos hospitalizados del Hospital Torrecárdenas de todos los enfermos con el diagnóstico de ictus isquémico asistidos por un mismo neurólogo durante el primer semestre de los años 2003 (proceso no implantado) y 2004 (proceso implantado) y se recopilaron los datos asistenciales más importantes de ambos grupos. **Resultados.** Los dos grupos fueron homogéneos en variables generales (edad, sexo, tipo de ictus, presencia de factores de riesgo vascular). La evaluación de los índices de calidad demostró una mejoría significativa en el porcentaje de ictus con Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal realizados durante el ingreso hospitalario (96,7 frente a 36% y 96,7 frente

a 0%, respectivamente; $p > 0,0001$). No hubo diferencias en la estancia media. **Conclusiones.** La realización del Doppler vascular en enfermos hospitalizados por el neurólogo clínico a través de un dispositivo específico supone una reorganización eficiente de los recursos asistenciales que se traduce en una mejora de los índices de calidad y en el cumplimiento de los objetivos del proceso ACV.

PARÁLISIS DEL HIPOGLOSO SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES TIPO 1

Vázquez CI, Rubí P, Alonso G, Guardado PL, Arjona A, Serrano-Castro PJ, Olivares J, Goberna E

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La parálisis del nervio hipogloso es un trastorno infrecuente cuyas principales causas son los tumores, mayoritariamente malignos, y los traumatismos. Más raramente es secundaria a una infección viral, en especial por el virus de Epstein-Barr, y de origen idiopático. **Caso clínico.** Mujer de 24 años que consulta por dificultad en la articulación del lenguaje y la deglución, cervicalgia, odinofagia y fiebre de 38 °C. En la exploración neurológica sólo se observó una parálisis del nervio hipogloso derecho. En las exploraciones complementarias destacaron: RM craneal normal, serología de virus de Epstein-Barr negativa y serología IgM a virus del herpes tipo I positiva a títulos altos. Se consideró como responsable del cuadro a la infección por este virus y se pautó tratamiento con famciclovir con resolución del cuadro en unas semanas. **Conclusión.** Entre las causas benignas de parálisis del nervio hipogloso debe incluirse la infección por el virus herpes tipo I, de forma similar a la afectación de otros pares craneales por virus de esta familia.

VEJIGA NEURÓGENA AISLADA EN ADULTO CON LIPOMA Y MÉDULA TRABADA

García-Casares N, Garzón F, Barrero F, Vila E, Vega J, García-Martín G, Romero M

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. Entre las disrafias medulares ocultas la más frecuente es el lipoma, que suele asociarse a cono medular en posición anormalmente baja (médula espinal trabada). Son anomalías congénitas de aparición esporádica. Las manifestaciones clínicas suelen aparecer en la edad infantojuvenil y consisten en: 1) estigmas cutáneos (masa en la espalda, agujero simple, *nevus velludo*, hemangioma); 2) alteraciones ortopédicas (cifoescoliosis, pies cavos), y 3) alteraciones neurológicas (incontinencia urinaria, atrofia muscular, paresia, dolor, alteración de la sensibilidad). **Caso clínico.** Paciente de 65 años, remitido desde el Servicio de Urología, que presentaba desde hacia años dificultad para iniciar la micción, disminución de la fuerza y del calibre miccional, aumento de la frecuencia miccional y molestias suprapúbicas. La exploración neurológica fue normal. Sin estigmas cutáneos a nivel lumbar. Alteraciones tróficas en miembros inferiores. ENG-EMG de ambos miembros inferiores: normal. Estudio urodinámico: síndrome de retención urinaria con aumento de la orina residual postmiccional. Analítica general: creatinina 1,7 mg/dL, urea 81 mg/dL, resto sin alteraciones. RM lumbosacra: cono medular en posición anormalmente baja, *filum terminale* corto con gran lipoma sacro con duramadre intacta. **Conclusión.** Hay que tener en cuenta las anomalías congénitas de la médula espinal aunque la exploración neurológica sea normal.

VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE PRESENTACIÓN PSEUDOTUMORAL EN ARTRITIS REUMATOIDE

Sanz-Fernández G^a, Rodríguez-Uranga JJ^a, Serrano-Pozo A^a, Cancela P^b, Chinchón-Espino D^c, Chinchón-Lara I^c, Villalobos F^a, González-Marcos JR^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía. ^c Servicio de Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir un caso excepcional de vasculitis del sistema nervioso central (SNC) de presentación pseudotumoral en paciente con artritis reumatoide. **Caso clínico.** Mujer de 49 años diagnosticada de artritis reumatoide en tratamiento con esteroides, metotrexato e infliximab. Consultó por cuadro insidioso de afasia transcortical sensitivomotora y hemianopsia homónima derecha de dos meses de evolución. En RM de cráneo se objetivó lesión temporo-parietal izquierda extensa, con edema, efecto masa y captación de contraste. La bioquímica, citología, citofluorometría de poblaciones linfocitarias y serologías en líquido cefalorraquídeo fueron negativas. La arteriografía fue normal. Con estos hallazgos y con la sospecha de lesión neoplásica se realizó biopsia cerebral, con el diagnóstico de vasculitis linfocitaria, confirmando en una segunda biopsia realizada por persistencia del déficit y aparición de nueva lesión periventricular. Se instauró tratamiento con esteroides y posteriormente ciclofosfamida, mejorando progresivamente y presentando en RM de control, regresión de la lesión, y en la espectroscopia pico de láctico sugestivo de lesión isquémica. **Conclusiones.** La administración de inmunosupresores, el efecto masa y la captación de contraste sugerían etiología neoplásica o infecciosa, descartándose tras el estudio anatomopatológico, la respuesta al tratamiento y la evolución. Aunque la artritis reumatoide es inusual que produzca vasculitis del SNC, es una opción a tener en cuenta, aun con arteriografía normal.

PARKINSONISMO PRE Y POSTSINÁPTICO EN LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE CEREBRAL

Rodríguez-Uranga JJ^a, Mir P^a, García-Solís D^b, Gutiérrez-Cardo A^b, Gil-Néciga E^a, Alberca-Serrano R^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Medicina Nuclear.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Describir los hallazgos en neuroimagen funcional y fisiopatología del parkinsonismo en un caso de enfermedad de Whipple (EW). **Caso clínico.** Mujer con antecedentes de poliartrosis que consultó a los 44 años por encefalopatía, movimientos rítmicos hemifaciales izquierdos y en miembro superior ipsilateral, afectación hipotalámica, parálisis supranuclear de la mirada y hemiparinsonismo derecho. En RM craneal se objetivaba lesión en putamen derecho sin captación de contraste. La biopsia intestinal fue normal, y la biopsia cerebral, diagnóstica de EW. Durante 12 años recibió ciclos de antibióticos por reagudizaciones, presentando un cuadro parkinsoniano leve ($D > I$) como secuela. El SPECT ¹²³I FP-CIT mostraba disminución de transportadores de dopamina en ambos estriados, de predominio en putamen posterior, patrón similar a la enfermedad de Parkinson, y el SPECT IBZM (receptores D₂), disminución de captación del trazador, típico de los parkinsonismos plus. **Conclusiones.** Los hallazgos en SPECT sugieren que en la EW se produce una afectación nigroestriatal pre y postsináptica. La parálisis supranuclear de la mirada se presenta en la parálisis supranuclear progresiva, EW y demencia con cuerpos de Lewy. El SPECT ¹²³I FP-CIT es de utilidad en el diagnóstico al mostrar una afectación difusa en el estriado en la parálisis supranuclear progresiva y en la demencia con cuerpos de Lewy, siendo asimétrica y de predominio en putamen posterior en la EW.

BACLOFÉN INTRATECAL EN LAS DISTONÍAS

Lara N, Chacón J, García-Moreno JM, Cid MC, Álvarez M, Valverde L

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. Nuestro objetivo es la comprobación de que el baclofén intratecal en bomba de perfusión es una alternativa terapéutica en los pacientes con distonías en los que los tratamientos convencionales han fallado. **Pacientes y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo de 5 pacientes, en el cual recogemos datos de edad, sexo, tiempo de evolución de la distonía, tipo de distonía, y en los que han fracasado todo tipo de tratamientos, incluido el baclofén oral. En todos los pacientes hubo una respuesta clínica favorable tras la administración de baclofén en bolos intratecales progresivos de 25, 50, 75 y 100 µg. Para la evaluación de la capacidad funcional utilizamos la escala de Burke-Fahn-Marsden antes y tras la implantación de la bomba. **Resultados.** De los cinco pacientes incluidos, uno de ellos pudo llevar a cabo una vida normal, otros tres mejoraron de forma llamativa, aunque persisten ciertas limitaciones para realizar actividades básicas de la vida diaria, y a la última de las pacientes hubo que retirarle la bomba por ausencia de respuesta. **Conclusión.** En vistas de los resultados podemos decir que el baclofén intratecal produce una mejoría evidente de la sintomatología en pacientes con distonía de larga evolución en los que ha fallado el tratamiento convencional.

PARAPLEJÍA TRANSITORIA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE METILPREDNISOLONA ENDOVENOSA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL MEDULAR

Cabrera-Serrano M, Fernández C, Moniche F, Fernández-Bolaños R, Aguilera JM, Márquez C

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivo. Presentar un caso de paraplejía transitoria tras la administración de metilprednisolona intravenosa a un paciente con una fístula arteriovenosa dural medular. **Caso clínico.** Varón de 62 años en remisión de un linfoma no Hodgkin. Consultó por inestabilidad en la marcha de cuatro meses de evolución. Presentaba debilidad en ambos iliopsoas 4/5, arreflexia rotuliana y aquilea bilateral, hipoestesia táctil y vibratoria en pies y marcha atáxica. Las analíticas de sangre, LCR y estudios neurofisiológicos fueron normales. Una RM mostró engrosamiento del cono medular con ligera captación de gadolinio. Se administró metilprednisolona endovenosa y aparecieron, dos horas después, dolor y aumento de la debilidad (1/5) en miembros inferiores, que desaparecieron en 36 horas. Tres días después, una nueva administración de esteroides reprodujo el cuadro. Una nueva RM mostró vasos anómalos en espacio subaracnoideo. La arteriografía evidenció una fístula arteriovenosa dural en D12. **Conclusiones.** El agravamiento de los síntomas tras la infusión de esteroides puede ponerse en relación con el volumen de suero administrado con el fármaco así como al efecto retenedor de líquido del mismo, produciendo edema e isquemia por congestión venosa. Los esteroides y la sobrecarga hídrica pueden acentuar la sintomatología en pacientes con mielopatía por fístula dural.

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA AISLADA SECUNDARIA A INFARTO DEL TERRITORIO DE LA ARTERIA COROIDEA ANTERIOR

Serrano-Pozo A, Carrillo-García F, Millán-Pascual J, Serrano-Cabrera A, Sanz-Fernández G, Rodríguez-Uranga JJ, González-Marcos JR

Servicio de Neurología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La mayoría de los pacientes con una hemianopsia homónima aislada de inicio brusco presentan un infarto en el terri-

rio de la arteria cerebral posterior contralateral. Presentamos un caso secundario a un infarto en el territorio de la arteria coroidea anterior. **Caso clínico.** Varón de 59 años, diabético e hipertenso, que acudió a Urgencias refiriendo un trastorno visual mal definido que comenzó bruscamente una semana antes. En la exploración neurológica se objetivó una parálisis facial izquierda gestual y una hemianopsia homónima izquierda. No presentaba agnosia para los colores ni desorientación topográfica y una evaluación neuropsicológica completa fue normal. Se sospechó un infarto en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha pero una RM con secuencia de difusión puso de manifiesto un infarto agudo a nivel del cuerpo geniculado lateral y la cintilla óptica derecha. **Conclusión.** Es excepcional que un infarto en el territorio de la arteria coroidea anterior se manifieste exclusivamente por un déficit del campo visual. Las formas de presentación más frecuentes de este tipo de infarto son la hemiparesia motora pura y el síndrome sensitivomotor puesto que los dos tercios posteriores del brazo posterior de la cápsula interna casi siempre forman parte del área infartada.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSA FUNCIONAL

Olivares J, Rubí J, Alonso G, Serrano P, Guardado P, Arjona A, Peralta I

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivo. Caracterizar a los pacientes que ingresan en planta de Neurología de un hospital de tercer nivel por sintomatología de origen funcional. **Pacientes y métodos.** Se realiza una búsqueda retrospectiva en los informes de alta neurológica informatizados con criterios de 'funcionalidad'. En la muestra obtenida se analizan el sexo, la edad, el hábitat de procedencia, historia psiquiátrica previa, duración y síntomas que motivan el ingreso, pruebas complementarias realizadas y diagnóstico al alta. **Resultados.** La media de edad de los ingresados es de 41 años, siendo el 72,8% mujeres. El 60,5% no tienen historia psiquiátrica previa. El 69,1% relata varios síntomas en la anamnesis inicial. Al 91,3% se le realizan pruebas de neuroimagen. El diagnóstico de alta más frecuente es el 'trastorno sensitivomotor funcional'. La media de duración de ingreso supera los 10 días. **Conclusión.** El prototipo de paciente 'funcional' ingresado en nuestro hospital es una mujer de mediana edad, sin historia psiquiátrica previa que consulta por sintomatología abigarrada en la que destaca el déficit sensitivomotor.

APORTACIÓN ANDALUZA EN LAS REUNIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA: SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Rubí J, Alonso G, Arjona A, Serrano-Castro PJ, Peralta JJ, Olivares J, Guardado PL, Goberna E

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería

Objetivos. 1) Analizar cuál es la aportación científica de la neurología andaluza en relación al resto de España en las reuniones anuales de la Sociedad Española de Neurología (SEN); 2) Estudiar su evolución en los últimos 10 años. **Materiales y métodos.** Revisamos los resúmenes de las reuniones ordinarias de la SEN entre los años 1994 y 2003, inclusive, seleccionando el número de comunicaciones orales y pósters presentados por hospitales andaluces, tanto en número absoluto como relativo. Se compararon estos datos con la población andaluza y con el número de neurólogos por habitante de nuestra comunidad. **Resultados.** El porcentaje de comunicaciones orales osciló entre el 1,76 % (3 comunicaciones) en el año 2000 y el 8,33% (10 comunicaciones) en el año 1997. En relación a los pósters, el año con menor representación fue 1996 con el 2% (5), y el mayor, 1997 con el 12,15% (31 pósters). En el período analizado ha habido un incremento en el número absoluto de comunicaciones proporcional al aumento del resto de hospitales españoles. En com-

paración, la población andaluza la representación andaluza es baja pero acorde al número de neurólogos por habitante. **Conclusiones.** 1) Según nuestro trabajo, la aportación científica de la neurología andaluza puede considerarse como baja y relacionarse con el número de neurólogos por habitante; 2) La mayor proporción de comunicaciones presentadas corresponden a pósters, lo que sugiere un predominio de las notas clínicas y series de casos; 3) La representación relativa de la neurología andaluza se ha mantenido constante en los últimos 10 años

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN CASO DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA CEREBRAL

Arnáiz C, Creus C, Pérez MJ, Del Saz P, Pastor E, Espigares A, Vilches R, Maestre FJ, Pastor J

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Las malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales son un tipo de malformaciones vasculares no proliferativas, constituidas por formaciones de vasos anormales dilatados que permiten una comunicación anómala entre los sistemas arterial y venoso. Representan lesiones dinámicas que pueden aumentar de tamaño, regresar o incluso desaparecer espontáneamente. Las regresiones espontáneas, parciales o completas, ocurren sólo en un 2-3% de los casos. Presentamos un caso de esta infrecuente forma de evolución. **Caso clínico.** Paciente de 41 años sin antecedentes personales de interés. A los 18 comenzó a presentar crisis epilépticas y se le diagnosticó, tras TAC y angiografía, epilepsia secundaria a MAV parietal izquierda de 4 cm de tamaño. Durante el seguimiento se demostraron, mediante RM, hallazgos compatibles con secuelas de hematoma parietal izquierdo, en ausencia de estructuras sugerentes de MAV. La frecuencia de crisis no se ha modificado de forma significativa. **Conclusiones.** La regresión espontánea de una MAV cerebral representa una forma excepcional de evolución, por lo que no debe plantearse dentro de su manejo. Se cree que ocurre tras un cambio en la hemodinámica intracraneal, generalmente tras un sangrado, que precede a la trombosis de la MAV. Dado que pueden producirse recanalizaciones o incluso aparecer nuevas MAV en otras localizaciones, se recomiendan controles posteriores.

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA TRAS PICADURA DE HIMENÓPTERO

Rubí J, Alonso-Verdegay G, Olivares J, Serrano-Castro PJ, Arjona A, Guardado PL, Peralta JI, Goberna E

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción. Las complicaciones neurológicas por picadura de himenópteros son raras, aunque se han descrito casos de neuropatía óptica, encefalitis, encefalomiéltis, encefalomiéltis, poliradiculitis inflamatoria aguda, infarto cerebral y síndrome miasténiforme. Presentamos un caso de encefalomiéltis aguda diseminada tras picadura de abeja. **Caso clínico.** Mujer de 28 años que en los días sucesivos a una picadura de abeja desarrolló cuadro de intensa astenia y parestias en hemicuerpo izquierdo progresando a hemiparesia ipsilateral. Exploración: hemiparesia-hemihipoestesia braquiocrural izquierda, pseudoatetosis en extremidades izquierdas, REM ipsilaterales exaltados y RCP izquierdo indiferente. Exploraciones complementarias: líquido cefalorraquídeo, 7 células/mm³; TAC craneal, normal; RM cerebral, múltiples áreas de hiperseñal en T₂, DP y FLAIR, interesando a sustancia blanca periventricular y pericallosa, que captan gadolinio; RM cervicodorsal, normal; PESS, latencia cortical ligeramente prolongada en estimulación de nervio peroneo izquierdo; PEV, latencia P100 ojo izquierdo 111 (ojo derecho normal). Progresión a afectación sensitivomotora en extremidades derechas a pesar del tratamiento con megadosis de esteroides IV. Evolución favorable con inmunoglobulinas IV. **Conclusiones.** 1) Las picaduras de himenópteros pueden producir

complicaciones neurológicas entre las que se encuentran las enfermedades desmielinizantes; 2) La fisiopatología de las mismas no es clara aunque se ha planteado un mecanismo autoinmune por reacción cruzada.

HEMORRAGIA SUPRATENTORIAL INTRAPARENQUIMATOSA SECUNDARIA A HIPOTENSIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA ESPINAL INTRADURAL

Carrillo-García F, Millán-Pascual J, Sanz-Fernández G, Rodríguez-Uranga JJ, Serrano-Cabrera A, Serrano-Pozo A, Gómez-Aranda F, Franco-Macías E

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La hemorragia intraparenquimatosa infra y supratentorial es una complicación poco frecuente tras cirugía espinal intradural en pacientes sin factores de riesgo asociados (hipertensión arterial, coagulopatías, tratamiento anticoagulante, neoplasias). **Caso clínico.** Paciente de 58 años que debuto con cefalea ortostática y náuseas a los seis días de haber sido intervenido de hernia discal lumbar L3-L4 y L4-L5. Ingresó en nuestra unidad tras presentar crisis epiléptica generalizada tonicoclónica. En la exploración destacaba bultoma en la zona de laminectomía a tensión sin signos inflamatorios. Neurológicamente presentaba hemianopsia homónima derecha sin otros hallazgos. TAC craneal con imagen de sangrado mínimo petequeal subcortical parietal izquierdo sin efecto masa. La RM cerebral mostró además importante realce paquimeníngeo tras administración de contraste. Angio-RM cerebral, normal. La RM lumbar detectó fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) lumbar en zona de laminectomía y pseudomeningocele lumbar. **Conclusión.** Como causa de aparición de síntomas neurológicos focales en pacientes con síndrome de hipotensión de LCR, debe considerarse la hemorragia cerebral intraparenquimatosa. La reducción de la presión de LCR parece desempeñar un papel importante en el desarrollo de la misma.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTE AFECTO DE LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA B

Vila-Herrero E^a, García-Casares N^a, Vega-Pérez J^a, García-Martín G^a, Serrano-Castro V^a, Queipo de Llano MP^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Hematología.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción. La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) aparece en estados de inmunodepresión celular, principalmente sida, por la infección oportunista del sistema nervioso central por el poliomavirus JC. **Caso clínico.** Varón, 59 años, diagnosticado de leucemia linfoide crónica B (LLC-B) y trombopenia autoinmune cuatro años antes, acude por cuadro insidioso de debilidad hemiparalítica derecha con trastorno del lenguaje de 15 días de evolución. Deterioro neurológico progresivo hasta su fallecimiento 2,5 meses después. Exploración neurológica: hemiparesia derecha leve y disfasia motora. TC cerebral (ingreso): pequeña lesión hipodensa subcortical frontoparietal izquierda. RM cerebral (ingreso): lesiones hiperintensas (FLAIR, T₂) frontoparietal y parietooccipital izquierdas. RM cerebrales sucesivas: progresiva extensión lesional hasta afectación bihemisférica difusa de predominio subcortical. Citología y bioquímica, serología a virus de inmunodeficiencia humana y virus neurotrópicos, cultivos, Ziehl, Lowenstein, tinta china de LCR, angiografía cerebral y SPECT cerebral, negativos o normales. EEG: afectación moderada hemisférica izquierda. Biopsia cerebral estereotáxica: infiltrado linfocitario perivascular, necrosis tisular y signos de desmielinización. Reacción en cadena de la polimerasa de LCR para virus JC, positiva (segunda determinación). **Conclusiones.** Aunque es poco frecuente la asociación de LMP y LLC-B, es preciso considerarla en el diagnóstico diferencial

de pacientes leucémicos que presenten rápido deterioro neurológico. En ocasiones son precisas varias determinaciones serológicas del virus JC en LCR (sensibilidad 70%).

APORTACIÓN DEL DATA SCAN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE INICIO JUVENIL

Cid MC, Chacón J, García-Moreno JM, Álvarez M, Lara N, Valverde L, De la Torre J, Dinca L, Marcos A

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción. La enfermedad de Parkinson suele comenzar entre los 50 y los 65 años. Existe un número reducido de casos que comienzan antes de los 21 años, denominándose Parkinson de inicio juvenil. Presentamos dos casos en los que los datos clínicos junto a la exclusión de otros procesos, la respuesta a levodopa y los hallazgos del Data Scan confirman el diagnóstico de enfermedad de Parkinson. Destacamos la utilidad del Data Scan para el diagnóstico, permitiéndonos en el segundo caso descartar una distonía sensible a levodopa. **Casos clínicos.** Caso 1: paciente que a los 15 años comienza con sensación de tirón en miembros inferiores y torpeza en manos, con posturas anómalas e invalidantes. Exploración: distonía de manos y marcha, bradicinesia marcada. Test de apomorfina subcutánea, positivo. Mejoría significativa con levodopa. Caso 2: paciente que a los 9 años comienza con distonía de tronco y dificultad para la marcha. Exploración: tortícolis con inclinación a la derecha. Distonía de manos y tronco en reposo con torsión a la derecha que empeora con la marcha. Mejoría progresiva con dosis bajas de levodopa. En ambos casos, Data Scan compatible con enfermedad de Parkinson. Pendientes de estudio genético.

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS ERRORES EN LOS TESTS ATENCIONALES SOBRE LA EJECUCIÓN EN LAS PRUEBAS DE SIMULACIÓN

Vilar R^a, Meersmans M^a, Gomez-Río M^b, García-Rivas J^b, Castañeda M^d, Ramos-Font C^b, Rodríguez-Fernández A^a, Pérez-García M^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Servicio de Medicina Nuclear. ^c Servicio de Neurocirugía. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. El test de la *b* se ha propuesto para detectar simulación en el síndrome posconmocional (SPC), que puede estudiarse mediante técnicas neuropsicológicas y de neuroimagen (rCBF-SPECT). Este trabajo evalúa la posible relación entre el test de la *b* y problemas atencionales. **Pacientes y métodos.** Participaron 21 pacientes diagnosticados de SPC, explorados mediante el test de la *b*, el d2 y rCBF-SPECT, incluidos en el contexto de un protocolo de evaluación neuropsicológica más amplio. Se aplicó un análisis de regresión lineal jerárquica utilizando las principales variables del d2 como variables independientes y la puntuación *e* del test de la *b* como variable dependiente. **Resultados.** Tanto los errores de omisión $-F_{(1,18)} = 6,958; p < 0,017$ — como los errores de comisión más omisión $-F_{(2,17)} = 16,051; p < 0,000$] del test d2 predecían significativamente la puntuación *e* del test de la *b*, alcanzando entre ambos una varianza explicada del 65,4%. Tres pacientes mostraron una elevada probabilidad de simulación, con un rCBF-SPECT y d2 normales en dos casos. **Conclusiones.** La capacidad atencional puede condicionar la puntuación en el test de la *b*, es decir, ciertas variables pueden estar influyendo en los resultados obtenidos en algunos test de simulación, por lo que se necesita más investigación al respecto.

OCLUSIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA POR TRAUMATISMO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD

De la Torre J^a, Calvo C^b, Valiente C^b, Del Toro D^b, Morillo A^b, Cid MC^a, Dinca L^a, Marcos A^a, Rabadán F^b

^a Servicio de Neurología. ^b Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Fundamento. Las lesiones vasculares postraumáticas de arteria carótida son poco frecuentes (incidencia: 0,08-1,03%), pero ocasionan una elevada morbilidad (40-80%) y mortalidad (5-40%). El mecanismo puede ser golpe directo, hiperextensión, hiperflexión lateral, rotación contralateral o fractura de base de cráneo, produciendo disección intimal, pseudoaneurisma o trombosis que puede embolizar. La anticoagulación precoz mejora el pronóstico. **Caso clínico.** Varón de 23 años que sufre accidente de tráfico con traumatismo craneal en región temporal izquierda y lesiones cutáneas cervicales atribuibles al cinturón de seguridad. Tres o cuatro horas después comienza con síntomas deficitarios hemisféricos izquierdos y disminución del nivel de conciencia. Se objetiva afasia global, desviación oculacefálica a la izquierda, hemianopsia homónima derecha y paresia faciobraquiocrural derecha. TAC craneal: hiperdensidad de arteria cerebral media izquierda; Doppler transcraneal y troncos supraaórticos: signos de oclusión de la arteria carótida interna (ACI) izquierda; arteriografía: oclusión aguda por trombosis de ACI izquierda; TAC craneal (24 h): infarto en territorio de arteria cerebral media izquierda. **Conclusión.** El diagnóstico de oclusión postraumática de carótida interna requiere alta sospecha clínica, siendo el Doppler una técnica muy útil, rápida e incruenta que se debe practicar a todos los pacientes con lesiones craneocervicales, examen neurológico injustificable por TAC, déficit neurológico tardío o síndrome de Horner. Además, este caso revela uno de los inconvenientes del cinturón de seguridad.

DIPARESIA BRAQUIAL AGUDA POR INFARTO EN EL TERRITORIO DE LA ARTERIA ESPINAL ANTERIOR

Serrano-Pozo A^a, Sanz-Fernández G^a, Martínez-Fernández E^a, Nevado-Portero J^b, Retegui G^b, Hernández MC^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Cardiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. El infarto del territorio de la arteria espinal anterior suele manifestarse por un cuadro de tetraparesia o paraparesia, abolición de las sensibilidades superficiales y disfunción autonómica. Presentamos un caso que se manifestó por una diparesia braquial aguda. **Caso clínico.** Varón de 59 años, obeso, fumador, hipertenso, diabético e hipercolesterolémico, que presentó bruscamente un cuadro de debilidad y parestesias en ambos miembros superiores coincidiendo con un dolor precordial intenso con profuso cortejo vegetativo e hipotensión grave. Fue diagnosticado de síndrome coronario agudo. En la exploración neurológica se objetivó una diparesia braquial aguda de predominio proximal con arreflexia. No había trastorno sensitivo ni disfunción autonómica o esfinteriana. La RM de columna cervical mostró una señal hiperintensa que se extendía desde C2 a C6. En la proyección axial, esta hiperseñal se localizaba en las astas anteriores, dando la típica imagen de 'ojos de serpiente'. Una angiografía de troncos supraaórticos puso de manifiesto una aterotrombosis de la arteria vertebral derecha. **Conclusión.** El paciente sufrió un infarto en el territorio de la arteria espinal anterior de probable origen hemodinámico y de presentación atípica, con afectación exclusiva de las astas anteriores de la médula cervical. Debe considerarse esta posibilidad en el diagnóstico diferencial del síndrome del 'hombre en el barril'.

VASCULITIS AISLADA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vega-Pérez J, Vila-Herrero E, García-Casares N, García-Martín G, Heras-Pérez JA, Serrano-Castro V, Romero-Acebal M
Servicio de Neurología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivo. Presentamos un paciente con clínica de cefalea y deterioro cognitivo progresivo asociado a lesiones cerebrales pseudotumorales, reversibles con tratamiento esteroideo. **Caso clínico.** Varón de 75 años, con antecedentes de migraña que aumenta en frecuencia e intensidad en los últimos meses y alteración de funciones superiores. Se diagnostica de neumonía con sospecha de neoplasia pulmonar y probables metástasis cerebrales. Tras tratamiento antibiótico y esteroideo, el cuadro revirtió por completo. Posteriormente reingresa con cuadro ictal, hemiparesia izquierda y episodio psicótico, resolviéndose nuevamente con esteroides. Examen físico: desorientación temporoespacial, lenguaje normal. Pares craneales normales. Hemiparesia izquierda 4/5. Resto normal. Analítica: normal. LCR: normal, salvo proteínas 104 mg/dL. Autoinmunidad, CADASIL, ECA y crioglobulinas: negativos. RM de cráneo: múltiples zonas de edema vasogénico en sustancia blanca, que podrían ser sugestivas de metástasis cerebrales. Arteriografía cerebral: normal. Se descartó vasculitis sistémica. **Conclusiones.** Ante un cuadro de cefalea con deterioro de funciones superiores, lesiones cerebrales y focalidad neurológica no debe olvidarse la posibilidad de vasculitis aislada de sistema nervioso central, cuadro de presentación poco habitual, que puede cursar con arteriografía normal y, en ocasiones, buena evolución y respuesta a esteroides. La biopsia leptomeningea puede dar la clave diagnóstica.

PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y BANDAS OLIGOCLONALES POSITIVAS: ¿UNA O DOS ENFERMEDADES AUTOINMUNES?

Morgado-Linares RY, Izquierdo-Ayuso G, García-Moreno JM, Cancho E, Marcos A, Dinca L, De la Torre J, Cid MC
Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante de etiopatogenia autoinmune, aunque de causa desconocida. La artritis reumatoide es una enfermedad reumatológica de causa igualmente autoinmune que eventualmente puede cursar con manifestaciones neurológicas y en esos casos es preciso plantear un diagnóstico diferencial entre ambas entidades. **Caso clínico.** Paciente de 29 años con antecedentes de artritis reumatoide y migraña sin aura. Consultó por cuadro de 6 meses de evolución de dificultad para manejar el miembro inferior derecho, que empeoraba con la actividad física y mejoraba con el reposo, junto a micción imperiosa. La exploración mostró: sacudidas nistágmicas en mirada lateral bilateral, paraparesia de predominio derecho, hiperreflexia generalizada de predominio en miembros inferiores, Babinski bilateral y marcha paretospástica. Se trató con metotrexato, presentando una remisión incompleta. Hemograma, bioquímica, lípidos y tiroides: normales. Autoanticuerpos, factor reumatoide, serología (*Borrelia* y lúes) y HLA-B27: negativos. En la RM de cráneo se apreciaron múltiples imágenes hiperintensas en sustancia blanca subcortical y periventricular de aspecto granular, con distribución difusa y homogénea. El LCR mostró aumento de la secreción intratecal de IgG y bandas oligoclonales. **Conclusiones.** La presencia de secreción intratecal de bandas oligoclonales en el LCR en pacientes con artritis reumatoide y manifestaciones neurológicas centrales indican una afectación específica del sistema nervioso central.

DÉFICIT NEUROLÓGICOS TRANSITORIOS BIHEMISFÉRICOS EN PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO BILATERAL

Millán-Pascual J, Rodríguez-Uranga JJ, Serrano-Pozo A, González-Marcos JR, Carrillo-García F, Serrano-Cabrera A, Sanz-Fernández G

Servicio de Neurología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Las manifestaciones del hematoma subdural crónico (HSC) son característicamente diferidas al traumatismo, progresivas y generalmente no focales (bradipsiquia, incontinencia...). Los signos focales son menos frecuentes y excepcionalmente autolimitados en el tiempo, simulando un ataque isquémico transitorio (AIT). Presentamos un caso de HSC bilateral con déficit transitorios bihemisféricos. **Caso clínico.** Varón de 69 años con importante predisposición ateromatosa que ingresa tras episodio brusco de 24 horas de duración de parestesias y hemiparesia facioabrahual derecha junto con afasia motora. Durante su ingreso presentó cefalea opresiva y se sucedieron múltiples episodios transitorios de déficit sensitivomotor hemisféricos izquierdos sin afasia de horas de duración. En una ocasión presentó parestesias y hemiparesia izquierda junto con obnubilación e incontinencia urinaria restableciéndose en unas horas. Se practicaron TAC y RM craneal, y se evidenciaron HSC biparietales y leucoaraiosis difusa. El resto de exámenes complementarios fue normal. El paciente quedó asintomático y no se consideró tributario de neurocirugía. **Discusión.** La presentación del HSC como déficit focal transitorio es excepcional, aunque no debe descartarse la posibilidad al ser una entidad potencialmente curable. Se han propuesto varias hipótesis fisiopatológicas: isquemia local por compresión, resangrado, crisis comiciales inhibitorias y la mera coincidencia temporal de ambos eventos. En el diagnóstico de déficit focal transitorio deben considerarse múltiples entidades como la isquemia focal, la crisis comicial focal, brotes desmielinizantes o aura migrañosa.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO EN EL HIPOCAMPO IZQUIERDO

Marcos-González A, Cid-Boza M, De la Torre-Laviana J, Dinca L, Morgado-Linares RY, Cancho ED, Redondo-Verge L, Valdés JC, García-Moreno JM

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La amnesia global transitoria es una entidad clínica de etiopatogenia desconocida. No se ha encontrado un sustrato anatómico concreto como responsable. Algunos autores sugieren que representa una inusual forma de epilepsia del lóbulo temporal, pero también se ha sugerido una etiología vascular o incluso migrañosa. **Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente de 48 años con antecedentes de tabaquismo, traumatismo craneoencefálico en 1975 con hemianopsia izquierda como secuela. Es traído a Urgencias porque, esa mañana al levantarse, el paciente presentaba un comportamiento extraño, repitiendo las mismas preguntas (dónde trabajaba, qué edad tenía...), y no recordaba nada de lo sucedido en los dos días anteriores. El episodio duró 4 horas. Presentaba amnesia del episodio y comenzaba a recordar detalles de los días previos. Analítica: normal. EEG: pendiente de resultados. TAC craneal: aneurisma de la arteria cerebral media derecha con signos de atrofia en la vecindad. RM y angio-RM craneal: ictus isquémico agudo en el hipocampo izquierdo, infartos lacunares antiguos en ganglios basales izquierdos; arteria carótida común derecha ligada, gran circulación colateral. Doppler transcraneal y de troncos supraaórticos: sin hallazgos. **Conclusión.** Aunque últimamente se postula como etiopatogenia de la amnesia global transitoria un mecanismo de depresión neuronal propagada, nuestro caso sugiere una etiología vascular.

SIDEROSIS MARGINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cid MC, García-Moreno JM, De la Torre J, Dinca L, Marcos A, Gamero MA

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La siderosis marginal es un raro síndrome secundario a hemorragias repetidas dentro del sistema nervioso central con acumulación de gránulos de hemosiderina en meninges y capa superficial del parénquima cerebral (predominantemente alrededor del tronco cerebral y cerebelo) y médula. El cuadro clínico se caracteriza por la tríada de sordera neurosensorial, paraparesia espástica y ataxia. **Caso clínico.** Presentamos un paciente de 68 años que ingresó por cefalea occipital pulsátil de un mes de evolución e intensidad creciente junto con dificultad para la marcha. Había presentado un ingreso dos años antes por cefalea de características similares. Exploración: hipoacusia neurosensorial. Hiperreflexia rotuliana bilateral. Babinski bilateral. Marcha atáxica con aumento de base y retropulsión. Exploraciones complementarias: TAC craneal: dilatación ventricular. Pequeños niveles hemáticos en astas occipitales. Líquido cefalorraquídeo (LCR) xantocrómico con proteínas elevadas. RM craneal: siderosis superficial. Dilatación ventricular con exudado periependimario. Arteriografía de troncos supraaórticos sin evidencia de malformación vascular. Evolución: mejoría de la cefalea tras evacuación de LCR. **Conclusión.** La siderosis marginal es una entidad poco frecuente. Su diagnóstico es relativamente sencillo si tenemos en cuenta la combinación de los hallazgos clínicos y de neuroimagen característicos del síndrome.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Hamad-Cueto O, Mármol-Prados A, García-Trujillo L, Romero-Imbroda JM, Fernández-Fernández O.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Pacientes y métodos. Hemos revisado retrospectivamente las historias clínicas de los 53 pacientes con demencia con cuerpos de Lewy probable, diagnosticados en una unidad monográfica de demencia para presentar sus manifestaciones. **Resultados.** Predominio de sexo femenino (68%). Edad de instauración en torno a 72 años. El 73,5% de los pacientes han presentado simultáneamente los tres criterios diagnósticos principales. La mayoría ha presentado parkinsonismo, un 89%, alucinaciones visuales, y las fluctuaciones aparecieron en el 77%. En cuanto a la demencia, destaca trastorno mnésico en la práctica totalidad, de atención (90,6%), alteración de lenguaje (77,4%) y, en menor medida, trastorno de conducta y apraxia. El parkinsonismo fue de predominio hipocinético (86,8%) con temblor (69,8%). La rigidez apareció en un 64%. Apareció al menos una de las manifestaciones que apoyan el diagnóstico en el 87% de los pacientes, predominando los delirios (83%). Otras manifestaciones presentes eran incontinencia de esfínteres (71,7%), trastornos del sueño (58,5%) y depresión (56,6%). **Conclusiones.** La demencia con cuerpos de Lewy predomina en mujeres, se inicia por encima de los 65 años y presenta asociación frecuente con parkinsonismo hipocinético, alucinaciones visuales y fluctuaciones cognitivas. Las otras manifestaciones que apoyan el diagnóstico están presentes en la mayoría de los pacientes.

INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD DEL CONSUMO DE COCAÍNA SOBRE LA FLEXIBILIDAD COGNITIVA EN PACIENTES POLICONSUMIDORES

López-Jiménez A^a, Meersmans M^{a,b}, Aguilar de Arcos F^c, Verdejo-García A^a, Pérez-García M^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

^b Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

^c Centro de Rehabilitación Regional. Granada.

Introducción. La cocaína constituye un potente estimulante del sistema nervioso central; su administración produce incrementos de los niveles de dopamina en regiones prefrontales, y estudios con técnicas de neuroimagen muestran alteraciones en la actividad de esta área. Los consumidores presentan déficit en función ejecutiva. El test de Stroop de colores y palabras se ha mostrado eficaz en la evaluación de disfunciones cerebrales y el índice de interferencia ofrece una medida pura de flexibilidad cognitiva. **Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar la capacidad predictiva del consumo de cocaína sobre la ejecución en la prueba de Stroop. **Pacientes y métodos.** Se administró la prueba de Stroop dentro del contexto de una evaluación más amplia a 23 pacientes policonsumidores en deshabituación con consumo preferente de cocaína; se realizaron análisis de regresión lineal simple, considerando consumo de cocaína, heroína y cannabis. **Resultados.** Los resultados muestran que el consumo de estas sustancias no tiene capacidad predictiva sobre la ejecución en la prueba. **Conclusión.** La ejecución en el test de Stroop no puede anticiparse por la gravedad del consumo. El tamaño de la muestra debería ampliarse para obtener resultados concluyentes; por otra parte, la consideración de la situación de policonsumo supone la superación de una crítica habitual en este tipo de estudios.

APRENDIZAJE Y MEMORIA VERBAL EPISÓDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

Meersmans M^{a,c}, Mínguez A^a, Escamilla F^a, Ortega A^a, López-Jiménez A^c, Orozco-Giménez C^c, Vilar R^c, Katati M^b, Martín-Linares JM^b, Pérez-García M^c

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital

Universitario Virgen de las Nieves. ^c Facultad de Psicología.

Universidad de Granada. Granada.

Introducción. La función mnésica es una de las áreas que recibe mayor atención durante la evaluación neuropsicológica, siendo una de las más frecuentemente alteradas en pacientes con daño cerebral; en el caso de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) puede actuar, junto con otros factores, como predictor de demencia. Uno de los métodos más comunes para evaluarla es el paradigma de aprendizaje de listas de palabras, siendo el test de aprendizaje verbal-auditivo de Rey (TAVAR) uno de los más empleados. **Objetivo.** El objetivo de esta investigación fue evaluar la función mnésica verbal de pacientes con EP avanzada mediante el TAVAR. **Pacientes y métodos.** Se evaluaron 23 pacientes con EP avanzada candidatos a cirugía y se administró el TAVAR en el contexto de una evaluación neuropsicológica más amplia; se realizaron cuatro ANOVA para un diseño de medidas repetidas. **Resultados.** Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas: entre la posición de las palabras recordadas en la lista, y entre los ensayos 1 y 5, 5 y demorado, y del 1 al 5. **Conclusión.** Se producen los efectos de primacía y recencia, manteniéndose la información episódica verbal adquirida a través de los cinco ensayos. Se muestra una curva de aprendizaje, sin deterioro clínico en el recuerdo a largo plazo.

APORTACIÓN DE UN CASO DE CADASIL

Lozano P^a, De las Morenas F^a, Rodríguez P^a,
Rojas Marcos I^a, Rivas E^b, Bautista J^a

^a Servicio de Neurología. Clínica Sagrado Corazón y HU Virgen del Rocío. Sevilla. ^b Servicio de Patología. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Introducción. El síndrome CADASIL es el único tipo de enfermedad vascular en el que se ha demostrado la implicación de un solo gen. Presentamos un caso en el que se llegó al diagnóstico a través de la biopsia muscular. **Caso clínico.** Paciente de 52 años, no migrañosa, que presentó dos episodios de afasia. Antecedentes familiares: la madre y la hermana de ésta sufrieron ictus de repetición desde los 50 años. RM craneal: múltiples lesiones en la sustancia blanca y los núcleos basales. Test de ejercicio (anaerobiosis): hiperproducción de lactato, carnitina sérica baja. Resto de estudio de ictus en joven, negativo. Ante sospecha de encefalopatía mitocondrial se realiza biopsia muscular. Inmunohistoquímica para gen *Notch-3*, negativa. Un estudio ultraestructural demuestra material osmiofílico. **Conclusiones.** La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos cerebrales y leucoencefalopatía (CADASIL) está producida por mutaciones en el gen *Notch-3* (cromosoma 19p13). Se manifiesta como migrañas con aura, ictus isquémicos recurrentes, síntomas psiquiátricos y demencia. El examen neuropatológico muestra desmielinización de la sustancia blanca y microinfartos. Existe engrosamiento arteriolar meníngeo y cerebral con cúmulos de colágeno y laminina, y de material granular osmiofílico en la túnica media. Este material osmiofílico, patognomónico, se puede visualizar también mediante microscopio electrónico en biopsias de piel y músculo, como en el ejemplo actual.

TRATAMIENTO CON QUETIAPINA DE LA PSICOSIS TÓXICA DOPAMINÉRGICA

Álvarez M, Chacón J, García-Moreno JM, Cid MC,
Valverde L, Lara N

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción. Algunos pacientes con enfermedad de Parkinson desarrollan una psicosis debido al tratamiento con levodopa o agonistas dopaminérgicos. La psicosis puede controlarse reduciendo los agonistas dopaminérgicos o la levodopa, aunque esto empeora el estado motor de los enfermos, o añadiendo un neuroléptico. Los neurolépticos clásicos también empeoran el estado motor del enfermo, por lo que empleamos neurolépticos atípicos, con menos efectos extrapiramidales. **Objetivo.** Evaluar la eficacia y posibles efectos secundarios de la quetiapina en el tratamiento de los enfermos de Parkinson con psicosis tóxica. **Pacientes y métodos.** Seleccionamos 14 pacientes con enfermedad de Parkinson que presentaban un cuadro de alucinaciones o delirios, compatibles con psicosis tóxica. Realizamos como estudio previo un test *Minimental* de Lobo, una UPDRS (*Unified Parkinson Disease Rating Scale*), una escala de síntomas psicóticos positivos y negativos, y una escala de efectos secundarios. También realizamos una bioquímica general con transaminasas, hemograma, orina, hormonas tiroideas y electrocardiograma. La introducción de la quetiapina era progresiva, con una dosis inicial de 25 mg/día en una toma única nocturna, aumentando hasta un máximo de 300 mg/día, según fuera necesario. Se efectuaron revisiones iniciales, mensuales y, posteriormente, cada 3-6 meses, y se reevaluó al paciente clínicamente y con las escalas y analíticas iniciales. **Resultados.** Los síntomas psicóticos desaparecieron en el 80%, y en el 20% restante mejoraron (disminución de al menos un 50% del *Andreasen*). Los efectos secundarios fueron escasos y tolerables, y en ningún caso obligaron a la suspensión del tratamiento. El más frecuente fue la somnolencia (3 enfermos), leve aumento del apetito (2) y muy leve empeoramiento motor subjetivo (1), sin modificación en la UPDRS. Sin efectos secundarios analíticos. Dos enfermos refirieron mejoría en el control urinario, sin que se haya podido establecer una significación estadística. Del 20% de los enfermos con mejoría parcial, la mayoría presentaban una demencia subcorti-

cal leve-moderada asociada a Parkinson. **Conclusiones.** En la actualidad, la quetiapina puede ser un neuroléptico muy útil en el tratamiento de la psicosis tóxica de la enfermedad de Parkinson debido a su efectividad y, sobre todo, a la escasez de efectos secundarios.

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON TACROLIMUS

Lozano P^a, Montes E^b, De las Morenas F^a, Rodríguez P^a,
Bautista J^a

^a Servicio de Neurología. Clínica Sagrado Corazón.

^b Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La leucoencefalopatía posterior reversible se origina como complicación de numerosas enfermedades, entre las que destacan la hipertensión, la insuficiencia renal y algunos fármacos. Se presenta como una encefalopatía aguda o subaguda manifestada inicialmente con cefalea, náuseas, vómitos y posteriormente signos focales. En algunos casos, los síntomas más precoces son trastornos mnésicos, confusión y somnolencia. Presentamos un caso en el que predominaron este tipo de síntomas. **Caso clínico.** Mujer de 47 años, diabética insulino dependiente desde la infancia. Recibió trasplante renal hace siete años, en tratamiento con Prograf, los últimos dos años en dosis de 3,5 mg/12 h. Cuadro fluctuante de trastorno de memoria, desorientación topográfica y alteración en el contenido del pensamiento, con frases incoherentes o inapropiadas. EEG: lentificación difusa. RM: Lesiones difusas por toda la sustancia blanca cerebral. **Conclusión.** Presentamos un caso de leucoencefalopatía posterior reversible en relación con tratamiento con tacrolimus y con sintomatología fundamentalmente psíquica. Es importante considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de cuadros confusionales en pacientes con tratamiento inmunosupresor.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Sánchez-Sánchez LC^a, Vázquez-Arjona C^b, Martínez-García AB^a,
Luciano-Soriano MC^a, Guardado-Santervás PL^c

^a Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Universidad de Almería. ^b Servicio de Psiquiatría. ^c Servicio de Neurología.

C.H. Torrecárdenas. Almería.

Introducción. La morbilidad psiquiátrica es alta en la esclerosis múltiple (EM), con prevalencias de depresión del 50%, superior que en la discapacidad no neurológica. Estrés y ausencia de soporte percibido correlacionan más estrechamente con la depresión que otras características de la EM o la imagen de resonancia magnética, avalando enfoques no estrictamente farmacológicos. **Objetivos.** Valorar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el malestar psicológico mediante escalas de estrés percibido (IES-R), calidad de vida (MSIS), cuestionario de valores, cambios en acciones dirigidas a valores y cambios en la frecuencia/intensidad de las preocupaciones, y secundariamente, valorar la mejoría en discapacidad (MSFC) y pruebas neuropsicológicas (*Wisconsin Card Sorting Test*, test de Stroop, test de vocabulario de Boston, test de cubos WAIS III-R, test de memoria verbal (inmediata/diferida) de Barcelona y *Mimimental State Examination*). **Pacientes y métodos.** En el grupo de intervención (3 pacientes) se aplicó terapia de aceptación y compromiso y apoyo informativo; en el grupo control (4 pacientes), apoyo informativo. Diseño no ciego con medidas pretest y posttest. **Resultados.** Análisis intragrupo sin cambios significativos pretest y posttest (Wilcoxon). Análisis intergrupos: diferencias significativas (*U* de Mann-Whitney) en acciones dirigidas a valores ($p < 0,031$) y palabras-colores de Stroop ($p < 0,034$). Análisis intrasujetos: disminución en la frecuencia/intensidad de las preocupaciones en el grupo de intervención. **Conclusiones.** La terapia de aceptación y compromiso mejora indicadores de malestar psicológico y rendimiento neuropsicológico en el grupo de intervención

frente al control. Es recomendable ampliar la muestra y su duración, y controlar su influencia en la EM (número de brotes, parámetros de actividad, discapacidad).

UTILIDAD DE LA TÉCNICA DE DIFUSIÓN EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA MEDULAR

Dinca-Avarvarei L, Valdés-Cruces J, Quesada-García M, Cid-Boza M, De la Torre-Laviana F, Marco-González A, Izquierdo G

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo. Demostrar la utilidad de la resonancia magnética medular con técnica de difusión en el diagnóstico de la mielopatía isquémica. **Caso clínico.** Paciente de 81 años, sin factores de riesgo vascular, ingresa por presentar de manera brusca, mientras andaba, temblor y debilidad en los miembros inferiores (MMII) que le provocaron una caída. La exploración general fue normal. La exploración neurológica evidenció una paraplejía flácida, anestesia en MMII con nivel sensitivo en D7-D9, disminución de la sensibilidad vibratoria y arreflexia en MMII, ausencia de los reflejos cutaneoabdominales e incontinencia de los esfínteres vesical y anal. La analítica mostró leve leucocitosis con neutrofilia. Líquido cefalorraquídeo, normal. Holter de frecuencia cardíaca: ritmo sinusal con abundantes extrasístoles auriculares y ventriculares politópicas. RM de difusión: aumento de la intensidad de señal del cordón medular en T₂, que afectaba a los segmentos D5 a D9, coincidiendo dichas lesiones con un marcado brillo en las secuencias de difusión, que se oscurecía en el coeficiente aparente de difusión. Juicio clínico: infarto medular isquémico en D5-D9 de probable origen aterotrombótico. **Conclusiones.** Aunque existen pocas publicaciones (siete) sobre la técnica de difusión, es de gran utilidad para el diagnóstico de la mielopatía isquémica y consideramos que, ante la sospecha, es imprescindible su realización.

ANÁLISIS DE LA MUESTRA ANDALUZA DEL ESTUDIO TRANS-EUROTTEST

Carnero-Pardo C^a, García-López T^a, Rubí-Callejón J^a, Garzón-Maldonado FJ^b, Guardado-Santervás P^a, Gómez-Camello A^c, Cousido Martínez-Conde S^d, en nombre del Grupo TRANS-EUROTTEST

^a Hospital Torrecárdenas. Almería. ^b Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

^c Hospital San Cecilio. Granada. ^d Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos. Evaluar la utilidad diagnóstica del EUROTTEST en condiciones de práctica clínica habitual. **Pacientes y métodos.** Muestra andaluza del TRANS-EUROTTEST, estudio transversal, multicéntrico, naturalístico, llevado a cabo en consultas de Neurología General; se seleccionaron pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico establecido, uno por día hasta completar un mínimo de 25 por investigador. Los pacientes se clasificaron como 'demencia' y 'sin demencia', y se utilizó como patrón oro el diagnóstico clínico según criterios DSM-IV; a todos ellos se les solicitó consentimiento informado y se les aplicó el EUROTTEST. La utilidad diagnóstica se evaluó mediante la determinación de la sensibilidad (S), la especificidad (E) y el área bajo la curva ROC (aROC). **Resultados.** 252 pacientes completaron el estudio de un total de 260 incluidos por siete investigadores de cuatro centros; 61 sujetos (24,2%) tenían demencia. Los sujetos tenían una edad de 71,4 ± 6,7 años (media ± DE), con predominio de las mujeres (54,6%) y el bajo nivel educativo (16,9% sin estudios). El mejor punto de corte era 20/21, para el cual S = 0,9 (0,8-0,96), E = 0,83 (0,77-0,88) y aROC = 0,93 (0,89-0,96). El tiempo requerido para la aplicación fue de 7,5 ± 2,2 min. **Conclusiones.** En esta amplia muestra de pacientes reales, el EUROTTEST confirma sus caracteres de brevedad y utilidad diagnóstica.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL DE LA MERCED DE OSUNA

Jiménez-Hernández MD^a, López-Chozas, JM^b

^a Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

^b Hospital de la Merced de Osuna. Sevilla.

Introducción. La mayor parte de hospitales de nivel III y IV en Andalucía no cuentan con la presencia de la atención directa por parte de Neurología o Neurofisiología. De este modo, al menos uno de cada cuatro pacientes se atienden en hospitales de estas características, y más si consideramos los estudios electrofisiológicos. **Pacientes y métodos.** Analizamos la población con patología neurológica atendida en un hospital de estas características, considerando los pacientes hospitalizados, los derivados a consultas externas y aquellos en los que se solicitó un estudio neurofisiológico. **Resultados.** Ingresaron 480 pacientes con grupos relacionados de diagnóstico (GRD) correspondiente a patología neurológica. Eran mujeres el 52,6% del total, y la edad media, de 68,1 años, con extremos de 15 y 93. Los GRD más frecuentes eran 14, 533, 810, 15, 21 y 25. El número de pacientes derivados al hospital de referencia durante el ingreso fue muy bajo (3,6%) y la mayoría se remitían a Neurocirugía. Era superior el número de pacientes remitidos a las consultas de Neurología y muy elevado el total de pacientes remitidos para estudio neurofisiológico. **Conclusión.** Es muy elevado el número de pacientes con patología neurológica atendidos en los hospitales de los grupos III y IV. En muchos aspectos, el análisis descriptivo es similar al del resto de hospitales. Puede iniciarse un programa de atención integral de los pacientes, comenzando por un buen nivel de colaboración, seguido de otras actividades adicionales si son útiles o necesarias.

AFASIA PROGRESIVA SECUNDARIA A LINFOMA NEUOTRÓFICO

Fernández-Moreno MC, Cabrera M,

Moniche F, Fernández-Bolaños R

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Caso clínico. Mujer de 67 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hiperlipemia, cardiopatía isquémica y adenitis cervical tuberculosa, que presentaba episodios de bloqueo del lenguaje de un minuto de duración y de dos años de evolución. Progresivamente, los episodios se hicieron más prolongados y en los últimos seis meses refería alteración constante del lenguaje con dificultad para nombrar objetos. Asimismo, desarrolló edema facial en el último mes. Exploración general: edema duro facial, adenopatía laterocervical residual. Exploración neurológica: disminución de la fluidez verbal, circunloquios, parafasias semánticas y repetición alterada; comprensión conservada. Analítica general: normal. Serología: negativa. ANA: positivo 1/320. ECA: normal. Punción lumbar: 12 mononucleares. Tomografía computarizada (TC) del macizo facial: engrosamiento de las partes blandas de la musculatura temporal. TC toracoabdominal: adenopatías paraórticas. Resonancia magnética cerebral: borramiento hemiférico izquierdo de los surcos con intenso realce meníngeo. SPECT cerebral: normal. Gammagrafía parotídea: patrón compatible con síndrome de Sjögren. Biopsia facial: linfoma neurotrófico de bajo grado. **Conclusiones.** El linfoma de bajo grado afecta al sistema nervioso en una frecuencia muy baja. Se ha descrito una decena de casos con afectación de la duramadre semejando un meningioma y sin afectación extracranial. Existen dos casos publicados con afectación de tejidos blandos de la cara y posterior extensión intracranial al igual que nuestro caso. En todos, el curso fue indolente y evolucionaron favorablemente.