

COMUNICACIONES ORALES

1ª sesión. Viernes, 10 de marzo. 15:30-17:30 h
Moderadores: Raquel Hernández, Jaume Morera

01.

DEMORA EXTRA E INTRAHOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN DEL ICTUS AGUDO EN UN HOSPITAL COMARCAL: RESULTADOS PRELIMINARES

Ortiz Sanjuán F, Fenollar F, Pons A, García Pastor A, Soriano Soriano C, Díaz Insa S

Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivos. Describir la demora extrahospitalaria (DEH) (desde el inicio del ictus hasta la llegada al Hospital) y demora intrahospitalaria (DIH) (desde la llegada al hospital hasta la realización de TC craneal), de los pacientes con ictus agudo (IA) ingresados en nuestro centro, y analizar los factores que pueden influir en dicha demora. **Pacientes y métodos.** Recogida prospectiva de datos de pacientes ingresados en nuestro centro de diciembre 2005 a febrero 2006 con IA. Se evaluó la hora y lugar del IA, instauración durante el sueño/vigilia, atención médica previa, medio de transporte empleado, horario de llegada al hospital, síntomas, diagnóstico. DIH media = 3,25 h. 53,7% de los pacientes llegaron al hospital en las 3 horas tras el inicio del ictus. **Resultados.** Durante diciembre y enero, se incluyeron 67 pacientes. DEH media = 13,35 h (20,9% en la primera hora). En 4,5% de los casos se realizó la TC craneal en la primera hora de estancia en el hospital, 19,7% de pacientes disponía de TC craneal en las 3 horas desde el inicio del ictus. La DEH fue significativamente mayor en ictus de inicio durante el sueño ($p < 0,001$), en pacientes que recibieron atención médica previa a acudir al hospital ($p = 0,034$), y en el ictus isquémico (frente a la hemorragia cerebral) ($p = 0,04$). Observamos mayor DIH para los pacientes atendidos en los turnos de mañana y noche ($p = 0,008$). **Conclusión.** La DEH resulta comparable a la observada recientemente en otros centros. Es necesaria una mejor organización de la atención del IA en el Servicio de Urgencias para mejorar la DIH.

02.

DEMORA ASISTENCIAL EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS. EL CÓDIGO ICTUS MARCA LA DIFERENCIA

Pons Amate JM, Romero A, Lacruz L, Navarré A, López J, Brocalero A, Guillén C, Juni J, Sancho J.

Unidad de Ictus. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Introducción y objetivos. El tratamiento en fase aguda del ictus, requiere de una ventana temporal estrecha, que insta a organizar un modelo asistencial enfocado a minimizar el tiempo hasta administrar tratamiento. Habitualmente se focaliza hacia la fibrinólisis. Determinamos las diferencias en tiempos entre los pacientes en los que se activa el Código Ictus y los que no. **Pacientes y métodos.** Se recogen de forma prospectiva por muestreo no probabilístico todos los pacientes con diagnóstico confirmado de ictus que ingresan a

cargo del Servicio de Neurología, hasta completar el tamaño muestral necesario para el estudio, con un error $\alpha = 0,05$ unilateral y una potencia $(1-B) = 0,80$. **Resultados.** Aplicando únicamente el Código Ictus intrahospitalario, previo a la intervención extrahospitalaria, se obtienen un total de 229 casos, 47,7% mujeres y 52,3% hombres, con una edad media de 74 y 72 años, respectivamente. Se activó el Código Ictus en un 9,5% de los casos. Fue incorrecto en un 27,8% de los casos, la mitad de ellos por no identificar correctamente la hora de inicio. Se identificaron un 24,5% de ictus del despertar que no se contabilizaron para el análisis. Los pacientes en los que no se activó el Código Ictus tardaron una media de 2,5, 5 y 4,5 h más en que se les realizara el TAC, se valoraran por el neurólogo o ingresaran, respectivamente, frente a los pacientes en los que se activó el Código Ictus. **Conclusión.** Se discute si ante la evidencia de la eficacia de las Unidades de Ictus es razonable ampliar el Código Ictus a otros enfermos que no necesariamente vayan a ser sometidos a fibrinólisis.

03.

INFARTO TALÁMICO BILATERAL. REVISIÓN DE CINCO CASOS

López J, Brocalero A, Parra J, Lacruz L, Navarré A, Guillén C
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Objetivos. Analizar características epidemiológicas, clínica, neuroimagen y evolución de infartos talámicos bilaterales de nuestro centro. **Pacientes y métodos.** Revisión de historias clínicas de los 4 últimos años con diagnóstico de infarto talámico bilateral. Se analizan las variables: edad, sexo, factores de riesgo, síntomas, signos, neuroimagen y evolución. **Resultados.** Cinco pacientes (tres mujeres y dos hombres). Edad: 72 años o más (4:1). La HTA (3:2) es el factor de riesgo más presente. La disminución del nivel de conciencia es el síntoma más frecuente (4:1), seguido de alteraciones visuales, inestabilidad en la marcha y dificultad para el habla (3:2). Como signos destaca la variabilidad clínica y la frecuencia (4:1) de las alteraciones en el nivel de conciencia. Le siguen alteraciones de los movimientos conjugados oculares (4:1) disartria, paresia facial y hemiparesia (3:2). El TAC es patológico en un paciente. La RM cerebral es patológica en todos los pacientes, mostrándose afectación de mesencéfalo en dos pacientes que presentan peor nivel de conciencia. La angio-RM cerebral objetiva en dos casos estenosis de cerebral posterior. Un paciente fallece, tres pacientes se mantienen neurológicamente estables y un paciente presenta recuperación total. **Conclusión.** En nuestra serie no hay predominio de sexo. Mediana de edad: 75 años. La HTA es el factor de riesgo vascular más frecuente. La disminución del nivel de conciencia fue el síntoma más frecuente, se presenta con gran variabilidad clínica. Se relaciona el menor nivel de conciencia con afectación de mesencéfalo y peor pronóstico. El TAC descarta hemorragia, la RM es más sensible para el diagnóstico.

04.**¿SUPONE UNA SOBRECARGA LA CEFALEA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?**Medrano V^a, Genovés A^b, Esquembre R^c^a Servicio de Neurología. Hospital General de Elda.^b Centro de Salud de Bihár. ^c Centro de Salud de Petrer 2

Introducción. La cefalea es el motivo de consulta y el grupo diagnóstico más importante en la neurología ambulatoria. Representa el 30% del total de consultas. No se ha constatado con precisión, si la cefalea también es considerada un problema asistencial en Atención Primaria. **Objetivos.** Identificar los tipos de cefalea y el nivel de sobrecarga que esta patología supone en dos consultas de Atención Primaria del Departamento de Salud 18. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, durante 3 meses. Registramos los pacientes que consultan por cefalea, su clasificación diagnóstica, calidad de vida, derivación al especialista y su importancia con respecto al total de pacientes asistidos. Se cuantifica el total de pacientes que consultan por cualquier tipo de dolor, y la relevancia de la cefalea dentro de este subgrupo. **Resultados.** Primer centro, de un total de 1.504 pacientes, sólo 10 pacientes consultan por cefalea (0,66%). Consultan por cualquier tipo de dolor 44 pacientes (22,7 % por cefalea). Segundo centro, de un total de 1.102 pacientes, sólo 11 pacientes consultan por cefalea (1%); por cualquier tipo de dolor consultan 155 pacientes (7% por cefalea). **Conclusiones.** La importancia de la cefalea en una consulta de Atención Primaria de manera aislada es escasa, lo que puede ocasionar una disminución del interés por parte de los médicos de familia. Esto, junto con los problemas de diagnóstico y tratamiento, provocan que la cefalea no sea considerada una sobrecarga desde el punto de vista asistencial en muchas de las consultas de Atención Primaria.

05.**MIGRAÑA Y EMBARAZO: NO SIEMPRE UNA RELACIÓN BENEFICIOSA**

Piera A, Gil R, Salvador A, Fratalia L, López B, Láinez JM

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción. Tradicionalmente el embarazo se asocia a una mejoría de las crisis de migraña. Sin embargo, existen algunos casos en los que se produce un empeoramiento de las mismas e incluso en que aparecen por primera vez durante el embarazo. **Objetivo.** Analizar las características clínicas y las alternativas terapéuticas en un grupo de pacientes con migraña agravada o aparecida durante el embarazo. **Pacientes y métodos.** Se incluyen en este estudio a las pacientes que son remitidas a nuestra unidad por agravamiento o por aparición por primera vez de su migraña durante el embarazo. Se realiza un análisis retrospectivo de los últimos 6 años. **Resultados.** 30 pacientes cumplían los criterios mencionados: 5 migraña con aura de aparición durante el embarazo, y el resto fueron remitidas por empeoramiento durante el primer trimestre; 10 pacientes con migraña con aura y 15 con migraña sin aura y cefalea tensional. Fármacos preventivos utilizados: betabloqueadores y paroxetina. Tratamientos de las crisis: paracetamol, ibuprofeno y sumatriptán. Ocho utilizaron infiltraciones anestésicas, TENS y terapia física. Se obtuvo un control satisfactorio de las crisis en 22 de las 25 pacientes. **Conclusiones.** Nuestros datos confirman la existencia de migrañas con aura que aparecen sólo durante el embarazo y las dificultades terapéuticas en esta situación. No obstante, con un abordaje terapéutico múltiple se puede conseguir un control adecuado en la mayoría de los casos.

06.**USO DE INTERNET COMO FUENTE DE INFORMACIÓN EN PACIENTES NEUROLÓGICOS**

Turpín Fenoll L, Asensio M, Pérez Sempere A, Martín Estefanía C

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario. Alicante

Introducción y objetivos. Internet constituye una herramienta imprescindible en la búsqueda de información médica, no sólo por parte de los facultativos. En los últimos años, se observa un incremento del número de pacientes que recurren a esta fuente de información. Intentamos determinar la frecuencia con que los pacientes neurológicos usan Internet como fuente de información e identificar un perfil de usuario. **Pacientes y métodos.** Se entregó un formulario con datos demográficos (edad, sexo, nivel escolarización), recogiendo si el paciente había usado Internet u otras fuentes adicionales de información. El formulario se entregó de forma consecutiva a 100 pacientes atendidos en las consultas externas de Neurología. **Resultados.** Se completaron 74 formularios, 59 de ellos contestados por mujeres (79,71%), siendo la media de edad de 44,71 años (rango: 18-80 años). La mayoría de los pacientes (82,43%) habían utilizado otra fuente de información, siendo Internet la más usada (23 pacientes, 31,08% de los encuestados). Del total de pacientes, 29 de ellos (39,18%) eran usuarios habituales de Internet. Los factores asociados con el uso de Internet con fines médicos fueron un nivel de estudios secundarios o superiores y el ser usuario habitual de Internet. Un 60,71% de los pacientes consideraron útil que se les facilitase información sobre páginas de Internet. **Conclusión.** En nuestro medio muchos pacientes utilizan Internet como fuente de información médica. Es probable que este uso se siga incrementando por lo que este hecho deberá ser tenido en cuenta a la hora de dar una información de calidad a nuestros pacientes.

07.**EFFECTOS NEUROTÓXICOS INDUCIDOS POR ADMINISTRACIÓN TÓPICA DE CICLOPLÉJICOS**Jiménez Jiménez FJ^a, Alonso Navarro H^b, Fernández Díaz A^b, Adeva Bartolomé MT^b, Ruiz Ezquerro JJ^b, Martín Prieto M^b^a Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.^b Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Introducción y objetivos. Se describe un paciente que presentó un cuadro confusional agudo con alucinaciones tras exposición a un colirio ciclopléjico. Revisamos además la literatura con respecto a esta complicación del uso de dicho tipo de colirios. **Caso clínico.** Se presenta un paciente de 61 años que sufrió en dos ocasiones un cuadro de confusión, desorientación temporoespacial y alucinaciones visuales vívidas tras exposición a colirio ciclopléjico de atropina al 2%, escopolamina al 0,5% y fenilefrina al 4%. Se realizó una búsqueda bibliográfica de complicaciones neurológicas de los colirios ciclopléjicos utilizando las bases de datos PubMed y los servicios de la Biblioteca Virtual Agencia Laín Entralgo. Se analizaron los datos clínicos de todas aquellas publicaciones en las que se tuvo acceso al documento original. Documentamos 27 casos asociados a ciclopentolato, 20 a escopolamina, 17 a atropina, 6 a homatropina y 2 a tropicamida. Nuestro caso sería el cuarto registrado en España (los cuatro debidos al mismo colirio). Los síntomas más frecuentes incluyen confusión, desorientación temporoespacial, disartria, agitación psicomotora, alucinaciones visuales y auditivas y ataxia. Se ha descrito agravación de demencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer. La mayoría de los casos publicados corresponden a niños y ancianos. En algunas ocasiones se ha descrito mortalidad, especialmente relacionada con atropina. **Conclusiones.** La neurotoxicidad debida al efecto anticolinérgico de los agentes ciclopléjicos no es infrecuente, si bien poco conocida en nuestro medio, pudiendo llegar a causar la

muerte. La exposición a dichos fármacos debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cuadros confusionales.

O8.

PRESENTACIÓN DE LA BASE DE DATOS DEL GITEM (GRUPO PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE) DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y MURCIA

Pascual A, en representación del grupo GITEM
Hospitales miembros del grupo GITEM

Introducción. El desarrollo de unidades específicas de esclerosis múltiple (EM) es fundamental para la mejor atención de estos pacientes. Los continuos avances diagnósticos y terapéuticos en este terreno obligan a una continua actualización. En el campo de la investigación, el trabajo con bases de datos adaptadas es un objetivo primordial. **Objetivo.** Presentar la base de datos del GITEM (Grupo para la Investigación y el Tratamiento de la EM) de la Comunidad Valenciana y Murcia. **Desarrollo.** La base de datos del GITEM nace de la colaboración entre los hospitales La Fe y Clínico de la ciudad de Valencia hace aproximadamente 7 años. Ha sido una herramienta de trabajo útil para estos dos centros, que ya incluía a más de 700 pacientes. Recoge datos demográficos, de diagnóstico y curso evolutivo, exploraciones complementarias, tratamientos, efectos adversos y comorbilidad. El valor creciente de la información proporcionada por las exploraciones paraclínicas, especialmente datos de laboratorio (bandas oligoclonales IgG e IgM) y neuroimagen (volumetría y segmentación por resonancia magnética), nos han obligado a su constante adaptación. **Conclusiones.** El grupo y su base de datos están abiertos a la participación de todos los hospitales de la Comunidad Valenciana y de Murcia, muchos de ellos ya se benefician de su conexión. El GITEM hace reuniones clínicas y administrativas con carácter trimestral donde se aclaran las dudas sobre el soporte informático, y se plantean estudios de carácter multicéntrico, aprovechando los datos proporcionados por los especialistas de los hospitales ya integrados.

2.ª sesión. Viernes, 10 de marzo. 18:15-20:00 h Moderadoras: Hortensia Alonso, Inmaculada Abellán

O9.

ESTILO DE VIDA Y ESTADO COGNITIVO: ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA SOBRE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL MINIMENTAL STATE EXAMINATION

García Pastor A^a, Soriano Mor F^b, Ruiz Huertas MC^b, Genís Carchano MT^a, Soriano Soriano C^a, Díaz Insa S^a

^a Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

^b Centro de Atención Primaria. Tavernes de la Vallidigna, Valencia

Introducción. Existe un creciente interés en el reconocimiento de factores externos que puedan influir en la aparición de demencia. Recientes estudios han demostrado la relación entre diversos aspectos de nuestro estilo de vida (actividades intelectuales, físicas, y sociales) y el desarrollo de demencia en edades avanzadas. **Objetivo.** Analizar la influencia que el estilo de vida puede ejercer sobre las puntuaciones obtenidas en el *Minimental State Examination* (MMSE) en una población ≥ 65 años no demente. **Sujetos y métodos.** Estudio transversal analítico. Se incluyeron personas ≥ 65 años no dementes atendidas en el Centro de Atención Primaria de Tavernes de la Vallidigna. La puntuación del MMSE fue corregida según edad y escolaridad del participante. Mediante un cuestionario de estilo de vida (CEV) se re-

cogió información sobre 10 actividades intelectuales (p. ej.: lectura, pasatiempos, informática), 10 actividades físicas (caminar, bicicleta) y 7 actividades sociales (visitar a amigos, participar en asociaciones). **Resultados.** Participaron 137 personas. Puntuación media MMSE corregido: 26,74. Se observó una correlación positiva (r de Pearson = 0,390; $p < 0,001$) entre las puntuaciones del CEV y el MMSE. Se realizó un análisis dividiendo la muestra en 4 grupos según la puntuación del CEV: grupo 1, CEV $< p25$; grupo 2, $p25 \leq p49$; grupo 3, $p50 \leq p74$; grupo 4, CEV $> p74$. Se detectaron diferencias significativas (ANOVA, $p < 0,001$) en las puntuaciones del MMSE entre dichos grupos, en especial entre el grupo 1 y los grupos 3 y 4 (U de Mann-Whitney, $p < 0,001$). **Conclusión.** El estilo de vida parece influir en la puntuación del MMSE en personas ancianas no dementes.

O10.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE CON AFECTACIÓN DE MÚLTIPLES ÁREAS COGNITIVAS. IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA DE LA AMNESIA EN LA DISTINCIÓN DE DOS SUBTIPOS DE PACIENTES

Frutos Alegría MT^a, Morera Guitart J^a, Moltó Jordá JM^b, Sánchez Pérez A^b, Ferrer Navajas M^a

^a CDP-ALZ San Vicente. Hospital de San Vicente.

^b Unidad de Neurología. Hospital San Francesc de Borja. Alicante

Introducción. Los estudios actuales en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) van encaminados a caracterizar subtipos distintos de pacientes según determinadas características clínicas, evolutivas y de respuesta al tratamiento. **Objetivo.** Analizar los perfiles clínicos de pacientes con DCL clasificados según presencia o no de amnesia. **Pacientes y métodos.** Estudiamos 175 pacientes con DCL. Se clasificaron en dos grupos: 37 con afectación mnésica pura (DCL amnésico puro) y 138 con afectación de múltiples funciones cognitivas (DCLmf). Dividimos los DCLmf en dos subgrupos: 109 con alteraciones en el área de la memoria y otros dominios cognitivos (DCLmf amnésico) y 29 con alteraciones en distintas áreas pero con memoria preservada (DCLmf no amnésico). Para el estudio neuropsicológico se utilizó la versión abreviada del test Barcelona. Comparamos los subgrupos de DCLmf amnésico y DCLmf no amnésico analizando las siguientes áreas y tests: orientación temporal, espacial y personal, atención, fluidez verbal, denominación, comprensión escrita, praxis motora y construccional, cálculo, abstracción, test de información y evocación categorial semántica. Para el análisis estadístico se utilizó un test de chi al cuadrado. **Resultados.** Los pacientes con DCLmf amnésico tenían más frecuentemente alteradas la orientación temporal, la denominación y la evocación categorial semántica. Los pacientes con DCLmf no amnésico tenían más frecuentemente afectadas la atención, las praxias motoras y la abstracción. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. **Conclusión.** La alteración mnésica en los pacientes con DCLmf distingue dos subtipos de DCL con patrón neuropsicológico distinto, uno característico de afectación temporal y otro con predominio de afectación subcortical.

O11.

SÍNDROME DE DIÓGENES: DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE CUATRO CASOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS

Alfaro A^a, Morera Guitart J^b, Frutos T^b, Serna C^a

^a Servicio de Neurología. Hospital General Universitario.

^b Unidad de Demencias CDP-ALZ San Vicente. Hospital de San Vicente. Alicante

Introducción. El síndrome de Diógenes es una entidad clínico-conductual de etiología controvertida, caracterizada por alteración pro-

gresiva de la personalidad, con abandono de la higiene personal y del entorno (mugre). Asocia conductas de evitación y retraimiento social, apareciendo comportamientos reiterativos como tendencia a acumular objetos inservibles (silogomanía). Su prevalencia es desconocida, dado que la ausencia de conciencia de enfermedad en los pacientes evita que soliciten asistencia sanitaria. *Casos clínicos.* Presentamos cuatro casos de síndrome de Diógenes (2 mujeres y 2 varones, edad media: 76 años) atendidos en nuestra Unidad. Analizamos las características conductuales, cognitivas (MMSE, test Barcelona), funcionales (escalas FAQ y DAD) y de neuroimagen (TAC, RM, SPECT). El examen neuropsicológico mostró patrón de demencia frontotemporal en tres pacientes. En el caso restante fue normal, considerándose de etiología psiquiátrica. En todos ellos existía una conducta social gravemente alterada con retraimiento social, irritabilidad, descuido del vestido y del aseo, limitación para su autocuidado y conducta de atesoramiento. El estudio de neuroimagen no mostró hallazgos distintivos de este síndrome. Los neurolépticos propiciaron mejoría parcial de la sintomatología en todos ellos, no obstante fueron ineficaces en el control de las conductas más abigarradas (silogomanía). *Conclusiones.* El síndrome de Diógenes es una entidad clínico-conductual de etiología multifactorial probablemente infradiagnosticada. Su abordaje incluye la detección de los casos de riesgo y el seguimiento a través de servicios sanitarios y sociales, adoptando medidas de protección y tratando tanto la patología cognitiva como la derivada del abandono personal y del entorno (fuente principal de comorbilidad).

O12.

DEMENCIA CON COMPONENTE VASCULAR

Lacruz L, Peset V, Mazón J, Villanueva T, Lominchar J, Escudero J, Brocalero A, Pons JM, Navarré A, López J, Guillén C
Unidad de Demencias. Hospital General Universitario. Valencia

Introducción. La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa más frecuente de demencia tras la enfermedad de Alzheimer. Existe una importante heterogeneidad clínica y patogénica dentro de la demencia de origen vascular. *Objetivo.* Describir el perfil etiopatogénico y clínico del deterioro cognitivo con componente vascular, en los pacientes atendidos en la Unidad de Demencias de nuestro hospital. *Pacientes y métodos.* Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de demencia vascular y mixta desde el año 2001. Recogida de datos sobre edad, sexo, factores de riesgo vascular, forma de instauración, síntomas clínicos más frecuentes, estudio neuropsicológico, estudio de neuroimagen y evolución clínica. *Resultados.* 36 pacientes (7 diagnosticados de demencia vascular y 29 de demencia mixta). 19 pacientes (un 53%) habían sufrido con anterioridad ictus sintomático (sólo 6 pacientes en relación temporal con el deterioro cognitivo). Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de memoria, desorientación, apatía o depresión y alteración en la atención o concentración. La forma de evolución fue progresiva en un 47% de los pacientes, fluctuante en un 44% e intermitente en un 8%. El tipo de lesión vascular hallada en neuroimagen de forma más frecuente fue la subcortical. *Conclusión.* La forma de demencia vascular pura es la menos frecuente. La presencia de síntomas corticales y la evolución progresiva sugieren la presencia de un componente degenerativo asociado al vascular.

O13.

NEUROIMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA CON COMPONENTE VASCULAR

Peset V^a, Lacruz L^a, Mazón J^a, Expósito F^b, Escudero J^a, Lominchar J^a, Sancho J^a

^a Unidad de Demencias. Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. ^b Servicio Medicina Interna. Hospital Marina Alta. Denia, Alicante.

Objetivo. Valorar la utilidad de las técnicas de neuroimagen en el proceso diagnóstico de la demencia con componente vascular (DCV). *Pacientes y métodos.* Se seleccionó de forma retrospectiva los pacientes que se habían estudiado en la Consulta Monográfica de Demencias (2001-2006), diagnosticados de probable demencia vascular por los criterios NINDS-AIREN o de 'mixta' por los criterios del DSM-IV. Se revisaron las técnicas de neuroimagen (TAC, RM), valorándose si cumplían los criterios incluidos en NINDS-AIREN. Además, se analizaron los patrones descritos en los estudios de espectroscopia por RM y SPECT. *Resultados.* Se incluyeron 36 pacientes, 7 de demencia vascular y 29 de demencia mixta. Se realizaron 28 TAC, 17 de los cuales cumplían criterios (61%); 21 RM, 20 de las cuales cumplían criterios (95%); 3 espectroscopias, dos compatibles con demencia vascular y una con enfermedad de Alzheimer (EA); y 5 SPECT, dos compatibles con patrón de demencia vascular y dos con patrón de EA. Considerando la RM como prueba definitiva, la TAC mostró una sensibilidad del 53% y una especificidad del 100%. Sólo uno de los pacientes no cumplió criterios en la RM ni en la TAC. *Conclusiones.* La exploración más útil para el diagnóstico por la neuroimagen de la DCV es la RM; la TAC tiene menos sensibilidad (54%), pese a una alta especificidad. Tanto la espectroscopia como el SPECT aportan sensibilidades bajas con información útil al diagnóstico.

O14.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ASISTENCIA NEUROLÓGICA AMBULATORIA EN ELCHE

López Hernández N, Espinosa Martínez J

Sección de Neurología. Hospital General Universitario de Elche

Objetivo. Realizar un análisis descriptivo de la labor asistencial realizada en las consultas ambulatorias de neurología en el área de salud de Elche. *Pacientes y métodos.* De forma prospectiva se han recogido los datos referentes a número de pacientes citados, no presentados, tipo de consulta, demora, motivos de derivación, destino del paciente y diagnóstico neurológico. *Resultados.* Desde mayo de 2004 hasta enero de 2005 se citaron un total de 4.794 pacientes, con una relación sucesiva/primera de 0,71. No se presentaron 800 pacientes (16,7% del total). Se registraron 2.402 primeras visitas, con una edad media de 56,8 años, siendo 1.485 mujeres (61,8 %). La demora media fue de 30,4 días. Los motivos más frecuentes de derivación fueron cefalea (27,48%), alteraciones cognitivas (16,19%), solicitud de visados (8,74%), alteraciones del nivel de conciencia/paroxismos con sospecha de epilepsia (6,95%), mareo/inestabilidad/vértigo (6,66%) y temblor (5,75%). Los diagnósticos más frecuentes fueron cefalea (28,39% del total; 42,6% del grupo < 65 años), sin alteración neurológica (16%), deterioro cognitivo (12,24% del total; 28,9% del grupo > 65 años), cerebrovascular (8,87%), quejas subjetivas de pérdida de memoria sin déficit (3,37%) y temblor esencial (2,71%). *Conclusión.* Cabe destacar la menor tasa de no presentados respecto a estudios previos, que la cifran en torno al 20%, así como las diferencias en motivos de derivación en función de la edad.

3.ª sesión. Sábado, 11 de marzo. 08:00-09:30 h

Moderadoras: Ana Pampliega, Carmen Díaz

015.

NEURORREHABILITACIÓN EN LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS: UN RETO SOCIO SANITARIO

Ferri J, Chirivella J, Torres L, García MC, Morant A, Colomer C, Renau O, Noé E

Servicio de Daño Cerebral. Hospitales NISA.

Instituto Valenciano de Neurorrehabilitación (IVAN). Valencia

Objetivo. Estudio longitudinal sobre los diferentes estados neurológicos en una muestra de pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE). **Pacientes y métodos.** Se atendieron 149 pacientes que habían sufrido un TCE grave (Glasgow ≤ 8). Se utilizaron los criterios de la Academia Americana de Neurología para el diagnóstico de su condición neurológica: coma, estado vegetativo (EV), respuestas mínimas (RM) y amnesia postraumática (APT). Los pacientes fueron evaluados mediante la escala Lowenstein (EV-RM), la escala Galveston de orientación y amnesia (pacientes en APT) y el TAVEC, WCST y BADS (pacientes fuera de APT). La evaluación psicopatológica incluyó inventario neuropsiquiátrico y entrevista, y la funcional, *Glasgow Outcome Scale-Extended* (GOS-E) y la escala de integración laboral. **Resultados.** 16 pacientes (10,7%) ingresaron en estado de coma/EV, siendo persistente en 5 pacientes. 16 pacientes (10,7%) presentaban un estado de RM, evolucionando 10 pacientes a fase de APT. 57 pacientes (38,2%) ingresaron en el servicio en APT, siendo 33 los que superaron este período. 60 pacientes (40,2%) se encontraban fuera de APT al ingreso; de este grupo, el 75% cumplía criterios de cambio de personalidad. El 60,5% mostraba puntuaciones normales en las pruebas ejecutivas, y el 37,5%, una buena recuperación completa (GOS-E = 8) y el 13,6% se reincorporó a un empleo similar al premórbido. **Conclusiones.** En el daño cerebral postraumático es necesario un protocolo de actuación multidisciplinar en el que se evalúe el nivel de alerta y percepción de estímulos (coma/EV), atención y agitación (RM), orientación y memoria (APT). Los factores predictores de discapacidad y de integración sociolaboral vienen determinados por los trastornos de personalidad, el deterioro cognitivo y la duración de la APT.

016.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA UTILIDAD DE LA VÍDEOELECTROENCEFALOGRAFÍA PROLONGADA EN LA EPILEPSIA

Blanco T, Brocalero A, López Trigo J, Ortiz P, Castillo A, Lominchar J, Sancho J

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital

General Universitario de Valencia. Valencia

Introducción. La videoelectroencefalografía prolongada es una prueba neurofisiológica con registro sincronizado de vídeo y EEG. Sus principales indicaciones en epilepsia son: diagnóstico, clasificación del tipo de crisis y valoración prequirúrgica. **Objetivo.** Analizar las características epidemiológicas, clínicas, electroencefalográficas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de pacientes ingresados para monitorización vídeo-EEG prolongada. **Pacientes y métodos.** Se han revisado 46 ingresos programados en el Servicio de Neurología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, de 39 pacientes para vídeo-EEG prolongada, 41% de casos con procedencia extrahospitalaria y en el período comprendido entre febrero de 2004 y 2006. **Resultados.** El 59% de pacientes eran hombres, y la edad media al ingreso, de 34 años (rango: 13-62 años). Los casos estudiados fueron de epilepsia farmacorresistente, epilepsias de du-

dosa focalización y/o episodios paroxísticos de etiología no epiléptica. El tiempo medio de monitorización fue de 3 días, pero en el 48 % de casos el primer episodio crítico fue en las primeras 24 horas de grabación. Se registró al menos una crisis en el 86% de pacientes (71% en vigilia) y fue posible en el 39% de casos al reducir la medicación antiepiléptica domiciliar entre un 25-50% y en el 34% de sujetos con supresión superior al 50%. Se estudiaron una media de 6 crisis por paciente y la eficacia diagnóstica fue del 74%. **Conclusión.** La monitorización vídeo-EEG prologada tiene una alta eficacia diagnóstica, siendo especialmente útil en el estudio de epilepsias refractarias al tratamiento, candidatas a cirugía y en episodios paroxísticos no epilépticos.

017.

VALORACIÓN RETROSPECTIVA DE LA EFICACIA Y TOLERABILIDAD DEL TOPIRAMATO EN UNA CONSULTA GENERAL DE NEUROLOGÍA

Soriano Soriano C, Sendra Agopian S, García Pastor A, Díaz Insa S
Servicio de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Introducción. El topiramato, comercializado inicialmente como fármaco antiepiléptico, ha ido ampliando sus usos en los últimos años, incluyendo el tratamiento del dolor neuropático y la profilaxis antimigrañosa y de otro tipo de cefaleas. **Objetivo.** Evaluar de forma retrospectiva los efectos adversos y la eficacia del topiramato en pacientes de una consulta general de Neurología, valorando la existencia de diferencias entre las distintas patologías. **Pacientes y métodos.** Se telefonó a 503 pacientes con un diagnóstico de migraña, cefalea, *cluster*, neuralgia o epilepsia, obtenidos de la base de datos de una de las consultas de Neurología de nuestro centro. No se consiguió contactar con 138 pacientes (36 habían fallecido, de los que 34 tenían un diagnóstico de epilepsia; 102 no contestaron a la llamada). Se les pasó a todos el mismo cuestionario, previamente definido. **Resultados.** Recordaban haber tomado topiramato alguna vez 19 pacientes: 10 habían sufrido algún efecto adverso y 8 de ellos suspendieron el tratamiento por este motivo. Presentaron efectos adversos un 66,6% de los migrañosos, suspendiendo todos ellos el tratamiento, y un 50% de los epilépticos, suspendiendo el tratamiento el 33,3%. Los pacientes migrañosos refirieron más efectos adversos y más graves que los epilépticos, y el tiempo medio de tratamiento fue de 7,2 semanas en los migrañosos y de 27 semanas en los epilépticos. El tratamiento fue eficaz en 7 pacientes (3 epilepsias, 1 *cluster* y 3 neuralgias) Ninguno de los pacientes con diagnóstico de migraña, con o sin aura, recordaba que el fármaco hubiera sido eficaz.

018.

DIPLOPÍA: ANTESALA DE UN CARCINOMA

Vilar C, Bennasar MA, López M, Martínez E, Geffner D

Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana

Introducción. La diplopía como manifestación inicial de un carcinoma broncogénico es infrecuente. Presentamos el caso de dos pacientes con un carcinoma broncogénico diseminado, que debuta con diplopía como síntoma inicial de un síndrome del seno cavernoso. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 79 años que consulta por diplopía. En la exploración destaca diplopía por parálisis del VI par derecho. La punción lumbar, la TAC craneal, la angio-RM cerebral inicial y el resto de pruebas complementarias fueron normales. En los días siguientes desarrolló una oftalmoplejía derecha. En la RM de control orbitaria se ve una metástasis en el seno cavernoso derecho. La TAC cervicotoraco abdominal informaba de nódulo pulmonar en LII y nódulos hepáticos sugestivos de metástasis. Biopsia hepática: adenocarcinoma de pulmón. Caso 2: varón de 67 años que consulta

por diplopía, sin clara paresia. La TAC toracoabdominal informa de un nódulo pulmonar en LSI sugestivo de carcinoma broncogénico con metástasis bilaterales en pulmón e hígado. En la TAC y la RM craneales se objetiva una lesión expansiva de localización esfenoidal izquierda. **Conclusión.** El síndrome del seno cavernoso presenta diferentes etiologías, siendo en un 45% causado por procesos tumorales de los cuales el carcinoma nasofaríngeo es el más frecuente. Ocupan el segundo lugar los procesos metastásicos, que característicamente presentan una rápida oftalmoplejía, siendo infrecuente la forma de presentación de un adenocarcinoma pulmonar.

O19.

CEFALEA ASOCIADA A HIPOTENSIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS PROVOCADOS

Ferrer Casanova JM^a, Landete Pascual L^a, Dobón Martínez I^a, Poyatos Rúperez C^b, Domínguez Sanz F^a, González Masegosa A^a

^a Sección de Neurología. ^b Servicio de Radiología.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción. La hipotensión intracraneal es un trastorno por depleción de LCR diagnosticado crecientemente. Provoca principalmente cefalea postural, ortostática, que se alivia con el decúbito y otros síntomas secundarios al descenso o tracción de estructuras encefálicas. Aparece de forma espontánea o iatrogénica tras punción lumbar, epidural, neurocirugía o derivación ventricular. Se aportan dos nuevos casos. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 32 años que ingresa con diagnóstico de meningitis linfocitaria. Presentaba cefalea frontal bilateral no pulsátil de 24 h con vómitos y sin fiebre que no mejoraba con analgésicos. La TC craneal y analítica fueron normales, y el LCR, con 11 leucocitos. Presentó cefalea ortostática atribuida a punción lumbar. Reingresó por cefalea refractaria. La RM craneal mostró captación paquimeníngea, colecciones subdurales y descenso amigdalario. Tras reposo y corticoides presenta mejoría paulatina. La RM de control muestra la resolución de las colecciones. Caso 2: mujer de 35 años con malformación de Arnold-Chiari y sirigomielia cervicodorsal portadora de derivación peritoneal. A los 10 meses comienza a presentar mareo intenso, cervicalgia y cefalea leve mientras hace ejercicio, de curso creciente. La RM craneal y de raquis mostraba hallazgos compatibles con hipopresión del LCR. Tras el recambio del sistema de derivación con válvula regulable desaparecen los síntomas. **Conclusiones.** La prevalencia es mayor en mujeres. Se han descrito casos de cefalea en trueno y agravamiento por Valsalva y ejercicio. Los hallazgos de la RM pueden sugerir malformación de Arnold-Chiari, tumoración hipofisaria u otros diagnósticos si no se tiene en cuenta el síndrome de hipotensión del LCR.

P1. Tabla I.

Variables	Total	Día
Carga citada	1834	29
No presentados	358	5,7 (19,5%)
Carga real	1514	24
N.º primeras	726	11,5
N.º segundas	789	12,5
No citados	82	1,3
Altas en primera	261	7 (50%)
Altas en segunda	225	6 (50%)

O20

¿SÍNTOMAS FUNCIONALES?

Del Villar Igea A, Pérez Saldaña T, Martínez Maruri E, López Alemany M

Sección de Neurología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana

Introducción. Se presentan varios vídeos correspondientes a pacientes con sospecha inicial de síntomas neurológicos de causa funcional. Se plantean las posibilidades de diagnóstico diferencial. **Desarrollo.** Se muestra una revisión sistemática del problema que supone, en la atención neurológica, la aparición de pacientes con síntomas funcionales y su abordaje organizado con el fin de obtener una máxima eficiencia en su tratamiento. La frecuencia de esta patología en la consulta neurológica varía según autores y la amplitud del concepto, puesto que engloba varias enfermedades psiquiátricas según la clasificación del DSM-IV, aunque se estima entre el 10 y 30% de los pacientes. El neurólogo frecuentemente se siente incómodo ante esta patología, y a menudo intenta actuar de modo intuitivo, por lo que es de utilidad valorar de modo sistemático la manera más adecuada de hacerlo. Se describen algunos aspectos del interrogatorio y del examen físico que son esenciales para establecer el diagnóstico, al tiempo que condicionan en gran medida el pronóstico del paciente. La necesidad de seguimiento por parte del neurólogo depende de las características de cada caso, proponiendo unas pautas generales de seguimiento y de derivación a Psiquiatría. **Conclusiones.** El pronóstico en estos pacientes es poco esperanzador, con persistencia de los síntomas en más del 50% de los pacientes a los 8 meses. El pronóstico empeora en el caso de las pseudocrisis, que a menudo se presentan en pacientes afectos además de epilepsia. En muchos casos el papel del neurólogo consiste en minimizar la iatrogenia y la repercusión funcional y socioeconómica.

POSTERS

P1.

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL NEUROLÓGICA AMBULATORIA DEL ÁREA 9

Lacruz L, Escudero J, Parra J, Brocalero A, Castillo S

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

Objetivo. Analizar la actividad asistencial neurológica ambulatoria, a través del registro de un conjunto mínimo básico de datos asistenciales. **Pacientes y métodos.** Hemos registrado de forma prospectiva el tipo de visita, alta del paciente y diagnóstico de primera visita

P1. Tabla II.

Diagnósticos primera	n = 726	%
Deterioro cognitivo	143	19,7
Cefalea	131	18
No neurológico	114	15
Patología vascular cerebral	74	11
Mareo	70	9,6
Extrapiramidal	64	8,8
Epilepsia	48	6,6
Otros	122	16,6

durante 6 meses (20.05.05 a 14.12.05; 63 días) en una consulta ambulatoria de Neurología del Área 9 (José María Haro) de Valencia. Se han analizado: carga asistencial citada, no presentados, carga real, número de primeras, segundas visitas y no citados, altas en primeras y segundas visitas, y diagnóstico de primera visita. *Resultados.* Se muestran en las tablas I y II. *Conclusiones.* Aproximadamente un 20% de pacientes citados no acuden a la visita. Cerca del 50 % de los pacientes que acuden por primera vez son dados de alta en dicha visita, lo que traduce una selección escasa del enfermo por parte de Atención Primaria. Destacamos el cambio en la tendencia del tipo de patología neurológica remitida, de forma que el deterioro cognitivo ha pasado a ser la primera causa de consulta neurológica ambulatoria, al menos en nuestra área.

P2.

HEMORRAGIA CEREBRAL DURANTE UNA CRISIS DE MIGRAÑA: ¿ASOCIACIÓN CAUSAL O CASUAL?

López Pesquera B, Santonja JM, Fratalia L, Piera A, Láinez JM
Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Introducción. La relación entre migraña e infarto isquémico es un hecho bien conocido; sin embargo, la aparición de hemorragias cerebrales durante una crisis de migraña en pacientes normotensos y sin otros factores de riesgo es un fenómeno muy infrecuente y menos conocido. Presentamos dos casos de mujeres jóvenes con esta asociación. *Casos clínicos.* Caso 1: mujer de 18 años con antecedentes de migraña con aura y consumo previo de ergotamina. Acude por una crisis de migraña similar a las previas pero más intensa y prolongada. Como tratamiento sintomático utiliza ibuprofeno y rizatriptán. La exploración neurológica es normal. Se realiza RM cerebral que muestra un hematoma cerebral frontal. La angiografía es normal y las RM y angiografías de control descartan proceso subyacente. Caso 2: mujer de 22 años con antecedentes de migraña sin aura, sin tratamiento preventivo ni consumo de ergóticos. Acude a Urgencias por un cuadro de cefalea más intensa de lo habitual. Se realiza TAC cerebral que muestra un hematoma frontal. La arteriografía inicial y la de control, así como RM posteriores, descartan una lesión subyacente. *Conclusiones.* Destacamos la asociación excepcional entre migraña y hemorragia. El vasoespismo repetido junto con el uso de fármacos vasoactivos puede jugar un papel crucial desencadenante de la hemorragia. La presentación en edades tempranas sugiere una vasculopatía

P3.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: PRESENTACIÓN MUY INFRECUENTE DE UNA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

Claramonte B, Del Villar A, Pérez Saldaña T, Vilar C, Geffner D
Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Introducción. La trombosis venosa cerebral (TVC) es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico dada la gran variedad de manifestaciones clínicas con que puede presentarse. Además su diagnóstico puede resultar más complicado cuando la manifestación inicial es considerada muy poco frecuente como ocurre en nuestro caso. Describimos un caso de TVC que se presentó como una hemorragia subaracnoidea (HSA). *Caso clínico.* Mujer de 25 años con retraso mental postencefalitis desde la infancia y en tratamiento actual con anticonceptivos orales. Diez días previos al ingreso se refiere cefalea ocasional con náuseas y vómitos. Es remitida al hospital por disminución del nivel de conciencia y respiración estertorosa. En Urgencias presenta varias crisis epilépticas parciales con generalización secundaria, por lo que se inicia tratamiento con anti-epilépticos. En la TC craneal se objetiva HSA en surcos frontales superiores bilaterales. La angio-TC fue normal, sin visualizarse le-

sión aneurismática. La angio-RM (fase venosa) demostró una trombosis parcial del seno longitudinal superior. Ante estos hallazgos se inició tratamiento con heparina intravenosa y posteriormente anticoagulación oral, con resolución de la clínica y mejoría radiológica. *Conclusión.* Aunque la HSA espontánea es una manifestación muy infrecuente de una TVC debe tenerse en cuenta sobre todo en aquellos casos en los que no existe sangre en las cisternas basales. Dada la existencia de un tratamiento efectivo para la TVC y su influencia en el pronóstico no se debe retrasar su inicio, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

P4.

ISQUEMIA MEDULAR TRAS HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

Lacruz L, Cervelló A, Brocalero A, Navarré A,
López J, Guillén C, Esteban J, Iñigo V, Elía JM, D'Ors C
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos. Presentamos un caso de tetraplejía por lesión isquémica medular en posible relación con tratamiento hormonal. *Caso clínico.* Mujer de 37 años con tetraplejía aguda, previamente sensación de mareo y palidez, con caída al suelo, sin traumatismo. Cervicalgia y parestesias en manos, tras la caída, y disminución de fuerza en miembros, retención urinaria posterior. Se le había practicado una inseminación artificial unas horas antes, precedida de inducción-estimulación ovárica. Antecedentes de migrañas. En 1994 sufrió un accidente de tráfico, con clínica posterior de parestesias en miembros inferiores; se efectuó radiología, apreciando signos de inestabilidad C4-C5 y focos de contusión centromedular C3-C4 y C4-C5 en RM cervical. Asintomática desde entonces. A la exploración, buen estado general. Ausencia de signos meníngeos. Lenguaje normal. Pares craneales normales, salvo nistagmo horizontal. Tetraplejía miembro superior y miembro inferior 1/5 proximal y 0/5 distal. Hiperreflexia global. Plantares sin respuesta, abdominales ausentes. Nivel sensitivo superficial y profundo C4-C5. En RM medular urgente aparecen imágenes hiperintensas en T₂ e hipointensas en T₁ bilaterales de C3 a C5, sugestivas de isquemia. Analítica, con estudio de trombosis, normal. BhcG en orina > 25 UI/L. Ecocardiograma normal. Trasladada a la Unidad de Daño Medular del Hospital La Fe, evolucionó favorablemente. *Conclusión.* La instauración y las imágenes de RM sugieren un origen vascular de la lesión medular, en una zona dañada previamente. La hiperestimulación ovárica pudo favorecer fenómenos trombóticos, por hemoconcentración y dilatación venosa.

P5.

INFARTO MESENCEFÁLICO PARAMEDIANO

Sánchez C^a, Pérez Miralles F^a, Valero C^b, Alfaro A^a

^a Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

^b Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción. El infarto paramediano por oclusión de ramas perforantes de la arteria basilar es infrecuente en el mesencéfalo. Presentamos un caso de infarto paramediano mesencefálico con afectación incompleta de fibras intraaxiales del tercer nervio craneal, que cursó con alteración aislada de la motilidad ocular extrínseca. *Caso clínico.* Hombre de 54 años de edad que acudió por diplopía de 24 horas de evolución, con ptosis palpebral izquierda, que no se acompañaba de dolor ni otros síntomas. Como antecedentes, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, obesidad e ictus lacunar protuberancial hacía dos años. La exploración neurológica mostró pupilas isocóricas y normoreactivas, ptosis palpebral izquierda, paresia de rectos interno, superior, inferior y oblicuo menor en ojo izquierdo. TAC craneal: infarto lacunar antiguo en hemiprotuberancia de-

recha. Hipodensidades periventriculares compatibles con leucoencefalopatía hipoxicoisquémica. Angio-RM cerebral: infarto agudo paramediano mesencefálico izquierdo. Elongación vertebrobasilar, con irregularidades de V4, más patente en la izquierda, correspondiendo a estenosis moderada de origen ateromatoso. Se aprecia imagen similar en porción central de la basilar, con dos segmentos cortos de estenosis moderada. Irregularidades de ambas cerebrales medias, sin estenosis significativas. **Conclusión.** El infarto paramediano del mesencéfalo puede presentarse como disfunción aislada del motor ocular común sin afectación pupilar, circunstancia que es importante tener en cuenta especialmente en el paciente diabético.

P6.

ROBO DE SUBCLAVIA BILATERAL

Pérez-Miralles F^a, Sánchez JC^a, Tembl J^a, Montes H^b, Alfaro A^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Radiología Intervencionista.

Hospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción. La inversión de flujo en las arterias vertebrales, fenómeno conocido como robo de subclavia, es frecuentemente unilateral y asintomática. Por el contrario, el robo de subclavia bilateral y sintomático es una situación poco conocida en la que nunca se ha demostrado, que sepamos, una inversión espontánea de flujo en las arterias intracerebrales. Presentamos un caso de robo de subclavia bilateral que cursó con un cuadro neurológico abigarrado y en el que se documentó una inversión espontánea del flujo sistólico en arterias cerebrales posteriores y basilar. **Caso clínico.** Mujer de 74 años de edad que ingresó por mareo, inestabilidad, ataxia, parestesias en miembros inferiores, acatisia, incontinencia esfinteriana, disartria, parafasias fonémicas e importante trastorno de la atención y memoria de fijación. Se apreció ausencia de pulso radial derecho, siendo el izquierdo débil con oscilación de media subdivisión a 100 mmHg. El estudio Doppler de troncos supraaórticos y transcraneal demostró inversión de flujo sistólico en ambas vertebrales, basilar y cerebrales posteriores. La angio-RM evidenció ausencia de lesiones isquémicas focales. La arteriografía confirmó estenosis prevertebral de ambas subclavias, que fueron tratadas con angioplastia y colocación de sendas prótesis endovasculares. El cuadro clínico revirtió de forma inmediata. El Doppler de control mostró normalización completa de los flujos intra y extracerebrales. **Conclusión.** El robo de subclavia bilateral puede manifestarse clínicamente de forma espontánea incluso en ausencia de lesiones estenosantes asociadas del sistema carotídeo o vertebrobasilar, probablemente debido a un mecanismo de insuficiencia hemodinámica asociado a inversión del flujo sistólico.

P7.

MIXOMA AURICULAR COMO CAUSA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mira Berenguer F^a, Abarca Olivas J^b, Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, Ruiz Vegara M^a, Lezcano Rodas M^a, Berenguer L^a, Moltó JM^a, Carneado J^a, Gracia F^a

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

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

Objetivo. Analizar la relación entre mixoma auricular y manifestaciones neurológicas. **Caso clínico.** Mujer de 45 años, con antecedente de mixoma auricular izquierdo intervenido con exéresis completa de éste, que acudió a Urgencias refiriendo sensación de mareo y dificultad para la marcha. Tras los estudios pertinentes, se detecta recidiva del mixoma auricular y varios accidentes cerebrovasculares agudos de perfil embólico. Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura utilizando la base de datos Medline. **Conclusiones.** El mixoma auricular es un tumor benigno intracardíaco poco fre-

cuento (0,5 casos por millón de habitantes), más prevalente en el sexo femenino. El 75% se encuentran en la aurícula izquierda. Los síntomas que provoca están en relación con fenómenos obstructivos, síntomas generales y eventos embólicos en cualquier parte del organismo. La principal herramienta diagnóstica es la ecocardiografía transesofágica con una sensibilidad cercana al 100%. Los eventos cerebrovasculares suelen ser isquémicos, provocados por embolismos de fragmentos tumorales, pero la presencia de aneurismas fusiformes múltiples y bilaterales en los vasos intracraneales predispone a la aparición de hemorragias cerebrales. El tratamiento de elección del mixoma auricular es la resección tumoral, con tasa de recidiva inferiores al 3%. La prevención de nuevos eventos embólicos mediante anticoagulación no es efectiva.

P8.

CAÍDAS INEXPLICADAS: ¿DESEMPEÑA UN PAPEL EL ESTUDIO NEUROSONOLÓGICO?

Martí Martínez S^a, Turpin Fenoll L^a, Pampliega Pérez A^a, Álvarez Saúco M^a, Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, Carneado J^a, Moltó Jordà JM^b

^a Laboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante.

Alicante. ^b Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivos. Valorar la patología detectada en el estudio neurosonológico en una serie de pacientes con caídas inexplicadas sin pérdida de conciencia. **Pacientes y métodos.** A partir del registro de estudios del Laboratorio de Neurosonología del HGUA se ha identificado a los pacientes remitidos para estudio por caídas inexplicadas. **Resultados.** En total se identificó a 32 pacientes, 24 mujeres y 8 varones. La edad media de los pacientes es de 66,81 ± 14,51 años. Sólo en dos casos (6,3%) se identificó estenosis carotídeas > 50%. Intracranalmente se identificó un paciente con estenosis leve de la arteria cerebral media y otro con estenosis de la arteria cerebral posterior derecha. En un caso (3,1%) se identificó una estenosis de la arteria vertebral izquierda y en otro paciente se identificó una asimetría significativa entre las arterias vertebrales sin que se pudiera identificar una lesión significativa en la arteria subclavia. **Conclusiones.** Tradicionalmente se atribuye con frecuencia a problemas circulatorios las caídas, especialmente en pacientes ancianos. Sin embargo, existen evidencias importantes que ponen en cuestión estos hallazgos. Nuestro trabajo, aunque a pequeña escala, viene a confirmar una baja prevalencia de patología vascular significativa en estos pacientes.

P9.

SÍNCOPES EN PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA ARTERIAL EN TRONCOS SUPRAAÓRTICOS

Turpin Fenoll L^a, Martí Martínez S^a, Álvarez Saúco M^a, Pampliega Pérez A^a, Alfaro Sáez A^a, Serna Candel C^a, Carneado Ruiz J^a, Moltó Jordà JM^b

^a Laboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante.

Alicante. ^b Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivos. Describir los hallazgos neurosonológicos en pacientes mayores de 45 años con síncope. Valorar la existencia de diferencias por razón de sexo y por grupos de edad (45-60, 60-70, 70-80 y > 80 años). **Pacientes y métodos.** Pacientes remitidos de forma consecutiva al Laboratorio de Neurosonología del HGUA y valorados mediante un protocolo de estudio neurovascular sistemático. **Resultados.** En total se incluyen 227 pacientes (55% varones). La edad media fue de 69,11 ± 10,61 años. La distribución por grupos de edad fue de 21,1, 25,6, 35,7 y 17,6%, respectivamente, en orden ascendente. El 3,6% de las carótidas valoradas (n = 554) presentó una estenosis hemodinámicamente significativa (> 50%). Más del 50% de dichas esteno-

sis corresponden al grupo de 70-80 años. El 80% de dichas estenosis corresponden a varones. Intracranalmente identificamos tres estenosis de arteria basilar y cuatro estenosis de la arteria cerebral media, en su mayor parte leves. **Conclusiones.** En un trabajo previo nos sorprendió una importante prevalencia de patología carotídea en pacientes con síncope. Dicha tendencia no se ha confirmado. Confirmamos otros datos de la bibliografía que sugieren una baja prevalencia de lesiones vasculares y concentrada en pacientes de alto riesgo.

P10.

ESTUDIO NEUROVASCULAR EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Alfaro Sáez A^a, Serna Candel C^a, Mira Berenguer F^a, Ruiz Vegara M^a, López Hernández N^b, García Escrivà A^c, Carneado J^a, Moltó Jordà JM^d

^aLaboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^bHospital General d'Elx. ^cHospital de Levante. Benidorm, Alicante. ^dUnidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Evaluar el estudio carotídeo en una serie consecutiva de pacientes valorados en un laboratorio de neurosonología con el diagnóstico de AIT. **Pacientes y métodos.** Pacientes con diagnóstico clínico de AIT remitidos desde enero de 2002 a enero de 2006 al Laboratorio de Neurosonología del HGUA. Además del estudio cervical se ha analizado el estudio transcraneal. A juicio del examinador se realizó estudio de FOP. **Resultados.** En total se han evaluado 868 pacientes (55% varones) con una edad media de $67,22 \pm 14,08$ años. A nivel carotídeo, de las 1.736 arterias evaluadas, el 2,02% presentaban una oclusión, el 3,34% una estenosis superior al 70% y el 5% una estenosis entre el 50 y el 70%. El 38,02% presentaban placas sin determinar estenosis hemodinámicamente significativas. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la patología grave por sexo, pero sí por razón de edad: los menores de 45 años no presentan patología carotídea relevante de forma significativa. Intracranalmente, en los 868 pacientes se identificaron 6 (0,7%) estenosis de ACA, 39 estenosis de ACM (3,7%), 23 (2,7%) estenosis de arteria basilar, 9 (1%) estenosis de arterias vertebrales (segmento V4) y 18 (2,1%) pacientes con robo subclavio. De los 97 pacientes en que se valoró la presencia de *shunt* derecha-izquierda, 32 (32,98%) fueron positivos. **Conclusiones.** Nuestra población con AIT presenta una prevalencia moderada de lesiones carotídeas y en valores similares de patología intracranial. Destaca también una prevalencia alta de *shunt* derecha-izquierda en pacientes seleccionados sobre sospecha clínica por neurólogos expertos.

P11.

ESTUDIO NEUROVASCULAR DE PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA DE REPERFUSIÓN CARDÍACA O PERIFÉRICA

Ruiz Vegara M^a, Mira Berenguer F^a, Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, Carneado Ruiz J^a, Moltó Jordà JM^b

^aLaboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^bUnidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Valorar las características del estudio neurovascular de pacientes candidatos a cirugía de perfusión miocárdica o periférica (aneurismas aórticos o arteriopatía periférica). **Pacientes y métodos.** Pacientes candidatos a cirugía de perfusión miocárdica, cirugía de aneurisma aórtico o de perfusión de miembros inferiores. Son remitidos por los servicios de Cirugía Vascular, Cardiología o Cirugía Cardíaca. **Resultados.** Hemos identificado en total 52 pacientes con estas características en nuestro registro informático. Predominan los varones (88,5%), con una edad media global de $67,90 \pm 9,17$ años. Solo el 14,4% de las carótidas valoradas no mostraban alteraciones significativas. El 19,23% de las carótidas valoradas presentaban una

estenosis > 50% (incluyendo tres oclusiones). El hallazgo más frecuente fue el de la presencia de placas no estenosantes (57,7%). Intracranalmente, el 10,58% de los pacientes presentaban estenosis en algún vaso. En 4 pacientes (3,85%) se identificó un fenómeno de robo de arteria subclavia. **Conclusiones.** Los datos recogidos sugieren de forma importante la relevancia de realizar de forma rutinaria a estos pacientes de alto riesgo vascular una valoración no invasiva, altamente fiable de los troncos supraaórticos previo a la cirugía para intentar reducir las complicaciones posquirúrgicas. Nuestra serie cuenta con el sesgo de no ser consecutiva ni sistemática, por ello se hace importante considerar la conveniencia de confirmar estos datos en series consecutivas e identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de asociar patología en troncos supraaórticos a fin de consolidar esta exploración en el protocolo preoperatorio de estos pacientes. Debe destacarse la importancia de una valoración completa incluyendo el estudio transcraneal.

P12.

AMAUROSIS FUGAZ Y PATOLOGÍA CAROTÍDEA

Mira Berenguer F^a, Ruiz Vegara M^a, Alfaro Sáez A^a, Serna Candel C^a, Lezcano M^a, Berenguer L^a, Carneado J^a, Moltó Jordà JM^b

^aLaboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^bUnidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Evaluar el estudio carotídeo en una serie consecutiva de pacientes valorados en un laboratorio de neurosonología con el diagnóstico de amaurosis fugaz. **Pacientes y métodos.** Pacientes con diagnóstico clínico de amaurosis fugaz remitidos desde enero de 2002 a enero de 2006 al Laboratorio de Neurosonología del HGUA. Además del estudio cervical se ha analizado el estudio transcraneal. A juicio del examinador se realizó estudio de foramen oval permeable. **Resultados.** En total se ha evaluado 101 pacientes (56,4% mujeres), con una edad media de $62,21 \pm 12,89$ años. A nivel carotídeo, de las 202 arterias evaluadas, el 2,55% presentaban una oclusión ipsilateral, el 4,5% una estenosis superior al 70% y el 5% una estenosis entre el 50 y el 70%. El 30,2% presentaban placas sin determinar estenosis hemodinámicamente significativas. De forma estadísticamente significativa la patología grave predomina en varones. En menores de 45 años no detectamos patología carotídea relevante de forma significativa. Intracranalmente se identificó una (1%) estenosis de ACA, 3 estenosis de ACM (3%) y 4 pacientes con robo subclavio. De los 7 pacientes en que se valoró la presencia de *shunt* derecha-izquierda, sólo 2 fueron positivos. **Conclusión.** Confirmamos la alta prevalencia de patología carotídea grave en pacientes con clínica de amaurosis fugaz en nuestra población, especialmente en varones mayores de 45 años.

P13.

PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS EL ICTUS. ¿ALGÚN FACTOR CONDICIONA NUESTRA DECISIÓN?

Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, Mira Berenguer F^a, Ruiz Vegara M^a, López-Hernández N^b, García Escrivà A^c, Gracia Fleta F^a, Carneado Ruiz J^a, Moltó Jordà JM^d

^aLaboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^bHospital General d'Elx. ^cHospital de Levante. Benidorm, Alicante. ^dUnidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Analizar si existe factores basados en factores de riesgo vascular o en hallazgos neurosonológicos, que condicionen la elección del tratamiento preventivo tras un ictus. **Pacientes y métodos.** En la UIC del HGUA se incluye a los pacientes en un registro informatizado. Todos los pacientes incluidos en él, y que contaban con un estudio

neurovascular adecuado, eran elegibles para el estudio. **Resultados.** En total, en 3 años se han incluido 1.135 pacientes (51,5% varones), con una edad media de $71,39 \pm 12,23$ años. El tratamiento antiagregante al alta preferido fue clopidogrel (28,1%), seguido de ácido acetilsalicílico (26,8%), anticoagulación (17,4%) y Triflusal (10,1%). Los pacientes con placas carotídeas o estenosis significativas recibieron clopidogrel con más frecuencia de forma estadísticamente significativa. Diabetes y dislipemia también se asociaron con más frecuencia al tratamiento con clopidogrel, mientras que la HTA no influyó en la elección del tratamiento preventivo. En AIT carotídeos y vertebrobasilares e infartos aterotrombóticos se eligió preferentemente clopidogrel, mientras que el ácido acetilsalicílico fue el tratamiento más frecuente en infartos lacunares, y la anticoagulación, en los cardioembólicos. **Conclusión.** Nuestros datos parecen reflejar la existencia de factores que condicionan la elección del tratamiento para la prevención secundaria tras un ictus, primando el clopidogrel en pacientes a los que se les supone un mayor riesgo de recurrencia.

P14.

FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Lezcano M^a, Berenguer L^a, Mira Berenguer F^a, Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, López Hernández N^b, García Escrivà A^c, Gracia Fleta F^a, Carneado Ruiz J^a, Moltó Jordà JM^d

^a Laboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante.

Alicante. ^b Hospital General d'Elx. ^c Hospital de Levante. Benidorm, Alicante.

^d Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Analizar la prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos en pacientes con accidente isquémico transitorio (AIT). **Pacientes y métodos.** En la UIC del HGUA se incluye a los pacientes en un registro informatizado, todos los pacientes incluidos en él con el diagnóstico de AIT. El AIT se clasificó según el territorio afectado. **Resultados.** En total, en 3 años se han incluido 256 pacientes (51% varones), con una edad media de $68,84 \pm 13,66$ años. No hemos encontrado diferencias significativas en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico o etílico, ni por el tipo de tratamiento utilizado para el control de dichos factores de riesgo en nuestros pacientes. El sexo influyó en el territorio afectado, siendo más frecuente la afectación vertebrobasilar en varones. Tampoco la edad marca diferencias significativas. No hemos encontrado diferencias significativas en las cifras al ingreso de glucemia, hematocrito, presión arterial sistólica o diastólica. Las cifras de colesterol, y sus subfracciones, y de triglicéridos tampoco suponen diferencias significativas. **Conclusión.** Nuestros datos no indican que el territorio afectado en los AIT se asocie a diferencias en los patrones de factores de riesgo vascular clásicos. Únicamente el hecho de ser varón supone un leve aumento de riesgo para sufrir un AIT en territorio vertebrobasilar.

P15.

FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS EN INFARTOS CEREBRALES DE DIFERENTE ETIOLOGÍA

Berenguer L^a, Lezcano M^a, Mira Berenguer F^a, Serna Candel C^a, Alfaro Sáez A^a, López Hernández N^b, García Escrivà A^c, Gracia Fleta F^a, Carneado Ruiz J^a, Moltó Jordà JM^d

^a Laboratorio de Neurosonología. Hospital General Universitario de Alicante.

Alicante. ^b Hospital General d'Elx. ^c Hospital de Levante. Benidorm, Alicante.

^d Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Objetivo. Analizar la prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos en pacientes con infarto cerebral establecido, comparándolos según su etiología. **Pacientes y métodos.** En la UIC del HGUA se incluye a los pacientes en un registro informatizado. Todos los pa-

cientes incluidos en él con el diagnóstico de infarto cerebral eran elegibles para este estudio. La clasificación etiológica se realizó de acuerdo con las recomendaciones del grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. **Resultados.** En total, en 3 años se han incluido 733 pacientes (51 % varones), con una edad media de $71,9 \pm 11,81$ años. No hemos encontrado diferencias significativas en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico o etílico, en los subtipos principales, si bien sí existían diferencias esperables con respecto a los infartos de causa infrecuente. Por sexo, los varones sufren más infartos aterotrombóticos y lacunares (56 frente a 43%), mientras que en las mujeres predomina el cardioembólico (34 frente a 66%). Respecto a la edad, los pacientes con infartos indeterminados por concomitancia o de causa infrecuente son significativamente más jóvenes. Llama la atención que el infarto criptogénico coincide en prácticamente todos los parámetros analizados con el aterotrombótico/lacunar. Obviamente, la cardiopatía de alto riesgo embólico fue significativamente más frecuente en los infartos cardioembólicos. **Conclusión.** Nuestros datos, en general, coinciden con los publicados con otras poblaciones. Los factores de riesgo vascular son similares en los distintos subgrupos etiológicos excepto en aquellos casos en los que entran en su definición. Destaca la mayor prevalencia de infarto cardioembólico en mujeres.

P16.

IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA POR DIFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA EMBOLIA GRASA CEREBRAL

Leiva Salinas C, Poyatos C, González Masegosa A, Ferrer Casanova JM, Prieto F

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Caso clínico. Paciente de 19 años que acude por fractura de tibia y peroné derechos en accidente de tráfico. Tras la intervención, bajo anestesia, presenta cuadro confusional con mioclonías generalizadas con carácter persistente que precisa ingreso en el Servicio de Reanimación. En ese momento, el paciente está confuso y agitado, sin signos meníngeos ni focalidad neurológica. Asocia sacudidas en extremidades superiores. Se practica TAC craneal y punción lumbar, ambas normales. El estudio de EEG muestra actividad punta-onda frontotemporal con generalización. Tras la administración de valproato el paciente mejora, con recuperación del nivel de conciencia y desaparición del cuadro mioclónico. Se practica estudio de RM craneal que muestra lesiones hiperintensas bilaterales en ambas coronas radiadas cerebrales en estudios T₂, con restricción de la difusión, sin evidencia lesional en T₁, que sugieren lesiones hipoxicoisquémicas de carácter agudo. En la TAC pulmonar se aprecian pequeñas lesiones en ambos pulmones con patrón de vidrio esmerilado. Al mes, con mejoría clínica completa, persisten las lesiones en la RM craneal con apariencia de cronicidad sin restricción de difusión. **Conclusiones.** La presentación, el cuadro clínico, el EEG y los hallazgos en RM sugieren el diagnóstico de embolia grasa secundaria a fractura y fijación intramedular. La no realización de estudios de imagen hace que este tipo de alteraciones se diagnostiquen con menor frecuencia de su incidencia real.

P17.

FÍSTULA VERTEBROYUGULAR TRAS CATÉTER VENOSO CENTRAL

Sánchez JC^a, Magraner MJ^a, Mainar E^b, Lago A^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurorradiología.

Hospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción. Una de las posibles complicaciones de todo acceso vascular es la provocación de una fístula arteriovenosa, pero así co-

mo en el caso de cateterizar arterias es un proceso infrecuente, en el caso de accesos venosos resulta excepcional, y más aún lo es que se manifieste como mielopatía. *Caso clínico.* Mujer de 39 años de edad que ingresa por debilidad en el miembro superior derecho. Como antecedente destaca intervención de adenocarcinoma gástrico, durante la cual se colocó vía central yugular derecha. Tras la intervención, la paciente presentó hipoestesia, dolor intenso lancinante y disminución progresiva de fuerza en el miembro superior derecho, junto con ptosis palpebral homolateral. La exploración neurológica mostró Horner derecho, junto con hipoestesia en la cara anterior de antebrazo y debilidad de la extremidad superior derecha, con reflejos profundos abolidos e hipoactivos en el resto de territorios motores. Soplo 'de maquinaria' supraclavicular derecho. RM cerebral y de hombro normales. En la arteriografía evidenciamos fístula vertebrojugular derecha, que posteriormente se embolizó sin complicaciones, quedando la paciente asintomática. Tres meses después, exploración neurológica normal. *Conclusión.* Las fístulas arteriovenosas, raras complicaciones de la cateterización de vías centrales, deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en el contexto de mielopatía, sobre todo ante un antecedente de cateterización de la vía central.

P18.

DEMANDA DE NECESIDADES DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN EXPRESADAS POR CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Pérez Cerdá I, Ferrer Navajas MM, Morales Espinosa C, Gomis JM, Frutos Alegría MT, Morera Guitart J
CDP-ALZ San Vicente. Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante

Objetivos. Conocer las necesidades de formación e información expresadas por los cuidadores de pacientes con demencia atendidos en nuestra unidad, con el fin de ajustar el programa de formación a cuidadores, recopilar información para diseñar documentos informativos y realizar una guía de información al cuidador para profesionales de la salud. *Materiales y métodos.* Elaboramos una encuesta y recogimos sistemáticamente, desde marzo de 2003, las necesidades de formación expresadas por los cuidadores antes del inicio de los cursos de formación. Analizamos los resultados obtenidos de los 31 cursos realizados durante este período. Clasificamos las necesidades expresadas según temática, frecuencia y porcentaje. *Resultados.* Se realizó la encuesta a 223 cuidadores, 71,3% de los cuales eran mujeres. El 1,7% no contestaron. Edad media global: 50,58 años. Obtuvimos 602 necesidades expresadas, clasificándolas en: manejo de trastornos conductuales (20,93%), conocimiento sobre la enfermedad (16,78%), realización de actividades de la vida diaria (13,62%), conocimiento sobre trastornos conductuales (9,97%), adaptación de la tarea (5,98%), evolución de la enfermedad (4,98%), conocimiento de las alteraciones cognitivas (4,98%), tratamiento farmacológico (4,98%), recursos asistenciales (4,31%), autocuidado (3,32%), cuidar al cuidador (2,49%), uso de sistemas mnésicos preservados (2,32%), estimulación cognitiva (1,99%), ayudas económicas (1,33%), aspectos legales (0,83%), solicitud de necesidades asistenciales (0,83%) y normas de seguridad (0,33%). *Conclusiones.* Los trastornos de conducta y el conocimiento de la enfermedad representan la mayor demanda de formación. Destaca la baja frecuencia de solicitud de formación relativa al autocuidado y a cuidar al cuidador, así como sobre aspectos economicolegales, alteraciones cognitivas y tratamiento de la enfermedad.

P19.

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA MEMANTINA EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MODERADAMENTE GRAVE A GRAVE

Mazón Herrero J, Peset Macebo V, Lacruz Ballester L, Lominchar J, Escudero J

Unidad de Demencias. Servicio de Neurología.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia

Introducción. Estudios preclínicos han demostrado que la administración de memantina puede disminuir la toxicidad neuronal asociada a una excesiva liberación de glutamato y por tanto aportar mejoras en los síntomas y neuroprotección en pacientes afectados de demencia. En ensayos clínicos que comparan memantina frente a placebo se describen mejorías estadísticamente significativas durante al menos 6 meses en la cognición, la funcionalidad y la respuesta global. *Objetivo.* Evaluar la seguridad y eficacia de la memantina en el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer moderadamente grave a grave (GDS 5-6) en condiciones de práctica clínica habitual. *Pacientes y métodos.* Seleccionamos 20 pacientes con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer (GDS 5-6), con cuidador fiable e iniciamos tratamiento con memantina. Realizamos seguimiento prospectivo de 12 meses con controles al mes, a los 6 y a los 12 meses mediante protocolo de evaluación donde se registran los tratamientos del paciente para otras patologías, las pautas de tratamiento con memantina, la existencia de otros tratamientos para la enfermedad de Alzheimer, el funcionamiento neuropsicológico general (MMSE), la gravedad de la enfermedad y los posibles cambios en la situación clínica (ICG-C/G), la capacidad cognitiva y funcional global (FAST), el rendimiento y adaptación en las actividades de la vida diaria (ADAS-ADL), los síntomas neuropsiquiátricos y trastornos del comportamiento (NPI), así como la correcta cumplimentación del tratamiento y los acontecimientos adversos. *Resultados.* No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el funcionamiento neuropsicológico general, la gravedad de la enfermedad y la situación clínica, la capacidad cognitiva y funcional global y el rendimiento en las actividades de la vida diaria (AVD) basales respecto de los controles realizados al mes, 6 y 12 meses. Los síntomas neuropsiquiátricos y los trastornos del comportamiento basales se redujeron de forma estadísticamente significativa a los 6 y 12 meses. La instauración de la memantina en pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadio moderadamente grave a grave mantiene de forma estadísticamente significativa el funcionamiento neuropsicológico general, la capacidad cognitiva y funcional global y el rendimiento en las AVD y reduce los síntomas neuropsiquiátricos y los trastornos del comportamiento durante al menos el primer año de tratamiento.

P20.

EVOLUCIÓN COGNITIVA Y LINGÜÍSTICA EN UN CASO DE AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Rosell Clari V, González Masegosa A, Miralles Adell JL

Servicio de Neurología. Universitat de Valencia. Hospital Dr. Peset. Valencia

Introducción. La afasia progresiva primaria es un síndrome poco frecuente en el que destaca el empeoramiento progresivo del lenguaje en pacientes en los que se mantienen relativamente preservadas otras capacidades cognitivas, instrumentales o conductuales, durante las primeras fases del proceso degenerativo. Sin embargo, se observa una gran heterogeneidad tanto en la evolución de la sintomatología lingüística y cognitiva, como neuropatológica, aunque la mayoría de los estudios muestran atrofia cortical frontal y/o temporal. *Caso clínico.* Se muestra la evolución cognitiva, lingüística y neurológica mediante la utilización de diferentes tests y técnicas de neuroimagen

de un paciente diagnosticado de afasia progresiva primaria durante los años 2002, 2003 y 2004. Se describen los resultados obtenidos y se comparan estadísticamente. *Conclusión.* Se observa un paralelismo entre el deterioro cognitivo y el deterioro lingüístico.

P21.

ATAQUES DE PÁNICO COMO POSIBLE EFECTO ADVERSO DEL PRAMIPEXOL

Alonso Navarro H^a, Jiménez Jiménez FJ^b

^a Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

^b Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivo. Presentar el primer caso descrito en la bibliografía de una paciente con ataques de pánico relacionados posiblemente con el agente antiparkinsoniano pramipexol. *Caso clínico.* Mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés ni patología psiquiátrica previa, diagnosticada de enfermedad de Parkinson de predominio rígidoacínético y en extremidades derechas. Se decidió iniciar tratamiento con agonista dopaminérgico en pauta lentamente ascendente, tras lo cual desarrolló dos ataques de pánico según los criterios del DSM-IV en relación con la toma de dos dosis orales de pramipexol de 0,09 mg y 0,18 mg, respectivamente, con un mes de intervalo y de intensidad dosisdependiente. Se decidió suspender dicho tratamiento e iniciar tratamiento con levodopa hasta 300 mg/día, no sufriendo episodios compatibles con crisis de ansiedad o pánico posteriores. *Conclusión.* Los ataques de pánico podrían considerarse como un efecto secundario de los agonistas dopaminérgicos, incluso en dosis bajas, a expensas de la estimulación de los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos, según se ha demostrado también por estudios experimentales.

P22.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvarez Saúco M^a, Leiva Santana C^b

^a Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante.

^b Hospital General Universitario de Alicante. Alicante

Introducción. Debido al escaso número de mujeres en edad fértil con enfermedad de Parkinson (EP), existe poca experiencia sobre los efectos del embarazo en la EP y sobre la seguridad de los fármacos antiparkinsonianos. Igualmente supone un reto el tratamiento con toxina botulínica de las distonías y otros trastornos del movimiento durante el embarazo. *Objetivo.* Aportar un nuevo caso de tratamiento antiparkinsoniano durante el embarazo, incluyendo combinación de fármacos, y revisar la bibliografía existente hasta la fecha. *Caso clínico.* Mujer embarazada de 37 años con EP. Durante las primeras nueve semanas de gestación se trató con selegilina, pramipexol y levodopa más benseracida, continuando el resto del embarazo con levodopa más benseracida. El niño nació a término en parto vaginal, con examen sistémico y neurológico normal hasta la fecha (10 meses). El parkinsonismo empeoró durante el embarazo, volviendo a la situación basal en el posparto, sin asociarse complicaciones. *Conclusiones.* De acuerdo con los casos descritos en la bibliografía, y en nuestra experiencia, el tratamiento de la EP con levodopa más benseracida parece ser seguro durante el embarazo. Aunque son escasos los casos descritos con selegilina y pramipexol, en nuestro caso la combinación inicial de los tres fármacos no asoció complicaciones. A pesar de que los datos sobre el tratamiento de diversos trastornos del movimiento en el embarazo provienen mayoritariamente de estudios animales, existen fármacos aparentemente seguros, siempre individualizando en cada paciente beneficios y prejuicios del tratamiento.

P23.

HEMIPAQUIMENINGITIS EN PACIENTE CON PANARTERITIS NODOSA

Más Sese G, Álvarez Saúco M, García Quesada MA,

Plaza Macías I, Alom Poveda J

Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante

Introducción. La poliarteritis nodosa (PAN) afecta en un 60% de los casos al sistema nervioso periférico, siendo más rara y tardía la afectación central. En nuestro conocimiento, no existen descritos casos de paquimeningitis limitadas a un único hemisferio cerebral en estos pacientes. *Objetivos.* Describir un caso de probable hemipaquimeningitis con edema en paciente diagnosticada de PAN, y presentar la llamativa neuroimagen seriada del caso. *Caso clínico.* Mujer de 76 años que consulta por cefalea hemicraneal derecha intensa y por presentar 6-8 episodios de hemiparesia izquierda transitorios, de una hora de duración, en los tres días previos al ingreso. La cefalea se había iniciado un año antes, inicialmente intradialisis, haciéndose continua progresivamente. Año y medio previo al ingreso presentó focalidad fluctuante similar que remitió con tratamiento inmunosupresor. Antecedentes personales: PAN diagnosticada en 2003, con insuficiencia renal y polineuropatía asociadas, HTA y en tratamiento corticoideo y hemodiálisis. Pruebas complementarias: VSG 110. Citobioquímica, serología y cultivos de LCR normales. RM encefálica al ingreso: engrosamiento paquí y leptomeníngeo, con edema circundante y captación de gadolinio, limitada a hemisferio cerebral derecho. RM encefálica un año y medio antes: hallazgos similares pero más sutiles. Evolución: resolución de la focalidad y mejoría de la cefalea con aumento de corticoides habituales y pulsos de ciclofosfamida. *Conclusión.* Pensamos que se trata de una hemipaquimeningitis hipertrófica de probable origen inflamatorio autoinmune. El edema asociado es infrecuente, pero conocido y de mecanismo incierto. En nuestro conocimiento, es el primer caso descrito en el contexto de una vasculitis sistémica.

P24.

EDEMA CITOTÓXICO Y DISFUNCIÓN PROGRESIVA DE LA VÍA PIRAMIDAL EN UN PACIENTE CON COINFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y VIRUS DE LA HEPATITIS C

López Pesquera B, Ponz A, Piera A, Galindo J,

Martínez C, Abdilla N, Láinez JM

Hospital Clínico Universitario. Valencia

Introducción. Las complicaciones neurológicas son frecuentes tanto en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como por virus de la hepatitis C (VHC). Entre los mecanismos de daño neurológico, el inmune está frecuentemente implicado, especialmente en situaciones de coinfección VIH-VHC. *Objetivo.* Presentar un caso de disfunción progresiva subaguda de la vía piramidal con imagen de edema citotóxico afectando de manera selectiva el trayecto de ambas vías piramidales, en el que planteamos un posible mecanismo inmune como origen del cuadro. *Caso clínico.* Varón de 39 años con coinfección VIH-VHC. Inicia clínica progresiva subaguda de debilidad en extremidades y disfunción esfinteriana. Semiológicamente destacaba una afectación de primera motoneurona bilateral con tetraparesia espástica levemente asimétrica de predominio en miembros inferiores, a la que añade disfagia, y disartria espásticas. Un primer ensayo con esteroides en altas dosis fue ineficaz. El tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (Ig IV) se siguió de una rápida estabilización con reversión parcial de la clínica. Tras un mes de estabilidad retoma el curso progresivo. Se repite pauta de Ig IV, que reestabiliza muy transitoriamente el cuadro reiniciando de nuevo un curso progresivo que ni la plasmaféresis ni una nueva pauta de esteroides consiguen contro-

lar. La RM evidenciaba una hiperintensidad en T₂-DP-FLAIR y DWI con restricción del agua libre en ADC compatible con edema citotóxico a lo largo de ambas vías piramidales. **Conclusión.** La marcada selectividad inicial de la afectación de la vía piramidal, tanto clínicamente como en neuroimagen, así como la respuesta inicial a las Ig IV, plantean como origen más probable del cuadro el daño inmunomediado, máxime en un contexto de coinfección VIH-VHC.

P25.

SÍNDROME DE BROWN EN UN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Rodríguez Luna D, Martínez Maruri E, Geffner Sclarsky D, Del Villar Igea A, Pérez Saldaña T
Sección de Neurología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Introducción. El síndrome de Brown consiste en una retracción de la vaina de inserción del músculo oblicuo superior del ojo. Puede ser congénito o adquirido (sobre todo en pacientes con enfermedades reumatológicas). Cursa con limitación de la elevación del ojo en adducción, por lo que puede confundirse inicialmente con una parálisis parcial del III par craneal con afectación del músculo oblicuo inferior. Suele ser autolimitado, si bien puede remitir con corticoides. **Caso clínico.** Mujer de 32 años con diplopía binocular cuando mira hacia arriba e izquierda y dolor en ambos ojos, de cuatro días de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Como antecedentes destacaban lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido. Al ingreso presentaba mirada conjugada en la posición espontánea de los ojos con limitación de la elevación en adducción del ojo derecho, siendo el resto de exploración normal. Analítica: anticuerpos ANA, 1/1280; anti n-DNA, 1/640; anticardiolipina IgG, 35,1; factor reumatoide, 128,1 (resto de análisis normales). Las exploraciones complementarias fueron normales (incluyendo TC craneal, RM cerebral y test de tensilon). Se llegó al diagnóstico por la combinación de clínica y antecedentes, así como por la normalidad en el resto de pruebas. Evolucionó favorablemente sin tratamiento, presentando al mes del alta hospitalaria mínima diplopía junto con dolor leve de forma ocasional al forzar la mirada. **Conclusión.** La correcta identificación de este síndrome es importante para prevenir la realización de exploraciones invasivas innecesarias pensando en una aparente parálisis parcial del III par craneal.

P26.

ENCEFALOMIELITIS DE MOLLARET

Galiano R^a, García Escrib M^a, Catalá J^a, Miranda V^b
^a Sección de Neurología. ^b Servicio de Medicina Interna. ERESA.
Hospital de Sagunto. Sagunto, Castellón

Introducción. El síndrome de Mollaret es una meningitis linfocítica recidivante de etiología desconocida y curso benigno. Se comunica un caso atípico por su presentación clínica al asociar afectación encefálica y medular, y por las alteraciones en las pruebas complementarias. **Caso clínico.** Mujer de 31 años con antecedentes de meningoencefalitis de repetición en la infancia. Ingresó por un cuadro de dolor retrocular sin alteraciones visuales seguido días después de retención urinaria, diplopía, temblor e inestabilidad al deambular. Tenía fiebre y rigidez de nuca, y en la exploración neurológica se apreció paresia del VI par izquierdo, leve tetraparesia con piramidismo, mioclonías, ataxia y un dudoso nivel sensitivo C2-C3. El LCR mostró pleocitosis linfocitaria, con índice IgG y estudios serológicos y microbiológicos normales. En la RM cerebral se objetivó un gran realce leptomeníngeo con extensión a los ganglios basales, e incremento de señal intramedular periependimario y en el tronco cerebral. Los potenciales evocados visuales mostraron una profunda lentificación en ambos ojos, y en el EEG aparecieron sig-

nos de sufrimiento cerebral difuso. A pesar del tratamiento inicial con aciclovir y antibioterapia de amplio espectro, la paciente fue deteriorándose, por lo que se ensayó tratamiento con bolos de metilprednisolona; se obtuvo en 48 horas una mejoría espectacular, tanto clínica como radiológica, quedando asintomática en dos semanas. **Conclusiones.** El síndrome de Mollaret se puede manifestar con un amplio espectro de síntomas y, a pesar de tener un buen pronóstico, ocasionalmente puede causar una grave disfunción neurológica. En estos casos, el tratamiento con bolos de metilprednisolona puede ser la opción terapéutica de elección.

P27.

ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI CON EXCELENTE RESPUESTA A CORTICOIDES Y TIAMINA ENDOVENOSOS

Piera A, Santonja JM, López B, Gil R, Salvador A, Fratalia L, Ponz A, Láinez JM
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Introducción. La enfermedad de Marchiafava-Bignami (EMB) consiste en una desmielinización y necrosis selectiva del cuerpo calloso en pacientes con historia de consumo crónico de alcohol o déficit nutricional. Presentamos un caso de EMB con respuesta completa, tanto clínica como de neuroimagen, a la administración de corticoides y tiamina endovenosos en fase aguda. **Caso clínico.** Varón de 41 años de edad, con antecedentes de hábito enólico crónico de más de 15 g diarios, que presenta clínica de inicio agudo caracterizada por dificultad para la deambulación, bradipsiquia y torpeza motora. A la exploración destaca ataxia axial y apendicular grave, déficit visual bilateral, apraxia ideomotora del miembro superior derecho, inatención y lenguaje disártrico. El estudio neuropsicológico es compatible con un síndrome de desconexión hemisférica. La RM muestra hiperintensidad, en secuencias T₂ y FLAIR, de la totalidad del cuerpo calloso, con brillo en secuencia de difusión. Se inicia tratamiento con esteroides intravenosos en dosis de 1 mg/kg asociando tiamina intravenosa, con excelente respuesta clínica, neuropsicológica y total resolución de las lesiones en difusión. **Conclusión.** La afectación masiva del cuerpo calloso en la EMB, con estudio de difusión en RM positivo, es un signo de mal pronóstico. Pensamos que la asociación temprana de corticoterapia y tiamina intravenosos es clave en la evolución de algunos pacientes.

P28.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ RECIDIVANTE

Martínez E, Cerveró D, Geffner D, Rodríguez D, Pérez T, Del Villar A
Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana

Introducción. La recidiva del síndrome de Guillain-Barré (SGB) es infrecuente y las series tienen poca casuística. **Objetivo.** Describir una paciente con tres episodios recurrentes de SGB en el lapso de 30 años. **Caso clínico.** Mujer de 68 años sin enfermedades sistémicas conocidas que presentó cuadro de tetraparesia flácida arrefléjica, que alcanzó acmé a las 48 horas del inicio, con afectación bulbar. Analítica general, ECG y radiografía de tórax: normales. EMG compatible con SGB. LCR inicial normal y a los 14 días con disociación albuminocitolplásmica; espirometría, moderada afectación ventilatoria; volumen tidal, 500 mL. La paciente, a las 48 h del ingreso, entra en la UCI por deterioro neurológico, no requiriendo ventilación mecánica. Se pautaron cinco días de tratamiento con IgG intravenosas. Después de dos semanas, clara mejoría de la tetraparesia, sin complicaciones sistémicas, con alta hospitalaria a los 45 días. En control en Consultas Externas se advierte mínima debilidad residual en las piernas. **Conclusiones.** La recurrencia del SGB

es infrecuente, existen series que dan alrededor de un 5%, y otras, alrededor del 4%. Se ha observado que con cada recidiva aumenta la probabilidad de mayores secuelas neurológicas, como pie péndulo y debilidad a la prensión; así mismo, se observa que con IgG intravenosas existe menor recidiva que con otras formas de tratamiento como la plasmaféresis, pero en cada episodio hay menor respuesta a dicho tratamiento. Nuestro caso ha respondido bien y presenta mínimo déficit en la flexión de ambos pies.

P29.

MONONEUROPATÍA DEL NERVO CIÁTICO COMÚN SECUNDARIA A ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Pérez Saldaña MT^a, Montoya FJ^b, Orenga J^b, Molina J^c

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurofisiología.

^c Servicio de Cirugía. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana

Introducción. La afectación del sistema nervioso periférico secundaria a patología vascular se ha relacionado clásicamente con la arteriopatía isquémica aguda. Menos conocidas son las alteraciones

neuropáticas secundarias a una isquemia crónica. *Caso clínico.* Varón de 54 años, con hábito tabáquico importante y enólico leve, diagnosticado de arteriopatía periférica crónica. Consulta por cuadro de dolor y parestesias/disestesias en el antepié derecho, que irradian por la región anteroexterna de la pierna hasta la rodilla, de mayor intensidad al elevar el miembro. Se objetivan cambios tróficos distales de ambos miembros inferiores, de predominio derecho. Los pulsos periféricos están muy disminuidos en ambos miembros inferiores. En el equilibrio muscular destaca debilidad para la extensión del primer dedo del pie derecho (2/5). La electroneuromiografía identifica una mononeuropatía grave del nervio ciático común derecho, sobre una polineuropatía sensitivomotora de predominio desmielinizante. La angiorrresonancia muestra múltiples estenosis en la iliaca primitiva y la iliaca externa derecha. *Conclusión.* La disminución del flujo sanguíneo en la *vasa nervorum*, como ocurre de forma secundaria a la oclusión arterial crónica, puede causar una polineuropatía tanto axonal como desmielinizante, así como diferentes mononeuropatías. En el caso clínico presentado, la estenosis significativa de las arterias que irrigan el nervio ciático se propone como mecanismo de la lesión nerviosa, que en este caso fue la clínica inicial del paciente.