

COMUNICACIONES ORALES

01.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD TELEFÓNICA EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS

Toribio-Díaz E, Morera-Guitart J, Palao-Duarte S,
Morales-Espinosa C, Celorrio G

Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer (CDP-ALZ).
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivo. Describir el sistema de atención telefónica desarrollado en el CDP-ALZ y analizar su relevancia en la labor asistencial global. **Materiales y métodos.** Ofrecemos a pacientes, familiares y médicos la posibilidad de contactar telefónicamente con nosotros fuera de cita. La enfermera recoge el contenido de la llamada en un formulario específico entregándolo a quien va dirigido, el cual, tras analizar la información y de manera diferida, contacta con quien llamó tomando las decisiones oportunas. Realizamos un estudio retrospectivo de la atención telefónica realizada en 2006. **Recogimos:** tipo y motivo de llamada, sexo y parentesco, GDS, quién responde, tipo y demora de respuesta. **Resultados.** Recibimos 444 llamadas telefónicas, correspondiendo al 20% de la actividad global presencial de la unidad. 5,3% fueron urgentes. Origen de la llamada: 74% fueron mujeres; 62,2% hijos, 18,9% cónyuges. Distribución por GDS: 6 (34,8%), 5 (23,5%) y 4 (18,2%). Motivos más frecuentes de llamada: síntomas psicoconductuales (32,6%) y efectos adversos de la medicación (22%). El neurólogo respondió al 93% de las llamadas. En un 43,2% se modificó el tratamiento y en un 18,9% se adelantó la cita del paciente. La demora de respuesta fue de 2,17 días. El 64% de las llamadas se respondieron en dos días. **Conclusiones.** La atención telefónica representa una parte importante de nuestra actividad asistencial, resolviendo en poco tiempo la mayoría de las consultas. Los hijos demandan con mayor frecuencia este servicio, así como los GDS 4-6. El principal motivo de llamada son los síntomas psicoconductuales y los efectos adversos de medicación, procediéndose principalmente a ajustar la medicación o a adelantar la cita de revisión.

02.

INFORMACIÓN EN LA REMISIÓN AL NEURÓLOGO DE PACIENTES CON POSIBLE DEMENCIA

Lacruz-Ballester L, García-Pastor A, Moltó-Jordà JM, Díaz-Insa S
Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Introducción. Las consultas para la valoración neurológica del deterioro cognitivo han aumentado notablemente en los últimos años, y se prevé un continuo crecimiento de esta demanda. Es necesaria una organización asistencial de la demencia que permita diagnosticar y tratar de forma eficiente. **Objetivo.** Como paso previo a crear un protocolo conjunto con atención primaria, de diagnóstico y derivación a neurología de pacientes con posible demencia, hemos querido conocer la situación actual en nuestra área. **Material y métodos.** Se han revisado las hojas de petición de consulta de todas las primeras visitas de las dos consultas específicas de demencia de nuestro servicio durante dos meses (45 pacientes). **Resultados.** El 62,2% procedían de atención primaria. La demora en asistencia fue

de 73,85 días. El motivo de consulta más frecuente fue 'pérdida de memoria'. Sólo un 28,9% informaba del tiempo de evolución, un 55,6% de los antecedentes médicos y un 22,2% del tratamiento habitual. Sólo en seis pacientes se realizó un test de cribado como el MMSE. En cuanto a pruebas complementarias, ocho pacientes aportaban analítica, y seis, TAC cerebral. Hubo un alto porcentaje de no presentados (20%). Tras la primera valoración neurológica, la impresión diagnóstica más frecuente fue deterioro cognitivo leve (GDS 3) en un 33,3% y GDS 4 en un 25%. **Conclusiones.** Una mejor información nos ayudaría a conocer los criterios de remisión y priorizar la asistencia en aquellos que necesiten un diagnóstico y tratamiento más precoz

03.

HALLAZGOS EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ¿UN NUEVO MOTIVO DE DERIVACIÓN AL NEURÓLOGO?

López-Hernández N, Espinosa-Martínez J

Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en pacientes que han sido derivados al neurólogo no por síntomas, sino por la existencia de hallazgos en diferentes pruebas complementarias. **Pacientes y métodos.** De las 4.664 primeras visitas atendidas en las consultas de neurología del centro de especialidades de Elche durante el periodo de estudio, 40 pacientes (0,86%) fueron derivados por hallazgos en pruebas. Analizamos sus características principales. **Resultados.** Las pruebas fueron solicitadas mayoritariamente por ORL (27,5%) y por traumatología (15%) y eran fundamentalmente estudios de RM encefálica (47,5%) y de TAC craneal (17,5%). Aunque algo más de la mitad de los pacientes (22/40) describían sintomatología neurológica, sólo en ocho casos existía una correlación clínica entre los hallazgos y los síntomas de los pacientes. Pudieron ser alta en la primera visita 18 pacientes (45%), precisaron completar estudio con más pruebas 15 pacientes (37,5%), y el resto se derivó para ingreso o a neurocirugía. **Conclusión.** La derivación por hallazgos en pruebas complementarias, y no por determinada sintomatología, es un hecho en nuestras consultas. Se trata de un proceso que genera ansiedad en los pacientes y nos obliga a cambiar nuestra actitud diagnóstica tradicional.

04.

ACTIVITAT DEL NEURÒLEG DE GUÀRDIA DE PRESENCIA FÍSICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL

Mira-Berenguer F, Criado-Segado A, Ruiz-Vegara M,
Berenguer-Ruiz L, Lezcano-Rodas M, Martí-Martínez S,
Turpín-Fenoll L, Giner JC, Hernández L, Pérez-Sempere A, Leiva C
Hospital General Universitari d'Alacant.

Introducció. La presència d'un neuròleg les 24 hores en els centres hospitalaris milloraria la qualitat de l'assistència que reben els pacients amb patologia neurològica. No obstant, són pocs els centres que disposen de neuròleg de guàrdia de presència física. **Objectiu.** Realitzar un registre prospectiu de l'activitat del MIR de Neurologia de guàrdia en el HGUA, per analitzar la càrrega i tipus d'assistència per a la qual és requerit. **Materials i mètodes.** Es va elaborar un formulari de recollida de dades en què es van incloure totes

les trucades rebudes en el telèfon del neuròleg de guàrdia. *Resultats.* Entre l'11 de juny i el 19 de novembre de 2006 es van rebre 1.000 trucades. El MIR de Neurologia de guàrdia atén els pacients d'Urgències, de la planta de Neurologia, de la Unitat d'Ictus, dels serveis de Neurocirurgia i Neuroradiologia i les referides a pacients amb sospita de patologia neurològica de tot l'hospital. Mitjana diària de trucades: 10,9 (DE = 4,19). Nombre màxim registrat: 24. Les trucades procedeixen, per ordre de freqüència, dels serveis d'Urgències (354, 35,4%), Neurologia (174, 17,4%) i Neurocirurgia (149, 14,9%). El motiu neurològic de trucada més freqüent correspon a focalitat, seguit d'alteració del nivell de consciència. *Conclusions.* En el nostre hospital, el MIR de Neurologia de guàrdia suporta una alta pressió assistencial, essent requerida la seva presència en el servei d'Urgències molt sovint. Considerem que hauria d'estendre's la presència del Neuròleg de guàrdia en els hospitals.

05.

CONSULTA DE NEUROLOGÍA AMBULATORIA DE UNA POBLACIÓN PENITENCIARIA

Medrano-Martínez V, Piqueras-Rodríguez L, Fernández-Izquierdo S, Mallada-Frechín J

Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Salud. Elda, Alicante

Objetivos. La población reclusa en un centro penitenciario forma parte de los usuarios atendidos en una consulta de Neurología. El objetivo del presente estudio analiza las propuestas derivadas desde el Centro Penitenciario Villena II a una consulta de Neurología. *Pacientes y métodos.* Se analizan y describen las características clínicas de los pacientes derivados desde el Centro Penitenciario Villena II a la consulta de Neurología del Centro Sanitario Integrado de Villena, entre los años 2003 y 2006. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales, motivo de consulta y diagnóstico. *Resultados.* Se contabiliza un total 87 propuestas. La edad media de los pacientes fue de 35 años (83 varones y 4 mujeres). Un total de 15 pacientes no acudieron a la consulta (17%). El 18 % de los pacientes presentaban serología positiva para el virus de inmunodeficiencia humana. El motivo de consulta más frecuente fue el de cefalea (32%), seguido de crisis convulsivas (25%) y patología vascular (13%). En un grupo de 16 pacientes (18%) se estableció como diagnóstico principal alguna alteración psiquiátrica (ansiedad, depresión, simulación). *Conclusiones.* No existen actualmente en la bibliografía estudios que analicen las características clínicas de los pacientes penitenciarios derivados a una consulta de neurología. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes que no acuden a la consulta y el alto porcentaje de trastornos psiquiátricos diagnosticados en este grupo de pacientes. No obstante, y como se observa en la población general, la cefalea sigue siendo el motivo de consulta más frecuente.

06.

ANÁLISIS DEL USO INEFICIENTE DE LAS PRIMERAS VISITAS EN NEUROLOGÍA. PROPUESTAS PRÁCTICAS DE MEJORA

Más-Sesé G, López-Hernández N, Espinosa-Martínez J
Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo. La detección de las causas de uso ineficiente de los recursos destinados a atender pacientes nuevos en consultas de Neurología podría utilizarse de base para proponer intervenciones de mejora de la calidad asistencial. Nos proponemos: a) Analizar y detectar causas de ineficiencia en la atención de las primeras visitas ambulatorias; b) Plantear intervenciones prácticas de mejora para reducir esta ineficiencia. *Materiales y métodos.* Clasificamos las causas de primeras visitas ineficientes (PVI). Identificamos y analizamos las

PVI atendidas en el Centro de Especialidades de San Fermín (Elche) en el periodo 01/05/2005 a 30/04/2006. Las agrupamos según motivos de ineficiencia. Proponemos distintas soluciones factibles de mejora. *Resultados.* Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 3.229 primeras visitas, de las cuales 650 (20,1%) se consideraron PVI. La edad media de pacientes fue de 64,5 años (DS = 21,8). El 57,5% fueron varones. La demora de visita fue de 32,7 días. El 51,5% de pacientes procedían de atención primaria. Motivos identificados de PVI: no presentados (7,5%), solicitud de visados de inspección (5,5%); consultas por resultados de pruebas (3%), prescripción de material ortopédico (2,8%) y equivocaciones de especialidad (1%). Intervenciones de mejora propuestas: revisar solicitudes y realizar recordatorios telefónicos previos a la cita, crear agenda de visitas administrativas, establecer un programa específico de gestión de pruebas. *Conclusiones.* En nuestro medio, un porcentaje importante de primeras visitas es ocupado por PVI. La detección de éstas y la implantación de medidas de mejora podrían contribuir a mejorar la eficiencia de la asistencia neurológica ambulatoria.

07.

USO DEL LEVETIRACETAM EN MONOTERAPIA EN CRISIS POSTICTUS DE LA POBLACIÓN ANCIANA

García-Escrivà A^a, López-Hernández N^b

^a Hospital de Levante. Benidorm. ^b Hospital General d'Elx.

Objetivo. Describir la eficacia y tolerabilidad del levetiracetam (LEV) en monoterapia en pacientes mayores de 60 años que hayan sufrido un ictus y que presenten al menos una crisis epiléptica en fase tardía (más de dos semanas) postictus. *Pacientes y métodos.* Se fueron reclutando de forma prospectiva a los pacientes mayores de 60 años y con al menos una crisis epiléptica en la fase tardía desde el ictus. Se recabaron las variables demográficas, así como las características de la epilepsia y del ictus. Se inició tratamiento con LEV en monoterapia y fueron controlados al mes y a los 6 meses de tratamiento, midiendo la eficacia y tolerabilidad del fármaco. *Resultados.* Se incluyeron un total de 26 pacientes con una edad media de 75,2 ± 7,6 años. Habían presentado una media de 3,2 ± 5,6 crisis tras el ictus y un tiempo transcurrido desde el ictus de 38,3 ± 81,8 meses. Tras 6 meses de seguimiento el 73,1% de los enfermos continuaban tratamiento con LEV. De los pacientes que continuaban con el tratamiento, el 78,9% se mantenían libres de crisis. El 26,9% de los pacientes habían presentado algún tipo de efecto secundario atribuible al LEV pero fueron leves y no obligaron a la suspensión del tratamiento. *Conclusión.* El LEV puede ser una opción terapéutica válida como monoterapia en pacientes ancianos que hayan presentado epilepsia tras sufrir un ictus y, además, con una buena tolerabilidad.

08.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA DE LA UNIDAD DE EPILEPSIA DEL HOSPITAL LA FE

Villanueva V, Beltrán A, Gutiérrez A, Miranda P, Gómez E, Rubio P, Smeyers P, Martínez JC, Rubio T, Sanjuán A, Campo A, Andreu, M
Hospital La Fe. Valencia.

Introducción. Se presentan los resultados correspondientes al programa de evaluación prequirúrgica y de cirugía de la epilepsia de la Unidad de Epilepsia del Hospital La Fe. *Materiales y métodos.* El programa de cirugía de la Unidad de Epilepsia de la Fe se inició a mediados del 2006 como uno de los programas fundamentales de actividades de la unidad. La evaluación prequirúrgica de los candi-

datos a cirugía de epilepsia en la unidad incluye una fase I en la cual se realiza una evaluación clínica, monitorización prolongada video-EEG, RM cerebral con protocolo de epilepsia y evaluación neuropsicológica/psiquiátrica. En un grupo reducido de pacientes se realizan otras pruebas como PET cerebral o RM funcional. En el caso de no existir congruencias en los estudios de fase I se realiza de forma selectiva una evaluación prequirúrgica en fase II que incluye la realización de un estudio con electrodos invasivos. **Resultados.** Se han evaluado hasta el momento 30 pacientes candidatos a cirugía de epilepsia, procedentes de diferentes Centros de la Comunidad Valenciana. De ellos se ha realizado cirugía resectiva en ocho y se ha implantado un estimulador vagal. En relación a la cirugías resectivas, cinco pacientes presentaban una esclerosis mesial temporal, un paciente presentaba una lesión periamigdal, un paciente presentaba una displasia temporal derecha y un paciente presentaba una displasia frontal. En todos los pacientes se realizaron estudios en fase I, salvo un paciente que requirió una evaluación en fase II, con la implantación de electrodos de foramen oval. Los procedimientos quirúrgicos realizados han incluido seis lobectomías temporales y dos lesionectomías, en todos los casos guiadas con electrocorticografía. Hasta el momento actual todos los pacientes se hallan libres de crisis y no se han registrado complicaciones mayores derivadas de la cirugía. **Conclusiones.** El programa de cirugía de la Unidad de Epilepsia del Hospital La Fe es un programa emergente con buenos resultados hasta el momento, sin embargo se requiere un periodo de seguimiento mayor de los pacientes, así como un aumento en la casuística.

09.

LA CEFALEA COMO MOTIVO DE CONSULTA

Galiano R, Gaspar A, Catalá J, García-Escrig M, Duo B, Martínez I. *Sección de Neurología. Centro de Especialidades Virgen del Puig. Hospital de Sagunto. Valencia.*

Objetivo. Realizar un análisis descriptivo de las cefaleas atendidas como primera visita en el Centro de Especialidades de Sagunto. **Pacientes y métodos.** Se analizó de forma prospectiva las primeras visitas atendidas entre abril y septiembre de 2006 con el diagnóstico de cefalea. Se recogieron datos referentes a demora, justificación de la propuesta, concordancia entre primaria y especialista, tipo de cefalea, pruebas complementarias solicitadas, tratamientos pautados y porcentaje de altas directas en la primera visita. **Resultados.** Fueron visitadas 209 cefaleas (31,2% del total de pacientes) con una edad media de 40,8 años, siendo el 74,2% mujeres. La demora media fue de 71,3 días. Un 13,9% (29 pacientes) ya habían sido dados de alta con anterioridad, y por tanto eran reincidentes en el motivo de consulta. En 67 propuestas (33,2%) no se mencionaba una orientación diagnóstica, y del resto, la concordancia con el diagnóstico del neurólogo fue del 74,2 %. Las cefaleas más frecuentes fueron tensional (54,1%) y migraña (48,3%), encontrando un 11% de cefaleas secundarias. Se solicitó neuroimagen a 155 pacientes (74,2%), siendo patológica sólo en 5 casos (3,2%). Se pautó tratamiento preventivo en 116 pacientes (55,5%) y se procedió al alta en la primera visita en 26 casos (12,4%). **Conclusiones.** La cefalea es el motivo más frecuente de consulta neurológica. En numerosas propuestas no consta la orientación diagnóstica, y del resto, la concordancia con el neurólogo es aceptable. Las pruebas de neuroimagen tienen una baja rentabilidad diagnóstica. Aproximadamente la mitad de los casos necesitan tratamiento preventivo, precisando la mayoría de pacientes al menos una revisión neurológica.

010.

COMPARACIÓN DEL PATRÓN DE USO DE MEDICACIÓN PARA CEFALEA ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ Y LOS ATENDIDOS CONSECUTIVAMENTE EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS

Díaz-Insa S, Colomina L, Rodrigo A, Lacruz L, García-Pastor A, Moltó JM, Traver P. *Unidad de Neurología-Cefalea. Hospital Francesc de Borja. Gandia.*

Objetivos. Comparar el patrón de uso de tratamiento para cefalea entre los pacientes atendidos por primera vez en una Unidad de Cefalea y aquellos que se atienden en la misma por segunda o sucesivas visitas. **Pacientes y métodos.** Durante un mes hemos registrado la edad, sexo, tipo de cefalea según criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas de 2004, uso de tratamiento preventivo y sintomático para la cefalea y escala HIT-6 en todos los pacientes atendidos en la Unidad. En el presente estudio describimos dicha muestra y comparamos las diferencias entre la medicación usada por los pacientes atendidos por primera vez respecto aquellos seguidos en la Unidad. **Resultados.** 76 pacientes, 18 primeras visitas. Mayoría de mujeres: 64,48%. La migraña es la patología atendida con mayor frecuencia, y la más seguida (53,45% de las sucesivas). El 16,67% de las primeras usa tratamiento preventivo respecto al 70,69% de segundas. El patrón de uso de tratamiento sintomático presenta diferencias notables en: uso de triptanes (11,11% en primeras, 43,10% en segundas) y de ergóticos (11,11% en primeras, 1,72% en segundas). Las mujeres usan más tratamiento preventivo (81,5 frente a 50%). Los AINE son el tratamiento sintomático más usado en cefalea (52,63% de los pacientes). **Conclusiones.** El paso por la Unidad de Cefaleas supone un gran cambio en el patrón de uso de medicación para los pacientes atendidos. Se multiplica por cuatro o cinco el uso de tratamiento preventivo, sobre todo el específico de migraña. En cuanto al tratamiento sintomático, aumenta por cuatro el uso de triptanes y prácticamente desaparece el uso de ergóticos.

011.

IMPACTE DEL MAL DE CAP A LA VIDA DELS MALALTS ATEOSOS A UNA UNITAT MONOGRÀFICA MESURAT AMB L'ESCALA HIT-6

Colomina L, Díaz-Insa S, Rodrigo A, Moltó JM, García-Pastor A, Lacruz L, Traver P. *Unidad de Neurología-Cefalea. Hospital Francesc de Borja. Gandia.*

Objectius. Conèixer el grau d'afectació a la vida diària que tenen els malalts amb mal de cap atesos a una consulta monogràfica. Descriure la semblança dels malalts atesos per primera vegada vers aquells atesos per segona o successives vegades. **Pacients i mètodes.** Durant un mes hem fet emplenar l'enquesta HIT-6 a tots els malalts atesos a la consulta monogràfica de mal de cap. S'ha registrat la filiació dels malalts, el diagnòstic segons criteris de la IHS de 2004, edat, sexe, ús de tractament preventiu i simptomàtic, tipus de visita (primera envers segona) i l'esmentada puntuació a l'escala HIT-6 per avaluar la repercussió a les tasques diàries dels malalts amb mal de cap. **Resultats.** Hem atès 76 malalts, 18 primeres visites, 58 segones. Les dones suposen un 61,11% de les primeres visites i un 65,52% de les segones. La patologia més freqüent atesa és la migranya: 38,89% de les primeres i 53,45% de segones. La puntuació al HIT-6 de la mostra és 60,82, que suposa una repercussió a la vida entre intensa i molt intensa. No hi ha gaire diferència entre primeres (HIT-6: 60,72) i segones (60,86). Tampoc trobem diferències significatives amb el sexe, només una tendència a major impacte a les dones ateses per primera vegada. **Conclusions.** La població amb mal de cap atesa a una consulta monogràfica o unitat de mal de cap pateix una gran repercussió d'aquest a la vida diària mesurada amb l'escala HIT-6. La migranya és la principal patolo-

gia atesa i la que més afecta la qualitat de vida dels malalts amb mal de cap.

O12.

ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE UN TEST DE CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT) Y UN TEST DE CALIDAD DE VIDA EN DEMENCIAS (DSQoL) APLICADOS A UNA POBLACIÓN DE CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Gomis-Juan M, Morera-Guitart J, Toribio-Díaz E, Palao-Duarte S, Pérez-Jordá I, Ferrer-Navajas M, Asensi-Climent MJ
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias (CDP-ALZ).
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivos. El cuidado de un paciente con demencia causa sobrecarga y pérdida de calidad de vida en el cuidador. Para medir ambos parámetros se han diseñado distintas escalas. Analizamos la correlación entre las puntuaciones de la carga del cuidador y las de calidad de vida del cuidador obtenidos con dos escalas específicas. **Sujetos y métodos.** Medimos prospectivamente la calidad de vida (escala DSQoL) y el grado de sobrecarga (test de Zarit) en una población consecutiva de cuidadores de pacientes con demencia. Analizamos la correlación entre las puntuaciones obtenidas entre la DSQoL y los subtest de la escala Zarit (Z-1, Z-2, Z-3) y la puntuación global (Z-T). Analizamos la demanda de recursos según nivel de calidad de vida y grado de sobrecarga, valorando si existen diferencias relevantes entre ambas escalas. **Resultados.** Estudiamos una población de cuidadores correspondientes a 251 pacientes. Edad media de los pacientes: 79 años. 67,3% mujeres. 64% con enfermedad de Alzheimer, 14% con demencia mixta, 7% con demencia vascular y 15% con otras demencias. La DSQoL obtuvo un índice de correlación con Z-1, Z-2, Z-3 y Z-T de -0,69, -0,65, -0,72 y -0,73 respectivamente. La puntuación ZT explicó el 53,3% de la puntuación DSQoL (correlación R²). Sin embargo, la reducción en puntuación DSQoL se correlacionó mejor que el aumento en puntuación ZT con la solicitud de servicios residenciales, servicios de atención domiciliar y servicios de día. **Conclusiones.** Las escalas Zarit y DSQoL presentan buenos índices de correlación, pero la DSQoL parece ser más sensible que la Zarit para predecir la solicitud de recursos de asistencia social.

O13.

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FUNCIONAL Y CONDUCTUAL PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Perez-Cerdá I, Toribio-Díaz E, Morera-Guitart J, Palao-Duarte S, Ferrer-Navajas M
Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias (CDP-ALZ).
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

Objetivos. Presentar el programa de asesoramiento funcional y conductual (PAFyC) para cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo desarrollado en nuestra Unidad. **Sujetos y métodos.** El PAFyC es una prestación en la que se informa e instruye a los cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo sobre: a) modificaciones aconsejables en el entorno (hogar); b) tareas recomendables para optimizar la capacidad funcional de su familiar; c) pautas de actuación ante los distintos trastornos conductuales, y d) prevención de riesgos en el hogar. Las etapas del programa son: 1. Visita inicial: se revisa el perfil global del paciente (funcional, cognitivo, conductual y social), las características del hogar y el estilo de vida, y se realiza asesoramiento y entrega de documentación (guía informativa personalizada). 2. Seguimiento: mediante contacto telefónico o presencial, tanto programado como a demanda, según necesidades del

cuidador. **Resultados.** Analizamos los datos correspondientes a los primeros cinco meses tras implantación del programa: Se atendieron 40 familiares. Distribución según GDS: 6 (40%), 5 (37,5%), 4 (12,5%) y 3 (10%). Motivos de solicitud de valoración: pautas sobre estimulación cognitiva (10%) y manejo de trastornos psicoconductuales (90%). Realizamos 22 revisiones telefónicas programadas y 5 solicitadas por iniciativa de la familia. El manejo de las conductas difíciles parece beneficiarse poco de este programa. **Conclusiones.** El PAFyC es un servicio complementario de ayuda y apoyo a los familiares de pacientes con deterioro cognitivo, encaminado a mejorar sus estrategias en el cuidado del paciente con demencia. Nuestra experiencia preliminar es satisfactoria, aunque su utilización en nuestra unidad sigue siendo todavía escasa.

O14.

PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE

Sánchez-Manso JC, Baquero-Toledo M, Campos-García A, Blasco-Olcina R, Roig-Morata S
Servicio de Neurología. Hospital Universitari La Fe. Valencia.

Introducción. En algunos casos de deterioro cognitivo leve, los pacientes asocian trastornos del estado de ánimo y alteraciones de la conducta. Estos síntomas neuropsiquiátricos son tratables. Para evaluarlos la herramienta más extendida es el inventario neuropsiquiátrico (NPI). Interesa evaluar si este tipo de síntomas persisten durante la evolución en el deterioro cognitivo leve. **Pacientes y métodos.** En una serie consecutiva de 22 casos que cumplen criterios de deterioro cognitivo leve, se dispone de seguimiento evolutivo a los 6 meses relativo a alteraciones cognitivas, con pruebas convencionales, y a trastornos no cognitivos, valorados mediante el NPI. Se compara la persistencia de las alteraciones encontradas en una y otra clase de síntomas. **Resultados.** Se trata de 14 mujeres y 8 varones, con una edad media de 74,6 años (rango: 59-85 años). Hubo aparición o desaparición de síntomas no cognitivos en cuatro de los 22 casos. En tres de esos casos fue irritabilidad el síntoma variable y en otro fueron depresión y ansiedad. Respecto a alteraciones cognitivas, hubieron cambios en cuanto a la presencia o ausencia de alteración en cinco casos respecto a las praxias, en otros cinco respecto a funciones ejecutivas y en tres casos respecto al lenguaje. **Conclusiones.** Los trastornos de tipo neuropsiquiátrico asociados al deterioro cognitivo leve son persistentes en el tiempo en el mismo grado que los cognitivos. La evaluación de ambas clases de síntomas pueden ser tener interés directo en el manejo terapéutico y el pronóstico de este grupo de pacientes.

O15.

DETERIORO COGNITIVO LEVE. EVOLUCIÓN DE TRES TIPOS DE PACIENTES

Frutos MT^a, Toribio E^a, Ferrer M^a, Morera J^a, Moltó JM^b

^a Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias (CDP-ALZ).

Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig, Alicante.

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

Objetivos. Describir la evolución de una serie de pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL). **Pacientes y métodos.** Estudiamos 175 pacientes: 108 con DCL amnésico con afectación de múltiples funciones (DCLmf), 37 con DCL amnésico puro (DCLa) y 29 con DCL sin amnesia (DCL no-A) homogéneos demográficamente y por grado de afectación. Revisamos semestralmente, mediante entrevista semiestructurada, su evolución cognitiva, psicoconductual y funcional. Para cada tipo de DCL calculamos los porcentajes de conversión a demencia y la distribución por tipos de demencia. Se analizaron las diferencias entre los grupos. **Resultados.** El segui-

miento medio fue de 23 meses. No cumplieron el seguimiento 33 pacientes (19%). Desarrollaron demencia 62 pacientes con DCLmf (57,4%), 17 con DCLa (45,9%) y 4 con DCL no-A (13,8%). Del total de 175 pacientes, 83 (47,7%) tuvieron demencia: 40 (48,2%) enfermedad de Alzheimer, 25 (30,1%) Alzheimer con cambios vasculares, 3 (3,6%) demencia vascular, 7 (8,4%) demencia por cuerpos de Lewy y 8 (9,6%) otras formas (no diferencias entre los grupos DCLmf y DCLa). El riesgo de demencia de éstos fue superior al del DCL no-A, con $p < 0,001$, OR = 8,424 (IC95%: 2,742-25,877) y $p < 0,01$, OR = 5,313 (IC 95%: 1,541-18,317), respectivamente. **Conclusiones.** El 47,7% de los pacientes presentó demencia. El comportamiento de los pacientes con DCLmf y DCLa en esta serie sugiere que constituyen entidades similares. Los tipos de DCL que tienen amnesia presentan un riesgo de desarrollo de demencia superior al del DCL no-A.

O16.

ASISTENCIA DEL ICTUS AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Fenollar F, Pons A, García-Pastor A, Soriano-Soriano C, Díaz-Insa S, Moltó-Jordá JM, Lacruz-Ballester L
Unidad de Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia-

Objetivos. Describir las características de la asistencia del ictus agudo en el Servicio de Urgencias de nuestro centro. **Material y métodos.** Recogida prospectiva de datos a través de la información obtenida en las historias clínicas de pacientes atendidos en Urgencias desde diciembre de 2005 a febrero de 2006. **Resultados.** 17.864 pacientes fueron atendidos, 164 sufrieron ictus agudo (86,4% isquémicos, 9,9% hemorragias, 3,7% indeterminados). Destino de los pacientes con ictus agudo: 2 (1,2%) *exitus* en Urgencias, 100 (61%) ingresaron (95% en nuestro centro, 5% en otro centro), 62 (37,8%) fueron dados de alta, de ellos 56,4% fueron derivados a una consulta de alta resolución específica para ictus agudo (demora media: 4,97 días), el 32,2% fueron remitidos a su médico de atención primaria, y el resto (11,4%), a otras consultas. Se realizó TC craneal en el 95,7% de los pacientes (demora media desde llegada a Urgencias: 174,83 minutos.). Se administraron antiagregantes en el 63,7% de pacientes, anticoagulación en el 10%, antihipertensivos en el 58,8% (91,1% vía oral, 2,5% vía intravenosa, 6,3% vía sublingual), a pesar de que sólo el 15,4% de los pacientes presentó cifras de tensión arterial por encima de límites recomendados. 32,1% presentó glucemia > 150 mg/dL, pero sólo el 15% recibió tratamiento hipoglucemiante. Se administró sueroterapia en el 71,3% (glucosados en el 3,8%), profilaxis de trombosis venosa profunda en el 45%, tratamiento antiedema en el 8,8% de pacientes (corticoides en el 57,1%). **Conclusiones.** Es necesaria una mejor organización de Urgencias e insistir en un mayor cumplimiento de los protocolos de manejo del ictus agudo.

O17.

MANEJO DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA A NEURÓLOGOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

García-Pastor A^a, Díaz-Insa S^a, Moltó-Jordá JM^a, Lacruz-Ballester L^a, Soriano-Soriano C^b

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

^b Servicio de Neurología. Hospital General de Castellón.

Objetivos. Conocer el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con estenosis carotídea en la Comunidad Valenciana. **Materiales y métodos.** Se realizó una encuesta dirigida a los neurólogos de la Comunidad Valenciana. Se recogió información sobre las técnicas empleadas en el diagnóstico de la estenosis, tratamientos seguidos en la estenosis asintomática y sintomática, y tasa de morbi-

mortalidad del tratamiento quirúrgico/endovascular. **Resultados.** Respondieron 36 neurólogos. La técnica más empleada para el diagnóstico/confirmación de la estenosis fue la arteriografía convencional (64% de encuestados). Estenosis asintomática: el 97% de encuestados indican tratamiento quirúrgico/endovascular sólo en casos muy seleccionados, el 94,3% considera otros aspectos aparte de la estenosis a la hora de indicar tratamiento quirúrgico/endovascular. Los aspectos más valorados fueron la situación clínica del paciente, la circulación colateral y el aspecto de la placa. El 42,8% emplea preferentemente el tratamiento endovascular, el 31,4% prefiere la cirugía y el 25,7% emplea ambas técnicas indistintamente. Estenosis sintomática: el 97% indica tratamiento quirúrgico/endovascular en la mayoría de casos. El 40% emplea habitualmente tratamiento quirúrgico, el 31,4% tratamiento endovascular y el 28,6% ambos indistintamente. Tratamiento endovascular: el 77% emplea habitualmente esta técnica, el 71,4% para el tratamiento tanto de estenosis asintomáticas como sintomáticas. El 78% de encuestados desconoce la tasa de morbilidad/mortalidad quirúrgica/endovascular de su centro. Las tasas de morbilidad/mortalidad recogidas oscilaron entre el 4-6% en el tratamiento quirúrgico, y el 2-12% en el tratamiento endovascular. **Conclusión.** Se observan discordancias llamativas entre el manejo que realizamos en nuestra práctica diaria y las recomendaciones publicadas. El escaso conocimiento de las tasas de morbilidad/mortalidad quirúrgica/endovascular resulta alarmante.

O18.

RECURRENCIA EN EL ICTUS CRIPTOGÉNICO ASOCIADO A PACIENTES CON SHUNT DERECHA-IZQUIERDA POSITIVO

Serrano R, Medrano-Martínez V, Piqueras-Rodríguez L, Fernández-Izquierdo S, Mallada-Frechin J

Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Salud. Elda, Alicante.

Objetivos. Analizar el riesgo de recurrencia de ictus en los paciente con ictus criptogénico asociados a la presencia de un *shunt* derecha/izquierda. **Pacientes y métodos.** Se analizan desde el año 2004 las variables clínicas de 13 pacientes menores de 55 años diagnosticados de ictus criptogénico, en los que el Doppler transcraneal había detectado la presencia de un *shunt* derecha/izquierda. Variables estudiadas: edad, sexo, factores de riesgo, tamaño y localización del ictus, estudio ecocardiográfico, tratamiento angiagregante actual y recurrencia. **Resultados.** Se analizan un total de 13 pacientes (7 varones y 6 mujeres). Edad media: 39 años. El tabaco se asoció como factor de riesgo más frecuente en el 41% de los pacientes. El tiempo medio desde el primer evento clínico fue de 26 meses. El tratamiento preventivo más frecuentemente asociado fue el de aspirina en el 92% de los pacientes. Desde la fecha del primer evento isquémico, un solo paciente presentó una recurrencia (7,6%). El resto de pacientes permanecen todavía asintomáticos. **Conclusiones.** El riesgo de recurrencia en los pacientes con ictus criptogénico asociado a la presencia de *shunt* derecha-izquierda es bajo. Actualmente los estudios existentes no han demostrado la superioridad del tratamiento anticoagulante sobre el antiagregante en la prevención de recurrencias.

O19.

TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO INTRAVENOSO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO. PRIMEROS RESULTADOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN

Rodríguez D, Geffner D, Vilar C, Campillo MS, Claramente B, Belenguer A, Del Villar A, Pérez T, Martínez E, Vilar RM
Sección de Neurología. Hospital General de Castellón.

Introducción. El tratamiento con rt-PA intravenoso ha demostrado su eficacia y seguridad en el ictus isquémico agudo. Nuestro hospi-

tal no dispone de unidad de ictus ni de guardia de neurología. Cuenta con código ictus intrahospitalario y protocolo para trombólisis bajo indicación del neurólogo (por las mañanas y los días en que éstos están de guardia) con monitorización en UCI las 24 horas iniciales. *Pacientes y métodos.* Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico agudo (según codificación al alta CIE-9-MC) tratados con rt-PA según criterios SIST-MOST desde marzo de 2004 hasta diciembre de 2006. *Resultados.* Ingresaron 1.446 pacientes con ictus isquémicos realizándose 24 trombólisis (10 incluidas en estudio SITS-MOST). 997 eran menores de 81 años, representando los trombolizados el 2,4%. El 37,5% de trombólisis no están codificadas en el CMBD (código 99.10). Edad media: 70 ± 11 años. 54% hombres. NIHSS inicial: 14 ± 5 (rango: 5-22). Tensión arterial sistólica: 159 ± 26 mmHg. Tensión arterial diastólica: 88 ± 22 mmHg. Glucemia: 146 ± 75 . Tiempos: inicio-puerta urgencias, 61 ± 35 min; puerta-aguja, 83 ± 25 min (45,8% en menos de 70 min); inicio-tratamiento, 144 ± 30 min. En 5 casos hubo transformación hemorrágica (3 IH1, 2 IH2). No hubo ninguna hemorragia cerebral sintomática. La mortalidad fue a los 7 días del 8,3% (2 casos) y a los 3 meses del 16,6% (4 casos). *Conclusión.* Nuestra experiencia ha sido positiva con esta nueva opción terapéutica. Para aumentar el número de pacientes candidatos a trombólisis se necesitará realizar cambios con la presencia de neurólogos las 24 horas y extender el código ictus al ámbito extrahospitalario.

O20.

RELEVANCIA CLÍNICA DEL PERIODO DE AMNESIA POSTRAUMÁTICA: ESTUDIO LONGITUDINAL EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Noé E, Chirivella J, Colomer C, Renau O, García-Blazquez MC, Noguera P, Ferri N, Ferri J
Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA.

Instituto Valenciano de Neurorehabilitación (IVAN). Valencia.

Objetivos. Estudio descriptivo y predictivo del periodo de amnesia postraumática (APT) sobre las alteraciones presentes en pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE). *Pacientes y métodos.* Sobre una muestra total de 202 pacientes atendidos en nuestro servicio con el diagnóstico de TCE, seleccionamos 55 pacientes que ingresaron en periodo de APT y 61 pacientes fuera de APT, que pudieron evaluarse longitudinalmente durante un año. Todos los pacientes fueron valorados desde el punto de vista cognitivo (batería de deterioro cognitivo grave, TAVEC, WAIS-III), conductual (NPI, escala de conducta agitada) y funcional (Barthel, FIM, GOS-E, DRS). Se realizó un estudio descriptivo y predictivo prospectivo y un estudio comparativo al inicio, a los seis meses y al año de evolución. *Resultados.* La situación cognitiva, conductual y funcional de los 55 pacientes en APT fue significativamente peor ($p < 0,05$) que la de quienes se encontraban fuera de APT al ingreso. Once de los 55 pacientes iniciales no lograron salir de APT a los seis meses de rehabilitación; de estos 11, tan sólo uno consiguió salir de APT al cumplirse el año de evolución. La edad y la situación cognitiva al ingreso (batería de deterioro cognitivo grave) fueron predictores del tiempo en APT, mientras que este último fue predictor de la situación funcional final. *Conclusiones.* El periodo en APT es un indicador pronóstico sencillo de determinar y útil a la hora de determinar las consecuencias tras un TCE. Recomendamos evaluar este parámetro e intensificar la rehabilitación dirigida a disminuir este periodo dado su importante valor pronóstico.

O21.

DIAGNÓSTICO DEL PARKINSONISMO VASCULAR, CORRELACIÓN CLÍNICA FRENTE A NEUROIMAGEN: UTILIDAD DEL SPECT DE IOFLUPANO

Pérez-Saldaña MT, Pérez-Velasco R, Burguera JA
Servicio de Neurología. Hospital General de Castellón.

Introducción. El concepto de parkinsonismo vascular ha evolucionado desde su primera introducción por Critchley en 1920, el llamado 'parkinsonismo arteriosclerótico', debido a su importancia creciente epidemiológica, clínica y anatomopatológica. *Pacientes y métodos.* Características clínicas, factores de riesgo y puntuación en las escalas de isquemia de 22 pacientes con sospecha de parkinsonismo vascular. Se practicó RM a todos y SPECT de ioflupano a 19 de ellos. *Resultados.* El factor de riesgo vascular más frecuente fue la hipertensión arterial. Clínicamente destacó el inicio crónico (55%), la bradicinesia (88%), el trastorno de la marcha (77%), la localización en miembros inferiores (45%), y otras (54%). La respuesta a levodopa (45%) se relacionó con un predominio en miembros inferiores ($p = 0,014$). Las alteraciones de RM más frecuentes fueron: atrofia/dilatación ventricular (88%) y lesiones de la sustancia blanca (59%). Se relacionaron las escalas de isquemia con: inicio agudo ($p = 0,022$), infarto territorial ($p = 0,039$), lesiones de la sustancia blanca paraventricular-subcortical ($p = 0,036$), con ser varón ($p = 0,031$) y con el antecedente de ictus ($p = 0,022$). Se asoció la alteración de la marcha con las lesiones de la sustancia blanca paraventricular ($p = 0,043$) y otras manifestaciones con lesiones en el tronco ($p = 0,020$). El temblor se asoció con la afectación bilateral de putámenes en el SPECT ($p = 0,039$); la lesión estratégica con la afectación de putamen ($p = 0,028$) y las lesiones de la sustancia blanca periventricular con el patrón de SPECT ($p = 0,045$). *Conclusión.* Cabe señalar la hipertensión arterial como signo-alarma, la predominancia clínica de alteración de la marcha en miembros inferiores, la diferente sensibilidad de las escalas y la posibilidad de un parkinsonismo mixto que explique los hallazgos del SPECT.

PÓSTERS

P1.

EXPERIÈNCIA PILOT DE L'ESTUDI PER AVALUAR LA INFLUÈNCIA DEL TRACTAMENT PREVENTIU EN L'EFICÀCIA DEL TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC (EIPETS) PER A LES CRISIS DE MIGRANYA

Traver P, Díaz-Insa S, Colomina L, Rodrigo A, García-Pastor A, Moltó JM, Lacruz L

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

Objectius. L'eficàcia del tractament preventiu en migranya per minvar la freqüència de les crisis és provada. Clàssicament es pensa que també la intensitat millora, i potser l'eficàcia del tractament simptomàtic també augmenta. Aquesta última és la nostra hipòtesi de treball. *Pacients i mètodes.* Hem dissenyat un estudi on incloem malalts amb migranya (criteris IHS) amb freqüència de crisis > 4 al mes. Els primers dos mesos es fa un seguiment amb calendari i sols amb tractament simptomàtic amb rizatriptan per avaluar l'eficàcia d'aquest. Si cal, s'afegeix topiramats fins a 100 mg/dia i es fan controls als 3 i 6 mesos d'haver-lo introduït. S'avalua la intensitat de la migranya, la freqüència de crisis/mes i l'eficàcia del tractament simptomàtic. *Resultats.* Hi ha 26 malalts inclosos fins ara, només 7 han acabat tot l'estudi d'acord al disseny, 11 han arribat fins als tres mesos de preventiu, i la resta encara estan per arribar a aquesta tercera visita evaluable o han trencat el disseny de l'estudi per diverses raons. Els 7 finalitzats: freqüència de les crisis (12/6,71/5,14), inten-

stat (7,14/5,57/5,14), eficàcia simptomàtica (22,29/7,71/0,61 h). Els 11 amb una visita avaluable: freqüència de les crisis (10,82/5,09), intensitat (7,45/5,56) i eficàcia (21,75/7,67 h). **Conclusions.** Encara que amb unes dades sense significació estadística, sembla que l'ús de tractament preventiu a la migranya comporta una major eficàcia del tractament simptomàtic, al temps que millora la freqüència de les crisis i, en menys significació, la intensitat d'aquestes. Caldria fer un estudi més ampli per comprovar aquestes dades.

P2.

EXPERIENCIA CON EL EUROTTEST EN LA EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Peset V^a, Puig C^b, Mazón J^a, Menéndez B^b, Lacruz L^a, Lluch V^b, Escudero J^a, Lominchar J^a

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

Introducción. El incremento de pacientes extranjeros atendidos en consulta hace necesario disponer de test de exploración neuropsicológica compatibles entre múltiples países, especialmente del ámbito europeo. El objetivo es analizar nuestra experiencia con el Eurotest. **Pacientes y métodos.** Incluimos pacientes remitidos a la consulta de neurología por presentar quejas compatibles con deterioro cognitivo, se les realizó un protocolo de tests para su estudio que incluyó la escala global de deterioro (GDS), el test minimental (MMSE) de Folstein, el test del reloj y el Eurotest. Recogimos datos epidemiológicos sobre la edad, sexo y lugar de nacimiento. **Resultados.** Fueron 41 pacientes, 20 hombres y 21 mujeres, edad media de 69,2 años; 32 nacieron en España, y 9, en el extranjero. Los diagnósticos fueron 14 con deterioro cognitivo ligero, 8 con enfermedad de Alzheimer, 5 con deterioro adecuado a la edad, 5 con demencia vascular, 5 con pseudodemencia, 1 con demencia mixta y 1 con demencia por cuerpos de Lewy. La distribución de GDS fue: 9 con GDS de 2, 15 con GDS de 3, y 17 con GDS de 4. Todos los pacientes con GDS de 2 realizaron los tests correctamente, con GDS de 3 dieron por debajo del punto de corte 3 para Eurotest, 2 para MMSE y uno para test del reloj, y en GDS de 4 fueron 9, 7 y 6, respectivamente. Los resultados no variaron entre españoles y extranjeros; el índice κ entre MMSE y Eurotest fue de 0,3, y el coeficiente de Pearson, de 0,6. **Conclusiones.** El Eurotest fue ligeramente más útil en pacientes más deteriorados.

P3.

SÍNDROME ERETA

Berenguer-Ruiz L, Martí-Martínez S, Monge-Argilés A, Pampliega-Pérez A, Lezcano-Rodas M, Mira-Berenguer F, Ruiz-Vegara M, Turpín-Fenoll L, Giner-Bernabeu JC, Hernández-Rubio L

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Las demencias muestran una incidencia cada vez más abrumadora. Existe un porcentaje de demencias 'curables' en las que es posible conseguir una mejoría. El porcentaje de estas demencias oscila entre el 10-20% del total; suelen tener un inicio subagudo y presentarse con predominio de clínica neuropsiquiátrica y sistémica. Presentamos un síndrome de ERETA (encefalopatía respondedora a esteroides asociada a tiroiditis autoinmune) diagnosticado en el Hospital General de Alicante. **Caso clínico.** Varón de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ingresó por infección urinaria y cuadro confusional. Los familiares relataban cuadro de deterioro cognitivo subagudo de dos meses de evolución, consistente en alucinaciones visuales, agitación, insomnio, y dificultad para la

marcha. A la exploración destacaba: MMT 13/30, rigidez generalizada, temblor y mioclonías de predominio en los miembros superiores, con dificultad para la marcha. Entre las exploraciones complementarias se objetivó TSH de 0,18 (valor normal: 0,38-4,84), T3 y T4 normales, anticuerpos anti-TPO positivos de 232,5 (valor normal: 0-12), siendo el resto de exploraciones normales (analítica completa, marcadores tumorales, serología y RM encefálica) Ante la sospecha clínica y analítica de cuadro compatible con ERETA se inició corticoterapia, objetivándose una mejoría clínica significativa. **Conclusión.** La combinación clínica de encefalopatía, anticuerpos anti-TPO positivos en suero y remisión de la clínica con tratamiento corticoideo parece bastante improbable que se deba al azar, por lo que suele incluirse dentro del conjunto de encefalopatías secundarias a patología autoinmune tiroidea, actualmente denominado ERETA. Constituyen un conjunto de patologías que es necesario conocer dado el tratamiento satisfactorio del que se dispone.

P4.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNA PACIENTE ANCIANA

Hernández-Rubio L, Giner-Bernabeu JC, Martí-Martínez S, Turpín-Fenoll L, Pérez-Sempere A, Berenguer-Ruiz L, Lezcano-Rodas M, Mira-Berenguer F, Ruiz-Vegara M

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central. La edad de inicio más frecuente de esta patología se sitúa alrededor de los 20-30 años. Presentamos un caso de esclerosis múltiple diagnosticado a los 72 años. **Caso clínico.** Mujer de 72 años que presentaba déficit sensitivo de inicio subagudo en el miembro inferior derecho. Había presentado previamente dos episodios de focalidad neurológica (neuritis óptica izquierda a la edad de 62 años, y pérdida de fuerza en el miembro inferior derecho a la edad de 65 años, diagnosticada de infarto medular por lesión hiperintensa en una RM medular). Tras reintrogar a la paciente y revisar la historia se realiza un estudio de probable enfermedad desmielinizante. Analítica normal; LCR con bioquímica y cultivos normales, y con bandas oligoclonales positivas (más de 7 bandas); RM encefálica y medular con lesiones compatibles con enfermedad desmielinizante (con aumento del tamaño y número respecto a neuroimágenes previas); potenciales evocados visuales: compatibles con neuritis óptica bilateral de predominio izquierdo. Habiendo descartado otras patologías, la paciente fue diagnosticada de esclerosis múltiple en su forma remitente-recurrente, iniciándose tratamiento con interferón. **Conclusión.** El inicio de una esclerosis múltiple en pacientes mayores de 60 años es excepcional. Hemos de conocer y pensar en esta patología por las implicaciones diagnósticas y terapéuticas que conllevan.

P5.

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE PSEUDOTUMORAL AGUDA RECURRENTE

Fratalla L, Coret F, Badía MC, López B, Salom JM, Láinez JM

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos. Presentar el caso de un paciente con un síndrome desmielinizante inflamatorio idiopático del sistema nervioso central, y discutir el diagnóstico diferencial y el tratamiento. **Caso clínico.** Varón de 30 años que presentaba un cuadro de instauración subaguda de alteración del comportamiento y de la capacidad de concentración, con debilidad-hipoestesia en el hemicuero izquierdo y hemianopsia homónima ipsilateral. **Resultados.** La RM mostró una única lesión hiperintensa en la sustancia blanca del hemisferio cerebral derecho, que fue aumentando de tamaño en sucesivos controles de imagen. Se realizó biopsia cerebral, y el estudio histopatológico

descartó un origen tumoral del proceso. El paciente presentó evolución hacia una lenta mejoría con secuelas evidentes tras tratamiento con megadosis de esteroides. Dieciocho meses después, el paciente presentó un nuevo episodio subagudo consistente en disartria, ataxia, diplopía y somnolencia. En esta ocasión, la RM mostró una segunda lesión en el pedúnculo cerebeloso y el troncoencéfalo. Al no responder a tratamiento con megadosis de esteroides ni inmunoglobulinas intravenosas, se realizaron cinco sesiones de plasmáferesis y se inició tratamiento con bolos mensuales de ciclofosfamida intravenosa. **Conclusión.** La evolución clínica, los estudios por imagen y los hallazgos histopatológicos en este paciente son compatibles con la forma transicional de la enfermedad de Schilder.

P6.

SÍNDROME TAKOTSUBO Y ESTADO EPILÉPTICO

Bosca ME^a, Bonet M^a, Pareja A^a, López P^a, Valero C^a, Sánchez R^a, Perla C^a, Villarroya T^a, Ruvira J^b

^a Sección de Neurología. Servicio de Medicina Interna.

^b Servicio de Cardiología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción. El síndrome takotsubo se caracteriza por discinesia apical transitoria sin lesiones coronarias que simula un síndrome coronario agudo (SCA). **Objetivo.** Presentar un caso de síndrome takotsubo desarrollado tras un estado epiléptico. **Caso clínico.** Mujer de 61 años, hipertensa y con epilepsia secundaria a esclerosis mesial. Ingresó por presentar cuatro crisis generalizadas en 2 h, consiguiéndose control clínico mediante ajuste de medicación. Durante el ingreso presentó dos episodios anginosos con cambios electrocardiográficos sugestivos de SCA y mínima elevación de troponina I (0,9). El ecocardiograma mostró discinesia lateroapical con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, normalizándose en una segunda exploración. La coronariografía evidenció un árbol coronario sin lesiones. **Conclusiones.** Descrito por primera vez en japoneses en 2001, el síndrome takotsubo generalmente es desencadenado por estrés y descarga adrenérgica; como mecanismos etiológicos se ha hablado de 'aturdimiento' miocárdico neurogénico, espasmo coronario, alteraciones en la microcirculación o miocarditis. Afecta principalmente a mujeres mayores de 60 años. Clínicamente es similar a un SCA, con cambios electrocardiográficos que desaparecen en 97-191 días, y nula o mínima elevación enzimática. El ecocardiograma muestra hipocinesia apical con hipercinesia de segmentos basales, normalizándose en 1-3 semanas. El cateterismo no muestra lesiones significativas. Presentamos un caso de síndrome takotsubo asociado a estado epiléptico, habiendo encontrado hasta ahora sólo un caso descrito. El estrés asociado al estado epiléptico puede producir una descarga catecolaminérgica que conduzca a la aparición del síndrome takotsubo. Creemos que la presencia de disfunción cardíaca aguda en el contexto de un estado epiléptico no debe excluir la posibilidad de este síndrome.

P7.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE 665 PACIENTES EPILÉPTICOS EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

Palao S^a, Palao A^b

^a Departamento de Neurología. Hospital San Vicente del Raspeig.

San Vicente del Raspeig, Alicante.^b Unidad de Epilepsia.

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos. Definir la situación real de una muestra de pacientes epilépticos en la provincia de Alicante. Se presentan los datos epidemiológicos preliminares. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, longitudinal de series de casos. Se incluyeron 665 pacientes remitidos a la unidad de epilepsia del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) desde el año 1994 hasta el 2006. En la pri-

mera visita se recogen los datos de edad, sexo, estado civil, ingesta de tóxicos y antecedentes personales. **Resultados.** La media de edad de los pacientes que acuden a la consulta por primera vez es de 38 años, y del comienzo de las crisis, de 23,7 años. Por sexos, el 57,16% son varones frente a un 42,84% de mujeres. La proporción de solteros es del 54,7% frente al 40,1% de casados. Sólo el 33,93% consume tabaco, y el 6,4%, alcohol. Hay antecedentes familiares de epilepsia en el 13,81%. El 12,31% refiere un traumatismo craneoencefálico, el 15,6% retraso psicomotor y el 11,11% hipoxia perinatal. **Conclusiones.** La incidencia de epilepsia es ligeramente superior en el varón, con una media de edad de la primera consulta en una unidad especializada de 38 años. La alta tasa de solteros podría evidenciar una influencia negativa de la enfermedad en el estado civil. La población epiléptica estudiada muestra unos hábitos de vida más sanos que la población general. Respecto a la etiología, la epilepsia familiar es menos frecuente que otros antecedentes personales como el traumatismo craneoencefálico o el retraso psicomotor.

P8.

LA CONSULTA DE NEUROLOGIA: ESTUDI COMPARATIU D'UNA CONSULTA DE SELECCIÓ I D'UNA CONSULTA HOSPITALÀRIA

Moltó-Jordà JM^a, Díaz-Insa S^a, García-Pastor A^a, Lacruz-Ballester L^a, Morera-Guitart J^b, Frutos-Alegría MT^b

^a Hospital Francesc de Borja. Gandia. ^b Hospital de Sant Vicenç.

Sant Vicenç del Raspeig.

Objectiu. Comparar alguns variables bàsiques en el patró de remissió i atenció en una consulta de selecció (departament 19) i la consulta de Neurologia del departament 12. **Materials i mètodes.** Base de dades informatitzada que permet introduir dades directament durant la visita i genera informe d'assistència. S'han recollit les dades anònimes d'edat, sexe, centre d'origen, servei d'origen, destinació després de la visita en quatre consultes de selecció del departament 19 i en dues consultes del departament 12. En el departament 12, les demandes de consulta per mal de cap i deteriorament cognitiu es vehiculen directament a les unitats específiques des d'admissió. Recollida de dades prospectiva. **Resultats.** En el departament 12, la població és de major edat (56 envers 52 anys), amb una distribució per sexes semblant. Tot i les normes de derivació del departament 12, el mal de cap i el deteriorament cognitiu continuen com a principals motius de consulta a Neurologia. El motiu de consulta no neurològic és semblant en ambdós departaments (12%). La epilepsia és un motiu de consulta molt més freqüent al departament 12. La major diferència ve marcada per l'origen en el circuit intern hospitalari (altres especialitats) fins a 41% i urgències (22%) en el departament 12, mentre que en el departament 19 eren els centres de primària els majors consumidors de recursos. **Conclusió.** Hi ha diferències importants en el concepte de totes dues formes de consulta. Analitzar-les deu de servir-nos per planificar millor la nostra activitat.

P9.

QUALITAT I ADEQUACIÓ EN LES DADES DE REMISSIÓ A UNA CONSULTA DE NEUROLOGIA. ANÀLISI EN DOS DEPARTAMENTS DE SALUT

Moltó-Jordà JM^a, Morera-Guitart J^b, Díaz-Insa S^a, García-Pastor A^a, Lacruz-Ballester L^a

^a Hospital Francesc de Borja. Gandia. ^b Hospital de Sant Vicenç.

Sant Vicenç del Raspeig.

Objectiu. Analitzar la qualitat de les dades en les remissions a Neurologia i l'adequació de la remissió a Neurologia en dues consultes de Neurologia de dos departaments de salut de la Comunitat Valenciana. **Materials i mètodes.** Base de dades informatitzada que per-

met introduir dades directament durant la visita i genera informe d'assistència. S'han recollit les dades anònimes d'edat, sexe, centre d'origen, servei d'origen, informació en la remissió i adequació de la remissió. La classificació ha estat feta sempre pel mateix investigador. Els criteris per a informació suficient sols requereixen uns antecedents i un motiu de consulta. La adequació en la remissió es recull d'acord amb el diagnòstic de remissió i el final. **Resultats.** En 963 malalts s'han avaluat aquestes dades. Hi ha diferències en la qualitat de les dades, al departament 12 sols el 18% tenia informació insuficient, mentre que al departament 19 era el 56%. El factor principal que explica aquesta diferència és el major percentatge de remissions intrahospitalàries. També hi ha diferències en el tipus de centre de primària des d'on es remetien els malalts (centre sanitari: 47% suficient; ambulatori: 31%). Igualment, la derivació no fou adient més vegades en el departament 19 (22%) que al departament 12 (6%). **Conclusió.** La qualitat en la informació tramesa entre diferents estaments assistencials dista molt de ser satisfactòria. Motiva una càrrega de feina extra important. Aquestes dades són heterogènies entre diferents departaments de salut.

P10.

CONSULTA VIRTUAL EN LA WEB DE LA SOCIETAT VALENCIANA DE NEUROLOGIA

Baquero M

Hospital Universitari La Fe. València.

Introducció. En la web de la Societat Valenciana de Neurologia ha estat accessible una consulta virtual de neurologia on els internautes de tot el món podien dirigir la seva qüestió, ben entès que, com s'informava, només als efectes de que la Societat Valenciana de Neurologia pogués avaluar la utilitat del mètode per a l'acompliment de les seves finalitats. **Materials i mètodes.** Un total de 424 consultes virtuals fetes en aquesta pàgina entre març de 2002 i desembre de 2006 s'han estudiat respecte a la seva procedència geogràfica, l'horari, la companyia de correu electrònic, el sexe de l'internauta consultant, i, finalment, de manera estructurada respecte al tipus de consulta: neurològica o no, general o particular. **Resultats.** La majoria de consultes procedia d'Espanya (299 envers 125). Dones i homes fan consultes amb percentatges semblants (54 envers 46 %). Hotmail és el servidor de correu més usat, molt per damunt de Yahoo (231 envers 59) i altres. Les consultes solen fer-se al vespre (horari europeu). La majoria de qüestions no semblen correspondre a l'especialitat de neurologia (288 envers 136, 68 envers 32%), i venen motivades per problemes personals de qui fa la consulta (69%) o del seu entorn; consultes aparentment no personals són 58 (13%). No existeix cap tema neurològic predominant entre les consultes: el més freqüent, la cefalea, motiva 12 consultes, un 3% del total. **Conclusions.** Cal valorar si el manteniment de consultes neurològiques virtuals té alguna utilitat respecte a l'acompliment dels objectius estatutaris de la Societat Valenciana de Neurologia.

P11.

MIELORRADICULITIS DESARROLLADA DURANTE UN TRATAMIENTO DE MENINGITIS TUBERCULOSA

Martínez E, Geffner D, Rodríguez D, Pérez T, Vilar R

Servicio de Neurología. Hospital General de Castellón.

Introducción. La mielorradiculitis tuberculosa resulta infrecuente y su presentación tras el inicio de tratamiento antituberculoso es rara. Presentamos un caso con correlación clinicoradiológica. **Caso clínico.** Mujer de 21 años diagnosticada de anorexia nerviosa y dorsolumbalgia de meses de evolución. Ingresada por primera vez por cefalea, febrícula y paresia del VI par fue diagnosticada de meningitis tuberculosa en estadio II. VIH negativo. LCR: cultivo y PCR

positivo. Tuberculomas intracraneales asintomáticos y RM medular normal. Tratada con INH, rifampicina, etambutol y piracinamida, asociando inicialmente corticoides. Reingresa a las seis semanas por paraparesia progresiva de dos semanas de evolución, sin afectación de esfínteres ni nivel sensitivo. Presentaba paraparesia 4/5 de predominio proximal, marcha inestable, Gowers positivo. Analítica normal. EMG: compatible con polirradiculitis de L2-S5 bilateral. RM cerebral y medular: alteración de señal a nivel medular dorsal inferior, lumbosacro, cono y cola de caballo. Lesiones compatibles con mielorradiculitis tuberculosa. Se reintrodujeron los corticoides y se mantuvo el tratamiento antituberculoso, recuperándose del déficit neurológico y mejorando la neuroimagen medular. **Conclusión.** El deterioro neurológico y el aumento del tamaño y número de granulomas durante el tratamiento de la meningitis por tuberculosis es conocido. La mielitis tuberculosa es infrecuente y raramente referenciada como complicación posterior al inicio del tratamiento específico. Destacamos la buena evolución de la paciente y el resultado beneficioso de la reintroducción de corticoides.

P12.

LEUCOSTASIS CEREBRAL EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Rodríguez-Luna D^a, Geffner-Sclarsky D^a, Escolà-Rivas MA^b, García-Boyer R^a, Martínez-Maruri E^a, Albert-Coll M^c

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

^c Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Castellón.

Introducción. La leucostasis es una complicación de diversos tipos de leucemia, fundamentalmente de la mieloide aguda (LMA). Cuando el recuento leucocitario es mayor de 50.000-100.000/μL (hiperleucocitosis), la microcirculación puede verse afectada por tapones celulares (leucostasis). La hipoxemia local puede agravarse por la alta actividad metabólica junto con la producción de citocinas, lo cual dañaría el endotelio vascular provocando hemorragia local. Las alteraciones en la hemostasia que suelen acompañar a este tipo de procesos aumentan el riesgo de hemorragia. Puede afectarse cualquier órgano, más frecuentemente el cerebro y el pulmón. Presentamos un paciente con leucostasis cerebral secundaria a LMA. **Caso clínico.** Varón de 55 años con deterioro del estado general, fiebre y exantema purpúrico petequial de 20 días de evolución. En la analítica presenta 337.600 leucocitos/μL (98% blastocitos), hemoglobina de 10,9 g/dL, 37.000 plaquetas/μL, índice de Quick del 32% y TTPA de 29,8 s. Es diagnosticado de LMA-M1, iniciándose tratamiento quimioterapéutico específico. Empeora rápidamente con disminución del nivel de consciencia, insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de lisis tumoral con coagulación intravascular diseminada. Presenta somnolencia y paresia facial derecha supranuclear sin otras paresias ni convulsiones. MEC: 30/35. La RM cerebral objetiva múltiples lesiones supratentoriales bilaterales con componente hemorrágico y extenso edema perilesional; estudio vascular normal. La TC torácica muestra infiltrados pulmonares bilaterales. Tras una breve mejoría inicial, fallece al mes del ingreso por afectación respiratoria. **Conclusión.** La afectación microvascular cerebral múltiple y generalizada demostrada por neuroimagen se acompañó de una paradójica buena situación neurológica, siendo la insuficiencia respiratoria la responsable del fallecimiento. Destacamos la llamativa disociación clinicoradiológica a nivel neurológico.

P13.**COEXISTENCIA DE DOS ENFERMEDADES SIMULTÁNEAS CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA SIMILAR EN UN PACIENTE ALCOHÓLICO**

Soriano C, Belenguer A, Tamarit E
Hospital General de Castellón.

Objetivo. Presentación de un paciente con dos procesos patológicos neurológicos simultáneos que producían ambos una afectación clínica similar, con la consiguiente dificultad para establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados. **Caso clínico.** Varón de 51 años, alcoholístico, que presentaba alteración del comportamiento, disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo y dificultad para la marcha desde unos dos meses antes de ser atendido. En las pruebas realizadas inicialmente se encontraron unos niveles muy bajos de vitamina B₁₂, un VCM aumentado, un LCR con proteínas algo elevadas y sin células y una RM sin masas y con diversas alteraciones no específicas, pero sí compatibles con el diagnóstico de déficit de vitamina B₁₂ y encefalopatía de Wernicke. Se pautó tratamiento con suplementos de vitamina B₁ y B₁₂, produciéndose una mejoría inicial de la ataxia, dismetría y nistagmos, sin llegar a una recuperación total, y no mejorando el déficit visual. Unos 10 días después se inició un empeoramiento de la visión, de la marcha y del nivel de conciencia, y en estudios repetidos del LCR se detectaron células atípicas en anillo de sello. El paciente falleció unos cuatro meses después de iniciado el proceso clínico, sin llegar a identificarse el tumor primario. **Conclusiones.** Aunque no es habitual que coexistan dos enfermedades con síntomas similares no debe olvidarse que esto puede suceder, sobre todo cuando una de ellas es muy prevalente, como sucede con el déficit de vitaminas del grupo B en alcoholísticos. Cualquier dato atípico debe hacernos mantener abierto el diagnóstico.

P14.**SIDEROSIS CEREBRAL**

Giner-Bernabeu JC, Hernández-Rubio L, Martí-Martínez S, Turpín-Fenoll L, Pérez-Sempere A, López-Gómez JM, Berenguer-Ruiz L, Lezcano-Rodas M, Mira-Berenguer F, Ruiz-Vegara M
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La siderosis superficial del sistema nervioso central es una patología muy infrecuente. Se debe al depósito de hemosiderina en la zona subpial cerebral y de la médula espinal, provocando daño parenquimatoso con clínica lentamente progresiva (normalmente sordera neurosensorial, afectación de pares craneales, ataxia, deterioro cognitivo, y mielopatía). Presentamos un caso de siderosis del sistema nervioso central diagnosticado en el Hospital General de Alicante. **Caso clínico.** Varón de 61 años, hipertenso, con cuadro progresivo de dificultad para la articulación del lenguaje, disfagia y debilidad en cuatro extremidades de años de evolución. En la exploración destacaba una disartria moderada, paraparesia espástica en miembros inferiores y dismetría dedo-nariz izquierda. Se realizaron estudios complementarios en los que destacaba: LCR: 61 prot., glucosa 62, 225 hematíes, 2 leucocitos con cultivo negativo y ausencia de bandas oligoclonales; RM encefálica diagnóstica con lesiones características de siderosis leptomeníngea. Ante estos hallazgos, con el diagnóstico de siderosis leptomeníngea se realizó arteriografía, con resultado normal. **Conclusión.** La siderosis superficial del sistema nervioso central es una entidad infrecuente. El pronóstico real no suele ser bueno incluso habiendo diagnosticado y tratado la causa. La importancia de conocer esta patología estriba en las implicaciones diagnósticas posteriores (diagnóstico etiológico) y en el diagnóstico diferencial con otras entidades.

P15.**SÍNDROME DE COLLET-SICARD SECUNDARIO A DISECCIÓN DE CARÓTIDA**

Reyes-Pausá S, Ferrer-Casanova JM, Dobón-Martínez I, Mazzillo-Ricaurte A, Medina-García R, Poyatos-Ruipérez C
Sección de Neurología. Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. El síndrome clásico de la disección carotídea consiste en dolor facial, cervical o cefalea unilateral, acompañado de isquemia cerebral o retiniana. Aún así éste sólo se encuentra en un tercio de los casos. La afectación de pares craneales bajos es más infrecuente y todavía más la afectación del hipogloso. **Objetivos.** Describir un caso de síndrome de Collet-Sicard secundario a disección carotídea. **Caso clínico.** Varón de 56 años que comenzó con cefalea en la sien izquierda pulsátil semejante a sus migrañas habituales. Dos días después presenta disfagia, disartria y debilidad para la elevación del hombro izquierdo. De los antecedentes sólo destaca exfumador sin traumatismo ni manipulación cervical en los días previos. Ingresa en ORL por parálisis del hipogloso y del recurrente izquierdo. En ORL se realiza TAC craneal y torácica, sin hallazgos, y endoscopia laringofaríngea, con parálisis recurrente izquierda. A la exploración en Neurología destaca síndrome de Horner izquierdo, sin alteración de la sudoración. Parálisis del IX, X, XI y XII pares, con disfagia grave que requirió sonda nasogástrica. La RM cerebral mostró disección de la arteria carótida interna en su porción extracraneal hasta la base del cráneo. Al alta estaba anticoagulado, con mejoría de todos los síntomas menos la disfagia. **Conclusión.** La disfagia ha sido el síntoma prominente desde el inicio del cuadro y el último en resolverse. De los tres síntomas cardinales de la disección carotídea sólo presentaba síndrome de Horner que no se detectó en Urgencias. La disección carotídea se debería añadir en el diagnóstico diferencial de la disfagia.

P16.**SÍNDROME CLÍNICO AISLADO DE INICIO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Guillén C, López J, Brocalero A, Navarré A, Carcelén M, Cervelló A
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Descripción de dos casos de síndrome clínico aislado en el contexto de enfermedad desmielinizante en pacientes gestantes. **Casos clínicos.** Estudio descriptivo de dos casos. Se recogen los siguientes datos: edad, antecedentes, tiempo de gestación, síntomas referidos, exploración física, neuroimagen, tratamiento y evolución. Caso 1: mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos. Seis semanas de gestación. Consulta por hemiparesia derecha y paresia crural izquierda. Evolución espontánea sin tratamiento. RM (octavo mes de gestación): tres lesiones desmielinizantes periventriculares. A la exploración, tras el parto, presenta nistagmo horizontal e hiperreflexia universal. RM de control: persisten las imágenes. Caso 2: mujer de 30 años, sin antecedentes de interés. Gestante de 2 meses. Consulta por diplopía e inestabilidad. Exploración: nistagmo horizontal a la derecha, dismetría derecha, lateropulsión derecha. RM: lesiones desmielinizantes (> 8) supra e infratentoriales. Tratamiento con metilprednisolona intravenosa durante cinco días, con mejoría del cuadro. **Conclusiones.** La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante de etiología autoinmune. Tradicionalmente se ha considerado el embarazo como factor protector frente a la aparición de brotes, aumentando la tasa de brotes en el puerperio. La base fisiológica de este fenómeno es compleja basándose en una inmunosupresión selectiva que permite la existencia del feto como aloinjerto mediante la producción materna de corticosteroides y la secreción de proteínas por parte del feto y la placenta. La tasa anual

de brotes durante el embarazo es de 0,5, aumentando a 1,2 en el primer trimestre del puerperio. Menos frecuente es la aparición de un primer brote sugestivo de esclerosis múltiple durante el embarazo.

P17.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UNA PACIENTE CON LINFOMA DE HODGKIN EN REMISIÓN

Mazzillo-Ricaute A, Ferrer-Casanova JM, Reyes-Pausa S, Dobón-Martínez I, Poyatos-Ruipérez C, González-Masegosa A
Sección de Neurología. Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) era una infección muy rara del sistema nervioso central hasta la aparición del Sida. La serie inicial (1961) describía la asociación con enfermedades hematológicas malignas. La falta de tratamiento específico la condiciona como causa de muerte importante en el sida y estados de inmunodepresión. **Objetivo.** Comunicar una LMP de evolución rápida en una paciente con linfoma de Hodgkin. **Caso clínico.** Mujer de 66 años remitida por síndrome confusional agudo. Desde cuatro días antes presenta desorientación intermitente y alteración de conducta. Durante el ingreso previo (quince días antes) por hepatitis B (reagudización), mostraba problemas visuales. Como antecedentes: linfoma de Hodgkin en tratamiento con quimioterapia, 7 ciclos (al ingreso en remisión). Exploración: consciente, orientada en espacio. Bradipsiquia e inatención. Reconoce objetos, pero no caras, y confunde a familiares. Síndrome de Horner derecho. Disartria escandida. Hemiparesia izquierda con signo de Babinski y hemiataxia desproporcionada. Hemianopsia homónima izquierda a la amenaza. De las exploraciones complementarias destaca una RM craneal con alteración difusa en lóbulos temporal y parietal derechos sin captación de contraste, y LCR con citobioquímico normal y positividad de la PCR para el virus JC. Deterioro neurológico rápidamente progresivo. La RM de control muestra una progresión y extensión al troncoencéfalo. La familia rechaza el tratamiento y se remite a hospital de crónicos. **Conclusión.** El presente caso ilustra un curso rápidamente progresivo y la afectación en múltiples niveles. La mortalidad actual de las series, a pesar del tratamiento antirretrovírico en los casos asociados a sida, es del 30-50 % a tres meses.

P18.

CASUÍSTICA Y RESULTADOS EN UN CENTRO DE DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

Avilés V, Martín R, Menchón M, Ros Y, Aldaba B
Centro de Daño Cerebral Casaverde.

Objetivo. Analizar la casuística del Centro de Daño Cerebral Casaverde y los resultados obtenidos tras la aplicación de un programa de terapia multidisciplinar. **Materiales y métodos.** El centro es una entidad privada subvencionada por el IMSERSO, en el que se aplica un proceso estandarizado. En cada caso se realiza una valoración inicial por cada una de las secciones (neuropsicología, logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional) y global, mediante tests validados, definiéndose los objetivos específicos individuales y diseñándose el programa de tratamiento correspondiente. Se presenta el análisis retrospectivo de la casuística y los resultados obtenidos desde su inauguración. **Resultados.** Se han atendido 73 pacientes, 49 analizables (24 presentaban enfermedades neurológicas degenerativas/evolutivas). 18 (37%) mujeres y 31 (63%) hombres; edad media: 49,61 años (rango: 21-62 años). Tiempo medio de evolución: 51,22 meses (rango: 1-420 meses). Estancia media: 61,36 semanas (rango: 1,5-127 semanas). Motivos de alta: domicilio, 7 (14%); traslado a otro centro, 5 (10%); *exitus*, 6 (12%); permanecen, 31 (64%).

Diagnóstico: ictus isquémico, 17 (36%); ictus hemorrágico, 11 (23%); traumatismo craneoencefálico, 15 (31%); encefalopatía anóxica, 5 (10%). Valoración global inicial: leve, 1 (2%); moderada, 16 (33%); grave, 32 (65%). Barthel inicial: < 20, 23 (48%); 20-39: 4 (8%); 40-59, 7 (14%); 60-99, 12 (24%); 100, 3 (6%). Impresión clínica neuropsicológica: peor, 20 (40%); estable, 16 (34%); mejor, 13 (26%). Impresión clínica fisioterapéutica: peor, 21 (43%); estable, 18 (37%); mejor, 10 (20%). Impresión clínica de terapia ocupacional: peor, 21 (44%); estable, 14 (29%); mejor, 13 (27%). Impresión clínica global: peor, 18 (36%); estable, 21 (44%); mejor, 10 (20%). **Conclusión.** A pesar de la cronicidad del daño, la inclusión en un programa de terapia multidisciplinar puede lograr una mejoría parcial en algunos pacientes. Este hecho debe tenerse en cuenta antes de adoptar actitudes nihilistas al afrontar la situación de pacientes con daño cerebral sobrevenido cronicado.

P19.

CATATONÍA SECUNDARIA A PROBABLE ENCEFALITIS LETÁRGICA

Del Villar A^a, Claramonte B^a, Campillo MS^a, Serrano AL^b, Ortega JJ^b

^aSección de Neurología. ^bServicio de Neurofisiología,
Hospital General de Castellón.

Introducción. La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por la combinación de inhibición psíquica y trastornos del movimiento asociada a patologías psiquiátricas o neurológicas. Actualmente se considera que la mayoría de los casos se deben a afectación orgánica cerebral. **Caso clínico.** Mujer de 30 años que presenta una crisis epiléptica seguida de importante alteración de conducta, con agitación y agresividad, asociada a cuadro febril, mostrando pleocitosis y proteinorraquia en el LCR, compatible con cuadro de meningitis. El EEG descarta estado epiléptico y la RM cerebral muestra una lesión hiperintensa en secuencias T₂ y FLAIR, que no capta contraste, en los ganglios basales. Varios días después, la hiperactividad inicial evoluciona hacia una completa inhibición motora con mutismo, desconexión del medio y nula respuesta a estímulos dolorosos asociada a un cuadro rigidohipocinético, con rigidez cérea, disautonomía y alteración del ritmo sueño-vigilia. Posteriormente inicia una mejoría progresiva, coincidiendo con el inicio de tratamiento con benzodiazepinas, persistiendo como secuela una alteración cognitiva leve, con afectación principalmente de las funciones ejecutivas y visuoespaciales, sin secuelas motoras. Todo el estudio etiológico resulta negativo, salvo elevación de anticuerpos antimicrosomales. **Conclusión.** La encefalitis letárgica se describió a principios del siglo XX. Desde entonces, su etiología es desconocida, aunque se plantea la posibilidad de una causa autoinmune por anticuerpos antineuronales. Se caracteriza por presentar lesiones hiperintensas en los ganglios basales. Una de sus formas clínicas clásicas, la forma acinética, es superponible al caso clínico presentado. Se han descrito algunos casos de catatonía secundaria a esta patología.

P20.

PSEUDOTUMOR CEREBRI: ¿UNA ENFERMEDAD BENIGNA?

Vilar-Ventura RM, Rodríguez D, Pérez T, Martínez E, Geffner D, Vilar-Fabra C, Belenguer A
Hospital General de Castellón.

Introducción. El pseudotumor *cerebri* es una enfermedad benigna, aunque se han visto casos en que su evolución ha sido tórpida. **Pacientes y métodos.** Analizamos los casos producidos en el Hospital General de Castellón entre 1994 y 2006. **Resultados.** Ha habido

un total de 17 pacientes, 6 hombres y 11 mujeres, de los cuales 12 casos han sido diagnosticados de pseudotumor *cerebri* y 5 de trombosis de senos venosos (TSV), con una edad media de 33 años. Analizando factores asociados hemos encontrado: cinco pacientes eran obesos, dos habían sido tratados con vitamina A, y dos, con corticoides. Con respecto a la clínica, 15 casos han presentado cefalea, 10 casos problemas visuales y 15 casos tenían papiledema. Presión media de salida del LCR, 36 cmH₂O. En ocho casos se les hizo TC, viéndose en un caso una TSV. La RM cerebral se hizo a 16 pacientes, cinco de los cuales se informaron como TSV. Todos menos dos casos fueron tratados: 13 con tratamiento médico, uno con tratamiento quirúrgico y otro con la combinación de tratamiento médico y quirúrgico. Todos ellos tuvieron una evolución buena, aunque un 29% (tres casos) fueron diagnosticados de TSV, con una evolución desfavorable. **Conclusión.** El pseudotumor *cerebri* secundario a TSV puede tener complicaciones empeorando el pronóstico. Sería recomendable realizar una RM vascular a todos los pacientes con pseudotumor *cerebri*, ya que no es una enfermedad tan benigna como se cree.

P21.

NEUROCISTICERCOSIS: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

López J, Navarré A, Guillén C, Carcelén M, Sancho J, Cervelló A, Brocalero A, Lominchar J, Parra J, Castillo A, Peset V
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos. Analizar la frecuencia, características epidemiológicas, perfil clínico, proceso diagnóstico y tratamiento de la neurocisticercosis en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de neurocisticercosis en el Servicio de Neurología desde el año 2000. **Resultados.** Se recogen siete casos de neurocisticercosis. Cinco casos acuden al Servicio de Neurología desde el año 2005 (cuatro varones y tres mujeres). Edad media: 36 años. Todos los pacientes son de procedencia extranjera, con una media de 2,1 años residiendo en España. Seis pacientes acuden por epilepsia y un paciente por cefalea. Cuatro pacientes tenían diagnóstico previo. Seis pacientes debutan con epilepsia como manifestación clínica. Ningún paciente presentó focalidad en la primera valoración neurológica. Todos los pacientes presentaron lesiones sugestivas en neuroimagen. De las tres serologías en sangre realizadas ninguna fue concluyente. Cinco pacientes fueron tratados con albendazol, y cuatro, con corticoides. **Conclusiones.** La neurocisticercosis es una patología emergente en nuestro medio como resultado de los fenómenos migratorios. Son pacientes jóvenes procedentes de Latinoamérica que llevan poco tiempo en España. Un número importante de pacientes son diagnosticados *de novo*. La manifestación clínica inicial más importante es la epilepsia. La neuroimagen es la prueba complementaria por excelencia; no así la serología, que presenta un pobre rendimiento. La única terapia aprobada para la neurocisticercosis parenquimatosa es el albendazol y el praziquantel.

P22.

PARKINSONISMO JUVENIL Y NEUROIMAGEN

López JC, Burguera JA, Pérez T, Parkhutik V, Magraner MJ, Pérez-Velazco R
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivo. Estudio de un paciente joven con signos y síntomas de parkinsonismo asimétrico sintomático, datos de lesión neurológica estructural y neuroimagen funcional. **Caso clínico.** Mujer de 20 años, desde hace 14 meses presenta temblor irregular de reposo en la mano izquierda de evolución progresiva, se asocia posteriormente a dolor en el miembro superior izquierdo, dificultad para subir esca-

leras, alteraciones de la marcha y cuadros sincopales. Exploración: temblor de reposo y actitud del miembro superior izquierdo, 2/3; rigidez del miembro superior izquierdo, 1/2; miembro inferior izquierdo 2; bradicinesia del miembro superior izquierdo 2/3; miembro inferior izquierdo, 0/1. Actitud distónica en la marcha. RM: hiperintensidad en el tálamo capsular derecho. Una espectroscopia sobre esta imagen visualiza una disminución de la ratio de NNA/ creatina y un aumento del cociente colina/creatina, concordante con lesión desmielinizante. El DaT-SCAN muestra asimetría de actividad de los núcleos de la base, con evidente pérdida de función dopaminérgica en los núcleos de la base derechos, sobre todo el putamen. Estudio IBZM: registro de la imagen de los núcleos de la base completa bilateralmente. **Conclusiones.** Se usa el término parkinsonismo juvenil para referirse a los casos de inicio antes de los 20 años; es importante reconocer este grupo por su baja frecuencia y considerar diagnósticos diferenciales distintos, como enfermedad de Wilson, síndrome de Hallervorden-Spatz y causas de parkinsonismo juvenil sin respuesta a levodopa. En nuestro caso, las pruebas de neuroimagen confirman una lesión de la sustancia blanca en la vía nigroestriada presináptica. La neuroimagen funcional es de gran utilidad en el diagnóstico del parkinsonismo, para determinar el nivel de lesión presináptica o postsináptica.

P23.

MENINGIOMES AL DEPARTAMENT DE SALUT 12: ANÀLISI DELS MALALTS INGRESSATS DE 2002 A 2006

Lacruz-Ballester L^a, Díaz-Insa S^a, García-Pastor A^a, Soriano-Soriano C^b, Moltó-Jordà JM^a

^a Hospital Francesc de Borja. Gandia.

^b Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Objectiu. Fer una anàlisi retrospectiva d'un dels subtipus tumorals més freqüentment detectats a les Unitats de Neurologia. **Materials i mètodes.** Selecció mitjançant eina de recerca informàtica entre els informes d'alta hospitalària del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Francesc de Borja de Gandia. S'ha utilitzat com a paraules clau de recerca meningioma i LOE cerebral. **Resultats.** S'ha detectat un total de 42 malalts, amb predomini femení (62%) i una edat mitjana de 71,21 ± 14,01 anys. L'interval d'edats va de 28 a 91 anys, amb la major part dels malalts detectats amb més de 65 anys. La forma clínica de presentació més freqüent fou la de crisis epilèptiques (27,5%), seguida per la deficitària progressiva i l'absència de símptomes (22,5% cadascuna). En el 42,5%, la troballa de la lesió fou casual. La localització més freqüent fou la frontal (32,5%), seguida de la parietal, amb predomini esquerre (66,67%). En el 48,78%, els malalts foren remesos a casa, i en el 43,9%, al Servei de Neurocirurgia. **Conclusió.** El meningioma és sovint una troballa en pacients amb epilèpsia tardana d'inici, així com una troballa casual en pacients que consulten per altres motius a serveis de Neurologia. Predomina en dones i en la nostra sèrie es va detectar principalment en gent més ran de 65 anys. A més, predomina la localització frontal i a l'hemisferi esquerre.

P24.

GLIOMATOSIS CEREBRI

Martí-Martínez S, Ruiz-Vegara M, Asensio-Asensio M, Alfaro-Sáez A, Turpín-Fenoll L
Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. En jóvenes con síntomas focales neurológicos y con afectación de sustancia blanca, el diagnóstico más frecuente suele ser una lesión desmielinizante, pero existen entidades con peor pronóstico. **Caso clínico.** Varón de 28 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por cuadro progresivo, de 2-3 semanas de evolución de

pérdida de fuerza en el brazo derecho y desviación de la comisura bucal. En la exploración destacaba paresia del VII par supranuclear derecho, paresia 4+/5 extensión muñeca y dedos, con reflejos 2+/5 en el hemicuerpo derecho. LCR: normal. Tinción/cultivo: negativo. No bandas oligoclonales. Resonancia encefálica: hiperintensidad en T₂-FLAIR en la sustancia blanca periventricular, centro semi-oval, sustancia blanca subcortical, brazo posterior de la cápsula interna, región posterior de la cápsula externa y pedúnculo cerebral izquierdo, con efecto masa en la región posterior del cuerpo calloso. Sin captación de gadolinio. Espectroscopia: reducción significativa de NAA, aumento de colina y de mioinositol, con ausencia de lípidos o lactato. Se decide biopsia de la lesión cerebral, siendo el resultado compatible con el ofrecido por la espectroscopia y diagnóstica de gliomatosis cerebral. Se inició tratamiento con temozolamida y radioterapia. **Conclusión.** La gliomatosis cerebral es una patología infrecuente que se caracteriza por una infiltración difusa por astrositos neoplásicos. En la RM se caracteriza por zonas extensas hiperintensas en T₂, normalmente sin captación de contraste. El tratamiento actual se basa en la radioterapia y la quimioterapia con temozolamida. La supervivencia media es de 14,5 meses.

P25.

PACIENTE CON SÍNDROME BULBAR Y DIPLEJÍA BRAQUIAL (HOMBRE EN BARRIL) DE INSTAURACIÓN SUBAGUDA

Más-Lázaro C, García-Pastor A, Díaz-Insa S, Moltó-Jordà JM, Lacruz-Ballester L

Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Introducción. La diplejía braquial de instauración aguda/subaguda es un reto diagnóstico porque puede corresponder a patología central o periférica. Presentamos un caso acompañado de sintomatología bulbar y se discute el diagnóstico final. **Caso clínico.** Varón de 38 años, natural de Alemania, que desarrolló un cuadro progresivo de dos días de evolución de disartria, disfagia, dificultad masticatoria, imposibilidad para la oclusión ocular y debilidad en brazos. Se objetivó una paresia facial periférica bilateral de predominio derecho, oftalmoparesia con afectación del VI par derecho (residual por estrabismo conocido) y paresia de los IX y XII pares craneales y de miembros superiores (proximal 0/5, distal 1/5), sin afectación de la fuerza en los miembros inferiores, sensibilidad conservada y reflejos osteotendinosos disminuidos (0 en miembros superiores y positivos en inferiores). Negaba hábitos tóxicos, viajes al exterior recientes, ni otros antecedentes salvo una dermatitis seborreica. Refirió episodio diarreico leve 15 días antes. A las 24 horas de ingreso sufrió deterioro respiratorio grave, requiriendo traslado a la UCI con ventilación mecánica invasiva. La electrofisiología mostró grave daño desmielinizante de predominio cefálico y cierto componente axonal. Inmunológicamente destacaba la presencia de títulos positivos de IgG anti-GQ_{1b}, IgM anti-GM₁ e IgM anti-asialo GM₁. **Conclusión.** El diagnóstico final fue el de variante faringocervicobraquial del síndrome de Landry-Guillain-Barré. Este caso ilustra el amplio espectro clínico de las polirradiculoneuropatías desmielinizantes inflamatorias agudas y la gran heterogeneidad existente respecto a parámetros inmunológicos y electrofisiológicos en esta variante.

P26.

INFLUÈNCIA DE L'ESTUDI NEUROVASCULAR EN L'ELECCIÓ DEL TRACTAMENT HIPOLIPEMIANT I HIPOTENSOR DESPRÉS DE L'ICTUS

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

^a Hospital Sant Joan d'Alacant. ^b Hospital de Albacete. ^c Hospital General d'Elx. ^d Hospital de Levante. Benidorm. ^e Hospital General Universitari d'Alacant. ^f Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Objectiu. Valorar la possible influència de les troballes neuroecogràfiques en l'elecció de la teràpia hipolipemiant i hipotensora en la prevenció secundària després de l'ictus. **Pacients i mètodes.** Anàlisi de les base de dades de la unitat d'ictus. Inclouem tots els pacients amb diagnòstic d'atac isquèmic transitori (AIT) o ictus (diferenciant per subtipus etiològics). La patologia carotídia se subdivideix en normal, ateromatosi sense estenosi (< 50%, 50-70% y > 70%). Inclouem valoració de l'estudi intracranial. Anàlisi estadística per mitjà de paquet estadístic G-Stat 2.0. **Resultats.** En total s'inclouen 1.238 pacients amb una edat mitjana de 71,72 ± 12,32 anys (52,18% varons). El 27,87% van ser AIT, el 29,32 ictus lacunars, el 17,93% aterotrombòtics, el 15,19% cardioembòlics i el 9,69% es va classificar en altres categories. Presentaven malaltia carotídia greu un 9% dels pacients i només en el 20,44% l'estudi va ser considerat normal. Un 63% dels pacients va ser tractat amb estatines. Els pacients amb afectació carotídia més greu van ser tractats més sovint amb estatines de forma significativa enfront de pacients amb estudi carotídi normal (78 envers 47%). Els pacients amb patologia carotídia greu van ser tractats de forma significativament més freqüent ($p < 0,02$) amb hipotensors, especialment amb IECA. Els pacients amb antecedents d'hipertensió van ser tractats de forma significativament més freqüent que aquells que no eren coneguts com a hipertensos (89 envers 45%). **Conclusions.** La identificació de patologia carotídia per mitjà de l'estudi neuroecogràfic va influir, juntament amb d'altres factors, en l'elecció tant del tractament hipolipemiant com de l'hipotensor a l'alta en la nostra sèrie.

P27.

CASO DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN UN NEONATO

Barber C, Leiva C, Poyatos C

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción. La trombosis venosa cerebral es un trastorno raro, pero su diagnóstico es más frecuente debido a la mejor atención médica y al aumento de la sensibilidad de las técnicas de imagen. Su diagnóstico precoz es esencial ya que su tratamiento contribuye a disminuir el riesgo de complicaciones y secuelas. **Caso clínico.** Recién nacido traído a Urgencias por presentar movimientos clónicos en extremidades izquierdas. Primer hijo de una mujer sana de 30 años que tuvo una gestación normal. Se objetivaron clonías, siendo el resto de la exploración física normal. En las pruebas de laboratorio presentó valores normales, excepto por un dímero D elevado. Detallamos los hallazgos de las pruebas de imagen por la importancia que tienen éstas en el diagnóstico precoz debido a las variadas causas y síntomas de presentación. El paciente evolucionó favorablemente, se retiró el tratamiento anticonvulsivante y se remitió a su domicilio. En este caso no se detectaron factores de riesgo comúnmente asociados a la trombosis venosa cerebral y las manifestaciones clínicas fueron clonías en el hemicuerpo izquierdo. En un primer momento se realizó una ecografía que detectó una lesión talámica derecha. Una vez controlado con tratamiento anticonvulsivante, se realizó una TC, que fue diagnóstica, y posteriormente se obtuvieron imágenes del sistema venoso mediante RM.

Conclusión. La trombosis venosa cerebral puede causar una alteración neurológica importante. Las pruebas de imagen permiten el diagnóstico precoz y, por ello, un tratamiento adecuado y el control de las causas mejoran el pronóstico del paciente.

P28.

DISECCIONES MÚLTIPLES DE VASOS CERVICALES SECUNDARIAS A PSEUDOXANTOMA ELASTICUM

López-Pesquera B, Ponz A, Piera A, Fratalia L, Salom JM, García A, Láinez JM
Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. La disección arterial es una causa frecuente de ictus isquémico en personas jóvenes. **Objetivo.** Presentar un paciente con ictus isquémico y disecciones múltiples de arterias cervicales secundarias a pseudoxantoma *elasticum*. **Caso clínico.** Varón de 44 años sin antecedentes personales de interés. Padre fallecido a los 50 años por ictus isquémico. Ingresa tras episodio agudo de debilidad y disminución de sensibilidad en el hemicuerpo izquierdo, junto con alteración en la articulación del lenguaje que había estado precedido de hasta tres episodios focales transitorios previos. A la exploración destacaba un habla disártrica, hemianopsia homónima, hemiparesia 4+/5, hemihipoestesia y liberación de reflejos osteotendinosos en el hemicuerpo izquierdo. Analítica, VSG, serología luética, ECG, radiografía de tórax y ecocardiografía-TT, sin alteraciones. TAC craneal urgente: lesión isquémica en el territorio cortical de la arteria cerebral media derecha. Una RM cerebral confirma la lesión isquémica aguda e imagen compatible con disección de ICA-D. Una RM de control mostró persistencia del afilamiento de ICA-D, asociándose dos nuevas estenosis segmentarias en el tercio proximal de ambas arterias vertebrales. Una arteriografía confirmó los hallazgos descritos con normalidad de aorta, subclavia y arterias renales. **Conclusión.** El diagnóstico diferencial se planteó entre una arteritis de Takayasu y disecciones múltiples por posible conectivopatía. Se inició empíricamente tratamiento esteroideo y anticoagulante. Tras completar tratamiento anticoagulante se realizó biopsia cutánea que evidenció la presencia de fibras elásticas cortas, rotas y desordenadas en la dermis reticular media y superficial, cambios compatibles con el diagnóstico de pseudoxantoma *elasticum*. **Conclusión.** Las conectivopatías deben considerarse en el estudio etiológico de pacientes jóvenes con ictus isquémico agudo.

P29.

PÉRDIDA DE FUERZA DISTAL EN EL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

Lezcano-Rodas M, Turpín-Fenoll L, Berenguer-Ruiz L, Mira-Berenguer F, Giner-Bernabeu JC, Hernández-Rubio L, Martí-Martínez S, Ruiz-Vegara M, Alfaro A, Asensio-Asensio M
Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo. Determinar la posibilidad de origen central ante la aparición súbita de clínica compatible con mononeuropatía, especialmente cubital o radial. **Casos clínicos.** Dos pacientes con factores de riesgo cardiovascular que presentan de forma brusca un cuadro de mano caída, por lo que acuden a Urgencias. En la exploración destaca la preservación de reflejos y la afectación de todos los grupos musculares de la mano. El estudio neuroecográfico muestra placas heterogéneas y signo de omega invertido en la circunvolución precentral en la resonancia encefálica, siendo el resto de exploraciones complementarias normales. **Conclusiones.** Aunque ya sospechado desde principios del siglo XX, sólo a raíz de las modernas técnicas diagnósticas (RM, estimulación magnética) ha podido evidenciarse su origen central, siendo la más frecuente la cubital, pero también se ha descrito radial y peroneal externa, por la exten-

sa representación cortical de la mano en el homúnculo de Penfield. Debemos valorar la posibilidad de etiología central ante una mononeuropatía en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, inicio ictal de la clínica y preservación de reflejos, así como la necesidad de ecocardiograma por el frecuente origen embólico de la paresia radial, en vistas a un adecuado tratamiento, ya que su implicación pronóstica es la de cualquier otro infarto cerebral.

P30.

TROMBOCITEMIA ESENCIAL E ICTUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

García-Quesada MA, González-Caballero G, Martín-Bautista D
Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La trombocitemia esencial es un trastorno mieloproliferativo crónico de etiología desconocida, más frecuente en personas de mediana edad (50-60 años), caracterizado por un incremento aislado del número de plaquetas que puede causar fenómenos trombóticos o hemorrágicos, siendo la causa del 0,5% aproximadamente del número total de ictus, como manifestación inicial o complicación evolutiva. Presentamos el caso de un varón con trombocitemia esencial conocida que presentó tres ictus isquémicos como complicación evolutiva de la enfermedad. **Caso clínico.** Varón de 56 años, con hipertensión arterial, trombocitemia esencial y exfumador como antecedentes de interés. En tratamiento con anagrelide e hidroclorotiacida. Consulta por cuadro progresivo de un mes de evolución consistente en parestesias en el hemicuerpo derecho, bradipsiquia y disminución de la agudeza visual. A la exploración neurológica presenta inatención, extinción sensitiva y visuales izquierdas, junto con hemianopsia homónima derecha. Claudicación de extremidades izquierdas sugerente de desaferentización. Reflejos osteotendinosos ++/++++, reflejo cutaneoplantar flexor bilateral. Resto normal. Hemograma: plaquetas 553.000, resto normal. Perfil bioquímico y coagulación sin alteraciones, incluyendo marcadores tumorales y autoinmunidad. Estudio genético, trombofilia, serología en suero, estudio cardiológico y neurovascular: normales. RM encefálica: lesiones hiperintensas en FLAIR parietooccipitales derecha e izquierda y frontal izquierda, captadoras de contraste, sugerentes de ictus isquémicos agudos-subagudos. **Conclusiones.** La trombocitemia esencial es una causa de ictus isquémico poco frecuente, y deberíamos pensar en ella si el contexto clínico lo sugiere, a pesar de un recuento normal de plaquetas.

P31.

INFARTO MUY EXTENSO EN EL TERRITORIO POSTERIOR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Soriano-Soriano C, García-Pastor A, Díaz-Insa S, Moltó-Jordá JM, Lacruz-Ballester L
Hospital Francisc de Borja. Gandía. Hospital General de Castellón.

Objetivo. Presentar las imágenes de TAC cerebral de un caso de infarto extenso en el territorio posterior, probablemente debido a una trombosis de la arteria basilar. **Introducción.** Aunque las manifestaciones de la trombosis de la arteria basilar son muy variables es excepcional que se produzca un infarto tan extenso como el de este paciente, con afectación de prácticamente todo el territorio posterior. **Caso clínico.** Varón de 73 años, fumador y sin otros factores de riesgo vascular conocidos, que acudió a Urgencias tras presentar dificultad para articular palabras, marcha inestable y visión borrosa de inicio brusco. En la exploración inicial se apreció obnubilación y hemiparesia izquierda, con Babinski izquierdo. En las 48 horas siguientes sufrió un deterioro progresivo, con cuádruplejía y coma, mejorando después a lo largo de varias semanas, llegando a recuperar la conciencia, dirigiendo la mirada cuando se le llamaba, pero

persistiendo una cuadriparesia grave. El paciente falleció casi dos meses después de iniciado el proceso por complicaciones respiratorias. La TAC realizada en Urgencias sólo detectó signos de leucoencefalopatía isquémica crónica, pero en una TAC de control realizada cinco días después se apreciaron lesiones isquémicas extensas en el territorio posterior, con afectación de la protuberancia, ambos hemisferios cerebelosos, ambos lóbulos occipitales y la porción inferior de ambos lóbulos temporales. *Conclusión.* El interés del caso se centra en la valoración de la neuroimagen de esta segunda TAC por la gran extensión de la isquemia.

P32.

RELACIÓN DE LOS SUBTIPOS DE INFARTO CEREBRAL CON EL ANTECEDENTE DE USO DE ESTATINAS Y EL NIVEL DE COLESTEROL-LDL

Mira-Berenguer F, Alfaro-Sáez A, Serna-Candel C, Berenguer-Ruiz L, Lezcano-Rodas M, Giner JC, Hernández R, Gracia-Fleta F, Asensio M, Carneado J
Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Existe un interés creciente en el estudio de los efectos de las estatinas, niveles de colesterol y la relación de ambos con la pa-

tología vascular cerebral. *Objetivo.* Describir la relación entre el antecedente de uso de estatinas, el nivel de colesterol-LDL y el subtipo de infarto cerebral. *Pacientes y métodos.* Base de datos de pacientes con infarto cerebral ingresados en la Unidad de Ictus del HGUA. Se excluyen aquellos con datos incompletos. De 1.055, seleccionamos 795 pacientes consecutivos. Se evalúan las variables: edad, sexo, factores de riesgo vascular asociados, temperatura, NIHSS basal, colesterol-LDL a las 48 h, antecedente del uso de estatinas y subtipo de infarto cerebral. Se analiza la asociación de las variables 'antecedente del uso de estatinas' y 'colesterol-LDL' con cada una de las variables dependientes mediante el test de χ^2 para las cualitativas y el test *t* de Student para las cuantitativas. *Resultados.* Perfil del paciente tipo: edad media, 71,4 años; varón (52,3%); colesterol-LDL > 100 mg/dL (73,3%). Para la variable independiente 'antecedente del uso de estatinas' no hay asociación entre éste y el nivel de colesterol-LDL < 100 mg/dL ($p = 0,69$), no hubo diferencias significativas para el subtipo de infarto cerebral. Para los valores de colesterol-LDL < 100 mg/dL (BC) frente a > 100 mg/dL (AC) hubo diferencia significativa en la distribución del ictus aterotrombótico (AC: 38%; BC: 26,9%; OR = 1,17; IC 95%: 1,06-1,30; $p = 0,004$). *Conclusiones.* Los pacientes que ingresaron por ictus isquémico y tomaban estatinas no cumplían con el objetivo terapéutico de colesterol-LDL < 100 mg/dL, el cual se asocia a un menor porcentaje de ictus aterotrombóticos.