

COMUNICACIONES

28.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS ESTENOSIS INTRACEREBRALES: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

N. Martín^a, A. Lago^a, J. Tembl^a, R. Sivera^a,
J.C. López^a, V. Vázquez^b, F. Aparici^b, E. Maynar^b

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción. La estenosis intracraneal causa un 5-10% de todos los ictus isquémicos. Los estudios recientes indican que, a pesar del adecuado tratamiento farmacológico, se produce un ictus recurrente en el mismo territorio en un tercio de los casos, sobre todo de forma precoz en los dos primeros años. Actualmente se podría recomendar la utilización de tratamiento endovascular para el abordaje de la estenosis intracraneal refractaria al tratamiento médico en centros con experiencia. Presentamos los resultados iniciales en nuestro centro en la realización de angioplastia en casos de estenosis intracraneal sintomática y recurrente. **Pacientes y métodos.** Descripción de una serie de 7 pacientes ingresados por ictus isquémicos recurrentes y estenosis intracraneal, refractarios a tratamiento antiplaquetario, en los que se ha realizado angioplastia en este último año. Se recoge las variables demográficas, los factores de riesgo vascular, el éxito del procedimiento, las complicaciones periprocedimiento y las complicaciones a corto plazo. **Resultados.** Los pacientes tenían una media de edad de 60,8 años, con un intervalo entre 47 y 66 años. Los principales factores de riesgo que se identificaron fueron la hipertensión arterial, el tabaquismo y la dislipemia. Cinco pacientes tuvieron ictus/ataque isquémico transitorio (AIT) vertebrobasilar y 2 carotídeo, de repetición. De los 7 casos analizados, 2 de ellos presentaban una estenosis significativa en la arteria cerebral media, 3 en la arteria basilar y 2 en la vertebral intracraneal. En todos los casos se dilató la arteriaestenótica con balón, se corrigió la estenosis, y en 6 fue posible la colocación de un *stent*. No hubo complicaciones inmediatas. En uno de los casos se produjo trombosis del *stent*, por lo que falleció el paciente (no llevó, por alergia, doble antiagregación). No ha habido ningún ictus ni otra complicación vascular en el seguimiento (mediana: 3 meses). **Conclusiones.** En esta corta serie de pacientes, la seguridad y la eficacia del procedimiento endovascular es buena. Los pacientes con estenosis intracraneal sintomática refractaria al tratamiento médico pueden beneficiarse de la angioplastia para reducir el riesgo de presentar un nuevo episodio isquémico cerebral. Quedamos pendientes de la evolución a largo plazo.

29.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN ACCEDEN NUESTROS PACIENTES EN INTERNET?: OPORTUNIDAD O AMENAZA

A. Criado-Segado, F. Mira-Berenguer, M. Lezcano-Rodas, L. Berenguer-Ruiz, J.C. Giner-Bernabeu, L. Hernández-Rubio, J. Abarca-Olivas, A.P. Sempere

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. Cada vez son más los pacientes y familiares que buscan información sanitaria en Internet. En 2005, más de 4 millones de españoles consultaron contenidos sanitarios en la red. En cuanto a información neurológica, se han publicado tasas de consulta de alrededor del 30-40% de los pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la información disponible sobre diversas patologías neurológicas en los tres buscadores más importantes. **Materiales y métodos.** Se realiza una primera búsqueda utilizando la denominación de las distintas especialidades en los buscadores Google (G), Yahoo (Y) y MSN (M). Posteriormente, se realiza una búsqueda utilizando las palabras clave 'migraña', 'ictus', 'esclerosis múltiple' y 'epilepsia' en los buscadores. Se analizan los 20 primeros resultados remitidos por el buscador. Se recogen datos como página fuente, adhesión a sistemas de acreditación de información sanitaria (páginas acreditadas, PA), mejor n.º de orden de página vinculada a la Sociedad Española de Neurología (SEN) (número orden página de perteneciente a la SEN, NOPSEN) nombre y profesión del autor (autor identificado, AI), fecha de actualización y publicidad de la industria farmacéutica (PI). Las distintas búsquedas fueron realizadas en octubre-noviembre de 2007, por lo que actualmente podrían hacer variado los resultados. **Resultados.** Neurología es la especialidad médica con mayor número de páginas web registradas en buscadores. Respecto a las diversas patologías estudiadas, los resultados son los siguientes: migraña: PA 18%; NOPSEN: no aparece en G, Y ni M; AI 35%; PI 13%. Esclerosis múltiple PA 8%; NOPSEN 7 G; AI 16%; PI 20%; ictus: PA 15%; NOPSEN 1 G y M; AI 31%; PI 13%, epilepsia: PA 18%; NOPSEN 11 G, 7 Y, 16 M; AI 16%; PI 11%. En ninguna de las entidades estudiadas se encontraron páginas relacionadas con la Sociedad Valenciana de Neurología. **Conclusiones.** Las posibilidades que ofrece Internet como fuente de información son ilimitadas; sin embargo, la ausencia de control de calidad convierte dicha oportunidad en una amenaza potencial. La calidad de la información sanitaria encontrada es muy variable. La adhesión a sistemas de acreditación es baja. Ni las páginas de la SEN ni de la SVN aparecen en los lugares destacados de los buscadores. Es necesario mejorar estas cuestiones, ya que cada vez más pacientes consultan esta información.

30.

ENDARTERECTOMÍA Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR: EVALUACIÓN PROSPECTIVA EN EL PRIMER AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

M. Ruiz-Vegara, A. Pampliega-Pérez, S. Martí-Martínez
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. La endarterectomía (EDA) y la angioplastia con inserción de *stent* carotídeo (ATP) se emplean en la prevención del ictus isquémico en pacientes con estenosis de la arteria carótida interna. Aunque ambas técnicas han demostrado una reducción en el riesgo de ictus isquémico a largo plazo, la morbilidad y mortalidad alrededor del procedimiento obligan a una selección de la técnica según las características de cada caso. El motivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de ambas técnicas en nuestro hospital. **Pacientes y métodos.** Revisamos los estudios neuroecográficos realizados entre febrero de 2006 y febrero de 2007. Analizamos las características de los pacientes (edad, sexo, comorbilidad, patología carotídea contralateral y situación basal según la escala de Rankin); los eventos en los 30 días posteriores a la intervención y durante el primer año. **Resultados.** Entre los estudios neuroecográficos realizados hallamos 81 carótidas con estenosis del 70% o superior según los hallazgos del Doppler/dúplex carotídeo. El estudio arteriográfico posterior detecta que en 15 casos se trataba de oclusiones carotídeas. De los 66 casos en que se confirmó la estenosis carotídea, el 36% lo constituyen carótidas sintomáticas. Finalmente, se interviene en 38 casos. Se realizaron 18 EDA, de las cuales 7 eran sintomáticas (34,2 %). De ellos, un paciente presentó una crisis epiléptica en el contexto de un síndrome de hiperperfusión y un caso precisó reintervención por hemorragia en sutura de arteriotoμία, siendo estos casos carótidas no sintomáticas previamente. Se efectuaron 20 ATP, siendo 6 de ellas sintomáticas (30%), en los primeros 30 días dos de estos pacientes presentaron ataque isquémico transitorio (AIT), siendo ambos casos previamente carótidas asintomáticas. En ninguno de los grupos hubo mortalidad, complicación cardíaca o ictus discapacitante en los 30 días que siguieron al procedimiento. Tras un año, ningún paciente tratado ha sufrido un ictus y en ningún caso se ha detectado reestenosis carotídea significativa, según el control neuroecográfico. No observamos diferencias significativas entre ambas técnicas. En nuestro medio, la tasa de complicaciones de la EDA y ATP, todas ellas consideradas menores, en los 30 días posteriores son de un 11 y un 10%, respectivamente. Al cabo de un año no se observan complicaciones ni se identifica reestenosis según control neuroecográfico. **Conclusiones.** Tanto la EDA como la ATP constituyen técnicas eficaces y seguras en el tratamiento de las estenosis carotídeas mayores del 70%. Consideramos que la adecuada selección de los pacientes contribuye en gran medida a los resultados obtenidos.

31.

RESPUESTA AL RITUXIMAB EN UN PACIENTE CON NEUROMIELITIS ÓPTICA (SÍNDROME DE DEVIC)

F. Mira-Berenguer^a, L. Berenguer-Ruiz^a, M. Lezcano-Rodas^a,
 L. Hernández-Rubio^a, J.C. Giner-Bernabeu^a, A. Fries-Ramos^a,
 C. Otto^a, E. Baño^b, A.P. Sempere^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía.
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. La neuromielitis óptica (NMO), también conocida como síndrome de Devic, es una enfermedad desmielinizante infrecuente, que afecta a los nervios ópticos y a la médula espinal. Estudios inmunopatológicos han demostrado que la inmunidad humoral desempeña un papel más importante en la NMO que en la esclerosis múltiple. El tratamiento de los brotes consiste en corticoides y plasmáferesis. En el tratamiento preventivo de las recaídas, el más habi-

tual consiste en azatioprina y prednisona. El rituximab es un anticuerpo monoclonal frente a las células CD-20, que ocasiona una depleción de los linfocitos B y con potencial terapéutico en la NMO, teniendo en cuenta la importancia de la inmunidad humoral en esta enfermedad. Se presenta el caso de una paciente con NMO con respuesta a rituximab tras haber ensayado sin éxito otros tratamientos. **Caso clínico.** Mujer de 38 años que presentó neuritis óptica izquierda en 1999 seguida de neuritis óptica derecha a los 3 meses. Resonancia magnética (RM) cerebral normal en dos ocasiones. Al año, presentó episodio de mielitis con RM medular que mostraba lesiones medulares y fue diagnosticada de síndrome de Devic. Se inició tratamiento con azatioprina, que fue suspendido por efectos secundarios gastrointestinales. Se ensayó tratamiento con interferón β -1a subcutáneo, continuando con 2-3 brotes (neuritis óptica y mielitis) al año. Se suspendió el tratamiento con interferón y se inició tratamiento con mitoxantrona con buena respuesta, por lo que se suspendió el tratamiento tras 8 ciclos de 12 mg/m². Se reintentó tratamiento con azatioprina y prednisona durante un año, continuando con brotes y lesiones activas en la RM medular. La paciente fue tratada con 4 ciclos de rituximab de 375 mg/m². Al inicio del tratamiento con rituximab, el EDSS era de 6. Tras un año de seguimiento, la paciente no ha presentado nuevos brotes y el EDSS (escala ampliada del estado de discapacidad) es de 4. **Conclusiones.** El rituximab probablemente sea la primera opción terapéutica en los pacientes con NMO que no responden al tratamiento habitual con azatioprina y prednisona.

32.

SORDERA BILATERAL SECUNDARIA A ICTUS ISQUÉMICO

I. Bravo-Portolés, R.M. Vilar-Ventura, D. Geffner-Sclarsky,
 B. Claramonte-Clausell, A. Belenguer-Benavides

Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Introducción. La sordera bilateral aguda es una alteración otológica periférica o psicógena y raramente causada por una alteración central. En adultos hay que descartar isquemia cerebral, vertebrobasilar o bitemporal. Presentamos un caso de sordera bilateral transitoria secundaria a infartos isquémicos temporales bilaterales. **Caso clínico.** Mujer de 41 años con antecedentes de estenosis aórtica con prótesis desde 1990 y en tratamiento con sintrom, accidente cerebrovascular (ACV) isquémico silviano derecho en 1999 con hemiplejía izquierda residual y ataque isquémico transitorio (AIT) silviano izquierdo en 2000. Presenta en octubre de 2007 cuadro brusco de sordera bilateral precedido de torpeza en mano derecha de pocos minutos de duración. La paciente, al darse cuenta de los síntomas, intenta hablar, pero no logra hacerse entender al presentar afasia motora; intenta escribir y lo hace con algún fallo gramatical, aunque se comprende el contenido. El episodio dura 2 h 15 min con fluctuación de los síntomas. Por momentos no escucha nada, y por momentos recupera la capacidad de mantener una conversación telefónica. A su llegada a Urgencias no se le objetiva focalidad neurológica diferente a los déficit secundarios al infarto cerebral previo, pero aporta los escritos realizados donde se observan las alteraciones gramaticales. De las pruebas realizadas destacan: tomografía computarizada (TC) craneal: infarto antiguo silviano derecho; resonancia magnética (RM) cerebral: pequeño infarto agudo cortical temporal izquierdo y extenso infarto isquémico crónico silviano derecho; estudio vascular: no visualización arteria cerebral media (ACM) derecha. No estenosis carotídeas. Potenciales evocados auditivos de tronco encefálico (PEAT) y audiometría: normales. La paciente no presenta nuevos síntomas durante el ingreso y es dada de alta con diagnóstico de infarto cerebral con manifestaciones transitorias de probable origen cardioembólico. **Conclusiones.** Corticalmente, la audición está representada bilateralmente, a pesar de que cada lóbulo temporal recibe mayor input desde el oído contralateral; de allí la rareza de la sordera de causa central y supratentorial. Síntomas como disartria, vértigo y disminución de la fuerza hacen pensar rápidamente en ic-

tus. En el diagnóstico diferencial de una pérdida auditiva aguda deberíamos contemplar la sordera central como causa infrecuente.

33.

CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN. ESTUDIO REI

C. Vilar-Fabra, D. Geffner-Sclarsky, C. Soriano-Soriano, A. Belenguer-Benavides, M. Campillo-Alpera, B. Claramonte-Clausell

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

Introducción. La coordinación entre los distintos niveles asistenciales es imprescindible para evitar demoras innecesarias y mejorar la eficacia del sistema sanitario ante la emergencia médica que representa el ictus. El código ictus (CI) es el sistema que mediante actuación protocolizada permite disminuir los retrasos y administrar el tratamiento oportuno al ictus, principalmente la trombólisis endovenosa (EV) en el infarto cerebral. El objetivo es conocer el uso y rendimiento del código ictus en nuestro medio. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo de serie consecutiva de pacientes ingresados en Neurología recogidos en Estudio Retraso en el Ictus (REI) Castellón, desde 5/2/2007 al 5/2/2008. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tiempo a urgencia hospitalaria, activación del código ictus. Se consideró adecuado su activación si tiempo desde el inicio menor a 3 horas, edad inferior a 81 años y buen nivel funcional (Rankin < 2). Se analizaron causas de no trombólisis y horario de llegada. Nuestro centro no dispone de guardia de Neurología ni Unidad de Ictus. El código ictus está activo durante el horario de mañana (8-15 horas) y cuando un neurólogo esta de guardia de Medicina Interna. Se realiza estudio descriptivo preliminar. **Resultados.** Se recogieron 417 con una edad media de 71,75 años, siendo el 57,3% varones y el 42,7% mujeres. 156 pacientes (37,4%) de 417 ictus registrados en el REI, llegaron en menos de 3 horas a Urgencias Hospitalarias. Hubo 45 activaciones del CI (10,8% de la serie), excepto 1 caso, todas intrahospitalarias. Ocho CI inadecuados (17,8%), todos por incorrecta estimación del tiempo. Se trombolizaron 10 pacientes (3,4%) de infartos cerebrales (10/296). Las causas de no trombólisis fueron: rápida mejoría de los síntomas o resolución del cuadro (45,7%), signos de infarto extenso en la tomografía axial computarizada (TAC) o hemorragia (11,4%), NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) mayor de 24 (8,6%) y tratamiento previo con sintrom (8,6%). **Conclusiones.** Nuestra experiencia con el CI es positiva; 1 de cada 5 activaciones de CI llegaron a trombolizarse, pero es imprescindible la apertura al sistema extrahospitalaria (CICU) y ampliarlo a 24 horas los 365 días del año.

34.

COMBINACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA POR EMISIÓN DE FOTÓN ÚNICO DE RECEPTORES Y DE TRANSPORTADORES DE DOPAMINA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

M.T. Pérez-Saldaña, R. Pérez-Velasco, M. Boscá, J.C. Sanchez-Manso, J.C. López-Poma, J.A. Burguera

Hospital La Fe. Valencia.

Introducción. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) de transportadores de dopamina (ioflupano) ha demostrado ser una técnica sensible y específica en el diagnóstico diferencial de enfermedad de Parkinson (EP), temblor esencial y parkinsonismos farmacológicos. Pero no permite diferenciar la EP de otros parkinsonismos plus (PP). El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad de la combinación del SPECT de ioflupano, con el de receptores (iodobenzamida) en el diagnóstico diferencial de PP. **Pacientes y métodos.** Se estudió una serie de pacientes, procedentes

de consultas de Neurología, con diagnóstico inicial dudoso, a los cuales se les había realizado un SPECT de ioflupano y un SPECT de receptores de dopamina. Se recogió la sospecha diagnóstica, el resultado de los SPECTs y las modificaciones en su diagnóstico y tratamiento posteriores. En todos los casos el diagnóstico final es exclusivamente clínico; no se realizó anatomía patológica a ninguno de los pacientes. **Resultados.** Se estudiaron un total de 8 pacientes. En 4 pacientes la sospecha inicial era de una EP; en 3 de un PP; y en 1 paciente de parkinsonismo vascular (PV). El SPECT de ioflupano mostró afectación bilateral en 5/8 pacientes, y unilateral, con predominio derecho en el lado derecho, en tres pacientes. El IBZM fue normal en 3 pacientes, intermedio y bilateral en 2 pacientes, afectación bilateral en 1 paciente y unilateral en 2 pacientes. En 5/8 pacientes se confirma el diagnóstico inicial (3 pacientes con sospecha de EP, 1 paciente con sospecha de PP y 1 paciente con PV); en un paciente se cambia el diagnóstico (de PP a EP); en 1 paciente el diagnóstico queda dudoso (EP frente a PP) y en otro el diagnóstico es contrario al que sugieren los SPECTs –el yodobenzamida (IBZM) sugiere un PP y el diagnóstico final es EP–. En 4/8 pacientes se producen cambios de tratamiento (en 2 pacientes con diagnóstico final de EP se aumenta la dosis de levodopa/carbidopa, en 1 paciente se añade levodopa/benseracida y en otro paciente tolcapone). **Conclusiones.** La combinación del SPECT de ioflupano y de IBZM es útil en el diagnóstico diferencial de la EP de otros PP y, por tanto, puede ser de ayuda a la previsión del pronóstico (suele ser ominoso en los PP) y al enfoque terapéutico de los pacientes.

35.

UTILIDAD DEL MINIMENTAL-PARKINSON EN PACIENTES CON PARKINSON Y QUEJAS COGNITIVAS

J.C. Sánchez-Manso, R. Blasco, J.A. Burguera, M. Andreu, S. Roig, A. Campos, M. Baquero

Hospital la Fe. Valencia.

Introducción. La enfermedad de Parkinson (EP) asocia frecuentemente a lo largo de su evolución deterioro cognitivo, y específicamente alteraciones disecutivas, en un patrón distinto al típico de alteraciones mnésicas de la demencia tipo Alzheimer. La evaluación diagnóstica inicial de esas alteraciones asociadas a la EP puede ser inadecuada con los instrumentos utilizados en otras alteraciones cognitivas. Se han diseñado algunas herramientas específicas para la evaluación de trastornos cognitivos asociados a la EP. Presentamos los resultados de la aplicación en nuestro hospital, de un test para deterioro cognitivo asociado a Parkinson, el minimental parkinson que comparamos con el estándar minimental. **Pacientes y métodos.** Se aplicó el test minimental-Parkinson a 28 pacientes (15 mujeres y 13 varones) vistos en consultas externas de Neurología de nuestro hospital. De todos los pacientes evaluados, 20 eran pacientes con Parkinson que presentaban quejas cognitivas y 8 controles con demencia tipo Alzheimer inicial. **Resultados.** El resultado de ambos tests fue comparable en ambos grupos de pacientes, pero en los pacientes sin afectación de las actividades de la vida diaria el minimental-Parkinson delató mayor afectación cognitiva que el minimental estándar en pacientes con EP idiopática. **Conclusiones.** El minimental-Parkinson es similar en cuanto a su facilidad y rapidez de aplicación que el de referencia, y es probablemente más fiable para la detección precoz de deterioro cognitivo en pacientes con EP.

36.

ESTUDIO REI CASTELLÓN: CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO ANTE EL ICTUS

C. Soriano-Soriano, D. Geffner-Sclarsky, C. Vilar-Fabra, A. Belenguer-Benavides, M. Campillo-Alpera, B. Claramonte-Clausell, E. Martínez-Maruri, D. Rodríguez-Luna, R.M. Vilar-Ventura, M.T. Pérez-Saldaña
 Sección de Neurología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Introducción. El factor más importante que impide dar tratamiento trombolítico endovenoso en el ictus isquémico es el retraso del paciente en llegar a urgencias hospitalarias en un tiempo adecuado. Para poder diseñar actuaciones encaminadas a reducir este retraso y extender así los beneficios del tratamiento a un mayor número de enfermos es necesario conocer qué factores influyen en el tiempo empleado en acudir al hospital. Para conocer el conocimiento y el comportamiento de nuestros pacientes realizamos el estudio Retraso en el Ictus-Castellón (REI). **Pacientes y métodos.** Se realizó entrevista estructurada en menos de 72 horas desde el ingreso a los pacientes ingresados en Neurología con diagnóstico de ictus –infarto, hemorragia o ataque isquémico transitorio (AIT)– del 5/2/07 al 5/2/08. Se recogieron datos demográficos, clínicos, conocimiento y comportamiento ante el ictus y tiempos de llegada a urgencias hospitalarias. Se define como tiempo adecuado de llegada a urgencias el menor o igual 3 horas. Se realiza estadística descriptiva, considerando significativo $p < 0,05$. **Resultados.** Ingresaron 417 pacientes en un año: 296 (71%) infartos cerebrales; 73 (17,5%) AIT y 48 (11,5%) hemorragias cerebrales. Edad media: 71,8 años –desviación estándar (DE) 12,5–, varones 57,3%, NIH de 6,96 (DE 7,5), retraso menor de 3 horas: 38%. Se asociaron significativamente a menor retraso reconocer la enfermedad como ictus y/o grave, inicio fuera del domicilio y acudir directamente a urgencias o llamar al CICU. **Conclusiones.** Nuestros hallazgos confirman que emplean menos tiempo en llegar a urgencias aquellos pacientes que llaman al teléfono de emergencias o acuden directamente a urgencias hospitalarias, y esto se relaciona con reconocer la situación como ictus y/o grave. Mejorar el conocimiento y actitud ante el ictus es necesario para extender el tratamiento trombolítico a un mayor número de pacientes.

37.

ESTUDI NEUROVASCULAR EN UNA COHORT DE MALATS NEFROLÒGICS: PRIMERES DADES

J.M. Moltó-Jordà^a, P. Sánchez^b, A. García-Pastor^c, S. Díaz-Insa^a, L. Lacruz-Ballester^a, A. Peris^b, M. Garcés-Sánchez^a
^a Unidad de Neurología. ^b Sección de Nefrología. Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia. ^c Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducció. L'estudi neurovascular, tot i que estem fets a que siga un estri en l'estudi dels malalts vascular cerebrals, pot ser una exploració complementària per a altres grups de malalts amb alt risc vascular com, per exemple, els malalts nefrològics amb insuficiència renal o amb hipertensió arterial (HTA) de difícil control. Per aquesta raó, des de fa uns 6 mesos hem encetat un protocol meticolós d'estudi neurovascular, conjuntament amb la Secció de Neurologia del nostre centre. L'objectiu del present treball és simplement descriure les primeres troballes, sondejant l'interès real d'aquesta aproximació. **Pacients i mètodes.** Des de la consulta de Prediàlisi i de la consulta d'HTA es remeten a la consulta de Neurosonologia segons criteri del nefròleg. No hi ha cap restricció. La valoració neurosonològica s'ha fet per exploradors experimentats, incloent dúplex carotídi i transcranial. Mostrem una anàlisi descriptiva de les dades. **Resultats.** En total hem pogut analitzar 21 malalts amb una edat mitjana de $64,76 \pm 10,14$ anys i una distribució equilibrada per sexes, 11 homes i 10 dones. El 28,6% de les artèries foren

considerades normals. En el 35,7% mostraven plaques que produïen estenosi $< 50\%$, el 7,1% presentaven estenosi entre 50-70%, mentre que la resta presentaven vasos allargats sense estenosi significatives. La presència de plaques era única en 11 vasos i múltiple en 10 vasos. Predominaven clarament les plaques tipus IV, uniformement iso o hiperecòiques. En general, les plaques tenien una superfície regular, però 1/3 d'elles presentaven una superfície irregular. En cap cas, hem trobat plaques ulcerades. Les plaques tenien un àrea mitjana de $25,75 \pm 8,13 \text{ mm}^2$. El gruix íntima-mèdia mitjà fou de $0,85 \pm 0,17 \text{ mm}$. No hem trobat dades significatives en l'estudi transcranial. **Conclusions.** Evidentment, encara és un grup poc representatiu pel seu tamany, però creiem que ja pot destacar-se l'alta prevalença d'alteracions en les caròtides d'aquest tipus de malalts. Donada la molt menor prevalença d'alteracions valorables a l'estudi dels vasos intracranials, pensem que encara no podem treure conclusions sobre la seua utilitat en aquests malalts. Considerant el seu alt risc vascular, pensem que és convenient aprofundir en aquesta línia de treball i col·laboració entre dues especialitats que atenen malalts amb alt risc vascular.

38.

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA EN UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA

L. Hernández-Rubio, J.C. Giner-Bernabeu, F. Mira-Berenguer, M. Lezcano-Rodas, L. Berenguer-Ruiz, C. Otto, A. Fries
 Hospital General de Alicante. Alicante.

Introducción. El gasto farmacéutico representa uno de los principales problemas para la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Tanto médicos como pacientes son sus responsables. El objetivo de nuestro trabajo es el de analizar los diagnósticos y los tratamientos prescritos al alta, así como los costes derivados de la prescripción. **Materiales y métodos.** Análisis retrospectivo de los informes de alta emitidos por el Servicio de Neurología (incluyendo Unidad de Ictus) del Hospital General Universitario de Alicante en el período comprendido entre el 1 de enero y el 5 de febrero de 2008. Se incluyen los datos de 90 informes, sin que haya ninguna exclusión o pérdida. Se realiza una recogida sistematizada de datos tales como diagnósticos al alta, prescripción (principio activo, genérico o marca comercial), dosis y coste actual de cada fármaco. **Resultados.** Se revisan un total de 90 informes. Promedio altas/día laborables 3,75/día. El diagnóstico neurológico más frecuente al alta es la patología vascular cerebral (52,2%) –50% accidente cerebrovasculares (ACV) isquémicos, 2,2% ACV hemorrágicos–, seguido de crisis epiléptica/epilepsia (18%). De los diagnósticos sistémicos más frecuentes destacan las dislipemias (28,8%) y la hipertensión arterial (HTA) (23,3%). El promedio de prescripciones por alta es de 3. El fármaco más prescrito es la atorvastatina (81%), seguido de omeprazol (30%). El antiagregante más utilizado es el ácido acetilsalicílico (AAS) (30% de los informes). El fármaco antiepiléptico (FAE) más prescrito es el ácido valproico, seguido de levetiracetam. El coste promedio de tratamiento/paciente/mes es de 177,68 euros. **Conclusiones.** La prescripción al alta en un Servicio de Neurología es elevada. Gran parte de nuestros pacientes presentan antecedentes médicos subsidiarios de tratamiento, al que se añade, si procede, la prescripción del ingreso actual. Todo ello hace frecuente la polimedicación. Ésta ha tenerse en cuenta por los neurólogos prescriptores para tratar de disminuir interacciones, efectos secundarios y facilitar el cumplimiento terapéutico.

39.

BIOBANCO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. NODO ENAE

J.A. Burguera, M. Boscá, en representación del Nodo ENAE
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. El Banco Nacional de ADN (BNADN), plataforma tecnológica de apoyo a la investigación científica desde 2004, facilita el acercamiento al conocimiento de qué genes influyen en el desarrollo de enfermedades o protegen frente a las mismas, qué enfermedades están influidas por el ambiente en el que vive el individuo, y qué genes influyen en la eficacia/resistencia a tratamientos específicos. La Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana creó un grupo de trabajo denominado Nodo de investigación en enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad (Nodo ENAE) para colaborar en la recolección de muestras del BNADN (3 años) y constituir, al mismo tiempo, una colección de muestras de la Comunidad Valenciana bajo condiciones de legalidad, seguridad biológica, alta calidad y precisión diagnóstica. **Materiales y métodos.** Se diseñó una estrategia de intervención basada en la colaboración entre los servicios clínicos, laboratorios, epidemiología y docencia de enfermería. Se asignó un protocolo de trabajo acorde a las competencias de cada grupo: evaluación, diagnóstico, recogida de datos, extracción, traslado y preparación de alícuotas. **Resultados.** Se obtuvieron en el período julio 2007 a enero 2008 un total de 246 muestras viables sobre un total de 257 propuestas. Tasa de rechazo: 4,28%. La composición actual por edad y patología de la colección es: distonía cervical, 47, 52,38; enfermedad de Alzheimer, 90, 76,31; enfermedad de Parkinson, 65, 67,73; esclerosis lateral amiotrófica, 14, 61,35; esclerosis múltiple, 30, 39,96; total: 246, 64,19. **Conclusiones.** La introducción de una estrategia de intervención cooperativa frente al modelo de captación individualizada en consulta se ha revelado como la opción más eficiente para generar colecciones de muestras de pacientes en períodos cortos. La colección final prevista, 500 muestras, puede obtenerse en 12 meses; lo que, en caso de mantener la eficiencia actual, nos anima a la constitución de colecciones de enfermedades de baja incidencia.

40.

¿DEBEMOS INCLUIR LA SEROLOGÍA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL PROTOCOLO DE LESIÓN INTRACRANEAL ÚNICA?

J.C. Giner-Bernabeu^a, L. Hernández-Rubio^a, F. Mira-Berenguer^a, L. Berenguer-Ruiz^a, M. Lezcano-Rodas^a, J. Nieto^b, K. Ben-Ghezala^b, A. García-Escrivà^c, C. Otto^a, A. Frías^a

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital General de Alicante. ^c Servicio de Neurología. Hospital de Levante. Benidorm, Alicante.

Introducción. Las lesiones ocupantes de espacio intracraneales suponen un reto diagnóstico frecuente en la práctica diaria. Neoplasias e infecciones suelen ser sus principales causas. La toxoplasmosis es una infección cerebral frecuente en los pacientes inmunodeprimidos. Suele producirse en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con inmunosupresión celular grave, generalmente con CD 4 < 100/μL. Su presentación como lesión ocupante de espacio (LOE) única sin el antecedente conocido de VIH es muy poco frecuente. **Caso clínico.** Mujer de 40 años, sin antecedentes de interés y sin factores de riesgo de VIH conocidos, que consultó al Servicio de Traumatología ante disminución de fuerza en miembro inferior derecho. En la resonancia magnética (RM) de columna lumbar practicada se evidenció la presencia de una mínima protrusión discal. Recibió tratamiento conservador y antiinflamatorios. Ante la no mejoría, consultó de nuevo. En la exploración neurológica se identificó una mínima paresia de miembro superior

derecho. Se solicitó RM cerebral urgente, en la que se visualiza una lesión única, parafalciana, frontoparietal izquierda, con captación de contraste en anillo y abundante edema perilesional digitiforme, compatible con glioma de alto grado frente a metástasis. Analíticas (incluyendo hemograma y bioquímica), tomografía axial computarizada (TAC) tórax-abdomen-pelvis normales. Se realiza exéresis quirúrgica y el estudio anatomopatológico demuestra que la lesión se correspondía con una toxoplasmosis cerebral. A la luz de estos resultados, se inicia tratamiento específico y se realiza serología VIH, que resulta positiva. **Conclusiones.** La toxoplasmosis cerebral suele presentarse en casos de inmunodepresión grave. Las características radiológicas suelen corresponderse con lesiones multifocales (si bien hasta un 30% pueden ser únicas), con captación de contraste en anillo (70%) y con un grado de edema variable. Existe un caso publicado en la literatura de similares características al arriba descrito. Dadas las importantes diferencias en el tratamiento clínico, tratamiento y potenciales riesgos para el profesional sanitario, consideramos que el estudio serológico de VIH debe realizarse de rutina en pacientes con lesión única cerebral en estudio.

41.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO

E. Baño-Ruiz^a, J. Abarca-Olivas^a, L. Berenguer-Ruiz^b, M. Duart-Clemente^a, F. Mira-Berenguer^b, A.P. Sempere^b, C. Botella-Asunción^a

^a Servicio de Neurocirugía. ^b Servicio de Neurología.
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. Los trastornos de la marcha en el anciano son uno de los principales retos diagnósticos a los que nos enfrentamos. Entre sus causas figura la hidrocefalia crónica del adulto (HCA), patología potencialmente tratable, cuya tríada sintomatológica clásica (alteraciones de la marcha, incontinencia y demencia) no siempre aparece. Ello hace que se convierta, en no pocas ocasiones, en una entidad de difícil diagnóstico. El objetivo de nuestro trabajo es el de proponer una vía clínica de cribado, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. **Materiales y métodos.** Se realiza una exposición detallada de la vía clínica desarrollada de modo conjunto por los servicios de Neurocirugía y Neurología del Hospital General Universitario de Alicante. Actualmente, esta vía clínica está en fase de análisis de sus resultados. **Resultados.** Ante la sospecha clínica de HCA se realiza una evaluación global del paciente que incluye: parámetros clínicos (estado funcional, cognitivo, carga isquémica cerebral, cribado de cuadros depresivos), radiológicos e invasivos (obtenidos mediante el test de Katzman). Con todo ello, se identifican aquellos pacientes que se beneficiarían de tratamiento mediante una derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR). **Conclusiones.** La HCA es una entidad que, en ocasiones, presenta unas características clínicas que hacen difícil su diagnóstico, ya que se solapa con otras entidades. Mediante esta vía clínica, nuestra intención es la de mejorar la calidad del diagnóstico, mediante la identificación de pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de un tratamiento neuroquirúrgico y la disminución de la demora entre el diagnóstico y su tratamiento.

42.

AFECTACIÓN NEUROLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: DESCRIPCIÓN DE 10 PACIENTES

F.C. Pérez-Miralles, I. Boscá-Blasco, M.J. Magraner, A. Pascual, J.C. Sánchez-Manso, B. Casanova-Estruch
Servicio de Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Hospital Universitari La Fe. Valencia.

Introducción. La enfermedad de Behçet es un proceso multisistémico, recurrente e inflamatorio que afecta a los ojos, piel, mucosas, articulaciones, sistema vascular (en especial el sistema venoso), tracto gastrointestinal y sistema nervioso central (SNC). Aunque muy prevalente en Oriente Medio y el este de Asia, la zona mediterránea es también endémica de esta afección, muy ligada al haplotipo HLA-B51. Los criterios diagnósticos más extendidos son los del Grupo Internacional y los del Comité Japonés. La afectación neurológica se produce en 10-50% de los casos y hasta un 1/3 tienen secuelas graves, con cursos remitentes-recurrentes (RR) o progresivos. El objetivo de este estudio es describir una serie de pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet con afectación neurológica, así como describir su evolución y el tratamiento llevado. **Pacientes y métodos.** Se describen 10 pacientes con enfermedad de Behçet que tuvieron algún síntoma neurológico. Se recogieron los síntomas/signos clínicos de afectación sistémica y neurológica, exploraciones complementarias y evolución. **Resultados.** Hubo predominio de hombres (70%). La edad media fue 43 años. En algún momento de la evolución, los pacientes presentaron úlceras bucales (100%), pseudofoliculitis (50%), úlceras genitales, afectación articular, eritema nodoso, afectación gastrointestinal (40%), fenómenos trombóticos (33,3%), afectación ocular (20%). El test de patergia fue positivo en 1 paciente de 6. Se distinguieron dos patrones de afectación neurológica: parenquimatoso (80%) y secundario. Hasta un 40% tuvieron manifestaciones psiquiátricas. Cumplieron criterios de enfermedad de Behçet: 50% según el Grupo Internacional, y 90% enfermedad de Behçet incompleta según el Comité Japonés. Un 70% tenía lesión en SNC en neuroimagen. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) fue normal en 5 pacientes, uno con presión de apertura elevada, y otro con bandas oligoclonales presentes. 4 pacientes fueron HLA-B51 positivos. Todos fueron tratados con corticoides, menos uno. Un 80% llevó de forma asociada azatioprina. Tres llevaron ciclofosfamida, en forma de pulsos intravenosos mensuales u oral. Uno de los pacientes recibió plasmaféresis por un brote grave, con buena respuesta. El 80% tuvo una evolución RR, de ellos la mitad con secuelas. Un 20% llevó un curso secundariamente progresivo a pesar del tratamiento. **Conclusiones.** La enfermedad de Behçet no tiene síntomas/signos patognomónicos o hallazgos de laboratorio diagnósticos. En nuestra serie, los criterios del Grupo Internacional no fueron lo suficientemente sensibles, en comparación con los del Comité Japonés. La discapacidad asociada a la afectación neurológica de la enfermedad de Behçet es alta, con un 60% de pacientes con algún tipo de secuela y un 20% con curso progresivo.

43.

RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE NEUROPATÍAS DISINMUNES

C. Martín-Estefanía, S. Martí-Martínez, L. Turpín, M. Ruiz
Consulta Monográfica de Enfermedades Neuromusculares. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico indicado en diferentes enfermedades hematológicas y reumatológicas. En los últimos años se postula su uso como alternativa de tratamiento en las neuropatías disimunes. Presentamos tres casos de neuropatía de base autoinmune que han recibido tratamiento con ri-

tuximab. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 34 años diagnosticado de neuropatía motora con bloqueos de conducción. En el momento del diagnóstico recibe tratamiento con inmunoglobulina (Ig) intravenosa (IV) con recuperación funcional de la debilidad en miembros inferiores (MMII). En los tres años siguientes presenta múltiples recaídas que motivan un aumento en la frecuencia de administración de Ig IV. Tras recibir tratamiento con pulsos de ciclofosfamida no se modifica el curso de la enfermedad ni la 'dependencia de Ig IV', por lo que se inicia tratamiento con rituximab. Caso 2: mujer de 37 años que presenta un cuadro de evolución crónica de disgeusia, ojo seco, disestesias distales en las cuatro extremidades y dificultad en la deambulación. Tras llegar al diagnóstico de polineuropatía sensitiva secundaria a síndrome de Sjögren, realiza diferentes tratamientos: corticoides, azatioprina y pulsos de ciclofosfamida, no sin obtenerse respuesta terapéutica. Se decide iniciar tratamiento con rituximab. Caso 3: mujer de 36 años diagnosticada de polineuropatía atáxica idiopática de probable base autoinmune. Presenta un cuadro atáxico apendicular muy invalidante de curso lentamente progresivo con exacerbaciones. Recibe diversos tratamientos: corticoides vía oral y en pulsos IV, plasmaféresis, Ig IV y ciclofosfamida, sin conseguir respuesta terapéutica. Se plantea el tratamiento con rituximab. En los tres casos y tras la firma del consentimiento informado, se solicitó rituximab como medicación de uso compasivo. La pauta de administración fue: cuatro dosis de 375 mg/m² separadas entre sí una semana. Salvo el cuadro pseudogripal que presentaron dos de los casos, no aparecieron otros efectos secundarios (tras seguimiento mayor de 6 meses). En cuanto a la evolución clínica en el caso 1 se ha conseguido disminuir la frecuencia e intensidad de las recurrencias. En los casos 2 y 3 la mejoría clínica ha sido evidente; el caso se encuentra asintomático y en el 3 la disminución de la ataxia ha permitido una deambulación autónoma. **Conclusiones.** El rituximab constituye una herramienta terapéutica eficaz y bien tolerada en aquellas neuropatías disimunes refractarias a los tratamientos convencionales.

44.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS DE UN GRUPO DE ADULTOS JÓVENES DIAGNOSTICADOS DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO FRENTE A UN GRUPO DE INDIVIDUOS CONTROL

V. Medrano, M.A. Ferrándiz, J.M. Moltó-Jordá, A.P. Sempere, R. Martín

Servicios de Neurología. Hospital General Virgen de la Salud de Elda. Hospital Francisc de Borja de Gandía. Valencia. Hospital General Universitario de Alicante. Hospital Universitario de San Juan. Alicante.

Introducción. Se define hipotiroidismo subclínico como la disfunción tiroidea que provoca una elevación anormal de los niveles sanguíneos de TSH (hormona tiroestimulante) con cifras normales de T4L. La existencia de una serie de evidencias crecientes, relacionan al 'hipotiroidismo subclínico' con alteraciones en el área cognitiva y de la conducta. El objetivo del estudio pretende constatar mediante una batería de test neuropsicológicos si la disfunción tiroidea en pacientes con hipotiroidismo subclínico establece la presencia de diferencias estadísticamente significativas con respecto a un grupo control. **Pacientes y métodos.** Se selecciona un grupo de pacientes menores de 60 años diagnosticados de hipotiroidismo subclínico. Se reúne al azar un grupo de individuos eutiroides de control. Los pacientes y controles se clasificaron según edad, sexo y nivel educacional. Se realizó análisis de los niveles séricos de TSH, T4L en ambos grupos. Dentro del grupo de pacientes se estableció un subgrupo con niveles de TSH > 10 mU/L. A los individuos participantes se les realizó una batería neuropsicológica y se les preguntó sobre la presencia de quejas subjetivas de memoria. **Resultados.** El estudio incluye un total de 37 individuos diagnosticados de hipotiroidismo subclínico y un grupo control de 23 individuos eutiroides.

La edad media de los pacientes hipotiroideos fue de 46,89 años, y de los individuos control, de 46,56 años. El tiempo de ejecución del test del trazo es superior en los pacientes con hipotiroidismo subclínico ($p < 0,001$). La puntuación obtenida en el recuerdo diferido mediante la figura de Rey diferida es significativamente inferior en el grupo de pacientes ($p < 0,01$). El grupo de pacientes obtiene una puntuación significativamente más baja que los individuos control, en el test de los dígitos ($p < 0,002$). Las quejas subjetivas de memoria fueron significativamente mayores en el subgrupo de pacientes con un nivel de TSH > 10 mU/L, que las descritas por los individuos eutiroideos ($p > 0,03$), y que las descritas por los pacientes con niveles de TSH < 10 mU/L ($p < 0,03$). **Conclusiones.** Sólo el subgrupo de pacientes con hipotiroidismo subclínico y niveles sanguíneos de TSH más elevados describen significativamente un mayor número de quejas subjetivas de memoria. Sin embargo, diferentes test cognitivos aplicados en el estudio detectan diferencias significativas en las funciones de atención-ejecución, memoria diferida y atención-concentración, de los pacientes con hipotiroidismo subclínico (independientemente del nivel sérico anormal de TSH) en comparación con los individuos del grupo control.

45.

EFICACIA DE LA VALORACIÓN INICIAL DEL NEURÓLOGO EN LA DETECCIÓN DE DEMENCIA EN EL HOSPITAL FRANCESC DE BORJA

L. Lacruz, M.T. Genís, J.M. Moltó,

A. García, S. Díaz, M. Garcés

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Introducción. Para la detección precoz de la demencia suele ser necesario un estudio neuropsicológico completo que determine el tipo y grado del deterioro cognitivo, analizando todas y cada una de las funciones cognitivas, y la repercusión funcional. Esto es muy importante en el diagnóstico diferencial entre el deterioro cognitivo leve y la demencia incipiente. En general, los tests de cribado no son suficientemente eficaces para realizar esta discriminación. En este estudio, pretendemos conocer la validez para el diagnóstico de demencia del protocolo de estudio en la primera visita de las consultas específicas de demencia de nuestro hospital, así como de los tests de cribado utilizados. Dicho protocolo consta de una anamnesis completa, una exploración física general y neurológica, el test de los 7 minutos, el test del informador, FAQ, criterios del DSM-IV para demencia y escala de deterioro global (GDS). **Pacientes y métodos.** Se recogieron datos de los pacientes que, tras una valoración inicial por el neurólogo, aplicando el protocolo antes descrito, fueron evaluados mediante un estudio neuropsicológico ampliado realizado por un profesional experto (en los 3 meses siguientes). Para la comparación de las distintas variables se utilizó el test de χ^2 de Pearson. **Resultados.** Se trata de 41 pacientes (15 varones y 26 mujeres), con un nivel de estudios primarios en el 78% de los casos y sin un componente depresivo significativo (GDSD de Yesavage medio de 4,76). El resultado positivo para demencia en el test de 7 minutos, utilizando el punto de corte de 20, se correlaciona con el diagnóstico final de demencia tras el estudio neuropsicológico ($p = 0,001$). No ocurre lo mismo comparando el test de 7 minutos con el test del informador ni con el CAMCOG (*Cambridge Cognitive Examination*). Tampoco se correlacionan la impresión diagnóstica del neurólogo en la primera visita (GDS) y el diagnóstico tras el estudio neuropsicológico ampliado ($p = 0,567$). **Conclusiones.** El estudio inicial del paciente con sospecha de deterioro cognitivo debe ser eficaz en el diagnóstico precoz de la demencia. En muchas ocasiones un estudio neuropsicológico completo sigue siendo necesario para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia incipiente. Proponemos un protocolo de estudio con el test de 7 minutos y del informador como cribado. A pesar de los resultados, haría falta una muestra mayor de pacientes para determinar su validez.

46.

EPILEPSIA DE AUSENCIA JUVENIL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 30 CASOS

J. Palau-Bargues, V.E. Villanueva-Haba, M. García-Fernández

Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología.

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. Conocer las características de pacientes afectos de epilepsia de ausencias juvenil (EAJ) en un hospital terciario (Hospital La Fe). **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo realizado desde 1975 hasta la actualidad en pacientes con el diagnóstico de EAJ extraídos de la base de datos de la Unidad de Epilepsia de nuestro hospital. Se revisaron las historias clínicas de 30 pacientes, estudiando las variables edad, sexo, tiempo de seguimiento, integración social, edad inicio crisis, antecedentes familiares, tipo de ausencias, otras crisis, factores precipitantes, electroencefalograma, tratamiento actual y tratamientos previos, efectos secundarios de antiepilépticos. **Resultados.** Hay 30 pacientes diagnosticados de epilepsia de ausencia juvenil (46% varones; 54% mujeres). Doce de ellos (40%) no siguen controles en la actualidad (2 fallecimientos, 2 curaciones, 5 abandonos, 1 derivado). La edad media del grupo en seguimiento es 38,7 años. El tiempo de seguimiento medio es de 11,16 años. 26 de ellos (87%) tiene adecuado ajuste sociolaboral (11% minusvalía). La edad media de inicio de crisis es 12,31 años (7 a 30 años). Existen antecedentes familiares de epilepsia en 56% (53% primer; 47% segundo grado). Los tipos de ausencia recogidas son: 50% simple; 50% otras (66% con clonías leves, 20% con componente tónico, 13,3% mixto). Un 93% han presentado crisis generalizadas tonicoclónicas (CGTC) y un 10% mioclonías en la evolución. Un 23% ha presentado estado epiléptico en los años de seguimiento (57% de ellos > 2). Los tres factores precipitantes de crisis más recogidos son: privación de sueño (50%); incumplimiento terapéutico (26%); fotosensibilidad (13%). Se ha encontrado electroencefalograma típico durante evolución en el 83%. En el tratamiento actual un 33,4% sigue monoterapia (ácido valproico 22,2%), 50% biterapia (ácido valproico + lamotrigina 33,3%) y un 16,6% triterapia. Un 38,9% ha llevado más de 3 fármacos previos. Un 23,3% de pacientes ha presentado reacciones adversas a antiepilépticos de cierta gravedad (aplasia medular, fetopatías-abortos, síndrome cerebeloso, etc.). **Conclusiones.** En nuestra serie existe una mayor incidencia de CGTC que en otras (93% frente a 80% en la serie publicada por Sander et al en 1993), así como mayor incidencia de antecedentes familiares (56% frente a 11,2%). Es llamativo el elevado porcentaje de pacientes que requieren politerapia (cerca 70%), que podría relacionarse con una mayor complejidad de los pacientes seguidos en unidades especializadas. También es llamativo el elevado porcentaje de efectos secundarios graves debidos a antiepilépticos, probablemente en relación con tratamientos crónicos.

47.

¿PUEDE UN SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT SIMULAR UNA HEMICRÁNEA CONTINUA?

L. Hernández-Rubio, J.C. Giner-Bernabeu,

C. Martín-Estefanía, A. Monge-Argilés

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción. La hemicránea continua es una cefalea primaria incluida en el grupo de las denominadas cefalalgias autonómicas trigeminales. Se caracteriza por ser hemicraneal continua de intensidad moderada asociada a ataques de dolor más intenso de corta duración y acompañados de síntomas autonómicos. La respuesta al tratamiento con indometacina es rápida y evidente, siendo éste un criterio diagnóstico. Pese a tratarse de una entidad bien definida y con unos criterios diagnósticos estrictos –Clasificación Internacional de Cefaleas de la IHS (International Headache Society) 2– existen ca-

sos en la literatura secundarios a lesiones estructurales subyacentes. **Caso clínico.** Varón de 34 años de edad que ingresa en nuestro servicio por una cefalea que cumple todos los criterios diagnósticos de la IHS para la hemicránea continua, salvo el evolutivo (tan sólo 20 días de evolución). Se realiza una resonancia magnética (RM) encefálica que no muestra hallazgos de interés. Ante la sospecha de una hemicránea continua se inicia tratamiento con indometacina, con el que se obtiene sólo una respuesta parcial. El paciente es dado de alta y dos semanas más tarde reingresa por empeoramiento de la cefalea, ptosis palpebral derecha y diplopía. En la exploración física el paciente muestra una oftalmoparesia dolorosa del ojo derecho, con afectación de los pares craneales III, IV, V1 y VI. Se completa el estudio con examen del líquido cefalorraquídeo (LCR), angio-RM del polígono de Willis y RM orbitaria, siendo todos ellos normales. Pese a que la RM encefálica realizada dos semanas antes era normal, se repite una nueva, esta vez con cortes finos del seno cavernoso. Se observa una ocupación parcial del seno cavernoso derecho que realza con gadolínio. Con la sospecha clinicoradiológica de síndrome de Tolosa-Hunt se inicia tratamiento corticoideo IV; 48 horas después la cefalea mejora considerablemente. Un mes más tarde el paciente se encuentra asintomático y han desaparecido los hallazgos patológicos en la RM encefálica. **Conclusiones.** La hemicránea crónica es una entidad con unas características bien delimitadas según los criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas de la IHS 2. No obstante, es necesaria la realización de pruebas complementarias que incluyan adecuadas técnicas de imagen, sobre todo cuando la cefalea presenta ciertas atipicidades como en nuestro caso (tiempo de evolución y parcial respuesta a indometacina).

48.

SÍNDROME DESMIELINIZANTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Martínez-Maruri, M. Peinazo-Arias, R.M. Vilar-Ventura, D. Rodríguez-Luna, A. Belenguer-Benavides, D. Geffner-Sclarsky
Servicio de Neurología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

Objetivo. Presentar dos casos clínicos, sin diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico (LES) (por no cumplir los criterios hasta el momento), cuyo inicio de la enfermedad se produce en forma de alteraciones neuropsiquiátricas. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 36 años con antecedentes de artritis, que ingresa por somnolencia y fiebre. En la exploración presenta rigidez de nuca, desviación ocular, parálisis facial periférica izquierda y tetraparesia. En el líquido cefalorraquídeo (LCR) destaca hiperproteínorrea y pleocitosis (75% mononucleares). Presenta anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Sm y antirribonucleoproteína (RNP) positivos. En la resonancia magnética aparecen áreas desmielinizantes compatibles con encefalomielitis aguda diseminada. Diagnosticado de LES, se pauta tratamiento con azatioprina y prednisona, persistiendo hipoestesia en hemicuero izquierdo. Sigue controles en consulta externa de Neurología. Caso 2: mujer de 41 años que ingresa por fiebre, cefalea, paraparesia con hiperreflexia y retención urinaria. En la neuroimagen medular apareció aumento de señal de C6-D1 y engrosamiento de cono. LCR con pleocitosis. Presentaba derrame pleural, pancitopenia, ANA, anti-Sm y anti-Ro positivos. Se pautó 1 g de metilprednisolona durante 3 días con evolución favorable. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y con mejoría de la neuroimagen. Hasta la aparición de las alteraciones del sistema ner-

vioso central, ninguno de los dos pacientes cumplía criterios de LES. Ambas presentaciones son similares, si bien en el primer caso la afectación está más limitada a cerebro y en el segundo a médula espinal. Según los criterios de LES de 1982 (actualizado en 1997), para poder diagnosticar la enfermedad son necesarios cuatro criterios; en el primer caso encontramos: artritis, ANA, trastornos inmunitarios y alteración neurológica; en el segundo caso hallamos: ANA, pleuritis, trastornos hematológicos, alteración inmunitaria y neurológica. **Conclusiones.** Las manifestaciones neuropsiquiátricas aparecen en un 60% de pacientes con LES. Destacamos en nuestros dos casos, el inicio del LES con lesiones desmielinizantes, su buena respuesta al tratamiento agresivo con inmunosupresores, así como la ausencia de anticuerpos antifosfolípidos.

49.

MENINGITIS CRIPTOCÓCCICA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

S. Reyes-Pausá, G. Juan-Català, J.M. Ferrer-Casanova, L. Landete-Pascual, P. Taberner-Andrés, A. González-Masegosa
Sección de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivo. Comunicar un caso de meningitis criptocócica en una paciente sin virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Caso clínico.** Mujer de 35 años de edad con antecedentes de púrpura trombocitopénica idiopática, lupus eritematoso sistémico (LES) con síndrome antifosfolípido secundario, neuropatía lúpica membranoproliferativa (en remisión), carcinoma basocelular (exéresis) y en tratamiento inmunosupresor con corticoides y azatioprina, que consulta por cefalea de 20 días de evolución refractaria a tratamiento con paracetamol y naproxeno. Desde 15 días previos a su consulta, asocia sensación febril con mialgias y malestar general, además de fiebre de hasta 38 °C. Exploración: afebril, consciente, funciones superiores conservadas, nuca con flexión dolorosa, sin limitación clara, con signo de Kernig. Resto de exploración neurológica y general normal. Fondo ojo: papila con bordes sobreelevados de forma bilateral sin exudados ni signos de vasculitis. Exploraciones complementarias: destaca tomografía computarizada (TC) de cabeza normal, resonancia magnética (RM) de cabeza normal. Analítica general con reactantes de fase aguda elevados, leucocitos normales. Serología para VIH negativa, rosa de Bengala negativo, RPR (negativo, IgG e IgM para *Borrelia* negativos, antígeno criptocócico en sangre positivo (títulos 1/256). Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y transparente, con aumento de la presión de apertura, 25 células, con 65% de linfocitos, 35% de neutrófilos, 5 hematies, glucosa 37 y proteínas 47, con antígeno de *Cryptococcus neoformans* positivo y cultivo positivo para *C. neoformans* a las 48 horas, bacilo ácido alcohol-resistente (BAAR) negativos. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y ampicilina, que se modifica tras la identificación del criptococo en cultivo de LCR. Se inicia terapia con anfotericina B liposomal con buena respuesta y mejoría sintomática. En punciones de control, mejoría progresiva de parámetros hasta negatividad del cultivo para criptococo. La paciente evolucionó favorablemente siguiendo control posterior ambulatorio. **Conclusiones.** El presente caso ilustra una meningitis criptocócica en paciente sin VIH, siendo éste en el momento actual el factor predisponente más importante. Como único factor predisponente, la paciente presenta tratamiento inmunosupresor por LES durante años.