SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA

LXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología

Valencia 15 al 19 de noviembre de 2016

Recomendamos que utilice la herramienta "Buscar" para localizar cualquier información en el documento.

Ataxias

VALORACIÓN DE LA EXCITABILIDAD CORTICAL Y CONDUCCIÓN TRANSCALLOSA MEDIANTE ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL EN PACIENTES CON PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR

Prieto Montalvo, J. [1]; Grandas Perez, F. [2]; Esteban García, Á. [1]; Catalina Alvarez, I. [2]; Muñoz Blanco, J.L. [2]; Fernández García, P. [3]; Guzmán de Villoria Lebiedzejebski, J. [3]; Romero Martinez, J. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurorradiología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: La paraparesia espástica hereditaria (PEH) es una enfermedad rara de características heterogéneas tanto genética como clínicamente. Las distintas formas de la enfermedad tienen en común la debilidad y espasticidad progresiva de extremidades inferiores. El principal objetivo de este trabajo es valorar la excitabilidad cortical y la conducción transcallosa en pacientes con PEH.

Material y métodos: Se estudiaron 17 pacientes (8 mujeres) con PEH. Se evaluó la excitabilidad cortical mediante estimulación magnética pareada, con intervalos interestímulo (ISIs) entre 1 y 300 ms, determinar los periodos de: a) Inhibición intracortical de corta latencia (SICI) dependiente de mecanismos GABA-A, b) Facilitación intracortical (ICF) dependiente de glutamato y c) Inhibición intracortical de larga latencia (LICI) dependiente de GABA-B. Se evaluaron también las vías colinérgicas mediante la Inhibición aferente somatosensorial (SAI) y el tiempo de conducción transcalloso (TCT)

Resultados: Se observó una disminución significativa del SICI para ISIs de 1,2 y 3ms con normalidad del ICF y el LICI. El valor del TCT medio estuvo aumentado (15,04+5,64ms) con valores superiores a 20 ms en cinco de los pacientes.

Conclusión: Los hallazgos neurofisiológicos muestran una alteración del SICI sugerente de un fracaso parcial de los mecanismos gabaérgicos dependientes de receptores GABA-A con preservación de los sistemas GABA-B, colinérgicos y glutamatérgicos. Las anomalías de la conducción transcallosa serían la confirmación neurofisiológica de las alteraciones del cuerpo calloso descritas con RM en pacientes con PEH.

¿CÓMO ALTERA LA MARCHA LA PRESENCIA DE POLINEUROPATIA EN NIÑOS CON PARAPARESIA ESPÁSTICA HEREDITARIA?: ESTUDIO CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Pulido Valdeolivas, I.[1]; Gómez Andrés, D.[2]; Martín Gonzalo, J.A.[3]; Rodríguez Andonaegui, I.[3]; Pascual Pascual, I.[4]; Rausell Tamayo, E.[1]

1. Anatomía, Histología y Neurociencia. Universidad Autónoma de Madrid; 2. Hospital Infantil. Hospital Universitario La Paz; 3. Escuela de Fisioterapia. Escuela de Fisioterapia. ONCE-UAM; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Evaluar las características específicas en la marcha de niños con PEH y polineuropatía respecto a aquellos con PEH sin polineuropatía.

Material y métodos: En 24 niños con diagnóstico clínico y/o genético de PEH se realizaron estudios de conducción nerviosa y electromiografía para evaluar la presencia polineuropatía. También se analizó su marcha mediante análisis instrumental de marcha (AIM). Se calcularon los valores medios de los ciclos de marcha izquierdos y derechos de 6 parámetros espaciotemporales y 37 parámetros cinemáticos. Se entrenaron 4 modelos de "random forest" para determinar la capacidad de detectar la polineuropatía mediante de los parámetros de la marcha. Se seleccionó el modelo con mejor ajuste y se evaluaron los parámetros de la marcha más relevantes para el modelo.

Resultados: 14 pacientes mostraron criterios electrodiagnósticos de polineuropatía axonal (mayoritariamente casos leves). El modelo de "random forest" fue capaz de predecir de manera aceptable la presencia de polineuropatía (área bajo la curva de 0,7). Los parámetros de la marcha más importantes para detectar polineuropatía fueron "flexión dorsal mínima del tobillo izquierdo en el vuelo", "rangos de rotación pélvica" izquierda y derecha " y "flexión de la rodilla izquierda durante el apoyo único".

Conclusión: Mediante el AIM se pueden detectar aquellos niños con PEH y polineuropatía ya que tienen unas características de marcha específicas: presencia de pie caído en el vuelo, un mayor rango de rotación de la pelvis en la fase terminal de la oscilación y un recurvatum de rodilla en el apoyo único.

CANNABINOIDES PARA INDICACIONES FUERA DE FICHA TÉCNICA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

Sánchez Gundín, J. [1]; Valera Rubio, M. [1]; Gómez Romero, L. [2]; Gómez Moreno, I. [2]; Flor García, A. [1]; Barreda Hernández, D. [1]

1. Servicio de Farmacia. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz

Objetivos: Evaluar efectividad y seguridad del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)-cannabidiol (CBD) en el tratamiento de la espasticidad no secundaria a esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (02/2012– 02/2016) de pacientes con espasticidad no secundaria a EM y en tratamiento con THC-CBD, previa cumplimentación del consentimiento informado. Variables recogidas: sexo, edad, terapia farmacológica previa al THC-CBD, dosis óptima diaria y tratamientos concomitantes con THC-CBD. Se evaluó la espasticidad mediante la escala ASWORTH antes y después del inicio canna-

binoide y la seguridad mediante la aparición de reacciones adversas al fármaco. También se recogió la duración del tratamiento.

Resultados: 8 pacientes (62% hombres; edad media 53 años). Media de fármacos prescritos previo al THC-CBD: 2, los más frecuentes fueron: toxina botulínica (100%), baclofeno (62%) y tizanidina (50%). Número medio de pulverizaciones diarias de THC-CBD: 6, recomendando la importancia del escalado terapéutico. El 37% de pacientes tratados no tenían prescrito ningún otro fármaco concomitante y el resto tenía una media de 2 fármacos a parte de THC-CBD. Escala ASWORTH: 3 puntos al inicio del tratamiento y mejoró a 2 tras el mismo. Seguridad: 62% pacientes presentaron reacciones adversas que sólo conllevaron la retirada del fármaco en un paciente (proceso infeccioso digestivo intercurrente). Al cierre del estudio 62% pacientes seguían en tratamiento con THC-CBD tras una mediana de 25 meses (5-43).

Conclusión: THC-CBD puede ser una opción de tratamiento de la espasticidad en pacientes sin diagnóstico de EM y que no han respondido de forma adecuada a otros tratamientos antiespásticos convencionales, siendo una opción de tratamiento segura y efectiva.

ESCUELA DE AFRONTAMIENTO ACTIVO PARA MEJORAR LA CONVIVENCIA CON LA ESPASTICIDAD EN ADULTOS JÓVENES Y SUS FAMILIARES

Aguilar Barberá, M. [1]; Arribas, S. [2]; Almería, M. [1]; Sanmiquel, L. [3]; Tecglen, C. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 3. Psicologia. Familiar experto; 4. Paciente experto - Psicologiaq. Convives con la Espasticidad

Objetivos: Convivir con la espasticidad no es fácil, sobretodo en personas jóvenes. La familia tiene un papel clave, tanto si la espasticidad es muy precoz o aparece más tardíamente. El objetivo es crear, diseñar y evaluar una Escuela de Afrontamiento Activo que actúe como instrumento terapéutico y que permita, a los pacientes y a sus familiares, adaptarse mejor a los retos, problemas u obstáculos del día a día.

Material y métodos: Participaron 8 familias. El grupo de pacientes (rango de edad 18 a 36 años) y el grupo de familiares (padres/madres y una hermana). A lo largo de 8 semanas se realizaron 8 sesiones de una hora en grupos separados y 8 sesiones conjuntas (pacientes/familiares). Los temas a debate fueron: espasticidad, ansiedad, depresión, habilidades sociales, autoestima, vida activa, síndrome del cuidador, familia sobreprotectora y sexualidad/vida en pareja. Los dirigentes de grupo: 2 psicólogas y 2 expertos en su convivencia (paciente y familiar). Se complementó la Escuela con unas Jornadas abiertas sobre Espasticidad. La valoración y análisis cualitativo se realizó mediante un cuestionario de expectativas (basal) y otro cuestionario de satisfacción al finalizar la Escuela.

Resultados: Buena adherencia al programa. Satisfacción por los conocimientos adquiridos, los cambios precoces a nivel personal y del entorno, aceptación de nuevas experiencias y expresado deseo de seguir trabajando en grupo.

Conclusión: La Escuela de Afrontamiento Activo demuestra ser una herramienta terapéutica útil y una experiencia vital positiva. Sus enseñanzas permiten elaborar una pequeña guía basada en la experiencia y abren camino para seguir avanzando.

ATAXIA CEREBELOSA ASOCIADA A ANTICUERPOS CONTRA LA ISOFORMA DESCARBOXILASA DEL ÁCIDO GLUTÁMICO (GAD)-67 PERO NO CONTRA GAD65

Guasp Verdaguer, M. [1]; Solà Valls, N. [1]; Martínez Hernández, E. [1]; Reyes Leiva, D. [1]; Gil Villar, M.P. [2]; González Mingot, C. [2]; Brieva Ruiz, L. [2]; Graus Ribas, F. [1]; Ariño Rodríguez, H. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: La ataxia cerebelosa es uno de los síndromes neurológicos más frecuentes asociados a anti-GAD. Los anticuerpos reconocen la isoforma GAD65, existiendo reactividad adicional contra GAD67 en el 80% de los pacientes en suero y 100% en LCR. Describimos el caso de una paciente con ataxia cerebelosa asociada a anticuerpos contra GAD67 y no GAD65, presentes solamente en LCR.

Material y métodos: Mujer de 60 años que debutó con un cuadro vertiginoso. Dos semanas después desarrolló alteraciones oculomotoras (nistagmo vertical y diplopía horizontal) y posteriormente un cuadro pancerebeloso (disartria escandida, dismetría tetra-apendicular asimétrica, temblor intencional, hipotonía y marcha atáxica con ampliación de base de sustentación), alcanzando el nadir a las 9 semanas del debut. Presentamos el estudio etiológico y la evolución.

Resultados: La RM cerebral fue normal y las bandas oligoclonales positivas en el LCR (sin pleocitosis). El despistaje de neoplasia oculta fue negativo. El estudio por inmunofluorescencia de células HEK293 transfectadas con GAD67 en suero y LCR detectó la presencia de reactividad anti-GAD67 restringida al LCR. No se encontraron anti-GAD65 en suero ni en LCR por 3 técnicas (inmunoblot, radioinmunoensayo y células HEK293 transfectadas con GAD65). El tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas intravenosas, rituximab y ciclofosfamida logró la estabilización del cuadro cerebeloso.

Conclusión: Este es el primer caso descrito de un síndrome cerebeloso asociado exclusivamente a anti-GAD67 en LCR. Destaca la importancia de incluir la búsqueda de anticuerpos contra ambas isoformas y ampliarla al LCR ante la sospecha clínica de síndrome neurológico asociado a GAD, especialmente cuando no se detecta anti-GAD65 en suero.

MUTACIONES DE SYNE1, UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE ATAXIA ESPINOCEREBELOSA RECESIVA: PRIMER CASO ESPAÑOL

Fernández Matarrubia, M. [1]; Arpa, J. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Cabrera Martín, M.N. [2]; Valles Salgado, M. [1]; Matías-Guiu Guía, J. [1]; García-Ramos García, R. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos; 3. Neurología (Unidad de Trastornos del Movimiento). Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las mutaciones en el gen SYNE1 causan la ataxia espinocerebelosa recesiva (SCAR) 8. Los primeros casos de SCAR8 se describieron en 2007 en 26 familias franco-canadienses con ataxia cerebelosa pura lentamente progresiva. Recientemente, se han identificado mutaciones en SYNE1 en individuos de otras poblaciones, con ataxia cerebelosa pura o complicada con manifestaciones extracerebelosas, principalmente enfermedad de la motoneurona y disfunción troncoencefálica.

Material y métodos: Describimos el primer caso español de SCAR8 por mutación en SYNE1.

Resultados: Mujer de 72 años, hija de padres primos hermanos, con cuadro de inestabilidad de la marcha progresiva de debut a los 35 años. En la exploración destaca disartria mixta, alteración de las sacadas oculares, hiperreflexia generalizada con Babinski y clonus aquíleo bilateral y ataxia pancerebelosa. La RM cerebral mostró atrofia marcada del vermis y ambos hemisferios cerebelosos. Los estudios genéticos previos para ataxia de Friedreich, SCAs 1, 2, 3, 6 y 7, atrofia dentato-rubro-pálido-luisiana y ataxias con apraxia oculomotora habían sido negativos. Finalmente, la secuenciación exómica de 84 genes asociados a ataxias permitió identificar dos variantes en homozigosis en el gen SYNE1, una de las cuales no ha sido registrada previamente.

Conclusión: Nuestra paciente es el primer caso español de SCAR por mutación de SYNE1. Presenta un fenotipo de ataxia cerebelosa y piramidalismo, lo que apoya la heterogeneidad clínica del espectro de las mutaciones de SYNE1. El uso de técnicas de secuenciación de nueva generación podría ayudar a identificar nuevos casos de SCAR8 por mutación de SYNE1 en sujetos con ataxia cerebelosa esporádica o recesiva de causa desconocida.

ATAXIAS EPISÓDICAS, DESCRIPCIÓN DE 7 CASOS

Perez Lucas, J. [1]; Fernández Matarrubia, M. [2]; Rodriguez de Rivera Garrido, F.J. [1]; Arpa Gutiérrez, F.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las ataxias episódicas (AE) son un grupo heterogéneo de enfermedades raras producidas por mutación de canales iónicos de calcio y potasio.

Material y métodos: Describimos las características clínicas y genéticas de una serie de 7 casos con AE.

Resultados: Todos presentaban historia familiar con patrón de herencia dominante. La clínica se inició entre los 7 y 55 años, con episodios de inestabilidad con o sin cortejo vegetativo acompañante, de entre 20 min-1 día de duración. Como síntomas asociados durante los episodios: 2/7 referían debilidad simétrica, uno en miembros inferiores y otro generalizada, 5/7 disartria,1/7 disfagia y 2/7 cefalea. Un paciente presentaba además cefalea de características migrañosas no relacionada con los ataques. Desencadenantes: ejercicio, estrés, alcohol, café, tabaco, chocolate. Pródromos: ansiedad. Frecuencia: pluricotidiana a 4-5/año. Exploración entre los episodios: hiporreflexia, nistagmo de reojo inagotable; a mayor edad: seguimiento ocular alterado, ligera dismetría, marcha inestable. En 5/7 la neuroimagen mostró atrofia vermis/cerebelosa leve, siendo normal en 2/7. 5/7 disponen de estudio otoneurológico, patológico en todos, mostrando como hallazgos más relevantes alteración del seguimiento ocular vertical hacia abajo y abolición del NOC a velocidad alta. 3/7 sujetos presentaron una mutación puntual en heterocigosis en el gen CACNA1A (en 3/7 la genética está pendiente). En todos, la respuesta a acetazolamida fue favorable.

Conclusión: Todos los pacientes de nuestra muestra presentaron fenotipo compatible con AE tipo 2, disponiéndose de confirmación genética en tres de ellos. Cabe destacar los hallazgos objetivados en el estudio otoneurológico, no descritos previamente como típicos en estos pacientes y que podrían ser útiles para el diagnóstico.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD TERAPEÚTICA DE LOS EJERCICIOS FRENKEL POTENCIADOS POR ENTRENAMIENTO CON VIDEOCONSOLA WII EN PACIENTES CON ATAXIA CEREBELOSA

Rodríguez de Rivera Garrido, F.J. [1]; Chajma Izquierdo, S. [2]; Vazquez Rodriguez, I. [3]; Avenza Jaen, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Rehabilitacion. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Fisioterapia. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Los ejercicios de Frenkel buscan mejorar la coordinación y el equilibrio mediante unas series de ejercicios. El objetivo de este estudio es examinar la efectividad del tratamiento con ejercicios de Frenkel si se potencia con un entrenamiento basado en videojuegos interactivos WII específicos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 20 pacientes distribuidos aleatoriamente entre un grupo de estudio (GWII: Frenkel+WII) y un grupo control (GC: Frenkel). Se llevó a cabo durante 8 semanas. Se valoran la escala funcional de la ataxia (SARA), de equilibrio (Berg), marcha (UpandGo y 10 metros marcha) y las actividades de la vida diaria (SF-36), AVD, AIVD (Barthel y Lawton) y estado de ánimo (BDI).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 20 pacientes (10 hombres y 10 mujeres, Edad media 57,1), 10 en GWII (4 H/ 6 M. Edad media 55,7) y 10 en GC (6 H/ 4 M. Edad media 58,5). Todos los pacientes del estudio obtuvieron mejorías de la Escala SARA en 2 puntos, de la BERG en 3 puntos y en varios apartados de la escala Barthel así como incrementaron la velocidad y estabilidad en el test de los 10 metros. No hubo modificaciones en la escala Lawton y el UpandGo. Los pacientes del GWII acudieron de forma más regular y continuada a las citas

Conclusión: El uso de ejercicios de Frenkel son eficaces en los pacientes de ataxia cerebelosa sin poder objetivar si el uso de programas WII incrementa esa eficacia aunque sí una mayor adherencia al tratamiento.

ELA Y SCA36: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A TENER EN CUENTA

Quintáns Castro, B. [1]; García-Murias, M. [1]; Yáñez-Torregroza, Z. [2]; Pérez Sousa, C. [3]; Castro del Río, M. [4]; Pardo, J. [5]; Arias Gómez, M. [5]; Sobrido, M.J. [6]

1. Grupo de Neurogenética. Instituto Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS) y Grupo de Medicina Xenómica-CIBERER; 2. Grupo de Investigación en Genética. Universidad Simón Bolívar; 3. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 4. Servicio de Neurología. Hospital Miguel Domínguez; 5. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 6. Grupo de Neurogenética. Instituto Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS); Fund. Galega de Medicina Xenómica

Objetivos: SCA36 cursa con signos cerebelosos, afectación focal de segunda motoneurona (núcleos del nervio hipogloso), leves signos piramidales e hipoacusia (inicio en la quinta-sexta década). Describimos dos casos que ponen de evidencia el solapamiento fenotípico entre la ELA y la SCA36.

Material y métodos: Caso 1.- Varón, 61a. Diagnóstico inicial: posible ELA bulbar. Inestabilidad y alteración del habla, de inicio en sexta década. Hipoacusia progresiva desde los 30 años. Disartria, atrofia lingual y fasciculaciones (confirmado con EMG), ptosis palpebral, dismetría, macha atáxica leve, hiperreflexia, Babinski izquierdo. Sin antecedentes familiares conocidos. Caso 2.- Mujer, 63a. Diagnóstico inicial: probable SCA36. Disartria y disfagia de 12 meses de evolución. Disminución de agudeza auditiva desde hace 5 años. Signos de primera y segunda motoneurona, sin signos cerebelosos. Antecedentes familiares: madre fallecida (68a) a causa de una enfermedad neurodegenerativa. Primo con ataxia de inicio adulto en estudio. Origen geográfico: zona da Costa da Morte.

Resultados: Caso 1. SCA36 positivo. Caso 2. SCA36 y C9orf72 negativos. Primo con expansión en SCA36 heredado por la otra rama familiar. Diagnóstico: ELA.

Conclusión: La SCA36 puede confundirse con la ELA cuando cursa con signos de primera y segunda motoneurona y los signos cerebelosos son leves. La ELA, por su mayor prevalencia, puede coexistir en la misma familia con otra entidad diferente. Un correcto asesoramiento personal y familiar es muy relevante debido a tan diferente pronóstico de ambas enfermedades. Financiación: Fondos FEDER PI12-00742/PI12-01013; Asociación Galega de Ataxias.

ATAXIA DE FRIEDREICH: DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN PUNTUAL

Cots Foraster, A.; Vallmajó Fita, A.; Robles Cedeño, R.; Obón Ferrer, M.; Genís Batlle, D.

Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: La ataxia de Friedreich (FRDA; OMIM #229300) es una enfermedad de herencia autosomica recesiva. Se estima una prevalencia en población caucásica de 1/20.000-50.000 habitantes (Orphanet). El 90-94% de los afectos (GeneReviews) presentan expansión patológica de tripletes GAA en el intrón 1 del gen FXN (frataxina) en homocigosis.

Material y métodos: Descripción clínica, estudios complementarios y molecular en paciente con diagnóstico de FRDA.

Resultados: Mujer de 18 años, sin antecedentes familiares conocidos. Diagnosticada de escoliosis a los 10 años, presenta alteración de la marcha desde los 13 años. Es derivada por empeoramiento progresivo. En la exploración física destaca ataxia, disartria, disinergia, hipopalestesia, arreflexia universal y signo de Babinski derecho. En estudio de neuroimagen destaca escoliosis, las pruebas neurofisiológicas revelan alteración de vía cordonal posterior y de primera motoneurona a nivel cervical. Con sospecha de FRDA, se realiza estudio molecular del gen FXN observando expansión patológica de tripletes GAA en heterocigosis. Se amplía el estudio mediante secuenciación directa del gen FXN, que determina una alteración puntual en heterocigosis (c.576dup) no descrita (p.Ala193Serfs*123). Este cambio probablemente altera el marco de lectura y condiciona aparición de codón STOP prematuro, truncando la proteína. El estudio molecular a los progenitores revela al padre como portador de expansión patológica de tripletes GAA y a la madre como portadora de la mutación c.576dup.

Conclusión: Un 6-10 % de pacientes con FRDA presentan alteraciones en heterocigosis del gen FXN, expansión de tripletes GAA y mutación puntual. Describimos un caso con mutación puntual no conocida hasta la actualidad con probable traducción patológica.

SÍNDROME DE MARINESCO-SJÖGREN: IDENTIFICACIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN SIL1

Pardo Parrado, M. [1]; Silvarrey Rodríguez, S. [1]; Cid Rodríguez, M.C. [1]; Torres Fernández, C. [2]; Lezana Rosales, J.M. [3]; García Estévez, D.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Nuestras Señora del Cristal; 2. Departamento de Diagnóstico. Centro de Genética Molecular Genetaq; 3. Departamento de Bioinformática. Centro de Genética Molecular Genetaq

Objetivos: El síndrome de Marinesco-Sjögren es una trastorno raro, de herencia autosómica recesiva, que aparece en la infancia y se caracteriza por ataxia cerebelosa, catarata congénita, miopatía crónica y retraso del desarrollo psicomotor.

Material y métodos: Presentamos el caso de dos hermanos, diagnosticados de síndrome de Marinesco-Sjögren, en los que se indentificó una mutación de significado incierto en el gen SIL1. Se trata de dos varones, de 45 y 38 años, con antecedentes de retraso psicomotor y cataratas congénitas, que consultan por alteración de la marcha. Los dos habían comenzado a caminar a los 6 años y presentaban en la exploración una alteración de los movimientos oculares, hiporreflexia generalizada, dismetría con extremidades izquierdas y marcha con aumento de base de sustentación.

Resultados: En ambos casos, se objetivó ligera elevación de CPK en los análisis de sangre y la RM mostró una importante atrofia cerebelosa. Se completó el estudio con el análisis genético para el síndrome de Marinesco-Sjögren, en el que se identificó la presencia en homocigosis de la variante c.453+5G>A en el gen SIL1, de significado clínico incierto, ya que no se encuentra descrita en la bibliografía.

Conclusión: La causa principal del síndrome de Marinesco-Sjögren es una mutación en el gen SIL1, que se encuentra en el 60% de los casos. Hasta el momento se han descrito múltiples mutaciones en dicho gen, todas relacionadas con el espectro clínico de esta patología, pero son necesarios más estudios que permitan identificar nuevas alteraciones en SIL1, así como mutaciones en otros genes que puedan estar relacionados con esta entidad.

NUEVA MUTACIÓN DEL KCNA1 PARA LA ATAXIA EPISÓDICA (AE) TIPO 1. VARIABILIDAD FENOTÍPICA EN UNA FAMILIA

Vinagre Aragón, A.; Sabin Muñoz, J.; Sánchez Alonso, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Presentar el cuadro clínico de varios miembros de una familia afecta de episodios autolimitados de ataxia. Descripción de una nueva mutación del gen codificante del KCNA1.

Material y métodos: Varios miembros de la familia presentan episodios paroxísticos de ataxia, disartria y diplopía acompañados de síntomas vegetativos de horas de duración, desencadenados por el consumo de alcohol, cafeína y estrés emocional. En la exploración interepisodio únicamente se evidencia nistagmo posicional. Otro miembro de la familia presenta un cuadro de temblor de acción leve.

Resultados: Se describe una nueva mutación en heterocigosis en el gen codificante del KCNA1: una transición de una T por una C (c.155T > C) que produce una sustitución del aminoácido leucina de la posición 52 por una prolina (p.Leu52Pro) detectada por el momento en cuatro miembros sintomáticos de la familia y una asintomática. A la vista del árbol genealógico existen otros miembros afectos de episodios de ataxia en los cuales no se ha podido confirmar la mutación, por fallecimiento o debido a que no residen en la Comunidad de Madrid. El resto de pruebas complementarias (RM cerebral, EMG, EEG y estudio neuropsicológico) fueron normales. Se ha intentado tratamiento sintomático con acetazolamida con mala tolerancia y ausencia de respuesta.

Conclusión: Destacar la variabilidad fenotípica de una familia afecta de AE. Descripción de una nueva mutación del gen codificante del KCNA1. La presencia de episodios autolimitados de ataxia debe hacernos pensar en una AE especialmente si existen otros miembros de la familia afectos, teniendo en cuenta que puede existir una variabilidad fenotípica significativa.

MRD9 POR MUTACIÓN EN EL GEN KIF1A: RENTABILIDAD DEL EXOMA

Urtiaga Valle, S.; Vieira Campos, A.; Maiso Merino, E.; Terrero Carpio, R.; Labrador Marcos, S.; Escolar Escamilla, E.; Martinez Menendez, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con una MRD9 por mutación del gen KIF1A.

Material y métodos: Se trata de un varón de 3 años remitido por retraso psicomotor. A nivel de antecedentes, el embarazo y el periodo postnatal cursaron con normalidad, no existía consanguinidad familiar. A la exploración destacaba hiperreflexia en miembros inferiores, Babinski bilateral y marcha espástica. No presentaba alteraciones motoras ni sensitivas, tampoco dismetrías u otra clínica cerebelosa. Ante sospecha de paraparesia espástica se realiza RMN cráneo-medular, así como estudio genético para paraparesia espástica familiar y potenciales evocados somestésicos, auditivos y visuales que resultan normales. El estudio de ácidos grasos y la analítica con perfil autoinmune tampoco revelaron nada. El electroneurograma mostró una polineuropatía sensitiva axonal de intensidad moderada y en la RMN craneal de control destacó una discreta atrofia cerebelosa, no detectada previamente. Ante estos resultados, se solicita estudio de secuenciación del exoma humano para identificar variantes genómicas en 122 genes

asociados a paraparesia espástica y ataxias, detectándose una mutación tipo missence en Chr 2:241724479 C/T; exón 7, con modificación de p.Arg216His del gen KIF1A.

Resultados: Clínicamente el paciente ha mejorado intelectualmente así como en marcha y motricidad fina, si bien aun no es capaz de leer ni de escribir.

Conclusión: La MRD9 por mutación en heterocigosis del gen KIF1A es una entidad muy poco frecuente y apenas descrita en la literatura, no siempre asociada a mala evolución clínica. El uso del exoma de forma precoz podría suponer un ahorro material y temporal a la hora de conseguir un diagnóstico.

FENOTIPO PARKINSONISMO EN LA ATAXIA-ESPINO CEREBELOSA TIPO 2: UNA CUESTIÓN DE REPETICIONES

Vales Montero, M.; De la Casa Fages, B.; Muñoz González, A.; Pérez Sánchez, J.; Velázquez Pérez, J.M.; Grandas, F.

Unidad de Trastornos del Movimiento-CSUR. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Describir un caso clínico de un paciente con un cuadro progresivo de ataxia y parkinsonismo con antecedentes familiares de trastorno de la marcha de causa desconocida.

Material y métodos: Paciente de 81 años con cuadro lentamente progresivo de cinco años de evolución de inestabilidad de la marcha, alteración del habla y torpeza de extremidades izquierdas. El padre y una hermana del paciente sufrieron un trastorno similar de inicio en la quinta y sexta décadas de la vida, respectivamente. En la exploración se observó disartria escandida leve, dismetría leve en ambos miembros superiores, bradicinesia y rigidez de predominio izquierdo y marcha atáxica con disminución de braceo izquierdo.

Resultados: Se realizó una RM cerebral que mostró atrofia corticosubcortical de predominio infratentorial y un SPECT con ioflupano (DATSCAN) que reveló una disminución de captación del trazador en ambos putámenes de predominio izquierdo. Dados los antecedentes familiares se solicitó estudio genético de ataxia espino-cerebelosa autosómica dominante, que mostró 35 repeticiones CAG en el alelo 2 para el gen ATXN2 (valor normal <31 repeticiones), realizándose el diagnóstico de ataxia espino-cerebelosa tipo 2 (SCA 2). Se inició tratamiento con levodopa hasta dosis de 625 mg diarios presentando una leve mejoría de los síntomas parkinsonianos.

Conclusión: El SCA2 es una causa infrecuente de ataxia hereditaria que puede asociar parkinsonismo. Como en este caso, los signos parkinsonianos se han relacionado con un menor número de repeticiones en el triplete CAG así como un curso lentamente progresivo. Esta entidad debe sospecharse ante un paciente con ataxia, parkinsonismo y antecedentes familiares positivos.

Cefaleas I

PROYECTO PILOTO DE ABORDAJE PSICOLÓGICO EN FORMATO GRUPAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CEFALEA CRÓNICA

Gago Veiga, A.B. [1]; Morago Fernández, L. [2]; Peral Redondo, B. [2]; Sancho Salinas, A. [2]; Alonso Cecilia, M. [2]; Gallego de la Sacristana López Serrano, M. [1]; Alcañiz Rodríguez, M. [3]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Psiquiatria. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Existe evidencia de una alta relación entre variables psicológicas que influyen en los pacientes con cefalea crónica y su posible modificación mediante abordaje psicológico. Pretendemos evaluar la satisfacción del paciente tras realizar esta terapia y valorar la intervención con diferentes escalas psicológicas y de calidad de vida.

Material y métodos: Participaron en este primer grupo de terapia 7 pacientes con diagnóstico de cefalea crónica. Se realizaron 8 sesiones durante los meses de Octubre a Diciembre 2015 (combinación de técnicas de afrontamiento del estrés, manejo de emociones y relajación/mindfulness). Valoración pre-post con las siguientes escalas: SCL-90, STAI, BDI, MIDAS y encuesta de calidad.

Resultados: Edad media 45 años (21-63). Varones 28% /mujeres 72%. Diagnóstico: migraña crónica (5/7), tensional crónica (2/7). Diferencias pre/post (valor medio de las variables): severidad síntomas (1/0.6); malestar general (5.4/3.75); ansiedad-estado (20/20); sintomatología depresiva (13/9), discapacidad por cefalea (24.5/20) y alta calidad percibida (la recomendarían:100%, satisfacción global alta o muy alta:85%) El perfil de paciente que tuvo una mejor respuesta a la terapia fueron las mujeres, mayores de 50 años y con cefalea tipo migraña.

Conclusión: En nuestro estudio piloto, se ha encontrado mejoría en los síntomas del paciente, en su malestar, en su incapacidad y la sintomatología depresiva. En cambio, no se observan cambios en la esfera ansiosa. La valoración general subjetiva de la intervención fue muy positiva. Sería necesario un estudio más amplio para poder afianzar estos resultados.

CEFALEA ASOCIADA A LA ACTIVIDAD SEXUAL. ANÁLISIS CLÍNICO DE UNA SERIE DE 43 CASOS

Sotoca Fernández, J.J. [1]; Aceituno, A. [2]; Morollón, N. [2]; Màs, N. [2]; Yagüe, S. [2]; Belvís, R. [2]

1. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus; 2. Servicio de Neurociencias. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: La cefalea asociada a la actividad sexual (CAAS) puede ser secundaria o primaria (P). Presentamos un análisis clínico de una serie de casos consecutivos con CAASP.

Material y métodos: Incluimos pacientes con CAASP según criterios ICHD-3:4.3: al menos dos episodios de cefalea y/o cervicalgia provocada o que sólo aparece durante la actividad sexual y que aumenta de intensidad simultáneamente con la excitación o aparece explosivamente durante/justo antes del orgasmo.

Resultados: Incluimos 43 pacientes (51.2% mujeres) con edad media 46.4 años (24-69). Consultaban 11.6% en urgencias, 88.4% consulta. El 18.6% debutaba y el 81.4% la tenían desde hacía una media de 2.8 años (1 mes -18 años) con 4.7 episodios/año, de ellos 26% era progresiva pre-orgasmo y 74% explosiva orgásmica. Duración media de la CAASP: 20.3 minutos. El 39.5% explicaban relaciones coitales dificultosas pre-CAASP y 7% masturbatorias. El 18.6% eran migrañosos y el 30.2% presentaban cefaleas asociadas a la actividad física. Topografía: 88.4% occipitales, 9.3% hemicraneales, 2.3% vértex. Todos RM y AngioRM cerebral normal. El 50% no volvió a la consulta tras la RM, de los otros el seguimiento meido es 2.3 años.

Conclusión: No observamos ningún caso de CAAS secundaria (sólo un 12% de los pacientes provenían de urgencias). Se pierde el seguimiento del 50% de los pacientes tras saber que la RM es normal, destacando una demora media en consultar de más de 2 años. Podemos concluir que se trata de una cefalea occipital en trueno orgásmica/inmediatamente pre-orgásmica de 15-25 minutos de duración y con “resaca” posterior.

NEURALGIA INFRATROCLEAR: UNA CAUSA DE DOLOR ORBITARIO Y PERIORBITARIO CON RESPUESTA A BLOQUEO ANESTÉSICO

Villar Quiles, R.N. [1]; García Moreno, H. [1]; Casas Limón, J. [2]; Ramos García, M.I. [3]; Gutiérrez Viedma, Á. [1]; Rosón González, M. [2]; Porta Etessam, J. [1]; Cuadrado Pérez, M.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 3. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La neuralgia infratroclear (NI) es una entidad recientemente descrita que produce dolor en vertiente medial del párpado superior y ángulo interno de la órbita, carúncula lagrimal y/o raíz nasal lateral.

Material y métodos: Se describen cuatro nuevos casos de NI con respuesta al bloqueo anestésico superficial del nervio infratroclear.

Resultados: Mujer de 42 años, con dolor opresivo continuo de intensidad 6/10 en región interna de la órbita y porción medial de párpado superior izquierdo, con exacerbaciones. Mujer de 39 años, con dolor opresivo y continuo en ángulo interno de órbita derecha y porción adyacente de párpado superior de intensidad 6/10. Mujer de 40 años con dolor opresivo y contínuo en porción medial de párpado superior derecho de intensidad 7/10, con exacerbaciones. Mujer de 42 años, con dolor opresivo y continuo en ángulo interno de la órbita y porción medial de párpado superior izquierdo de intensidad 5/10, con exacerbaciones. En todos, la exploración mostró hipersensibilidad del nervio infratroclear en su punto de emergencia. Las tres primeras tenían hiperestesia en el área de dolor y la cuarta presentaba hipoestesia en todo el territorio inervado por el nervio infratroclear. No se detectaron lesiones subyacentes mediante RM. El bloqueo anestésico mediante inyección en el ángulo interno de la órbita de 0,5 cc de mepivacaína al 2% (primera paciente) o bupivacaína al 0,5% (pacientes 2, 3 y 4) produjo un alivio inmediato del dolor en todos los casos.

Conclusión: La NI debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del dolor orbitario y periorbitario y presenta buena respuesta al bloqueo anestésico local.

¿QUÉ TRATAMIENTOS NO ESTABLECIDOS UTILIZAN LOS PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS?

Villar Quiles, R.N. [1]; González García, N. [1]; García Azorin, D. [1]; Pérez Pérez, A. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; (ACRA) A.C.E.R.A. [2]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Asociación

Objetivos: La cefalea en racimos (CR) es una de las cefaleas más incapacitantes. Su inadecuado tratamiento y en ocasiones la falta de respuesta a las terapias iniciales hace que los pacientes valoren la posibilidad de recurrir tratamientos no establecidos y productos sin eficacia demostrada.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de 404 preguntas a pacientes con diagnóstico de CR analizando el uso de tratamientos no establecidos y recursos sin eficacia demostrada.

Resultados: Se incluyeron 577pacientes, 69% eran varones, con una edad comprendida entre 20 y 70 años. El 29% había recibido acupuntura, mostrándose eficaz solamente en 1 de cada 10 (11%), el 41% había seguido dietas "específicas" considerándose muy eficaz en el 3% y eficaz en un 14%. 31 pacientes (5,4%) utilizaban frecuentemente drogas alucinógenas como tratamiento de su CR y el 19.8% lo había utilizado en alguna ocasión. El 27,8% había tomado productos homeopáticos considerándolo muy eficaz el 1% y eficaz menos del 7%. Aunque anecdótico es de reseñar el uso de otras sustancias como la hierba de san Juan, hudzu o macaandina.

Conclusión: El uso de tratamientos no establecidos o sustancias no eficaces es frecuente en pacientes con CR. La mayoría de ellos recurren a recursos alternativos habituales como la homeopatía, la acupuntura o dietas específicas sin resultados satisfactorios. Asimismo es notable el elevado uso de alucinógenos como tratamiento de las crisis.

UTILIDAD DE LA TOXINA ONABOTULINUM EN LA CEFALEA EN RACIMOS REFRACTARIA

González García, N.; Romeral Jimenez, M.; Cuadrado Pérez, M.L.; García Azorín, D.; Silva Hernández, L.; Mayo Canalejo, D.; Porta Etessam, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La cefalea en racimos (CR) es uno de los cuadros más incapacitantes que existen. Existen diversos tratamientos médicos que han mostrado eficacia, y en casos refractarios se puede recurrir a técnicas quirúrgicas que suelen implicar la estimulación de estructura implicadas. Presentamos una serie de 6 pacientes con CR refractaria.

Material y métodos: Se analizan 6 pacientes con cefalea en racimos refractaria al tratamiento habitual y su respuesta al tratamiento con toxina onabotulinum.

Resultados: Se trata de 6 pacientes (3 mujeres y 3 hombres) con edades comprendidas entre 26-51 años con cefalea en racimos según criterios de la IHS-3. Se habían probado en todos ellos los tratamientos de primera línea. Uno de ellos era portador de un estimulador del nervio occipital mayor sin haber observado beneficio alguno. Las dosis de toxina son de 155 a 300 U. Aplicadas en territorio dependiente del trigémino, cuello y hombros. En 3 pacientes se obtuvo una mejoría mayor al 50%, una de ellas no había respondido a dosis de 155 U pero si a 300U. En uno de ellos una mejoría del 25% Y dos pacientes no observaron mejoría. No se observaron efectos adversos importantes. En uno de los pacientes el tratamiento permitió la retirada del litio que la había inducido una nefropatía.

Conclusión: La toxina onabotulinum puede ser un tratamiento útil en pacientes con CR que no respondan o no toleren el tratamiento habitual. Debería considerarse un tratamiento previo a plantearse técnicas quirúrgicas.

ONABOTULINUMTOXIN A EN CEFALEA NUMULAR: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE 19 PACIENTES

Blanco García, L. [1]; Ruiz Piñero, M. [1]; Juanatey García, A. [1]; Pedraza Hueso, M.I. [1]; Martínez Velasco, E. [1]; De Lera Alfonso, M.C. [1]; Moreno Mayordomo, R. [2]; Guerrero Peral, Á.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Análisis clínicos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Hay descripciones aisladas o pequeñas series de casos que sugieren que OnabotulinumtoxinA (OnabotA) puede ser eficaz en el tratamiento de la Cefalea Numular (CN). Pretendemos describir nuestra experiencia en una serie de 19 pacientes.

Material y métodos: Desde Enero de 2013 ofrecemos en una unidad de cefaleas de un hospital terciario el tratamiento con OnabotA a pacientes con CN con ausencia de respuesta o mala tolerancia a preventivos orales. Inyectamos entre 12,5 y 50 UI de Onabot A distribuida en varios puntos en el área sintomática. Cuando la CN afectaba a calota frontal u occipital aplicábamos variaciones del protocolo PREEMPT en las localizaciones correspondientes.

Resultados: Incluimos 19 pacientes (14 mujeres, 5 varones) y analizamos los resultados de 54 sesiones de tratamiento. Edad a la inclusión de 56 ± 18,9 años (34-85). En todos ellos ausencia de respuesta o tolerancia inadecuada a entre 1 y 4 fármacos preventivos (principalmente gabapentina y lamotrigina). Tras el primer procedimiento se alcanzó una disminución superior al 70% de los días de dolor en 10 casos (52,6%). En 5 (26,3%) la respuesta fue parcial y en 4 (21,1%) nula. En tres de los pacientes con respuesta parcial y en dos con ausencia de respuesta se obtuvo mejoría adicional con una segunda sesión de tratamiento. El tiempo de respuesta osciló entre los 3 y los 7 meses y fue consistente entre los diferentes procedimientos. No hubo efectos adversos relacionados con el tratamiento.

Conclusión: OnabotA puede ser una opción segura y eficaz en el tratamiento de pacientes con Cefalea Numular

RESONANCIA DE DIFUSIÓN EN MIGRAÑA: ANÁLISIS TBSS Y CONECTÓMICA

Ruiz Piñero, M. [1]; Peña Nogales, O. [2]; Aja Fernandez, S. [2]; Rodríguez Velasco, M. [3]; Martinez Velasco, E. [1]; Mateos González, M. [4]; Guerrero Peral, A.L. [1]; De Luis García, R. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Laboratorio de Procesado de Imagen. Universidad de Valladolid; 3. Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 4. Servicio de Medicina. Universidad de Valladolid

Objetivos: La resonancia de difusión ha descrito alteraciones de sustancia blanca en la migraña, hasta ahora no concluyentes y de significado incierto. Pretendemos comparar hallazgos de resonancia de difusión entre controles sanos (CS), y pacientes con Migraña Episódica (ME) y Migraña Crónica (MC) con dos abordajes diferentes de análisis de la señal.

Material y métodos: Incluimos 20 MC (4 varones, 16 mujeres, 32.9±8.3 años), 21 ME (2 varones, 19 mujeres, 27.2±7.7 años) y 21 CS (9 varones, 12 mujeres, 33.4±10.3 años). Se adquirieron volúmenes T1 y de difusión en un escáner 3T (61 direcciones de gradiente, b=1000s/mm2, tamaño de voxel de 2x2x2 mm3 y matriz de 128x128 con 66 cortes cubriendo todo el cerebro. Los datos se analizaron utilizando TBSS (Tract-Based Spatial Statistics) y conectómica considerando anisotropía fraccional (FA) como descriptor de la integridad de la sustancia blanca.

Resultados: El análisis TBSS mostró un descenso significativo ($p<0.05$) en la FA en MC con respecto a CS pero sin diferencias entre CS y ME, o entre ME y MC. Sin embargo, el análisis de conectómica arrojó resultados contradictorios, hallándose diferencias en un total de 32 conexiones entre diferentes regiones corticales, indicando la mayor parte de ellas un aumento de la FA en MC respecto a ME, y en ME respecto a CS.

Conclusión: El análisis de los datos obtenidos apoya la hipótesis de la existencia de cambios estructurales en la sustancia blanca en los pacientes con migraña. Sin embargo, dichos cambios podrían tener naturaleza muy distinta en diferentes regiones del cerebro.

METABOLÓMICA Y MIGRAÑA: ¿EL INICIO DE UNA GRAN RELACIÓN?

Marhuenda Egea Marhuenda Egea, F.C. [1]; Narro Serrano, J. [1]; Moltó Jordá, J.M. [2]; Medrano Martínez, V. [3]; Beltrán Blasco, I. [4]; Callejo Domínguez, J.M. [5]

1. Dpt. Agroquímica y Bioquímica. Universidad de Alicante; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios; 3. Servicio de Neurología. Hospital General de Elda-Virgen de la Salud; 4. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 5. Servicio de Neurología. Hospital de la A.V.S. Vega Baja

Objetivos: Identificar biomarcadores metabólicos en pacientes con migraña, así como profundizar en los mecanismos moleculares y metabólicos ligados a dicha patología.

Material y métodos: Se incluye 32 pacientes con migraña y 12 controles. Mediante resonancia magnética nuclear (1H RMN), se analizan muestras de suero sanguíneo. Se evalúa la presencia de metabolitos polares y apolares, tanto en pacientes con migraña, como en un grupo control. El estudio cuenta con la aprobación de un Comité Ético de Investigación y con el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: Se asignan las señales de los espectros de 1H RMN a metabolitos polares (aminoácidos, azúcares y ácidos orgánicos, mayoritariamente) y a metabolitos apolares (principalmente, lípidos y colesterol). Respecto al grupo control, los pacientes con migraña presentan niveles elevados de lípidos, lipoproteínas (LDL y VLDL) y lactato; mientras que son inferiores los niveles de glucosa, arginina y otros aminoácidos. No se identifica un metabolito diferenciador de ambos grupos. El análisis multivariante se hace aplicando PLS-LDA, permitiendo construir modelos matemáticos para la clasificación de las muestras. Los valores de error = 7,69%, sensibilidad = 0,893 y especificidad = 1, para las muestras polares; y un error = 2,27%, sensibilidad = 0,969 y especificidad = 1, para las muestras apolares.

Conclusión: Los resultados del estudio señalan diferencias en el metabolismo energético entre pacientes con migraña y controles, aunque no podemos afirmar si estas diferencias reflejan una causa o una consecuencia diferenciadora.

NEURALGIA LAGRIMAL, 4 NUEVOS CASOS RESUELTOS MEDIANTE BLOQUEO ANESTÉSICO

Gutiérrez Viedma, Á.; García Moreno, H.; Silva Hernández, L.; Villar Quiles, R.N.; Hernández González-Monje, M.; Porta Ettesam, J.; Cuadrado, M.L.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La neuralgia lagrimal (NL) es una neuralgia de rama terminal recientemente descrita que cursa con dolor en la zona lateral de los párpados y la región adyacente de la sien.

Material y métodos: Se describen 4 nuevos casos de NL tratados satisfactoriamente con bloqueo anestésico.

Resultados: Los 4 casos son mujeres, con una edad media al inicio de 48 años (40-65). En las 4 pacientes la NL es idiopática, en 3 localizada en el lado derecho; en una en el izquierdo. Tres pacientes presentan dolor en la región de la sien adyacente al canto externo del ojo, la restante en la región lateral de los párpados superior e inferior. El dolor fue moderado o grave, siendo en 3 pacientes continuo desde el inicio, mientras que en la cuarta cursó con episodios de 48 horas de duración y frecuencia semanal. En la exploración, dos pacientes presentaron alodinia e hiperalgesia, una presentó hipoestesia, y en la última fue normal. En las 4 pacientes se realizó una infiltración subcutánea con una aguja de 30G sobre la emergencia del nervio lagrimal en el ángulo supero-externo de la órbita, inyectando 0,5cc de bupivacaína al 0.5%. Se obtuvo una respuesta completa e inmediata en las 4 pacientes, con lo que se confirmó el diagnóstico, si bien una paciente presentó una recurrencia, tratada de nuevo mediante bloqueo anestésico.

Conclusión: La NL se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor orbitario y periorbitario. El bloqueo anestésico del nervio lagrimal confirma el diagnóstico y supone una buena opción terapéutica.

NEURALGIA DEL OCCIPITAL ESPONTÁNEA O POSTRAUMÁTICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE UNA SERIE DE 47 PACIENTES

Martinez Velasco, E. [1]; Blanco García, L. [1]; Pedraza Hueso, M.I. [1]; Navarrete Perez, J.J. [2]; Avellón Liaño, H. [1]; Ruiz Piñero, M. [1]; Guerrero Peral, A.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: La Neuralgia Occipital (NO) es un dolor en la distribución de alguno de los nervios occipitales, acompañado de hipersensibilidad al tacto en el territorio correspondiente. En ocasiones se identifica un desencadenante traumático. Pretendemos analizar comparativamente las características de NO espontánea o postraumática en una serie de 47 pacientes.

Material y métodos: Incluimos pacientes diagnosticados de NO atendidos en una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario

(Enero 2008 – Junio 2016). Recogimos características demográficas y clínicas de todos ellos.

Resultados: Analizamos 47 pacientes (38 mujeres, 9 varones) con NO de entre un total de 4420 (1,06%) atendidos en la mencionada Unidad durante el periodo de inclusión. La edad al inicio del cuadro era de 54,7 ± 16 años (17-81) y la latencia inicio-diagnóstico de 33 ± 65,5 meses (1-360). En 42 pacientes (89,4%) había un dolor basal, generalmente opresivo, de intensidad 5,1 ± 1,5 (2-8) en escala analógica verbal (EAV). En 35 casos (74,5%) se describieron exacerbaciones, generalmente de carácter punzante, con frecuencia y duración variables, y una intensidad de 8 ± 1,4 (4-10) en EAV. En 4 pacientes (8,5%), las exacerbaciones se desencadenaban por movimientos del cuello. En 7 casos, (14,9%) se identificó algún desencadenante traumático reciente. Las características demográficas y clínicas consideradas no mostraron diferencias entre los grupos de NO espontánea o postraumática.

Conclusión: La Neuralgia del Occipital es una entidad infrecuente en nuestra serie. Las características de nuestros pacientes son similares a las previamente descritas sin que identifiquemos diferencias en función de que la NO sea espontánea o postraumática.

ESTUDIO METABOLÓMICO Y QUIMIOMÉTRICO DE PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA

Marhuenda Egea Marhuenda Egea, F.C. [1]; Narro Serrano, J. [1]; Moltó Jordá, J.M. [2]; Medrano Martínez, V. [3]; Beltrán Blasco, I. [4]; Callejo Domínguez, J.M. [5]

1. Dpt. Agroquímica y Bioquímica. Universidad de Alicante; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios; 3. Servicio de Neurología. Hospital General de Elda-Virgen de la Salud; 4. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 5. Servicio de Neurología. Hospital de la A.V.S. Vega Baja

Objetivos: El objetivo de este trabajo es buscar diferencias metabólicas entre pacientes con migraña crónica y pacientes con migraña episódica.

Material y métodos: Se incluye a 12 pacientes con migraña episódica y 11 con migraña crónica (Criterios IHS 3ed beta). Mediante resonancia magnética nuclear (1H RMN) se analizan muestras de suero sanguíneo. Se mide la presencia de metabolitos polares y apolares. El estudio se aprueba por un Comité Ético de Investigación y dispone del consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: El análisis multivariante se hizo aplicando un método supervisado como es PLS-LDA, lo que nos permitía construir modelos matemáticos para la clasificación de las muestras. Los pacientes con migraña episódica presentan niveles altos de TMAO y niveles bajos de alanina y lactato respecto a los pacientes con migraña crónica (error = 6,90%, sensibilidad = 0,889 y especificidad = 1). Tras separar la fracción polar y apolar, detectamos que en la fracción de metabolitos polares, los pacientes con migraña crónica se diferencia claramente de los pacientes con migraña episódica, pero no se detecta ningún metabolito clave en la separación (error = 0%, sensibilidad = 1 y especificidad = 1). La extracción de la fracción apolar nos presenta unos niveles menores de VLDL en la migraña crónica respecto a la migraña episódica (error = 6,90%, sensibilidad = 0.889 y especificidad = 1).

Conclusión: Los resultados obtenidos orientan hacia la presencia de un perfil metabólico diferenciado en los pacientes con criterios diagnósticos establecidos de migraña crónica.

FATIGA. UN SÍNTOMA COMÚN Y POCO ESTUDIADO EN LA MIGRAÑA

González Quintanilla, V.; Toriello Suárez, M.; Gutierrez González, S.; Pérez Pereda, S.; Bosque Varela, P.; Oterino Duran, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: La fatiga es un síntoma inespecífico y común en pacientes con enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple (EM), pero se observa también en pacientes con cefaleas crónicas. Nuestro objetivo es analizar la fatigabilidad mediante escala FSS en pacientes con migraña frente a controles sanos y pacientes con EM.

Material y métodos: Seleccionamos pacientes diagnosticados de migraña episódica (ME) y crónica (MC) según criterios ICH-III, de EM por McDonald 2010 y un grupo control. Aplicación de escalas de estrés Beck-anxiety-inventory (BAI), ansiedad de Holmes, calidad de vida SF-12. La fatiga se exploró con la Fatigue Severity Scale (FSS) consistente en 9 items con respuesta tipo Likert. Comparación de categorías mediante T de Student (bivariadas) y regresión lineal general con análisis posthoc de Tuckey. Ajuste por edad y sexo.

Resultados: Se analizaron 106 sujetos (41 controles; 37 ME; 35 MC; 39 EM). Las medias marginales de FSS fueron: controles 23,0±9,9, ME 39,9±13,0, MC 35,13±4, y EM 38,27±16,09. Las diferencias resultaron significativas entre controles y MC y EM, pero no entre EM y MC. El estadístico HDS de Tuckey identificó dos subgrupos respecto a la fatiga: Controles y ME; y MC con EM. Las diferencias entre ME y controles no soportaron el ajuste por análisis múltiple. La puntuación FSS se correlaciónó con BAI (r=0,318; p=0,001), Holmes(r=2,98, p=0,003), e inversamente con SF12-físico (r=-0,560, p=1,8E-9) y SF12-mental (r=-0,37, p=0,0001).

Conclusión: La fatiga es un síntoma común en pacientes con migraña, e incluso similar a la encontrada en EM en los pacientes con MC. Futuras investigaciones deberían centrarse en este síntoma.

ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN UNA MUESTRA DE 577 PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS

González García, N.; García Azorín, D.; Asociación Cefalea en Racimos Ayuda, A.; Cuadrado Pérez, M.L.; Hernández González-Monje, M.; Porta Etessam, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La Cefalea en Racimos (CR) es una cefalea trigémino-autonómica de baja prevalencia en la población general, entre 0,3 y 0,6 por mil habitantes. Presentamos una serie de pacientes para contribuir a su delimitación clínica y epidemiológica.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta de 404 preguntas a 577 pacientes con diagnóstico de CR por la IHS (I, II y III) a cerca de diversos aspectos de la enfermedad: epidemiología, antecedentes personales y familiares, aspectos clínicos, psicológicos y terapéuticos.

Resultados: Se realizó una encuesta internacional a pacientes procedentes de distintos países (Europa, Canadá, Latinoamérica). El 69,6% eran varones con edades comprendidas entre los 20 y 70 años. El 72,4% de la muestra presenta una forma episódica y el porcentaje de afectación de ambos lados cefálicos resultó similar. Un 27,6% presentaba una forma crónica. El 35,4% tiene 1 o 2 brotes cada año. En el 41,1% el racimo dura entre 1 y 2 meses; los más frecuentes fueron mayo y junio. Los síntomas autonómicos más frecuentes fuero la congestión nasal (73,8%) y la inyección conjuntival (69,3%). Hasta el 72,8% presenta ataques durante el sueño.

Conclusión: La relación varón-mujer en la cefalea en racimos se va igualando, con respecto a estudios clásicos, con una tasa 2.3/1. El porcentaje de formas crónicas es del 27,6% y la presencia de dolor durante el sueño y la congestión nasal son dos síntomas claves en esta entidad.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA CEFALEA EN RACIMOS: ¿CÓMO AFECTA A LA VIDA DIARIA?

Hernández González-Monje, M.; González García, N.; (ACRA) A.C.E.R.A.; García Azorín, D.; Cuadrado Pérez, M.L.; Gutiérrez Viedma, Á.; Porta Etessam, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La cefalea en racimos (CR) se acompaña habitualmente de ansiedad y alteraciones afectivas y conductuales que pueden influir en las relaciones interpersonales. Con frecuencia, la comprensión social y familiar de estos pacientes es insuficiente. Nuestro objetivo fue analizar los aspectos psicosociales del paciente con CR.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de pacientes con diagnóstico de CR según los criterios de la IHS (I, II y III). Todos los sujetos cumplimentaron un cuestionario de 404 preguntas acerca de aspectos psicológicos personales y su visión de la comprensión social, laboral y familiar de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron en total 577 pacientes (69.6% varones) con edad entre 20-70 años. El 55.3% de los pacientes referían aceptar la enfermedad, aunque el 71% presentaban sensación de impotencia ante la misma. El 56.7% consideraba que su familia también entendía y aceptaba su situación, mientras que sólo se sentían comprendidos por sus amistades un 20% de los pacientes. El 92.5% refería sentir impotencia, incomprensión o indiferencia de la sociedad y el 53% expresaba haber renunciado a asistir a eventos sociales por la CR. El 72.6% reconocía haber presentado ideas de suicidio.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la CR tiene razonable aceptación por parte de pacientes, amistades y familiares. Sin embargo, llama la atención la sensación de impotencia o indiferencia social percibida y la alta necesidad de renuncia a eventos sociales. Así mismo, resulta especialmente preocupante la elevada tasa de ideación suicida que presentan estos pacientes.

INCREMENTO DE DOSIS DE ONABOTULINUM POR ENCIMA DE 195 EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y RESPUESTA SUBÓPTIMA

González García, N.; García Azorín, D.; Porta Etessam, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La toxina botulínica es un tratamiento utilizado como preventivo en migraña crónica (MC). Existe un grupo de pacientes que no responden a las dosis habituales o el efecto cesa antes de las 12 semanas. Numerosos estudios demuestran su eficacia y seguridad, sin embargo hay escasos datos sobre las ventajas de dosis más altas en pacientes con respuesta subóptima.

Material y métodos: Aportamos una serie de 30 pacientes con diagnóstico de MC en tratamiento con toxina botulínica según el protocolo PREEMPT con pérdida de eficacia, pasando a un incremento de la dosis de entre 200 y 300 UI cada 12 semanas.

Resultados: Se ha utilizado un protocolo PREEMPT modificado, con una dilución en 1 ml evitando así mayor difusión, y dosis de 200 a 300Ui. Se incrementan los puntos en músculos temporal y occipital. Todos los pacientes partían de al menos 2 infiltraciones de 155-165 UI y el criterio de incremento fue la pérdida respuesta previa o duración de menos de 10 semanas. Se obtuvo respuesta en el 80%. El 53,3 % describe reducción en el total de días de cefalea, y 26,7% reducción en el número de días de migraña. En el 63,3% mejora la intensidad de la cefalea. En el 30% mejoró la duración del efecto. Tuvieron más efectos secundarios el 23 %, fundamentalmente rigidez cervical.

Conclusión: El incremento de la dosis de toxina botulínica es una opción segura y eficaz en aquellos pacientes con pérdida de respuesta o decremento en la duración del efecto, recuperando una o ambas cosas.

Cefaleas II

EPICRÁNIA FUGAX-LIKE TRAS TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE E ICTUS PARIETO-OCCIPITAL DERECHO: UNA POLÉMICA REFLEXIÓN SOBRE LA FISIOPATOLOGÍA

Latorre González, G. [1]; Correas Callero, E. [1]; Rabasa Pérez, M. [1]; Fernández Barriuso, I. [1]; del Valle Loarte, M. [1]; García Castañón, I. [1]; Gutiérrez Delicado, E. [1]; Rodríguez de Antonio, L.A. [1]; Vázquez Pérez, A.V. [1]; Porta Etessam, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Reflexionar sobre la fisiopatología de la epicrania fugax a propósito de un caso complejo.

Material y métodos: Describir un caso clínico de epicránea fugax-like.

Resultados: Varón de 53 años con tromboembolismo pulmonar secundario a inmovilización, debutando como síncope con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve en región parietal derecha. Días tras su ingreso comenzó con cefalea, detectando un ictus subagudo parieto-occipital derecho en territorio de la arteria cerebral posterior. Todo el estudio fue negativo, excepto un paso masivo de burbujas en el doppler transcraneal. Se excluyó una disección arterial o una participación meníngea. El paciente describe la cefalea como un dolor fijo, presivo en región occipital derecha, sobre el que aparecen paroxismos de pocos segundos en los que se desplaza de forma lineal hasta el ojo derecho, incluyendo ptosis y lagrimeo leve. El indotest y la gabapentina fueron infructuosos. El dolor se abortó con el bloqueo anestésico del nervio occipital y supraorbitario ipsilaterales.

Conclusión: La epicrania fugax es una cefalea primaria de etiología incierta. No se conocen hasta la fecha casos secundarios. En nuestro paciente planteamos tres posibles mecanismos: 1)que el proceso médico hiciera de gatillo de un trastorno latente; 2)que el TCE produjera un mecanismo periférico al hilo de la hipótesis fisiopatológica aceptada actualmente; o 3)que exista un mecanismo central más poderoso de lo previsto en esta entidad, quizá afectando a áreas asociativas de la región parietal posterior o el tálamo. La respuesta al bloqueo y la ipsilateralidad de la lesión central apuntan a la segunda tesis, aunque aún no están aclarados todos los interrogantes fisiopatológicos.

CEFALEAS SIN DIAGNÓSTICO ICHD-3 EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Álvaro González, L.C.; Aguilera Irazabal, B.; Idro Montes, J.L.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: La ICHD-3 (beta) permite clasificar las cefaleas por diagnósticos definitivos y probables. La usamos de manera regular en todos los casos de una consulta monográfica. Al observar que diversos pacientes no podían ser incluidos nos propusimos describirlos.

Material y métodos: Localización en una base de datos de casos con diagnóstico no especificado, valorados entre 30 Mayo 2014 y 1 Junio 2016. Se excluyen tipos 14.2 (cefalea no especificada), al exigirse que la causa sea falta de información. Se determinan: variables demográficas y clínicas, procedencia y seguimiento, consumo de recursos (diagnóstico y tratamiento).

Resultados: Encontramos 31 casos (entre1598), 1,9% del total vistos. 55,2 años, 58% mujeres. 55% habían sido valorados por otros neurólogos. 39% fueron alta en primera evaluación, resto 1 a 3 revisiones con seguimiento de 1-19 meses, que no permitió precisar diagnóstico ICHD-3. Procedían de urgencias (13%), otros especialistas incluyendo neurología (35%) y médico de fa-

milia (52%). Ya tenían neurorradiología 42%, en 26% la solicitamos nosotros, en 32% no se pidió. 27% tenían diagnosticadas otras cefaleas primarias (tensional, numular, migraña sin aura, cefalea en racimos, tusígena) o secundarias (cervicógena) previas. 1 caso fibromialgia, 3 trastornos emocionales no graves. No se pusieron tratamientos preventivos orales ni intervencionistas. Mostraron heterogeneidad clínica en distribución de dolor, intensidad y periodicidad. No observamos cambios de patrón clínico en el seguimiento.

Conclusión: La ICDH- 3 beta no permite incluir un subgrupo de pacientes. Es clínicamente heterogéneo, se muestra estable y tiene evolución benigna. No hemos considerado estar ante nuevas entidades (no definidas,14.1)

¿QUÉ CARENCIAS FORMATIVAS EN CEFALEAS TIENEN LOS RESIDENTES ESPAÑOLES?

Latorre González, G. [1]; Belvis Nieto, R. [2]; Pozo Rosich, P. [3]; Santos Lasasola, S. [4]; Gago Veiga, A.B. [5]; Viguera Romero, J. [6]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; 2. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 6. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Describir los resultados de una encuesta realizada para conocer la opinión de los residentes candidatos a participar en el XXI Curso Nacional de Cefaleas con el objeto de ayudar a elaborar el programa científico.

Material y métodos: Encuesta telemática a 42 residentes de neurología de tercer y cuarto año de toda España. Se solicitaban datos demográficos, opinión sobre la subespecialidad y sugerir o eliminar temas.

Resultados: El 69% de los encuestados eran residentes de tercer año (38% varones). El 76% tenía al menos experto/consulta monográfica/unidad de cefaleas en su hospital. El 45% había rotado en cefaleas en el momento de la encuesta. Estos eran más tendentes a considerar su formación en la materia como satisfactoria. La mayoría considera a la especialidad de dificultad media y los que ya habían hecho el curso lo consideraban del mismo nivel que otros. El manejo preventivo avanzado, la migraña crónica, las trigémino-autonómicas, el dolor facial y la neuroimagen fueron de los temas más solicitados. Los talleres de infiltración y casos clínicos suscitaron el interés práctico y la clasificación de cefaleas fue el tema de menor interés.

Conclusión: Las cefaleas suscitan un interés creciente entre los residentes de neurología. El manejo terapéutico avanzado y las técnicas de infiltración son los temas que más les atraen. La adición de sus sugerencias al programa de la edición 2016 del curso ha permitido dinamizarlo y hacerles partícipes de su formación y ha sido valorado como una experiencia muy positiva entre todos los participantes, siendo la primera vez que se realiza.

AURA VISUAL TIPICA SIN CEFALEA. ANÁLISIS CLÍNICO DE UNA SERIE DE 27 CASOS

Belvis Nieto, R. [1]; Aceituno González, A. [2]; Mas Sala, N. [1]; Morollón, N. [1]; Sotoca, J. [1]; Yagüe Gimeno, S. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dexeus; 2. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus; 3. Servicio de Neurología. UPS Instituto Universitario Dexeus

Objetivos: El aura típica sin cefalea (ATSC) aparece ocasionalmente en el 33% de pacientes con migraña con aura, pero un 3-6% de pacientes presentan exclusivamente ATSC sin que nunca padezcan la cefalea en sus vidas. Presentamos un análsisi clínico de una serie de pacientes con ATSC exclusivamente visual.

Material y métodos: Pacientes con ATSC (código ICHD-3 Beta: 1.2.1.2) exclusivamente visual: presentación de un aura visual típica con criterios 1.2.1., pero sin cefalea, ni simultánea ni durante los 60 minutos posteriores.

Resultados: Incluimos 27 pacientes (edad media-42.2 años, 85.6%-mujeres). El 59.2% tenían antecedentes familiares de migraña. El debut de la ATSC fue la causa de la consulta en 15 pacientes-55.5%. El resto presentaba ATSC desde hacía una media de 18.8años con una media de 6.9 episodios/año(1-18). La duración media de la ATSC fue de 27.7 minutos(5-60 minutos) y el 100% apareció y desapareció progresivamente. La clínica fue: escotoma centelleante-10, fotopsias-8, fortificación espectral-4, aguas-2, deslumbramiento-1, filtro traslúcido-1, escotomas-2. Sólo 2 casos (7.4%) eran fenómenos visuales negativos. La escala VARS fue sugestiva de aura (≥5punts) en el 100% de casos con un valor medio de 6.1 puntos(5-8). Todos los pacientes tenían RM cerebral y estudios cardiovasculares normales; y de trombofilias negativos. No se indicó, ni ningún paciente solicitó, tratamiento durante un follow-up medio de 22.6 meses.

Conclusión: El aura visual típica sin cefalea es infrecuente. Aunque el AIT es el diagnóstico diferencial principal hay varios ítems que sugieren aura: duración de 5-60 minutos, desarrollo progresivo, fenómeno positivo, antecedentes familiares de migraña, ausencia de factores de riesgo vasculares y escala VARS≥5puntos.

ANÁLISIS DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA CEFALEA NUMULAR EN 13 PACIENTES

Morollón Sánchez-Mateos, N.; Belvís Nieto, R.; Aceituno González, A.; Mas Sala, N.; Sotoca Fernández, J.; Yague, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quiron Dexeus

Objetivos: La cefalea numular-CN comprende un 1.25% de las consultas por cefalea a un neurólogo y un 3-4% a uno experto en cefaleas. Dado que fue descrita en 2002, sólo hay aproximadamente 200 casos publicados en la literatura. Presentamos nuestra experiencia clínico-terapéutica y analizamos su demora diagnóstica.

Material y métodos: Pacientes con CN (ICHD-3 Beta: 4.8): cefalea continua/ intermitente localizada exclusivamente en área del cuero cabelludo que cumple las cuatro siguientes: contorno perfilado, tamaño y forma fijas, redondeada/elíptica, 1-6cm de diámetro.

Resultados: Incluimos 13 pacientes durante 5años con edad media 46.9 años(28-69); 76.9%-mujeres. La evolución de la CN fue de 3.8 años(1mes-20años) con media de 7.5días/mes de dolor con EVA media 6.07. Diez pacientes recibieron 18 diagnósticos erróneos previos (7 de ellos por neurólogos): cefalea tensional-6, migraña-5, neuralgia de Arnold-3, disfunción ATM-2 y cefalea cervicogénica-2. El área numular fue única-92.3% y doble-7.7%; con tamaño medio de 3.53cm. Lateralidad: izquierda-23.1%, derecha-69.2%, central-7.7%. Topografía: parietal-38.5%, occipital-23.1%, frontal-15.4%, parieto-frontal-7.7%, temporo-parietal-7.7%, vértex-7.7%. El 76.9% eren áreas redondas y el 23.1%-elípticas. El 61.5% eren opresivas y el 38.5%-pungitivas. El 31% tenían antecedentes de migraña i la TC/RM soló detectó un osteoma (7.7%). Remisión (84.6%) con: AINEs-61.5%, gabapentina-7.7%, Botox-15.4; y multirefractariedad-15.4% con una media de 6.5 tratamientos inefectivos.

Conclusión: Los pacientes con CN sufren una demora diagnóstica superior a tres años porque los neurólogos aún no han asimilado esta entidad. La cefalea suele ser parieto-occipital en un área única, redondeada y de 3-4 cm. El 92% son primarias, habitualmente opresivas y de intensidad moderada, aunque hay un subgrupo (15%) grave y multi-refractario.

HIPERSENSIBILIDAD PUPILAR AL COLIRIO DE PILOCARPINA EN PACIENTES MIGRAÑOSOS DURANTE PERÍODOS INTERCRÍTICOS

Silva Hernández, L.; Toledo Alfocea, D.; González García, N.; Mayo Canalejo, D.; Romeral Jiménez, M.; Cuadrado Pérez, M.L.; Porta Etessam, J.M.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: Las respuestas pupilares anómalas durante los ataques de migraña han sido objeto de estudio, siendo la pupila tónica de Adie uno de los hallazgos más característicos. Nuestro objetivo fue buscar la presencia de hipersensibilidad por denervación al colirio de pilocarpina, en bajas concentraciones, en una serie de pacientes migrañosos durante un período intercrítico.

Material y métodos: Realizamos test de pilocarpina 0.1% (TP) en ambos ojos, observando diámetro pupilar en condiciones de luz y oscuridad, tanto antes del procedimiento, como a los 30 y 60 minutos. Se consideraron respuesta positiva las variaciones mayores de 1,5 mm en alguna de las mediciones posteriores en condiciones de luz y/o oscuridad, en uno o en ambos ojos.

Resultados: Se evaluaron13 pacientes con migraña (84,6% mujeres; edad media 34,6; desviación estándar 11,9) durante un período intercrítico. Cuatro pacientes (30,8%) cumplían criterios de migraña crónica (MC), 6 pacientes (46,2%) tenían auras y 3 pacientes (23%) seguían tratamiento preventivo. En conjunto 8 pacientes (61.5%) presentaron respuesta positiva al TP, que en condiciones de oscuridad fue bilateral en el 87.5% de los casos. Entre los pacientes respondedores, 7 (87,5%) fueron mujeres, 2 (25%) cumplían criterio de MC, 5 (62,5%) presentaban auras y 2 (25%) se encontraban bajo tratamiento preventivo.

Conclusión: Parece existir una tendencia a la respuesta positiva a TP en pacientes migrañosos durante el período intercrítico, que sería justificable por denervación crónica postganglionar del esfínter de la pupila. Estos hallazgos podrían reforzar la hipótesis que defienden una disfunción ciliar en algunos pacientes con migraña.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA RESPUESTA A BOTOX EN PACIENTE CON MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA

Gómez Galvan, J.B.; Torres Ferrús, M.; Quintana Luque, M.; Álvarez Sabín, J.; Pozo Rosich, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Describir la respuesta al tratamiento preventivo con Botox® en pacientes con migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) y migraña crónica (MC).

Material y métodos: Se recogieron datos clínicos de forma prospectiva de pacientes que iniciaban tratamiento preventivo con Botox® antes y tras realizar 2 infiltraciones (mes 9). Se definió buena respuesta como mejora en 2 categorías <50% o ≥50% en frecuencia, intensidad, uso de analgésicos y discapacidad (MIDAS). La MC se dividió en 2 grupos: 15-20 días y >20 días/mes. Se realizó un análisis comparativo entre MEAF (11-14 días) y MC para cada ítem de respuesta.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes, con edad media de 46,2±14,1 años y 88% mujeres. Se diagnosticó un 25,9% de MEAF y un 74,1% de MC. No hubo diferencias en las características basales, excepto para la presencia de abuso de medicación analgésica (MEAF 28,6% /MC 73,7%; p<0,001). No se observaron diferencias significativas para la mejora en intensidad (MEAF/MC 15-20d/MC>20d) (82,1% /71,4% / 84,9%; p=0,457), respuesta a analgésicos (59,1%/58,3%/71,9%; p=0,437), MIDAS (43,8%/16,7%/44,1%; p=0,437) ni mejora global subjetiva (89,3%/ 85,7%/92,4%; p=0,7). Los sujetos con MC presentaron mejor respuesta en frecuencia (71,4% /78,6%/85,3%; p<0,001) y consumo de analgésicos (73,4%/64,3%/84,8%; p=0,04).

Conclusión: Tanto los pacientes con MEAF como los que sufren una MC mejoran con el tratamiento preventivo con Botox® en frecuencia, intensidad, reducción del uso de analgésicos y calidad de vida. Aunque la mejora en frecuencia es discretamente menor en MEAF, la mejora con el tratamiento con Botox® es similar entre la MEAF y la MC en relación a la intensidad y discapacidad.

EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD MECÁNICA DINÁMICA EN PACIENTES MIGRAÑOSOS

Barón Sánchez, J. [1]; Palacios Ceña, M. [2]; Ruiz Piñero, M. [1]; Juanatey Garcia, A. [1]; De Lera Alfonso, M. [1]; Blanco Garcia, L. [1]; Guerrero Peral, A.L. [1]; Arendt-Nielssen, L. [3]; Madeleine, P. [4]; Fernández de las Peñas, C. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos; 3. Servicio de Department of Health Science and Technology. Aalborg University; 4. Centre for Sensory-Motor Interaction (SMI), Department of Health Science and Technology. Aalborg University

Objetivos: Evaluar diferencias en la sensibilidad mecánica dinámica medida en calota temporal entre pacientes con Migraña Episódica (ME), Migraña Crónica (MC) y sujetos sanos.

Material y métodos: Se incluyeron 121 migrañosos (87% mujeres, edad: 39±11 años, 57 MC y 64 ME) y 38 sujetos sanos (63% mujeres, edad: 37±16 años). Se evaluó la sensibilidad mecánica dinámica mediante el "roller" (Aalborg University, Denmark©), consistente en un equipo algométrico de ruedas por las cuales el evaluador aplica dinámicamente la presión establecida en cada rueda: 500g, 700g, 850g, 1350g, 1550g, 2200g, 3850g, y 5300g. Cada "roller" se aplicó con un movimiento lineal en calota temporal, del borde anterior del trago hasta la sien. Consideramos umbral dinámico de dolor a la presión (primer valor considerado como molesto) y umbral dinámico de tolerancia a la presión (máximo valor soportado por el paciente). Realizamos asimismo algometría estática sobre 21 puntos de la calota según sistema internacional 10/20.

Resultados: Tanto umbrales dinámicos de dolor y tolerancia como umbrales estáticos a la presión de los 21 puntos de la calota fueron inferiores (P<0,001) en los migrañosos comparado con sujetos sanos. La totalidad de mediciones muestran umbrales mecánicos inferiores en MC comparado con ME, significativos en puntos fronto-temporales en la algometría estática y el umbral dinámico de tolerancia a la presión (P<0,05).

Conclusión: La sensibilidad mecánica dinámica permite caracterizar a migrañosos comparados con sujetos sanos y muestra similares diferencias entre MC y ME, de la misma manera que la mecanosensibilidad estática, pero con la ventaja de requerir un tiempo de exploración menor.

LOS NIVELES DE PACAP EN MUJERES CON MIGRAÑA CRÓNICA NO DIFIEREN DE LOS DE LOS CONTROLES SIN CEFALEA

Pascual Gomez, J. [1]; Cernuda Morollón, E. [2]; García Cabo, C. [2]; Martínez Camblor, P. [3]; Serrano Pertierra, E. [2]; Riesco, N. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Oficina Investigación Sanitaria. Hospital Universitario Central de Asturias; 4. Servicio de Neurociencias. Hospital General de Asturias

Objetivos: Determinar los niveles del polipéptido activador del la adenilatociclasa pituitaria (PACAP) como potencial marcador

del brazo parasimpático del sistema trigémino vascular en mujeres con migraña crónica (MC) vs mujeres con migraña episódica (ME) y mujeres sin cefalea.

Material y métodos: Reclutamos mujeres de >17 años diagnosticadas de MC. Como controles incluimos a mujeres con ME y mujeres sanas sin cefalea. Se determinaron los niveles de PACAP y de péptido intestinal vasoactivo (VIP) como marcador parasimpático "control" mediante ELISA en muestras plasmáticas obtenidas en vena cubital fuera de una crisis de migraña y sin tratamiento sintomático el día previo.

Resultados: Se examinaron muestras plasmáticas de 86 mujeres con MC, 32 mujeres sin cefalea y 35 con ME de edades comparables. No encontramos diferencias en los niveles de PACAP de las mujeres con MC (media 110±44, mediana 97, límites 33-252 pg/ml), mujeres sin cefalea (109±43, 99, 51-197 pg/ml) y con ME (99±34, 94, 52-191 pg/ml). Los niveles de VIP se encontraron incrementados (p=0,027) en mujeres con MC (136±112, 103, 15-263 pg/ml) vs mujeres sin cefalea (87±61, 66, 21-256pg/ml) y mujeres con ME (103±57, 104, 15-263 pg/ml). Variables como edad, duración de la MC, presencia de abuso de analgésicos, depresión, fibromialgia, factores de riesgo vascular, historia de consumo de triptanes o tipo de tratamiento preventivo no influenciaron significativamente los niveles de PACAP o VIP.

Conclusión: En contraste con el VIP, los niveles interictales de PACAP en sangre periférica no constituyen un biomarcador útil en MC. (Financiado por beca FISSS PI14/00020, Fondos Feder, ISCIII, Ministerio de Economía)

DEPÓSITOS DE HIERRO EN GANGLIOS BASALES Y SUSTANCIA GRIS PERIACUEDUCTAL EN LA MIGRAÑA. CORRELACIONES CLÍNICAS

Leira Muiño, R. [1]; Lopez, A. [2]; Villalba, C. [2]; Ramos Cabrer, P. [3]; Dominguez, C. [2]; Rodriguez Osorio, X. [2]; Sobrino, T. [4]; Campos, F. [4]; Saavedra, M. [2]; Martinez, F. [2]; Castillo, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario De Santiago; 3. Servicio de Ikerbasque, Basque Foundation for Science. Bilbao. Molecular Imaging Unit. CIC biomaGUNE. Donostia.; 4. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela

Objetivos: Evaluar la existencia de depósitos de hierro en los ganglios basales (GB) y sustancia gris periacueductal (SGP) en la migraña (episódica y crónica).

Material y métodos: Estudio prospectivo con 112 pacientes con migraña: 57 migraña episódica (35.1±11.7 años; 98,2% mujeres) y 55 migraña crónica (44.4±11.1 años; 89.5% mujeres) y 25 controles (36.1±7.9 años; 92.0% mujeres). Se aplicó un protocolo clínico, molecular y de neuroimagen a todos los pacientes y controles. Se realizó una RM 3T (T1,T2,T2* y FLAIR) y se evaluaron los volúmenes de hipointensidades en GB y SGP, siguiendo un protocolo de normalización de imágenes de Jurgens y un posterior procesado y análisis de imágenes usando la plataforma de imagen (IMmalgen, US NIH, Bethesda, Maryland, USA).

Resultados: Los pacientes con migraña crónica presentaron mayor volumen de hipointensidades en núcleo dentado, núcleo rojo, sustancia negra, globo pálido y SGP, comparado con pacientes con migraña episódica y controles (p<0.0001). El análisis de la curva COR muestra que volúmenes de hipointensidad en núcleo rojo >15 microL y en SGP > 240 microL identifican pacientes con migraña crónica con una sensibilidad del 80% y 93% y una especificidad del 71% y 97% respectivamente. Se observó una buena correlación entre el volumen de hipointensidad en núcleo rojo y la intensidad de las crisis de migraña (r=0.275; p=0.04).

Conclusión: La migraña crónica se asocia con un aumento significativo de lesiones hipointensas (depósitos de hierro) fundamentalmente en núcleo rojo y SGP. Financiado con fondos FISS del ICIII (PI12-00532 y PI15/01578)

DEPOSITOS DE HIERRO EN GANGLIOS BASALES Y SUSTANCIA GRIS PERIACUEDUCTAL EN LA MIGRAÑA. MECANISMOS MOLECULARES

Leira Muiño, R. [1]; Lopez, A. [2]; Villalba, C. [2]; Ramos Cabrer, P. [3]; Sobrino, T. [4]; Dominguez, C. [2]; Rodriguez Osorio, X. [2]; Campos, F. [4]; Saavedra, M. [2]; Martinez, F. [2]; Castillo, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario De Santiago; 3. Servicio de Molecular Imaging Unit. CIC biomaGUNE. Molecular Imaging Unit. CIC biomaGUNE. Donostia. Ikerbasque, Basque Foundation for Science. Bilbao; 4. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela

Objetivos: Analizar la relación entre los depósitos de hierro en los ganglios basales (GB) y sustancia gris periacueductal (SGP) en pacientes con migraña y los marcadores moleculares implicados en su fisiopatología.

Material y métodos: Estudio prospectivo con 112 pacientes migrañosos (57 migraña episódica y 55 migraña crónica) y 25 controles. Se realizó una RM 3T (T1,T2,T2* y FLAIR) y se evaluaron los volúmenes de hipointensidades en globo pálido, núcleo rojo, sustancia negra, núcleo dentado, putamen y SGP, siguiendo un protocolo de normalización de imágenes de Jurgens y análisis de imágenes usando la plataforma de imagen (IMmalgen,NIH,Bethesda,Maryland, USA). Se determinaron, durante períodos intercríticos y mediante ELISA, niveles plasmáticos de marcadores de inflamación (IL-6,IL-10,TNF-alpha,PCR-us), disfunción endotelial (PTX3,sTWEAK), disfunción de barrera hematoencefálica (cFN), activación trigéminovascular (CGRP) y daño cerebral (s100B,ENE).

Resultados: Los volúmenes de hipointensidades observadas en núcleo rojo y SGP en pacientes con migraña crónica se correlacionaron con los niveles plasmáticos de cFN (r=0.681,r=0.769;p<0.001), IL-6 (r=0.461,r=0.405;p<0.001), S100B (r=0.454,r=0.705;p<0.001), y ENE (r=0.610,r=0.743; p<0.001). El volumen de hipointensidad de SGP se correlacionó con los niveles plasmáticos de PTX3 (r=0.354, p=0.005) y CGRP (r=0.357,p<0.001). El volumen de hipointensidad del núcleo dentado se correlaciona con los niveles plasmáticos de cFN (r=0.506,p<0.001), s100B (r=0.687,p<0.001) y ENE (r=0.506,p<0.001).

Conclusión: La presencia de hipointensidades a nivel de GB y SPG se correlacionan con inflamación, disfunción endotelial y de BHE, así como con marcadores de daño neuronal. Esta asociación sugiere la participación de estos mecanismos en los depósitos de hierro en GB y SGP. Financiado con fondos FISS (PI12-00532 y PI15/01578)

HIPERINTENSIDADES EN SUSTANCIA BLANCA EN LA MIGRAÑA. ESTUDIO CLINICO MOLECULAR

Leira Muiño, R. [1]; Lopez, A. [2]; Villalba, C. [2]; Ramos Cabrer, P. [3]; Sobrino, T. [4]; Dominguez, C. [2]; Rodriguez Osorio, X. [2]; Campos, F. [5]; Saavedra, M. [2]; Martinez, F. [2]; Castillo, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario De Santiago; 3. Servicio de Ikerbasque, Basque Foundation for Science. Bilbao. Molecular Imaging Unit. CIC biomaGUNE. Donostia.; 4. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas, Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Hospital Clínico Universitario De Santiago; 5. Laboratorio de Investigación de

Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela

Objetivos: Analizar la relación entre la existencia de lesiones hiperintensas en la sustancia blanca (HSB) en pacientes con migraña y marcadores moleculares de mecanismos implicados en la fisiopatología de la migraña.

Material y métodos: Estudio prospectivo con 112 pacientes con migraña (57 episódica y migraña crónica) y 25 controles. Se evaluó la presencia de HSB en RM3T. Se realizaron correlaciones con parámetros clínicos y marcadores moleculares de inflamación (IL-6,IL-10,TNF-alpha,PCR-us), disfunción endotelial (PTX3, sTWEAK), disrrupción de BHE (cFN), activación trigémino-vascular (CGRP) y daño cerebral (s100B,ENE) durante períodos intercríticos y analizados mediante ELISA.

Resultados: Se registraron HSB en el 60% de pacientes con migraña crónica, 19,3% con migraña episódica y en 14.3% de controles (p<0.0001). Los pacientes con migraña crónica presentaban mayor número de HSB (38.2% presentaban >6 HSB frente al 8.8% en migraña episódica; ningún control presentó más de 6 HSB; p<00001).La localización de las HSB en la migraña crónica fue predominantemente subcortical y periventricular (41.8%). Se observó una buena correlación entre las HSB y el tiempo de evolución de migraña (80% en MC >5 años de evolución frente al 20% en pacientes con <1año de evolución). La presencia de HSB en MC se correlacionó con niveles plasmáticos de IL6(p<0.001), cFN(p=0.0008)yENE(p=0.002).

Conclusión: La migraña crónica se asocia con un aumento significativo de HSB a nivel subcortical y periventricular. Estas lesiones se correlacionan con el tiempo de evolución de la migraña y con marcadores moleculares de inflamación, disrupción de BHE y daño neuronal. Financiado con fondos FISS del ISCIII (PI12-00532 y PI15/01578)

CAMBIOS EN EL METABOLISMO CEREBRAL MEDIANTE PET-FDG EN LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA DESHABITUACIÓN

Torres Ferrús, M. [1]; Cuberas Borros, G. [2]; Quintana Luque, M. [1]; Lorenzo Bosquet, C. [2]; Castell Conesa, J. [2]; Álvarez Sabin, J. [1]; Pozo Rosich, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Evaluar el metabolismo cerebral de pacientes con cefalea por abuso de medicación antes y después de la retirada de analgésicos.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes adultos que cumplían criterios diagnósticos ICHD-3beta para migraña crónica y cefalea por abuso de medicación sintomática. Se excluyeron aquellos que realizaban tratamiento preventivo. Se utilizaron controles sin antecedentes personales ni familiares de cefalea. Se recogieron variables clínicas y realizó PET-FDG basal y a las 6 semanas de suspender la medicación de abuso. Las imágenes se cargaron en atlas de referencia para obtener un valor del metabolismo para cada región. Se realizó un análisis estadístico comparando los valores obtenidos entre pacientes y controles, y un análisis pareado para cada sujeto antes y después de la deshabituación.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (100% mujeres) con edad media 49±8,13 (38-62) y un consumo de analgésicos mensual de 62,5±26,12 (24-90) comprimidos. Todas realizaron la deshabituación correctamente con una disminución estadísticamente significativa del número de analgésicos y una mejoría clínica de su cefalea. Respecto a los controles, los sujetos con CAM presentan una disminución global del metabolismo de predominio en áreas anteriores (derecho/izquierdo): ínsula (p=0,028/p=0,030); cingulado anterior (p=0,047/p=0,041); frontal superior (p=0,052/p=0,040) Tras la deshabituación se produce un aumento generalizado del metabolismo, más marcado en: núcleo caudado (p=0,075/p=0,046); núcleo pálido (p=0,046/p=0,046) y tálamo (p=0,046/p=0,046). No se encontraron correlaciones significativas del metabolismo con variables clínicas.

Conclusión: El abuso de analgésicos se correlaciona con disminución global del metabolismo cerebral de predominio anterior que aumenta tras la deshabituación. Estos cambios no se correlacionan con variables clínicas.

ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRÓNICA: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO Y PREDICTORES DE EFICACIA EN UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ESPAÑA

Leira Muiño, R. [1]; Dominguez, C. [1]; Jurado-Cobo, C. [2]; Pozo-Rosich, P. [3]; Torres-Ferrus, M. [3]; Gonzalez-Oria, C. [4]; Monzon, M.J. [5]; Latorre, G. [6]; Huerta, M. [7]; García Alhama, J. [8]; Gago, A. [9]; Gallego, M. [9]; Medrano, V. [10]; Belvis, R. [11]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hospiital Universitario Virgen del Rocio; 5. Servicio de Neurología. Hospital Royo Villanova; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 10. Servicio de Neurología. Hospital General de Elda-Virgen de la Salud; 11. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: Analizar la experiencia con OnabotulinumtoxinA (OnabotA) en migraña crónicas en un estudio prospectivo multicéntrico, para evaluar la eficacia a 1 año y analizar posibles predictores de eficacia clínica.

Material y métodos: Registro prospectivo de largo plazo (1 año) en pacientes con migraña crónica (MC) tratados con OnabotA. Se registraron parámetros de eficacia clínica a 3 y 12 meses:reducción de cefalea >50%,reducción de días con cefalea y migraña al mes,número de analgésicos y triptanes consumidos, días de asistencia a Urgencias por cefalea, HIT-6 y MIDAS. Se registraron los efectos adversos a 3 y 12 meses. Se realizaron correlaciones entre eficacia a 3 y 12 meses con diversas variables clínicas.

Resultados: Se incluyeron 553 pacientes con migraña crónica (edad media 47.8 años, 478 mujeres). Se observó eficacia a los 3 meses en el 70.2% de pacientes y 71.4% a los 12 meses. Se demostró una reducción significativa (a 3 y 12 meses) en el consumo de analgésicos (16.7±8.9 vs 8.9±6.1 vs8.9±11.7), triptanes (9.2±5.9vs6.3±4.7vs5.7±6.8), visitas a Urgencias (1.4±0.9vs1.1±0.8 vs0.8±0.7 días), días con discapacidad ((7.5±4.3vs4.5±6.1vs2.8 ±3.9), HIT-6 (64.7±7.2vs43.2±24.2vs44.1±21.7), and MIDAS (34.3±36.7vs23.5±26.1vs20.4±27.5). La eficacia de OnabotA a 12 meses se relacionó con la edad (p=0.025) y tiempo de evolución de migraña (p=0.003).

Conclusión: Nuestros resultados confirman la eficacia clínica de la OnabotA en la migraña crónica a largo plazo (1 año) en más del 70% de pacientes tratados con una buena tolerabilidad y seguridad clínica. La edad y el tiempo de evolución de migraña son los mejores predictores clínico de eficacia de OnatotA.

MARCADORES MOLECULARES COMO FACTORES PREDICITORES DE RESPUESTA A ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA. ESTUDIO PREBOX

Leira Muiño, R. [1]; Dominguez, C. [2]; Sobrino, T. [3]; Rodriguez Osorio, X. [2]; Lopez, A. [2]; Campos, F. [4]; Saavedra, M. [2]; Martinez, F. [2]; Castillo, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario De Santiago; 3. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas, Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Hospital Clínico Universitario De Santiago; 4. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela

Objetivos: Analizar la relación entre marcadores moleculares implicados en la fisiopatología de la migraña y la respuesta al tratamiento con OnabotulinumtoxinA (OnabotA) en pacientes con migraña crónica (MC).

Material y métodos: Estudio prospectivo con 112 pacientes con migraña (57 migraña episódica y 55 migraña crónica; criterios diagnósticos IHS2013) y 25 controles. 62 pacientes (con MC y migraña episódica frecuente) recibieron tratamiento con OnabotA. Previo al comienzo del tratamiento se determinaron, durante períodos intercríticos y mediante técnica ELISA, los niveles plasmáticos de marcadores de inflamación (IL-6, IL-10, TNF-alfa, PCR-us), disfunción endotelial (PTX3, sTWEAK), disrupción de barrera hematoencefálica (cFN), activación trigémino-vascular (CGRP) y daño cerebral (s100B y ENE). Los pacientes fueron clasificados como respondedores (reducción del más del 50% de crisis de días de cefalea o no respondedores (reducción de manos del 50% de días con cefalea).

Resultados: 47 pacientes (75.8%) presentaron eficacia clínica al tratamiento con OnabotA. Se observaron niveles plasmáticos elevados de PTX3 (1455.3±487.5 vs 720.3±334.1pg/mL;p<0.0001) y CGRP (133.1±86.5vs58.2±9 ng/mL; p=0.006) en el grupo de pacientes con buena respuesta a OnabotA. Niveles plasmáticos de PTX3>1000pg/mL (OR45.9; IC95% 4.4-476.8; p<0.001) y CGRP>50 ng/mL (OR 18.3; IC95% 1.8-184.6; p=0.01) se asociaron de forma independiente con buena respuesta al tratamiento con OnabotA.

Conclusión: Marcadores moleculares de disfunción endotelial (PTX3) y activación trigeminovascular (CGRP) se asocian y predicen una buena respuesta al tratamiento con OnabotA en pacientes con migraña crónica. Esta asociación podría ser de utilidad en la selección de pacientes candidatos a recibir este tratamiento. Financiado con fondos FISS PI12-00532 y PI15/01578

Cefaleas III

CUANDO LA CEFALEA NO TERMINA DE DESAPARECER: PACIENTES HIPERREFRACTARIOS ¿QUÉ, QUIÉN, CÓMO Y POR QUÉ?

García Azorín, D. [1]; González García, N. [1]; Abelaira Freire, J. [2]; Mateos Sánchez, L. [3]; Matus, L. [3]; Matías Soler, P. [3]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Atención primaria. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Algunos pacientes con cefalea precisan la conjunción de varios tratamientos para lograr mitigar el dolor, si bien no son del todo conocidos los motivos por los que esto ocurre, en ocasiones relacionándose con el empleo de fármacos erróneos, con un tiempo de evolución del ataque prolongado o con la existencia de un proceso subyacente.

Material y métodos: Analizamos una serie de 22 pacientes que consultaron en urgencias por cefalea y que precisaron administración de tratamiento en más de dos ocasiones y lo comparamos con un grupo de 63 controles que recibieron tratamiento dos o menos veces. Evaluamos datos epidemiológicos, clínicos y asistenciales. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS v20.0.

Resultados: Los pacientes hiperrefractarios se caracterizaron por un mayor tiempo de evolución de su cefalea (89 vs 58 horas), un menor tiempo desde su llegada hasta la valoración (27 vs 55 minutos); un mayor tiempo entre la administración del primer y el segundo tratamiento (320 vs 177 minutos); un mayor número de fáramcos empleados (5,4 vs 1,8); una mayor probabilidad de ingreso (50 vs 28%) una mayor estancia hospitalaria (157 horas vs 62 horas). Un 59% de los pacientes hiperrefractarios tenía una cefalea secundaria.

Conclusión: La hiperrefractariedad puede ser el reflejo de la existencia de un proceso subyacente. Utilizar apropiadamente el arsenal terapéutico a nuestra disposición puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y los resultados asistenciales.

¿RECIBEN EL TRATAMIENTO ADECUADO LOS PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS?

Pérez Pérez, A. [1]; González García, N. [1]; (ACRA) A.C.E.R.A. [2]; García Azorín, D. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Asociación

Objetivos: La cefalea en racimos (CR) es diagnosticada tardíamente y tratada de manera inadecuada a pesar de la gravedad de las crisis. Analizamos aspectos terapéuticos en pacientes con CR.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de pacientes con diagnóstico de CR. Se les administró un cuestionario de 404 preguntas sobre diversos aspectos de la enfermedad, analizando los tratamientos usados y su eficacia.

Resultados: Se incluyeron 577 pacientes (69.6% varones) con edades comprendidas entre 20 y 70 años. El 39% de los pacientes no había recibido nunca oxígeno como tratamiento, el cual sin embargo era eficaz o muy eficaz para el 83,2% de los que lo utilizaban. El 43% utilizaba triptanes vía oral, frente al 34,5% que lo usaban subcutáneo y el 16,5% intranasal, mostrando una mayor velocidad de acción del inyectable. El uso de capsaicina o lidocaína intranasal fue anecdótico. El 37% de los pacientes nunca había recibido esteroides como tratamiento de transición. En 71 pacientes se aplicó en alguna ocasión como bloqueo de nervio occipital. El 53% de los pacientes no habían recibido verapamilo como preventivo aun siendo el tratamiento de elección. 20,5% fueron tratados con litio, 35,9% con melatonina, y a 39 pacientes se les administró toxina botulínica.

Conclusión: A pesar de ser la CR uno de los cuadros más dolorosos, con un diagnóstico clínico establecido y un tratamiento estandarizado, los pacientes no son manejados de una manera adecuada. Llama la atención el poco uso de oxígeno, triptanes subcutáneos o intranasales y la pauta inadecuada del tratamiento preventivo.

GABRR1 Y MIGRAÑA: VALIDACIÓN DE LA ASOCIACIÓN FAMILIAR EN UNA COHORTE DE CASOS Y CONTROLES

Toriello Suárez, M. [1]; González Quintanilla, V. [1]; Gutiérrez González, S. [1]; Palacio Portilla, E.J. [1]; Pérez Pereda, S. [1]; Martínez Nieto, R.M. [2]; Montes Gómez, S. [2]; Castillo Obeso, J. [2]; Sampayo Montenegro, A. [3]; Cacheiro Martínez, P. [3]; Sobrido Gómez, M.J. [3]; Benito Hernández, A. [4]; Agüeros Blanco, C. [4]; Oterino Durán, A. [1]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Camargo Costa; 3. Servicio de Neurociencias. Fundación Galega de Medicina Xenómica e Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago; 4. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Investigar la posible implicación del gen GABRR1 en la migraña, debido a la relación entre el sistema GABAérgico y la modulación de la transmisión del dolor en la migraña.

Material y métodos: Se genotiparon 17 SNPs informativos en 134 familias que presentan migraña con y sin aura (600 personas, afectadas y no afectadas). Para replicación se analizó una cohorte de 741 casos y 700 controles de Cantabria y Galicia. El estudio estadístico se realizó con FBAT, empleando FDR (False Discovery Rate) como método de corrección para comparación múltiple en el estudio de base familiar, y el algoritmo HAPSTAT para el análisis de haplotipos en las cohortes de casos y controles.

Resultados: Se encontró asociación significativa con los haplotipos de GABRR1 bajo modelo recesivo (p=2,2•e-5 – 3,6•e-5). Tras corrección por FDR se mantuvo la significación en 8 haplotipos, siendo el haplotipo GAGGCT con los marcadores rs1331100-rs9294424-rs881293-rs9353653-rs6902106-rs12200969 el más significativo (p=2,2•e-5). El análisis de estos marcadores en dos poblaciones independientes, mostró relación entre el alelo C del SNP rs9294424 y migraña en conjunto en la muestra cántabra (OR = 1,42; 95% IC = 1,16-1,75; p=9,6•e-4), y con migraña con aura en la muestra gallega (p=0,003).

Conclusión: Las variantes genéticas en GABRR1 se asocian con la migraña en Cantabria y Galicia. El marcador rs9294424 la asociación más robusta, tanto en la fase de descubrimiento como en el análisis de validación. Se necesitan estudios funcionales para determinar el papel del gen GABRR1 en la migraña.

ALTERACIÓN DE LA VASORREACTIVIDAD CEREBRAL EN MIGRAÑA COMO MARCADOR DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL: SELECTIVA E INDEPENDIENTE DE LA FRECUENCIA DE ATAQUES

Larrosa Campo, D. [1]; Ramón Carbajo, C. [1]; Cernuda Morollón, E. [1]; Martínez Camblor, P. [2]; Álvarez Escudero, M.R. [1]; Pascual Gómez, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Estadística. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Existen datos de disfunción endotelial (DE) asociada a migraña. La vasorreactividad cerebral (VRC) por aumento del CO2 refleja la respuesta de las arteriolas mediada por endotelio y su alteración es un signo de DE. Se pretende determinar la presencia de signos de DE en una serie de pacientes migrañosas y su relación con la frecuencia de ataques.

Material y métodos: La muestra comprende 33 mujeres (39.02±12.84 años) con criterios de migraña episódica (ME) y 97 mujeres (43.81±11.43 años) con criterios de migraña crónica (MC) según la clasificación ICHD-III beta. Para el estudio de VRC se calculó el índice de apnea (IA) por doppler transcraneal en arteria cerebral media (ACM), posterior (ACP) y basilar (AB).

Resultados: IA obtenido en ME: ACM 1.623±0.496, ACP 1.431±0.431, AB 1.420±0.453. IA obtenido en MC: ACM 1.528±0.408, ACP 1.528±0.408, AB 1.450±0.352. La comparación del IA entre ME y MC no muestra diferencias significativas para ninguna de las arterias (ACM p= .323, ACP p= .908, AB p= .769). La comparación entre territorios arteriales muestra una reducción significativa de la VRC en el territorio posterior, tanto en ME (ACM vs. ACP p= .009, ACM vs. AB p= .005, AB vs. ACP p= .311) como en MC (ACM vs. ACP p= .001, ACM vs. AB p= .003, ACP vs. AB p= .280)

Conclusión: Nuestros resultados sugieren la presencia de DE en el territorio arterial posterior, inherente a la migraña e independiente de la frecuencia de ataques. Este hallazgo podría explicar la mayor prevalencia de lesiones de sustancia blanca en territorio posterior descrita en migraña.

TEENS: CEFALEA Y ESTILOS DE VIDA EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES

Torres Ferrús, M.; Vila Sala, C.; Quitana Luque, M.; Álvarez Sabin, J.; Pozo Rosich, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Evaluar la prevalencia y características de cefalea en adolescentes y su relación con estilos de vida.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron alumnos de secundaria-bachillerato (12-20 años) de seis centros de Cataluña. Completaron un cuestionario anónimo con información demográfica, estilos de vida, comorbilidades, presencia de cefaleas y sus características. Se consideró probable migraña si presentaban ≥3 criterios ICHD-IIIbeta. Se analizaron las características de cefalea y se compararon los estilos de vida entre los adolescentes con cefalea, migraña probable y sin cefalea. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar las variables asociadas de forma independiente a cefalea.

Resultados: 1619 estudiantes completaron la encuesta: 30,5% (494) sufría cefalea recurrente y 11,4% (184) cumplía criterios de probable migraña. Entre los adolescentes con cefalea, 32,9% presenta una frecuencia al menos semanal, 48,5% tienen discapacidad significativa (PedMIDAS moderado-grave) y 60,6% nunca ha consultado al médico. En el análisis comparativo, los adolescentes con cefalea son predominantemente mujeres (35,1% vs 25,5% p<0,001), tienen peores hábitos de sueño (37,1% vs 27,5% p<0,001), realizan menos ejercicio (p=0,002), consumen más alcohol, cafeína y/o tabaco (p<0,001). Los adolescentes con probable migraña tienen más discapacidad (p<0,001), tienen más antecedentes familiares (43,3% vs 26,0% p=0,002) y consultan más (48,6% vs 30,4% p<0,001).

Conclusión: • La cefalea es un problema de salud frecuente y discapacitante en adolescentes. • Sufrir cefalea está asociado de manera estadísticamente significativa con estilos de vida poco saludables. • Es esencial realizar educación sobre estilos de vida y aumentar la conciencia sobre el impacto de la cefalea en adolescentes.

TEENS: CEFALEA, PUNTOS FUERTES Y DÉBILES EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES

Vila Sala, C.; Torres Ferrús, M.; Ajanovic, S.; Quintana Luque, M.; Álvarez Sabin, J.; Pozo Rosich, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Describir la presencia de comorbilidades y trastornos psiquiátricos en adolescentes y evaluar cómo se correlacionan con sufrir cefalea.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron alumnos de secundaria-bachillerato (12-20 años) de seis centros de Cataluña. Completaron un cuestionario anónimo que evaluó presencia de cefalea, comorbilidades y el Cuestionario de Puntos Fuertes y Dificultades (SDQ) que analiza áreas del comportamiento emocional, conducta, hiperactividad, compañeros y pro-social. Definimos probable migraña si presentaban ≥3 criterios ICHD-IIIbeta. Se realizó un análisis para evaluar la presencia de cefalea y/o probable migraña y la relación con comorbilidades y trastornos psiquiátricos.

Resultados: 1619 estudiantes completaron la encuesta: 30,5% (494) sufría cefalea y 11,4% (184) cumplía criterios de probable migraña. Las comorbilidades asociadas a sufrir cefalea fueron: alergia (38,8% vs 29,3% p=0,007), dolor crónico (44,7% vs 27,6% p<0,001) y trastornos mentales (53,2% vs 29,0% p<0,001). Los adolescentes con cefalea creían que sus problemas de salud afectaban su calidad de vida (49,0% vs 27,7% p<0,001). Los adolescentes con cefalea presentan peores puntuaciones en SDQ total (p<0,001), específicamente en: síntomas emocionales (p<0,001), conducta (p<0,001), hiperactividad (p<0,001) y relación entre

compañeros (p=0,003). Las puntuaciones más altas en áreas emocionales e hiperactividad se correlacionaron positivamente con discapacidad (PedMIDAS) (p <0,001). No se encontraron diferencias significativas en adolescentes con migraña probable.

Conclusión: • Los adolescentes con cefalea también sufren otras comorbilidades que reducen su calidad de vida. • Sufrir cefalea en la adolescencia está asociado con trastornos emocionales, conducta, hiperactividad y de compañeros.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO COMO MOTIVO DE PRIMERA VALORACIÓN EN UNA CONSULTA DE NEUROLOGÍA GENERAL: UN ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DIAGNÓSTICA

Latorre González, G.; Correas Callero, E.; Rodríguez de Antonio, L.A.; Fernández Barriuso, I.; del Valle Loarte, M.; Rabasa Pérez, M.; Vázquez Pérez, A.V.; Gutiérrez Delicado, E.; García Castañón, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos: Analizar los pacientes derivados a neurología como neuralgia del trigémino durante un año.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en una consulta de neurología general de un hospital secundario.

Resultados: En los 12 meses de análisis se derivaron 44 pacientes desde otros servicios con el diagnóstico de neuralgia del trigémino. Edad media 54,75; 77,3% mujeres. Procedencia: 40,9% Urgencias; 38,6% Atención Primaria; 2,2% Oftalmología; 2,2% Maxilofacial; 2,2% Medicina Interna; 4,5% Unidad del Dolor; 9% Otras. En el 82% de los casos, el neurólogo pudo establecer el diagnóstico en la primera visita. Estos fueron los diagnósticos iniciales: Dolor facial idiopático persistente: 27,27%; Migraña: 15,90%; Disfunción temporomandibular: 13,63%; Cefalea en racimos: 6,81%; SUNCT/SUNA: 6,81%; Odontalgia atípica: 6,81%; Cervicogénica/miofascial: 4,54%. Tan sólo 5 pacientes (11,36%) fueron codificados como neuralgia del trigémino en la primera visita, de los cuales sólo 3 lo mantuvieron en el seguimiento (6,8%). El 27,2% de los pacientes no requirió realizar mayores estudios complementarios. La resonancia fue la más utilizada (63,6%). Sólo 5 pacientes cambiaron el diagnóstico en el seguimiento y 9 recibieron más de un diagnóstico. El 38,6% de los pacientes fueron dados de alta.

Conclusión: La neuralgia del trigémino es una enfermedad rara pero sobrediagnosticada fuera del ámbito de la neurología. La precisión diagnóstica en nuestra muestra es baja siendo los servicios de urgencias y atención primaria los más implicados. La valoración neurológica mejora la capacidad diagnóstica, en la mayor parte de ocasiones en una sola visita. Nuesto estudio enfatiza la necesidad de formación y el cuidadoso abordaje del dolor facial.

CONSIDERANDO LA CEFALEA HÍPNICA SECUNDARIA: RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN UNA SERIE DE 26 PACIENTES

Ruiz Piñero, M.; Blanco García, L.; Martinez Velasco, E.; Juanatey García, A.; Pedraza Hueso, M.I.; Guerrero Peral, A.L.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Una de las causas que pueden dar lugar a cefalea durante el sueño es la presencia de Hipertensión Arterial (HTA) nocturna. Pretendemos analizar en una serie de pacientes con Cefalea Hípnica (CH) los datos obtenidos en una Monitorización ambulatoria de Presión Arterial (MAPA).

Material y métodos: Pacientes diagnosticados de CH en una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario entre Enero de 2008 y Junio de 2016. En cada uno de ellos se realizó un MAPA durante al menos 24 horas.

Resultados: Incluimos 26 pacientes (22 mujeres, 4 varones). Edad en el momento de la inclusión de 63 ± 10,9 años (38-85) y edad al inicio de 57,7 ± 12,3 (24-80). En 24 casos (92,3%) había un solo episodio de dolor por noche y las noches sintomáticas eran 16,3 ± 8,1 (2-30) al mes. El episodio doloroso aparecía entre las 00:00 y las 02:00 en 3 pacientes (11,5%), entre las 02:00 y 04:00 en 18 (69,2%), y entre las 04:00 y 06:00 en 5 (19,2%). Diagnóstico previo de HTA en 10 casos (38,5%). El MAPA mostró un patrón circadiano Dipper en 19 pacientes (73%), no-dipper en 4 (15,5%), y riser en 3 (11,5%). Únicamente en un caso con patrón riser e HTA nocturna fue necesario tratamiento anti-hipertensivo adicional para controlar la cefalea.

Conclusión: Al monitorizar la presión arterial en pacientes con clínica compatible con CH no es habitual el hallazgo de HTA nocturna que haga considerar el diagnóstico alternativo de CH secundaria y el consiguiente cambio de actitud terapéutica.

EL PACIENTE RECOMENDADO: SU PRESENCIA EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS

Guerrero Peral, A.L.; Ruiz Piñero, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: El establecimiento de una Unidad de Cefaleas en un centro hospitalario puede dar lugar a solicitudes fuera de agenda por parte de profesionales del Área de Salud. Pretendemos analizar el peso real y las características del paciente recomendado en una Unidad de Cefaleas.

Material y métodos: Analizamos las derivaciones llevadas a cabo a una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario desde su instauración (Enero 2008 - Junio 2016). Comparamos las características de dos grupos de pacientes: aquellos derivados desde Atención Primaria (AP) (Grupo A) y los recomendados (Grupo B). Consideramos si en los pacientes derivados desde AP se cumplían los criterios establecidos y la hipotética adecuación a esos criterios entre los recomendados.

Resultados: En el periodo de inclusión atendimos a 1920 pacientes (75% mujeres) derivados desde AP y a 338 (76,9% mujeres) recomendados. El porcentaje de derivaciones adecuadas fue del 80,7% en el Grupo A y del 80,8% en el Grupo B. La edad en los pacientes del grupo A era mayor que en el grupo B (44,2 ± 17,7 vs 40,8 ± 15,1, p<0,001). No encontramos diferencias entre los Grupos A y B en cuanto a necesidad de exploraciones complementarias (36,2% vs 27,3%), utilización previa de tratamiento preventivo (31,3% vs 35,3%) o el tiempo en años desde el inicio de la cefalea (13,2 ± 14,2 vs 14,7 ± 13,1).

Conclusión: Los recomendados suponen un importante volumen de asistencia en una Unidad de Cefaleas. Sin embargo, son pacientes de similares características a los derivados desde AP.

¿CUÁNDO VA UN PACIENTE A URGENCIAS POR CEFALEA? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 2131 PACIENTES QUE CONSULTARON POR CEFALEA EN URGENCIAS

García Azorín, D. [1]; Romeral Jiménez, M. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; Abelaira Freire, J. [2]; González García, N. [1]; Martín Sánchez, F.J. [1]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Siendo la cefalea el motivo de consulta neurológico más frecuente, son pocos los estudios epidemiológicos sobre cefalea en urgencias y menos los que analizan el patrón temporal de frecuentación de los pacientes.

Material y métodos: Se analizaron a 2131 pacientes que consultaron por cefalea en urgencias entre Enero de 2012 y julio de 2014.. Se evaluó el día de la semana, del mes, el mes y la hora de consulta, así como el diagnóstico de los pacientes. Se analizó mediante SPSS v20.0.

Resultados: El día de la semana en el que más pacientes consultaron por cefalea fue el martes (16,6%) seguido de viernes y lunes; mientras que el menos frecuentado fue el domingo (11,4%), un 68% menos que el martes. En 2012-2013, el mes más frecuentado del año fue marzo (13,7%) seguido de septiembre (10,5%), en los que acudió el triple de gente que en los menos frecuentados, junio y agosto (4,6 y 5,4%). En marzo acudieron 5 veces más pacientes por migraña que en agosto (p=0,02). En los pacientes con migraña fue más frecuente que acudiesen a urgencias en horario laboral (59,7%), especialmente los viernes (p=0,03) y sólo un 18% acudieron durante la noche, si bien representó el 48,1% de las cefaleas nocturnas.

Conclusión: Conocer el patrón de frecuentación de los pacientes con cefalea en urgencias es importante para adecuar la atención sanitaria a la demanda. La frecuencia de consulta fue significativamente menor en los fines de semana y en el periodo vacacional.

ESTUDIO PILOTO SOBRE CALIDAD AUTOPERCIBIDA DE SUEÑO EN PACIENTES CON MIGRAÑA EPISÓDICA

Sáinz de Aja Curbelo, M.V.; González Hernández, A.

Servicio de Neurología. Hospital San Roque Las Palmas de GC

Objetivos: La migraña es una causa muy frecuente de cefalea, y afecta a la calidad de vida de los pacientes que la sufren. La relación entre los trastornos del sueño y la migraña se ha sugerido en diversos estudios. El objetivo principal de este trabajo es comparar la proporción de pacientes con migraña episódica que muestran una mala calidad autopercibida del sueño con respecto a pacientes sin migraña.

Material y métodos: Se diseñó un estudio piloto, analítico, observacional, prospectivo, transversal de casos y controles. Los casos se seleccionaron entre pacientes atendidos en una consulta de neurología general; los controles se seleccionaron entre población sana. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se utilizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (CCSP) para establecer la calidad autopercibida del sueño nocturno.

Resultados: Se incluyeron 25 casos y 58 controles. La proporción de malos dormidores fue de 68% entre los casos y 20,7% entre los controles (p=0,0001). La latencia media autopercibida del sueño nocturno fue de 28,4±26,5 minutos entre los casos y de 12,2±5,6 minutos entre los controles (p=0,1). La proporción de pacientes con un sueño poco reparador fue de 28% entre los casos y de 10,3% entre los controles (p=0,05).

Conclusión: La proporción de pacientes con un mal sueño nocturno de acuerdo con el CCSP es significativamente mayor en pacientes con migraña episódica que en pacientes sin migraña. El tiempo de latencia de sueño es mayor en estos pacientes, y su sueño nocturno es menos reparador que en pacientes sin migraña.

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN UNA MUESTRA DE 577 PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS

Gutiérrez Viedma, Á. [1]; González García, N. [1]; Cefalea en Racimos Ayuda, A. [2]; García Azorín, D. [1]; Cuadrado, M.L. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; Pérez Pérez, A. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Porta Ettesam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Asociación. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Según algunos estudios epidemiológicos, los pacientes con cefalea en racimos (CR) parecen tener mayor tendencia al consumo de drogas legales e ilegales que la población general.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario de 404 preguntas realizado a 577 pacientes con diagnóstico de CR según la Clasificación Internacional de las Cefaleas, realizado en la Asociación de Cefalea en Racimos Ayuda (ACRA). Se registraron datos demográficos y se obtuvo información acerca del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Resultados: De un total de 577 pacientes, con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años, un 69,6% eran varones. El 37,9% (n=219) consumía alcohol, la inmensa mayoría cerveza, y solo un 11,4% bebidas de alta graduación, por debajo de la media poblacional (68,3%). Los fumadores habituales representaron el 50,3% (n=290), mayor que en la población general (35,1%). El 19,1% (n=109) consumió alguna droga ilegal, de manera que un 19% consumió marihuana, un 2.4% psilocibina, un 2.2% cocaína, un 1.9% LSD, y otras drogas un 2.3%, así como un paciente heroína.

Conclusión: En nuestra muestra se encontró un consumo de alcohol inferior al de la media poblacional, probablemente por ser un desencadenante de crisis de CR. Por otro lado, el tabaco y las drogas ilegales presentaron un elevado consumo, lo que podría deberse a una diferencia en los sistemas de control de impulsos respecto a la población general, o en un intento por controlar la enfermedad.

VIEJOS TÓPICOS PARA VIEJOS PACIENTES: ¿MANEJAMOS BIEN LA CEFALEA EN EL ANCIANO?

García Azorín, D. [1]; Abelaira Freire, J. [2]; González García, N. [1]; Liaño Sánchez, T. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; Clemente Callejo, C. [3]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Atencion primaria. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las cefaleas en el paciente anciano tienen una epidemiología específica e incluso algunas cefaleas primarias tienen una forma de manifestarse diferente a otros grupos etarios.

Material y métodos: Estudiamos una serie de 89 pacientes mayores de 70 años que consultaron por cefalea en urgencias. Analizamos datos demográficos, clínicos y paraclínicos del episodio de urgencias y evaluamos el seguimiento posterior.

Resultados: El 72% de nuestra muestra fue mujer. La edad media fue de 79,7 años (rango 70-95). Un 22% describió antecedentes de cefalea. La media de datos de alarma objetivados en la historia fue de 2,09. En la evaluación, sólo se examinaron las arterias temporales a 5 pacientes, no teniendo exploración neurológica 13 pacientes. Sólo se solicitó analítica al 47% de los pacientes, incluyendo PCR el 66% de estas y VSG el 24%. El 24% de nuestra muestra tuvo un diagnóstico final de cefalea secundaria. 5 pacientes fueron diagnosticados de arteritis de la temporal, siendo 3 de ellos dados de alta sin sospechar el diagnóstico. Sólo se remitió a consultas de neurología al alta al 29% de los pacientes.

Conclusión: En la población anciana la frecuencia de cefaleas secundarias es mayor, lo cual debemos tener en cuenta en nuestra valoración, teniendo un bajo índice de sospecha de estas entidades. Algunas pruebas coste-eficientes como la exploración física o la determinación de VSG pueden ayudar a detectar algunas de estas entidades.

CEFALEA EN TRUENO: ¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE EL PRINCIPAL SIGNO DE ALARMA?

García Azorín, D. [1]; Abelaira Freire, J. [2]; Silva Hernández, L. [1]; González García, N. [1]; Gutierrez Viedma, Á. [1]; Rodríguez Adrada, E. [2]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Que una cefalea alcance la máxima intensidad en el primer minuto es considerado uno de los principales datos de alarma, ya que con frecuencia es la forma de presentación de una cefalea secundaria, por lo que el estudio de estos pacientes debe ser suficientemente amplio como para detectar estas.

Material y métodos: Presentamos una serie de 42 pacientes que consultaron en urgencias por cefalea en trueno. Analizamos los datos clínicos, las pruebas complementarias realizadas, el resultado de estas y el momento de realización.

Resultados: Se realizó TC craneal a todos los pacientes, en aquellos con TC normal se realizó punción lumbar (PL) al 70% y angio-TC al 44%, diagnosticándose una cefalea secundaria en urgencias en el 23% de los sujetos. Un 9% fue diagnosticado de migraña y un 44% ingresó, llegándose al diagnóstico etiológico durante el ingreso en un 15% adicional. Un 16% de los pacientes con TC normal fue dado de alta sin PL ni angio-TC. El tiempo medio desde la llegada a la solicitud de TC fue de 146 minutos (mediana 68 minutos, rango 3– 727 minutos) y el tiempo medio desde la solicitud hasta la realización del TC fue de 74 minutos (mediana 66, rango 4-279 minutos). Neurología valoró solo al 77% de los pacientes.

Conclusión: A pesar de existir unos protocolos establecidos para los pacientes con cefalea en trueno, estos no se aplican de manera apropiada. Dado el extenso diagnóstico diferencial y que muchas de estas patologías son tiempo-dependientes, el neurólogo tiene un papel fundamental en el manejo de esta entidad.

NECESIDAD, EFICACIA Y SEGURIDAD DEL PARCHE HEMATICO EN 113 PACIENTES CON SINDROME DE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL DE ORIGEN ESPINAL

Morollón Sánchez-Mateos, N. [1]; Belvís Nieto, R. [1]; Aceituno González, A. [1]; Mas Sala, N. [1]; Sotoca Fernández, J. [1]; Yague, S. [1]; Oglio, J.P. [2]; Serra, J. [2]; Raynard, M. [2]; Sánchez-Migallón, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quiron Dexeus; 2. Servicio de Anestesiología. Hospital Universitario Quiron Dexeus

Objetivos: Se ha propuesto el parche hemático epidural autólogo(PHEA) como tratamiento del síndrome de hipotensión intracraneal(SHI) por fuga de LCR espinal, pero la literatura médica no puede todavía analizar correctamente su eficacia. Comunicamos los resultados de necesidad, eficacia y seguridad del PHEA en nuestro hospital.

Material y métodos: Pacientes con criterios ICHD3-Beta de cefalea atribuida a hipotensión intracraneal espontánea (código:7.2.3.) o tras punción dural(código:7.2.1.). Los pacientes fueron refractarios a medidas conservadoras y cafeína. Se inyectaron 12.4 mL(10-25) de sangre antecubital autóloga en condiciones de esterilidad.

Resultados: Diagnosticamos 113 pacientes con SHI durante el periodo Febrero-2007/Junio-2016 siendo espontáneos-4.5% y iatrogénicos-95.5%. Fueron candidatos a PHEA por refractariedad a medidas conservadoras 12 pacientes(10.7%), 83%-mujeres, con edad media 36.8 años(25-50), siendo 5 espontanéos-41.6% y 7 iatrogénicos-58.4%. El PHEA se realizó tras una evolución media de 32 meses(10días-2años) en los espontáneos y en los iatrogénicos de 8.3 días(3días-1mes). Un único PHEA resolvió la cefalea y síntomas acompañantes en el 100% de los iatrogénicos(7 pacientes) en menos de 24h y en el 40% de los espontáneos(2 pacientes). Tras un segundo PHEA una semana después, todos los espontáneos quedaron asintomáticos en 30 días. No se detectó ninguna complicación relevante post-procedimiento.

Conclusión: Un 10,6% de pacientes con SHI requieren un PHEA, siendo eficaz en el 100% de casos iatrogénicos y en un 40% de espontáneos. Un segundo PHEA es eficaz en el 60% restante. La seguridad del procedimiento es excelente por lo que el PHEA debe considerarse la opción adecuada, sin dilación, ante el fallo de las medidas conservadoras.

Conducta y Demencias I

IMPLICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Zea Sevilla, M.A. [1]; García Otero, M.C. [2]; Guerra Martín, V. [2]; Del Ser, T. [1]; Rábano Gutierrez, A. [3]

1. Neurología. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer. Fund. Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas. Centro Alzheimer. Fundación Reina Sofía; 2. Neuropsicología. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer. Fund. Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas. Centro Alzheimer. Fundación Reina Sofía; 3. Neuropatología. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer. Fund. Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas. Centro Alzheimer. Fundación Reina Sofía

Objetivos: Aunque el 50% de los pacientes con demencia presentan delirios, alucinaciones y/o agitación durante la enfermedad, aún se desconoce la fisiopatología de estos síntomas psicóticos. Se analiza la eventual implicación de los factores de riesgo vascular (FRV), hipertensión arterial, dislipemia y diabetes, en los síntomas psicóticos así como su correspondencia neuropatológica.

Material y métodos: Se registró la presencia de delirios, alucinaciones y agitación en 71 residentes del Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofía, mayores de 70 años, con demencia moderada o severa, y se cuantificó en el examen neuropatológico la carga de lesiones neurofibrilares, placas seniles, lesiones vasculares, cuerpos de Lewy, esclerosis del hipocampo y granos argirófilos. Se analizó la asociación de los FRV y las lesiones neuropatológicas con la presencia de síntomas psicóticos

Resultados: Los pacientes con delirios y alucinaciones tenían significativamente más lesiones neurofibrilares; las alucinaciones se asociaron también significativamente a patología de Lewy. El número de FRV correlacionó positivamente con la frecuencia (r=0,302, p=0,010) e intensidad (r=0,314, p=0,08) de delirios, y, en particular, la dislipemia correlacionó con la presencia de delirios (p=0,006), alucinaciones (p=0,006) y agitación (p=0,045). Mediante regresión logística se confirmó la influencia de la patología tau y la dislipemia sobre delirios y alucinaciones y los depósitos de sinucleina sobre las alucinaciones

Conclusión: Los síntomas psicóticos en pacientes con demencia se asocian mayoritariamente a lesiones neurofibrilares tipo Alzheimer, pero también correlacionan positivamente con los FRV. La patología tipo Alzheimer parece ser un sustrato fundamental para estos síntomas y algunos factores vasculares propician su aparición

PERFIL DE MICROARN EN EL LCR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Riancho Zarrabeitia, J.; Vázquez Higuera, J.L.; Rodriguez Rodriguez, E.; Pozueta Cantudo, A.; González Suarez, A.; Lage Martinez, C.; Kazimierczak, M.; Bravo, M.; Sanchez Juan, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: El estudio de nuevos biomarcadores para el diagnóstico precoz y la estratificación de pacientes es una prioridad de la investigación en demencias. En este trabajo se evalúa el

papel de los microARNs (miARNs) como biomarcador en la enfermedad de Alzheimer (EA).

Material y métodos: Se realizó un estudio de miARNoma determinando un panel con 752-miARNs en 10 muestras de LCR de pacientes con EA y en 10 controles (definidos clínicamente y por biomarcadores core de EA). Los resultados se validaron con ensayos de PCR cuantitativa en muestras de LCR de 18 pacientes con EA y 18 controles también seleccionados de acuerdo a los criterios expuestos anteriormente

Resultados: A partir del análisis del panel, se seleccionaron los miARN 9-5p, 22-3p, 124, 134 y 598, que mostraban diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en el sentido de menores niveles en EA. El estudio "in silico" reveló que dichos miARNs están involucrados en rutas celulares relacionadas con la amiloidogénesis y la neuroinflamación. Posteriormente se hizo un análisis diferenciado en LCR total y en la fracción conteniendo los exosomas. Llamativamente, los resultados fueron opuestos en ambas fracciones, con una inversión en el patrón observado previamente y una tendencia a la sobreexpresión de esos miARNs en los pacientes con EA.

Conclusión: El análisis del LCR revela diferencias en algunos miARNs en los pacientes con EA. Los resultados dependen de que se estudie o no la fracción enriquecida en exosomas, sugiriendo la posibilidad de que en la EA haya una alteración en la producción de exosomas y su transferencia al LCR.

HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y DE BIOMARCADORES EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO ENTRE LAS FORMAS TÍPICAS Y ATÍPICAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Illán Gala, I.; Alcolea Rodríguez, D.; Guisado Alonso, D.; Morenas Rodríguez, E.; Carmona Iragui, M.; Ribosa Nogué, R.; Sala Matavera, I.; Sánchez Saudinos, M.B.; Anton Aguirre, S.; Muñoz Llahuna, L.; Blesa González, R.; Clarimón Echevarría, J.; Fortea Ormaechea, J.; Lleó Bisa, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Comparar el perfil clínico y de biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes con EA típica (EAt) y atípica (EAa), con el fin de investigar los factores implicados en la heterogeneidad fenotípica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con demencia (GDS 4-5) y evidencia fisiopatológica de EA en el estudio de biomarcadores en LCR (Aß42 < 550 pg/mL y t-Tau/Aß42 > 0,52). Se incluyeron 49 casos de EAt (presentación amnésica; MacKhann, 2011) y 49 de EAa: 11 formas disejecutivas/conductuales (Ossenkoppele, 2015), 28 afasias progresivas (18 APP logopénicas; Gorno-Tempini, 2011) y 10 formas posteriores (5 ACP y 5 SCB; Mendez, 2002 y Armstrong, 2013). Se estudió la cumplimentación de los criterios diagnósticos IWG-II. Se comparó el genotipo APOE4 y MAPT H1, los niveles en LCR de Aß-42, Aß-40, t-Tau, p-Tau, sAPPß, YKL-40 y se recogió el tiempo hasta el fallecimiento o GDS-7.

Resultados: La edad media, el tiempo de evolución clínica, la distribución de sexos y la frecuencia del haplotipo MAPT H1 fue similar entre los grupos de EAt y EAa. Solo 26/49 (49%) de las EAa verificaron los criterios diagnósticos IWG-2. Los pacientes con EAa presentaron una menor frecuencia de APOE4 (34,7%vs69,4%;p<0,01) y niveles más bajos de Aß-40 (6100±2060 vs 8227±3942;p<0,001) y sAPPß (740±393 vs 955±393;p<0,001) en LCR. El deterioro clínico fue más rápido en el grupo de EAa (Gehan-Breslow-Wilcoxon;p<0,001).

Conclusión: Los criterios diagnósticos actuales no recogen el espectro fenotípico completo de la EAa y las diferencias observadas sugieren la existencia de un metabolismo de APP diferencial entre EAt y EAa.

MUTACIONES EN LOS GENES C9ORF72 Y TBK1 EN DEMENCIA FRONTOTEMPORAL ASOCIADA A ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Ruggiero Garcia, M. [1]; Esteban, J. [2]; García-Redondo, A. [2]; Navarro, E. [3]; Franco, E. [4]; Guerrero, R. [5]; Pérez Pérez, J. [6]; Prieto, C. [7]; Sainz Artiga, M.J. [1]; Gómez Tortosa, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; 5. Servicio de Neurogenética. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 6. Servicio de Genética. Secugen S.L; 7. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos

Objetivos: Determinar la incidencia de mutaciones en los genes C9orf72 y TBK1 en casos esporádicos o familias con demencia frontotemporal(DFT) y esclerosis lateral amiotrófica(ELA) y comparar sus fenotipos clínicos

Material y métodos: Análisis genético de expansión C9orf72 y secuenciación de TBK1 (por Secugen S.L y EU EOD Consortium) en 20 pacientes:9 con DFT y ELA (5 esporádicos) y 11 casos con DFT y un familiar de primer grado afectado de ELA

Resultados: Seis casos (30%), todos con historia familiar, fueron positivos:cuatro con expansión C9 (20%) y dos (10%) con mutaciones patogénicas en TBK1 (Thr79del y Arg573Gly). En las familias con expansión C9 (11 afectos) la edad de inicio fue 63,8±7,8 años. El fenotipo cognitivo fue de afasia primaria progresiva o variante conductual, y la ELA clásica con supervivencia menor de 2 años. En las dos familias con mutaciones TBK1 (9 afectos) la edad de inicio fue 62,6±2,9 años. Algunos casos con demencia fueron diagnosticados de Alzheimer por deterioro mnésico y desorientación espacial, y desarrollaron síntomas frontotemporales y parkinsonismo posteriormente. El fenotipo motor fue ELA clásica en la mutación Thr79del y esclerosis lateral primaria (ELP) espinal y/o bulbar con 8 años de supervivencia en la mutación Arg573Gly

Conclusión: Las mutaciones en C9orf72 y TBK1 explican un 30% de los casos DFT/ELA de nuestra cohorte. Esta es la primera familia descrita que combina ELP de inicio tardío y demencia causada por una mutación específica. El gen TBK1 debe considerarse en el estudio de los casos de ELP de inicio tardío,sobre todo si hay historia familiar concomitante de demencia

IMPACTO DEL PERFIL DE BIOMARCADORES EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN EL PRONÓSTICO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

Illán Gala, I. [1]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Salgado Rueda, S. [2]; Morenas Rodríguez, E. [1]; Carmona Iragui, M. [1]; Ribosa Nogué, R. [1]; Sala Matavera, I. [1]; Sánchez Saudinos, M.B. [1]; Blesa González, R. [1]; Clarimón Echevarría, J. [1]; Fortea Ormaechea, J. [1]; Lleó Bisa, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Departamento de Neurología. Hospital de San José

Objetivos: Nos proponemos comparar el valor pronóstico de diferentes perfiles de biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y los factores predictores de la progresión cognitiva (PC) en el deterioro cognitivo leve (DCL).

Material y métodos: Cohorte de pacientes con DCL (criterios de Petersen) y estudio de biomarcadores en LCR. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos (A+T+, A-T-, A+T- y A+T-) en función de la presencia de amiloidosis (A+=Aß-1-42<550 pg/mL) y neurodegeneración (T+=t-Tau>350 pg/mL y/o p-Tau>61 pg/mL). La PC se definió como: diagnóstico de demencia y/o MMSE < 24 y/o deterioro de 3 puntos en el MMSE durante el seguimiento. Se estudiaron las variables demográficas, clínicas y neuropsicológicas, el genotipo APOE, el diagnóstico final y se realizó una regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes (54% mujeres) con una edad de 68,4±7,9 años, MMSE 27±2,5 y un seguimiento medio de 30,9±25 meses. A+T+, A+T- presentaron una mayor PC (33/67=49% y 10/27=37% con una pérdida de 0,15±2 y 0,04±0,1 puntos de MMSE/mes, respectivamente), mayor frecuencia de APOE4 (ambos 60%) y conversión mayoritaria a demencia tipo Alzheimer (33 de las 43 PC; 77%). A-T- y A-T+ se caracterizaron por una menor PC (11/70=16%, 7/38=18% y pérdida de 0,001±0,08 y 0,13±0,08 puntos de MMSE/mes), menor frecuencia de APOE4 (35% y 36%) y conversión mayoritaria a demencia por cuerpos de Lewy (11 de las 18 PC; 61%). Las variables relacionadas con un mayor riesgo de PC fueron: Aß-1-42, CDR-SOB y Z-score de memoria.

Conclusión: Los biomarcadores en LCR definen perfiles con valor pronóstico diferencial en los pacientes con DCL.

VALIDACIÓN Y CORRELACIÓN DE MARCADORES DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO CON EL PET CEREBRAL DE AMILOIDE EN EL DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO

Pastor Muñoz, P. [1]; Aguilar, M. [2]; González, J.M. [3]; Álvarez, I. [4]; Ysamat, M. [3]; Lorenzo, C. [5]; Tartari, J.P. [1]; Almería, M. [1]; Arribas, S. [1]; Badenes, D. [1]; Romero, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Centre de Tecnologia Diagnòstica - CETIR; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mutua de Terrassa; 5. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Validación y correlación de marcadores de líquido cefalorraquídeo (mLCR) con el PET de amiloide con 18F-Florbetapir (AF-PET) y establecimiento de puntos de corte para su utilización clínica.

Material y métodos: Se determinó A-beta-42, tau y p-tau en LCR y realizó AF-PET a un grupo de deterioro cognitivo ligero (n=41), demencia temprana o atípica (n=18).

Resultados: El PET fue positivo en 30 (AF-PET+, 51%), negativo en 21 (AF-PET-, 36%) y en 8 (13%) se evidenció dudosa captación cortical (PET no concluyente, AF-PET+/-). Considerando la positividad del PET, los puntos de corte de acuerdo con valores óptimos de sensibilidad (SE) y especificidad (ES) fueron: A-beta-42: 518 (SE: 53%, ES: 81%) tau: 577 (SE: 74%, ES: 90%), p-tau: 81 (SE: 73%, ES: 85%) y Tau/A-beta-42: 0.69 (SE: 75%, ES: 85%). La comparación de medias de mLCR mostró diferencias significativas mayoritariamente entre AF-PET- y AF-PET+ (p corregida<0.05) (media, IC-95%): A-beta-42: AF-PET+= 555.10 (183-1076), AF-PET+/-= 935,2 (559-1459), AF-PET -=994 (319-1724), tau: AF-PET+= 882 (648-1116), AF-PET+/-= 505.5 (383-627), AF-PET -=350 (268-432), p-tau: AF-PET+= 111.3 (87-134), AF-PET+/-= 72.8 (50-95), AF-PET -=58.3 (49-95). Observamos una fuerte correlación de tau con p-tau (R2 = 0.85) y moderada entre Tau/A-beta-42 con tau o p-tau (R2 =0.69 y 0.55, respectivamente).

Conclusión: Para el uso clínico de mLCR es necesaria la validación interna. Los marcadores más predictivos de depósitos fibrilares de amiloide fueron tau y p-tau, seguidos de Tau/A-beta-42 y de la A-beta-42. El AF-PET+/- se asocia a valores intermedios de mLCR de tau y p-tau sugiriendo la existencia de fenotipos intermedios o patología mixta subyacente.

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE ALZTEST® Y SU CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CON BIOMARCADORES DE LCR

Carnero Pardo, C. [1]; Ramírez Moreno, C. [2]; Santana Martínez, S. [2]; Vilchez Carrillo, R. [1]; Gil Montoya, J.A. [3]; Burgos Muñoz, J.S. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2. Servicio de NeuronBIO SA. NeuronBIO SA; 3. Facultad de Odontología. Universidad de Granada

Objetivos: AlzTEST® (PCT/EP2016/055090), que evalúa cinco marcadores plasmáticos y 3 sociodemográficos, ha mostrado una alta validez discriminativa para enfermedad de Alzheimer (EA) en un estudio caso-control. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad diagnóstica de AlzTEST® en condiciones de práctica clínica habitual

Material y métodos: Serie prospectiva de sujetos con deterioro cognitivo estudiados en una Unidad de Neurología Cognitivo-Conductual que cuentan con determinación de biomarcadores en LCR y AlzTEST®. El diagnóstico clínico se realizó de forma cegada con respecto al resultado de AlzTEST®. La utilidad diagnóstica se evaluó mediante la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y porcentaje de aciertos diagnósticos (AD) con respecto al diagnóstico clínico final. Se evaluó también la concordancia diagnóstica de AlzTEST® con respecto a la presencia de amiloidosis (descenso Aβ-42), neurodegeneración (elevación de TAU total o pTAU) o la "Firma EA" en LCR (amiloidosis y neurodegeneración) mediante el índice kappa

Resultados: Se incluyeron 20 sujetos (10 mujeres). AlzTEST® mostró una S=0,88 (IC95%: 0,66-0,97), E=0,67 (IC95%: 0,21-0,94), VPP=0,94 (IC95%: 0,72-0,99) y 85% de AD con respecto al diagnóstico clínico con apoyo de biomarcadores (16 EA y 4 No EA). La concordancia diagnóstica con amiloidosis fue moderada (kappa 0,48±0,25, p=0,03; VPP: 0,94 (IC95%: 0,72-0,99); VPN: 0,50 (IC95%: 0,15-0,85) y pobre con neurodegeneración y "firma EA" (kappa 0,32±0,20, p=0,11; VPP: 0,69 (IC95%: 0,44-0,86; VPN: 0,75 (IC95%: 0,30-0,95)

Conclusión: La utilidad diagnóstica de AlzTEST® en condiciones de práctica clínica es alta a pesar de que la concordancia con los biomarcadores clásicos de EA en LCR es discreta

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DISCRIMINANTE DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER BASADA EN MARCADORES SANGUÍNEOS: ESTUDIO CASO-CONTROL

Ramirez Moreno, C. [1]; Santana Martínez, S. [2]; Gil Montoya, J.A. [3]; Zamora, J. [4]; Carnero Pardo, C. [5]; Frank García, A. [6]; Montes, J. [5]; Arroyo Manzano, D. [4]; Vílchez Castillo, R. [5]; Burgos Muñoz, J.S. [7]

1. División Diagnostics. Neuron Bio S.A.; 2. División BioPharma. Neuron Bio S.A.; 3. Facultad de Odontología. Universidad de Granada; 4. Servicio de Bioestadística. Hospital Ramón y Cajal; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Granada; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 7. Dirección General. Neuron Bio S.A.

Objetivos: Los biomarcadores disponibles como apoyo al diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA) son cruentos, complejos y/o caros. Nuestro objetivo es desarrollar una prueba diagnóstica basada en marcadores sanguíneos y sociodemográficos que sea capaz de identificar sujetos con EA de forma adecuada y accesible.

Material y métodos: Estudio Fase I de evaluación de pruebas diagnósticas (transversal retrospectivo) que incluye controles sanos (CS) y pacientes con EA probable. El diagnóstico de referencia son los criterios NINCDS-ADRDA aplicados por neurólogos expertos de Unidades Específicas. Se evaluó la capacidad discriminativa de variables sociodemográficas y 45 marcadores sanguíneos mediante regresión multivariante, seleccionando el modelo con mayor utilidad diagnóstica medida por medio del área bajo la curva ROC (aROC), seleccionando el punto de corte que maximizaba sensibilidad (S) y especificidad (E). La fiabilidad del modelo se evaluó mediante técnicas de bootstraping (1000 muestras con reemplazo).

Resultados: Se han incluido 311 sujetos (94 EA y 217 CS). El modelo final (AlzTEST®: PCT/EP2016/055090) incluye 3 variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo) y cinco marcadores séricos (IP-10, IL-5, IL-12p40, EGF y RANTES) con aROC=0,88 (IC95%: 0,83-0,92). En este modelo, el punto de corte 0,33 muestra una S del 0,73 (IC95%: 0,63-0,82) y E del 0,88 (IC95%: 0,82-0,92). Cuatro de los marcadores fueron confirmados en más de 900 de las 1000 muestras generadas por bootstraping.

Conclusión: Este modelo diagnóstico elaborado con marcadores accesibles muestra una capacidad discriminativa elevada; están en marcha estudios prospectivos para evaluar la utilidad diagnóstica y predictiva del modelo.

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y DIABETES MELLITUS. DATOS DE LA COHORTE NEDICES

Llamas Velasco, S. [1]; Bermejo Pareja, F. [1]; Vega, S. [2]; Corbatón Anchuelo, A. [3]; Trincado, R. [1]; Hernández Gallego, J. [1]; de Pablos, E. [1]; Benito, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Provincial de Ávila; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) puede ser un factor de riesgo (FR) para la aparición de enfermedades neurodegenerativas (END): Parkinson (EP) y Alzheimer (EA). Se revisan los datos de la cohorte NEDICES.

Material y métodos: La cohorte NEDICES está compuesta por 5.278 participantes que fueron cribados para varias enfermedades neurológicos en el corte basal (1994-5). En 1997-8 se realizó un corte de incidencia en toda la cohorte y otro solo en zona rural (2002-4). Dispone de un estudio de mortalidad y sus causas desde 1994 hasta 2008. Los datos de prevalencia incidencia, y mortalidad de EP y EA se han relacionado con los datos de la DMT2 con diversos test estadísticos para investigar su posibilidad de FR.

Resultados: La prevalencia basal de DMT2 fue de 16,86% (n= 840). En el estudio basal existió una asociación ente la DMT2 de larga duración (>10 años) y la prevalencia de EP= 3,10 (1,09-8,62) que no se confirmó en el estudio de incidencia (sólo 31 EP) Ni en el corte basal ni en el de incidencia, la DMT2 fue un FR estadísticamente significativo para la EA o demencia en regresiones de Cox. Sin embargo, la suma de tres FR vasculares (que incluyeron la DMT2) y la incidencia de demencia vascular (n=18) y de más de tres para demencia (n=144 y EA (n=103) fueron FR estadísticamente significativos (p< 0.1)

Conclusión: En la cohorte NEDICES la DMT2 (aislada) no es un factor de riesgo para la aparición de Parkinson o Alzheimer

DETERIORO COGNITIVO SUBJETIVO Y PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD: RIESGO DE DEMENCIA Y MORTALIDAD EN UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

Pérez Martínez, D.A.; Villarejo Galende, A.; Llamas Velasco, S.; González Sánchez, M.; Herrero San Martín, A.; Trincado, R.; Puertas Martín, V.; Benito León, J.; Bermejo Pareja, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El estudio NEDICES analizó 5.278 participantes desde 1994 investigando diversas enfermedades neurológicas. Una cohorte de 345 sujetos sin demencia respondieron a cuestionario sobre deterioro cognitivo subjetivo (DCS) y percepción subjetiva del estado de salud (PSES). Esta cohorte fue evaluada en un segundo corte para demencia y deterioro cognitivo, y finalmente se evaluaron las causas de mortalidad. Se analiza en este estudio prospectivo de cohortes la influencia DCS y PSES en el riesgo posterior de demencia y mortalidad.

Material y métodos: Se siguieron 345 sujetos, edad 72,9+-6,4 años, 63,5% mujeres, durante una media de 3,47+-1,5 años para evaluar demencia y 10,4+-3,5 años para mortalidad. El 4,0% fueron iletrados y 23,0% estudios superiores. La valoración clínica fue realizada por neurólogo experto. El análisis de mortalidad se obtuvo del registro INE.

Resultados: Un 16,8% de la cohorte refirió DCS y el 4,8% una PSES mala o muy mala. En el segundo corte 2,3% desarrollaron demencia, y en al análisis de mortalidad el 41,2% habían fallecido. El DCS supuso en análisis supervivencia un riesgo significativo para demencia (p=0,009; 7,9% vs 1,1%) pero no para mortalidad (p=0,85). La mala PSES no supuso un riesgo para demencia (p=0,41), pero sí un riesgo elevado de mortalidad (p=0,001; 65,1% vs 37,8%). En una análisis multivariante ajustado por edad y sexo se mantuvieron dichos resultados.

Conclusión: El DCS representa un factor de riesgo para demencia independientemente de la presencia de deterioro objetivo, aunque no parece influir en la mortalidad. En cambio, la mala PSES es un factor claro de mortalidad pero no para demencia.

ACCESIBILIDAD A ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN DEMENCIAS EN ESPAÑA

Sánchez-Valle Díaz, R.; en nombre de la Junta del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la SEN

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: La GPC sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Guía Salud, 2010) recomienda que los pacientes con probabilidad de demencia genética y sus familiares reciban asesoramiento genético especializado. Se desconoce si esta recomendación se aplica en la práctica clínica. El objetivo del presente trabajo es conocer la accesibilidad a estudios y asesoramiento genéticos en el territorio nacional.

Material y métodos: Encuesta on-line entre 447 miembros del Grupo de estudio de conducta y demencias.

Resultados: Se obtuvieron 44 (10,1%) respuestas, de 13 CCAA diferentes. 59% de las respuestas procedían de hospitales de alta complejidad/3º nivel. 53,5% referían solicitar directamente estudios genéticos, previa autorización administrativa. A un 54,3% se le autorizan todos los estudios solicitados; si bien a un 22,7%, menos de la mitad. 68,4% de los profesionales pueden solicitar el estudio de todos los genes necesarios. Respecto a sujetos en riesgo: 36,4% de los neurólogos tratantes ofrecen asesoramiento y estudios predictivos, 22,7% derivan al servicio de genética, 13,6% derivan a otro centro experto, pero 13,6% no pueden solicitar pruebas ni derivar a los sujetos. Los profesionales puntúan 4,95 (rango 0-10) la atención específica a pacientes con demencias genéticas y a sus familiares.

Conclusión: Las respuestas obtenidas sugieren gran variabilidad en la accesibilidad a asesoramiento y pruebas genéticas, señalando el limitado acceso a asesoramiento genético protocolizado de sujetos en riesgo como la principal limitación para la asistencia de calidad en este ámbito. La baja participación y el predominio de respuestas de hospitales de alta complejidad limitan la interpretación de resultados.

ESTUDIO DEL PERFIL DE DETERIORO COGNITIVO Y CONDUCTUAL DE UN COLECTIVO DE PERSONES "SIN TECHO PERO CON TECHO"

Aguilar Barberá, M. [1]; Vila Jorba, L. [2]; Alvarez Fernandez, I. [1]; Soler Girabau, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 2. Servicio de Trabajo Social. Llar Pere Barnés - Arrels

Objetivos: Las personas que viven en la calle "sin techo" constituyen un colectivo humano frágil (salud física y mental). El proyecto tipifica la sintomatología conductual, cognitiva, funcional y psicoemocional de les personas que viven "sin techo pero con techo" (Llar Pere Barnés) de Barcelona, con el fin de diseñar un programa de formación para los profesionales que les atienden, que permita mejorar la convivencia y la calidad de vida de todos (residentes /profesionales/voluntarios).

Material y métodos: Equipo multidisciplinar. Historia clínica y exploración. Entrevista al paciente con el cuidador profesional. Escalas: MMSE, Test del reloj, NPI abreviado, Blessed, RDRS2, GDS/FAST, HAD-Depresión y HAD-Ansiedad.

Resultados: Hombres 26 (92,8 %), mujeres 2 (7,2 %). Edad: 63,74±11,37 años. Escolaridad: 6,67±4,53 años. Solteros 2:3, separados 1:3. Grupo multicultural: Cataluña (11,1%), España (37,0%), Comunitarios (11,1%), Extracomunitarios (40,8%). Trastornos conductuales: apatía (76,9%), delirios (53,8%), irritabilidad (53,8%), depresión (50%), agitación (38,5%), ansiedad (30,8%), desinhibición y euforia (23,1%), alteración del sueño (22,9%), alucinaciones y conducta motora anómala (15,4%) y trastorno alimentario (8%). Etiologías más frecuentes: alcoholismo (66,7%), depresión (37,0%), esquizofrenia (33,3%), ansiedad (33,3%), metabólica (11,1%), trastorno bipolar (7,4%), demencia vascular (7,4%). Patologías concomitantes: hígado (46%), respiratoria (46%), factores riesgo vascular (42%), otras neurológicos (42%), cardiopatía (31%), cáncer (23%) e insuficiencia renal (12%). Cognición normal (7%), Queja Subjetiva Memoria (4%) Deterioro Cognitivo Ligero (52%), Demencia (37%).

Conclusión: Las personas "sin techo pero con techo" presentan muchas alteraciones conductuales, cognitivas y funcionales. El alcoholismo y las enfermedades psiquiátricas son los grandes protagonistas y responsables del elevado porcentaje de deterioro cognitivo ligero y demencia.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE APETITO Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Manso Calderón, R. [1]; Sevillano García, M.D. [1]; Benito Sánchez, J.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Psicología Clínica (Psiquiatría). Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos: Describir la prevalencia y los factores de riesgo de trastornos del apetito/conducta alimentaria en enfermedad de Alzheimer (EA).

Material y métodos: Se reclutaron 173 sujetos con EA [criterios NIA-AA] en una Unidad de Demencias (edad de inicio 75,2 ± 6,7 años, duración 3,8 ± 2,0 años, 71,7% mujeres, MMSE 16,7 ± 6,1). El instrumento de evaluación de los trastornos del apetito/conducta alimentaria fue el ítem 12 del Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Resultados: En conjunto, los trastornos del apetito/conducta alimentaria se encontraron en un 44.5% de los participantes y en un 35.8% fueron clínicamente significativos (NPI 4 o más). Éstos se asociaron a depresión (p=0.042), apatía (p<0.0001), desinhibición (p=0.026), conducta motora anómala (p=0.047) y toma de antidepresivos (p=0.013). Un 30.6% experimentó pérdida de apetito (el 15% de ellos coexistente con disfagia), siendo ésta significativamente más frecuente en mujeres, sujetos con depresión, apatía o tratamiento antidepresivo. El 15.0% presentó aumento del apetito, cambio que era más frecuente en aquellos individuos con demencia más severa [CDR-3], desinhibición o mayor decremento MMSE/año. Un 6.9% tenía una conducta alimentaria inusual, como ponerse demasiada comida a la vez, que se relacionó con demencia más severa, alucinaciones, agitación, politerapia y rápida progresión. Otro 6.9% había sufrido un cambio en el tipo de alimento que le gustaba, como desear demasiados dulces, en los que ser viudo, desinhibición y conducta motora anómala fueron factores asociados.

Conclusión: La prevalencia de trastornos del apetito es elevada en EA, y los factores de riesgo difieren en función del tipo de trastorno del apetito/conducta alimentaria analizado.

CARACTERIZACIÓN DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES QUE INFLUYEN EN LA DERIVACIÓN A UNA UNIDAD DE DEMENCIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Manso Calderón, R. [1]; Sevillano García, M.D. [1]; Benito Sánchez, J.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Psicología Clínica (Psiquiatría). Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos: Evaluar si el perfil de síntomas conductuales y psicológicos (SCP) en enfermedad de Alzheimer (EA) difiere entre los sujetos evaluados en una consulta externa de Neurología general y una Unidad de Demencias.

Material y métodos: Se reclutaron 147 pacientes con EA atendidos en una consulta externa de Neurología general [CEX] y 163 sujetos con EA en una Unidad de Demencias [UD] (edad de inicio 75.3 ± 6.7 años, duración 4.0 ± 2.1 años, 67,8% mujeres, MMSE 15.8 ± 6.4). Los SCP se evaluaron mediante NPI.

Resultados: Encontramos uno o más SCP en un 93.2% y 98.3% de los pacientes con EA valorados en CEX y UD, y la mediana de la puntuación en el NPI fue de 48 y 36, con una media de 4 y 6 síntomas por paciente, respectivamente. Los síntomas más frecuentes fueron depresión (64,7%), ansiedad (63,3%) y apatía (60,6%). En el análisis multivariable, los pacientes atendidos en UD presentaron mayor riesgo de agitación clínicamente significativa [NPI 4 o más] (OR=2.3, p=0.012), depresión (OR=2.0, p=0.015), ansiedad (OR=1.7, p=0.047), euforia (OR=5.9, p=0.003), apatía (OR=2.9, p<0.001), desinhibición (OR=2.6, p=0.003), conducta motora anómala (OR=2.6, p=0.001) y trastornos del apetito (OR=1.8, p=0.024); y un menor riesgo de trastornos del sueño (OR=0.29, p<0.001) que aquellos en CEX.

Conclusión: En general, los SCP en EA son más comunes en UD. Este hecho podría explicarse por el reto diagnóstico que supone la coexistencia de síntomas afectivos en fases iniciales y la dificultad de manejo que conllevan los síntomas hiperactivos/frontales en todas las fases de la enfermedad.

DESARROLLO DE UNA SISTEMA ONLINE DE GENERACIÓN DE PERFILES COGNITIVOS A PARTIR DE LA BATERÍA MULTICÉNTRICA NEURONORMA

Peña Casanova, J. [1]; Rivera Avila, N. [2]; Sánchez Benavides, G. [3]; Gallego González, C. [4]; Lupiáñez Pretel, J.A. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Dept. de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona; 3. Servicio de Investigación. Fundació Pasqual Maragall; 4. Servicio de Programación. Infoal-ITF

Objetivos: Desarrollar un sistema online para la generación de datos estandarizados y de perfiles cognitivos a partir de la batería multicéntrica española Neuronorma. Facilitar el trabajo clínico.

Material y métodos: (1) Se partió de los datos de las publicaciones normativas previas un total de 535 sujetos (356 adultos con edad igual o superior a los 50 años y 179 sujetos entre 18 y 49 años). (2) Se incluyeron los siguientes test: dígitos, cubos de Corsi, Trail Making Test, Symbol Digit Modalities Test, Juicio de Orientación de Líneas, Token Test, Boston Naming Test, Figura Compleja de Rey, Free and Cued Selective Reminding test, Fluencias

verbales, Stroop Test, Test de la Torre de Londres, Visual Object and Space Batery. (3) Se creó una página web específica "perfil neuronorma". (4) Para automatizar el paso de puntuaciones brutas a estandarizadas se generó una base de datos codificada según los parámetros siguientes: edad, escolaridad, y codificación de los test. Se desarolló un programa para la conversión de puntuaciones brutas a normalizadas en forma de puntuaciones escalares, ajustadas por edad y por edad y escolaridad. También se programó la generación del gráfico correspondiente de resultados.

Resultados: El sistema creado permite la introducción de datos brutos resultantes de la administración de los test y devuelve puntuaciones normalizadas y una gráfica (perfil cognitivo).

Conclusión: El sistema propuesto facilita el trabajo neuropsicológico en diversos entornos clínicos y de investigación. Evita el uso de múltiples tablas normativas y la posible comisión de errores. Los perfiles neuropsicológicos facilitan el diagnóstico diferencial entre patologías. Constituye un avance tecnológico.

Conducta y Demencias II

ESTUDIO DE LA LECTURA EN LA AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Matias-Guiu Antem, J. [1]; Cuetos Vega, F. [2]; Cabrera Martín, M.N. [3]; Valles Salgado, M. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [3]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Los trastornos de la lectura son un hallazgo importante en la afasia progresiva primaria (APP). Asimismo, la APP y sus variantes son un buen modelo para entender las bases neurológicas de la lectura. En nuestro conocimiento, no hay estudios realizados en español. Dada la ortografía regular del castellano, los trastornos de la lectura podrían ser diferentes al inglés.

Material y métodos: Estudio prospectivo de corte transversal en que se incluyeron 35 pacientes con APP de las tres variantes y 13 voluntarios sanos. Los pacientes fueron estudiados mediante pruebas de lectura, habilidades fonológicas y semánticas diseñadas específicamente para el estudio. Se realizó tomografía por emisión de positrones mediante 18F-fluorodeoxiglucosa. Se realizó un análisis basado en vóxels mediante Statistical Parametric Mapping.

Resultados: Se observó una alteración general de la lectura en las tres variantes, con dos patrones principales: alteración en la lectura de pseudopalabras con preservación de palabras irregulares (mayúsculas y extranjeras) en la APP agramatical y APP logopénica; y el patrón inverso en la APP semántica. El metabolismo frontal izquierdo y parieto-temporal izquierdo se asoció con la lectura de pseudopalabras, mientras que el metabolismo del lóbulo temporal anterior lo hizo con la lectura de palabras irregulares.

Conclusión: Nuestro estudio encontró diferentes patrones de alteración de la lectura en la APP, en función de la variante clínica. Se proponen palabras y tareas de lectura que pueden ser útiles en la evaluación de los pacientes en nuestro idioma. Esto apoya el uso de evaluar la capacidad lectora en la APP para el diagnóstico diferencial entre los tipos.

SUBTIPOS FENOTÍPICOS EN LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Morenas Rodríguez, E.; Sala Matavera, I.; Subirana Castillo, A.; Pascual Goñi, E.; Sánchez Saudinós, B.; Alcolea Rodríguez, D.; Illán Gala, I.; Carmona Iragui, M.; Ribosa Nogue, R.; Blesa González, R.; Fortea Ormaechea, J.; Lleó Bisa, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La demencia con cuerpos de Lewy (DCLw) presenta gran heterogeneidad clínica, poco investigada hasta la fecha. En este trabajo presentamos las características clínicas de una cohorte de pacientes con DCLw y proponemos tres subtipos fenotípicos atendiendo a sus síntomas cardinales.

Material y métodos: Se incluyeron consecutivamente 81 pacientes(59,3%mujeres, edad media,79,9±5,9) con diagnóstico de DCLw probable inicial(McKeith,2005), realizándose entrevista estructurada sobre síntomas psicóticos(presencia/ausencia/fecha de inicio) y trastornos del sueño, además de exploración neurológica, incluyendo UPDRS-III. Se revisó la historia clínica, recogiendo edad y síntoma de presentación, presencia/ausencia de fluctuaciones cognitivas/motoras y momento de inicio de parkinsonismo. Definimos tres subgrupos, basados en estudios previos: Lewy-parkinsonismo (predominio inicial de síntomas motores), Lewy-psicótico (predominio inicial de sintomatología psicótica) y Lewy-cognitivo (predominio inicial de síntomas cognitivos). Se analizaron las diferencias en evolución y otras características clínicas entre subgrupos mediante SPSSv.21. Para la validación de los resultados se está realizando un análisis de clusters.

Resultados: En el momento de la evaluación, todos los pacientes en los subgrupos Lewy-cognitivo(n=18) y Lewy-parkinsonismo(n=33) y el 90% en Lewy-psicótico(27/30) presentaron algún grado de parkinsonismo (UPDRS-III: 19,2±11,2 vs.27±11,2vs.20,1±13,2, respectivamente,p=0,03). No encontramos diferencias entre grupos en presencia de fluctuaciones(68/81), ni trastorno de conducta de sueño REM(54/81). La frecuencia de alucinaciones fue del 41,2% en Lewy-cognitivo;55,6%,en Lewy-parkinsonismo, y 100%,en Lewy-psicótico. Presentaron delirios el 33,3%, 39,4% y 66,7%, respectivamente (p=0,03). La edad de presentación fue más temprana en Lewy-cognitivo (71,6±6,7años vs.73,6±4,9(Lewy-parkinsonismo)vs.78,1±5,9(Lewy-psicótico),p<0,001) siendo la evolución hasta demencia más lenta en este subgrupo (6.4±2.9años vs.2,6±1,4(Lewy-parkinsonismo)vs.3±1,9(Lewy-psicótico),p<0,001)

Conclusión: Proponemos la existencia de tres subtipos fenotípicos en la DCLw que se asocian a una evolución diferencial.

PRESENTACIONES CLÍNICAS EN LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Pascual Goñi, E.; Morenas Rodríguez, E.; Sala Matavera, I.; Subirana Castillo, A.; Sánchez Saudinós, M.B.; Alcolea Rodríguez, D.; Illán Gala, I.; Carmona Iragui, M.; Ribosa Nogué, R.; Blesa González, R.; Fortea Ormaechea, J.; Lleó Bisa, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La baja sensibilidad de los criterios diagnósticos clínicos en la demencia con cuerpos de Lewy (DCLw) implica una dificultad diagnóstica inicial, tratándose de una enfermedad infradiagnosticada. En este estudio investigamos sus formas de presentación y su relación con el proceso diagnóstico.

Material y métodos: Se incluyeron 81 pacientes consecutivos (59,3%mujeres, edad media79,9±5,9años)con diagnóstico de DCLw probable(McKeith,2005) durante el periodo 2013-2016. Mediante revisión sistematizada de la historia clínica, registramos retrospectivamente síntoma inicial, fecha de diagnóstico de sospecha de DCLw, fecha de inicio de alucinaciones, parkinsonismo, fluctuaciones, delirios y trastorno de conducta del sueño REM(TCSREM) y su presencia/ausencia en la primera visita. Analizamos las diferencias en la presentación y proceso diagnóstico entre pacientes con un primer síntoma cognitivo(Lewy-IC,n=58) y pacientes con primer síntoma no cognitivo (Lewy-INC,n=23).

Resultados: La edad media al inicio de los síntomas fue mayor en el grupo Lewy-INC comparativamente con Lewy-IC(77,5±5,2vs.73,8±5,8años,p=0.009). En la primera visita, la presencia de alucinaciones y delirios fue más frecuente en Lewy-INC(alucinaciones:82.6%vs.29.3%,p<0.00; delirios: 60.9% vs.20.7%,p<0.001), así como la presencia de parkinsonismo (87%(Lewy-INC)vs.48.3%(Lewy-IC),p=0.001)) y fluctuaciones(69.6%vs.19%;p<0.001). No se observaron diferencias en la presencia inicial de TCSREM(39.1%(Lewy-INC)vs.51.7%(Lewy-IC),p=0.30). El tiempo de evolución desde el primer síntoma hasta cumplir criterios de DCLw probable fue menor en Lewy-INC(1,3±2,7vs3,9±2,9años,p<0.001), sin embargo, el tiempo transcurrido entre esa fecha y el diagnóstico de sospecha de DCLw fue mayor respecto a Lewy-IC(2,7±2,5vs0,9±1,1años, p=0.001).

Conclusión: La demencia con cuerpos de Lewy tiene una presentación heterogénea. En esta serie, el inicio no cognitivo se asoció a un comienzo tardío de los síntomas, objetivándose en este grupo un retraso en la sospecha de DCLw.en el estudio retrospectivo.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL SÍNDROME DE DOWN: CORRELATOS ESTRUCTURALES Y METABÓLICOS

Vilaplana Martinez, E. [1]; Carmona Iragui, M. [1]; Sampedro, F. [2]; González Ortiz, S. [3]; Benejam, B. [4]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Videla, L. [1]; Fernández, S. [4]; Camacho, V. [2]; Videla, S. [4]; Blesa González, R. [1]; Lleo Bisa, A. [1]; Fortea Ormaechea, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Radiología. Hospital del Mar; 4. Servicio de Fundació Catalana de Síndrome de Down. Fundació Catalana de Síndrome de Down

Objetivos: El síndrome de Down (SD) es una forma genéticamente determinada de enfermedad de Alzheimer (EA), pero la presentación clínica puede ser diferente de la EA esporádica. Hay pocos estudios que valoren los correlatos estructurales y metabólicos de la EA en el SD. Nuestro objetivo fue caracterizar estos patrones de atrofia e hipometabolismo en sujetos con SD con y sin demencia tipo EA.

Material y métodos: Estudio de una cohorte prospectiva. A los participantes se les realizó una resonancia magnética cerebral (RM) y/o un PET con fluorodeoxiglucosa (PET-FDG). La RM estructural se procesó con Freesurfer (v5.1). El PET-FDG se procesó con SPM12. Comparamos sujetos con (SDd) y sin (SDnd) demencia, incluyendo edad y sexo como covariables. Consideramos únicamente los resultados que sobrevivieran comparaciones múltiples (FWE<0.05) para RM y p<0.005, k>50 para PET-FDG (sin corregir).

Resultados: Realizamos RM a 74 participantes (edad media 42,5, 35,1% mujeres), 13 fueron excluidos del análisis por artefactos de movimiento. Incluimos 61 sujetos: 19 SDd y 42 SDnd. Los sujetos SDd presentaban un patrón bilateral de atrofia, predominante en regiones temporo-parietales y precuneus. Realizamos PET-FDG a 31 sujetos (edad media 43.8, 31% mujeres). Los sujetos SDd presentaban un patrón de hipometabolismo que afectaba principalmente a regiones temporales y parietales, siguiendo una distribución similar a los mapas de atrofia.

Conclusión: La firma estructural y metabólica de la EA en el SD es similar a la descrita en la EA esporádica. Nuestros datos sugieren que las áreas de vulnerabilidad de la EA son las mismas en el SD.

CAMBIOS ESTRUCTURALES LONGITUDINALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRECLÍNICA

Vilaplana Martinez, E. [1]; Pegueroles, J. [1]; Montal, V. [1]; Sampedro, F. [2]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Carmona Iragui, M. [1]; Clarimon Echevarria, J. [1]; Blesa González, R. [1]; Lleo Bisa, A. [1]; Fortea Ormaechea, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Nuestro objetivo fue estudiar los cambios cerebrales longitudinales en resonancia magnética (RM) asociados a los diferentes estadios de la enfermedad de Alzheimer (EA) preclínica.

Material y métodos: Se incluyeron todos los controles sanos de ADNI (adni.loni.usc.edu) con RM basal y a 2 años con biomarcadores bioquímicos en líquido cefalorraquídeo (LCR). Los sujetos se dividieron en los diferentes estadios preclínicos (NIA-AA) según los niveles de ß-amiloide1-42 (A+ y A-) y tau total (t-tau) (T+ y T-). La RM se procesó mediante el software Freesurfer. Comparamos los cambios de grosor cortical a 2 años entre estadios. Estudiamos la correlación entre los biomarcadores y los cambios estructurales longitudinales.

Resultados: Se incluyeron 100 controles. Con respecto a los sujetos en estadio 0 (N=54) (A-T-), los sujetos en el estadio 1 (A+T-) (N=28) mostraron una reducción de la atrofia en áreas frontales mientras que los sujetos en el estadio 2 (A+T+) (N=10) presentaron un aumento de la atrofia en áreas temporales mesiales. Los niveles de ß-amiloide1-42 correlacionaron con una reducción de la atrofia longitudinal en aquellos sujetos T-. Sin embargo, los niveles de t-tau sólo se asociaron a un aumento de la atrofia cerebral en sujetos A+.

Conclusión: Nuestros resultados longitudinales apoyan un modelo bifásico de cambios estructurales en la EA preclínica. Estos resultados tienen implicaciones en los ensayos clínicos, tanto en la selección de pacientes como en el uso de la RM como marcador subrogado de eficacia.

CONECTIVIDAD CEREBRAL Y RIESGO DE EVOLUCIÓN A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Marcos Dolado, A. [1]; Garcia Azorin, D. [1]; Yus Fuertes, M. [2]; Barabash Bustelo, A. [3]; Jorquera Moya, M. [2]; Marcos Arribas, L. [1]; Montejo Carrasco, P. [4]; Fernández Pérez, C. [5]; Maestu Unturbe, F. [6]; Cabranes Diaz, J.A. [7]; Arrazola García, J. [8]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos; 3. Laboratorio de Psiconeuroendocrinología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Deterioro Cognitivo. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo Ayto. Madrid; 5. Unidad Metodología y Epidemiología Clínica. Serv. de Medicina Preventiva. Complejo Universitario de San Carlos; 6. Servicio de Psicología. Facultad de Psicología, UCM; 7. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos; 8. Servicio de Diagnóstico por Imagen. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: En los últimos años se ha comenzado a estudiar la implicación de la sustancia blanca y alteraciones de conectividad en la fisiopatogenia de la enfermedad de Alzheimer (EA). Estudiamos la afectación de los tractos de sustancia blanca en fases precoces de la enfermedad y la posibilidad de emplearse como predictores de evolución de deterioro cognitivo leve (DCL) a EA.

Material y métodos: Incluimos 217 pacientes (edades 65-80 años), divididos en controles sanos (n=70), DCL (n= 126) y EA (n=21). Se midió anisotropía fraccional (FA) y difusividad media (MD) de múltiples tractos mediante resonancia magnética con tensor de difusión y evaluaciones clínicas con tests neuropsicológicos cada seis meses.

Resultados: Tras 40 meses de mediana un 36,5% de pacientes con DCL desarrolló EA. Las medias de FA al inicio en los diferentes tractos son mayores en los no conversores. En fascículo uncinado izquierdo, a medida que aumenta el deterioro de FA aumenta la probabilidad de conversión a EA (Regresión logística: valor 19,7; p=0,003), mientras que en cíngulo derecho (-21,8; p=0,028) y sustancia blanca parahipocampal izquierda (-20,0;

p=0,012), a medida que aumenta la mejoría de FA aumenta la probabilidad de conversión.

Conclusión: La conectividad disminuida en el fascículo uncinado izquierdo se relaciona con una mayor probabilidad de progresión a EA mientras que el cíngulo derecho y la sustancia blanca parahipocampal izquierda podrían jugar un papel compensador en la evolución de la EA.

PET DE AMILOIDE EN LA AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Villarejo Galende, A. [1]; Llamas Velasco, S. [1]; Gómez Grande, A. [2]; Puertas Martin, V. [1]; Sarandeses Fernández, P. [2]; González Sánchez, M. [1]; Trincado Soriano, R. [1]; Pilkington Woll, P. [2]; Ruiz Solís, S. [2]; Pérez Martínez, D.A. [1]; Herrero San Martín, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La APP es un síndrome heterogéneo, con diferentes variantes clínicas y neuropatologías. Los nuevos biomarcadores PET podrían ayudar a predecir la neuropatología subyacente. Nos proponemos estudiar el resultado del PET de amiloide en una serie clínica de APP. Se completa con una revisión sistemática de la literatura.

Material y métodos: Pacientes consecutivos con APP evaluados durante 2 años, clasificados según los International Consensus Criteria en variantes no fluente/agramática (APPva), semántica (APPvs), logopénica (APPvl) o no clasificable (APPnc). A todos los pacientes se les realizó un PET-Florbetapir, y las imágenes fueron estudiadas por dos médicos nucleares, mediante análisis visual dicotómico (positivo/negativo), previamente validado. Se realizó una búsqueda de artículos relevantes publicados entre Enero-2004 y Abril-2016 en las bases Medline y Web of Science.

Resultados: Se incluyeron 24 sujetos (13 mujeres, edad media 68,8 ± 8,3 años; rango: 54-83). En total, 13/24 eran positivos en el PET de amiloide: 0/2 (0%) APPva, 0/4 (0%) APPvs, 10/14 (71.4%) APPvl y 3/4 (75%) APPnc (p=0.028). La revision sistemática identificó siete estudios relevantes, seis que incluían todas las variantes de APP y otro dedicado a la APPvl. Agrupando todos los estudios, los porcentajes de PET de amiloide positivo fueron: 122/224 (54.5%) para APP, 11/46 (23.9%) para APPva, 5/43 (11.6%) para PPAvs, 101/119 APPvl (84.9%) y 11/21 (52.4%) APPnc.

Conclusión: El PET de amiloide puede ayudar a identificar la neuropatología subyacente en la APP. Parece especialmente útil en la APPnc, cuando las características neuropsicológicas no permiten una predicción adecuada. La PPAnc se asocia con frecuencia a patología amiloide.

CAMBIOS MICROESTRUCTURALES EN EL CONTÍNUUM DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Vilaplana Martinez, E. [1]; Montal, V. [1]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Pegueroles, J. [1]; Clarimon Echevarria, J. [1]; Martínez-Lage, P. [2]; Sánchez-Juan, P. [3]; Blesa González, R. [1]; Lleo Bisa, A. [1]; Fortea Ormaechea, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Alzhéimer Fundazioa. Fundación CITA Alzheimer; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Los cambios microestructurales en la corteza cerebral medidos con RM por difusión podrían ser un biomarcador para la enfermedad de Alzheimer (EA). Estudiamos la difusividad media (DM) en la corteza cerebral a lo largo del contínuum de la EA y su relación con el grosor cortical (GC).

Material y métodos: Incluimos 250 controles, 44 sujetos con deterioro cognitivo leve (DCL) y 32 sujetos con EA de 3 centros: Hospitales de Sant Pau (Barcelona) y Valdecilla (Santander) y Fundación CITA (Donostia). Se adquirió una RM y LCR. Se determinaron los niveles de ß-amiloide1-42 (Aß) y tau fosforilada (p-tau) mediante ELISA. Los análisis de imagen se llevaron a cabo mediante Freesurfer v5.1 y FSL. Se estudió la relación entre la DM y el GC entre los diferentes grupos clínicos y su relación con los biomarcadores en LCR.

Resultados: La DM correlacionó con el GC en toda la muestra y en los diferentes grupos clínicos. Los sujetos con DCL y EA presentaron incrementos de la DM y disminución del GC con respecto a los controles. Los controles Aß+ (<550 pg/ml) presentaron incrementos de GC acompañados de descensos de DM. Los niveles de Aß se asociaron al GC y la DM en los controles mientras que los niveles de p-tau correlacionaron con la DM y el GC en todos los grupos clínicos.

Conclusión: La DM puede ser un biomarcador útil en la EA. Los cambios de DM en el continuum de la EA presentan la misma trayectoria bifásica que sigue el GC.

EXPERIENCIA EN EL USO DE PET FLORBETAPIR EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Campdelacreu Fumadó, J. [1]; Gascón Bayarri, J. [1]; Gámez Cenzano, C. [2]; Rodríguez Bel, L. [2]; Huerta Villanueva, M. [3]; Rico Pons, I. [1]; Viñas Díez, V. [1]; Reñé Ramírez, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari de Bellvitge; 3. Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans

Objetivos: Analizar el impacto en la práctica clínica del PET-florbetapir (PET-f) en la Unidad de Demencias del Hospital de Bellvitge.

Material y métodos: 80 pacientes, media de edad 67,1, MMSE 23, tiempo de evolución 41,6 meses. Indicaciones: investigación n=17, deterioro cognitivo leve (DCL) n=16, EA presenil n=7, sospecha presentaciones atípicas de EA n=6, sospecha otras causas: trastorno psiquiátrico n=20, DFT n=5, otras n=9. Se recogieron antecedentes familiares, depresión, psicofármacos, neuroimagen, PET-FDG, apoE (n=23), sospecha diagnóstica previa, diagnóstico final, cambios de tratamiento y destino del paciente.

Resultados: La PET-f fue positiva en 39 pacientes (49%). Motivó un cambio de diagnóstico en 28 (nuevos diagnósticos: depresión 8, DCL inespecífico 4, demencia vascular 3, demencia semántica 2, degeneración corticobasal 2, farmacológico 1, DFT 1, incierto 1, EA 6), confirmó la sospecha de EA en 35 y de trastorno no-EA en 17. Se excluyó EA en 15/20 pacientes con sospecha de patología psiquiátrica. Se confirmó alto riesgo de EA en 17/26 pacientes con DCL. En 4/13 pacientes con EA presenil se excluyó este diagnóstico. En 1 de 5 pacientes con APP presenil se confirmó presencia de amiloide. La PET-f motivó un cambio de tratamiento farmacológico en 23 pacientes, la inclusión en ensayos clínicos en 8, la derivación a Psiquiatría en 12 y el alta en 7.

Conclusión: La PET-f descartó el diagnóstico de EA en la mitad de los pacientes, modificó el diagnóstico en el 35%, motivó un cambio de tratamiento en el 29% y permitió el alta de la unidad en el 24% de los pacientes.

IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE LA ATROFIA CORTICAL: ESTUDIO PROSPECTIVO A DOS AÑOS

Pegueroles Monllau, J. [1]; Jimenez Pineda, A. [2]; Vilaplana, E. [1]; Montal, V. [1]; Alcolea, D. [1]; Carmona-Iragui, M. [1]; Andreu, A. [3]; Clarimon, J. [1]; Blesa, R. [1]; Lleó, A. [1]; Fortea, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Estudios epidemiológicos sugieren una relación en J entre el índice de masa corporal y el riesgo de demencia. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y (1) el grosor cortical (GC) basal y (2) la atrofia cortical longitudinal (ACL) a 2 años en sujetos cognitivamente sanos (CS).

Material y métodos: Se incluyeron los CS de ADNI. La RM basal y longitudinal se procesaron mediante el software Freesurfer. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con su IMC: normopeso (<25 Kg/m2), sobrepeso (25-30 Kg/m2) u obesidad(>30 Kg/m2). Se estudió la asociación entre IMC y GC o ACL mediante análisis de correlación y se evaluaron las diferencias de GC y ACL entre las distintas categoriascategorías de IMC.

Resultados: 105 de los 172 CS con RM basal tenían además una RM a los dos años. Se identificó una relación en J entre el IMC, el GC basal y la ACL. Los sujetos con sobrepeso mostraron un mayor GC en múltiples áreas cerebrales y una reducción de la ACL en comparación con el grupo normo-peso en áreas temporales. El grupo con obesidad mostró una aceleración de la ACL en áreas frontales mesiales en comparación con el grupo con sobrepeso y también en áreas temporales en comparación con el grupo con normo-peso.

Conclusión: La presencia de obesidad se asocia a mayor atrofia cerebral. La relación en J invertida entre el IMC y la atrofia cerebral apoya una relación cuadrática entre el IMC y el riesgo de desarrollo de demencia.

BIOMARCADORES DE NEUROIMAGEN COMO PREDICTORES DE CONVERSIÓN A DEMENCIA: UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Echeveste González, B. [1]; Recio, M. [1]; Guillen, F. [2]; Imaz Aguayo, L. [1]; Trzeciak, M. [1]; Pascovich, C. [2]; García de Eulate, M.R. [3]; Arbizu, J. [2]; Riverol, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universitaria de Navarra; 3. Servicio de Radiología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: Valorar la utilidad de los biomarcadores de neuroimagen para predecir la conversión de DCL amnésico (DCLa) a demencia en una cohorte de pacientes seguida en una consulta especializada en trastornos cognitivos.

Material y métodos: Reclutamos pacientes con DCLa. A todos se les realizó un PET de amiloide y una técnica que valorase neurodegeneración (RM cerebral y/o PET-FDG). Fueron clasificados según la presencia o ausencia de amiloidosis cerebral, atrofia hipocámpica o del patrón de hipometabolismo de la enfermedad de Alzheimer (EA), respectivamente. Se descartaron los pacientes con menos de 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes con DCLa. 42 tuvieron un seguimiento de, al menos, seis meses (media 22 [6-121]). Diez de los 42 convirtieron a demencia (23.8%). 28 pacientes tuvieron un PET-amiloide+; 9 de ellos convirtieron a demencia EA (28.6%). De los 32 pacientes con un PET-amiloide- sólo 1 (3.125%) convirtió a demencia y fue del tipo-noEA. De los 28 pacientes con DCLa y PET-amiloide+, el 32.14% (9) tuvieron PET-FDG+ y 4 de ellos convirtieron a demencia tipo-EA. En cambio, el 67.85% (19) tuvieron PET-FDG- y sólo 3 convirtieron a demencia tipo EA.

Conclusión: La presencia de un PET de amiloide positivo aumenta el riesgo de conversión de DCLa a demencia tipo EA. En estos pacientes, el riesgo de progresión a corto-medio plazo es menor si el PET-FDG no muestra el patrón de hipometabolismo típico de la EA. Los pacientes con un PET de amiloide negativo convirtieron en menor medida y, cuando se produjo la conversión, tuvieron una demencia no-EA.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y NEUROANATÓMICAS ASOCIADAS AL STATUS AMILOIDE POSITIVO EN LA AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA

Santos Santos, M.Á. [1]; Rabinovici, G. [2]; Iaccarino, L. [2]; Ayakta, N. [2]; Tammewar, G. [2]; Henry, M. [2]; Mandelli, M.L. [2]; Miller, Z. [2]; Hubbard, I. [2]; Spinelli, E. [2]; Rosen, H. [2]; Grinberg, L. [2]; Seeley, W. [2]; Jagust, W. [3]; Miller, B. [2]; Gorno-Tempini, M.L. [2]

1. Sin trabajo; 2. Servicio de Neurología. UCSF Memory and Aging Center; 3. Helen Wills Neuroscience Institute. University of California Berkeley

Objetivos: Determinar la frecuencia de positividad amiloide e identificar las características cognitivas y neuroanatómicas asociadas a la presunta patología de enfermedad de Alzheimer (EA) en una cohorte de afasia primaria progresiva (APP).

Material y métodos: Comunicamos los diagnósticos prospectivos además de los datos cognitivos, de neuroimagen (IRM y PET amiloide), y de autopsia de una cohorte de 109 sujetos que presentaron con quejas de lenguaje.

Resultados: Diagnósticos: 28 variante semántica (APPvs), 31 variante no-fluente/gramática (APPvnf), y 26 variante logopénica (APPvl). % PET amiloide positivo: 14, 10, 96% respectivamente. Los casos de APPvs y APPvnf amiloide positivos con datos de autopsia disponibles (2/4 y 2/3 respectivamente) recibieron un diagnóstico patológico mixto (DLFT primario y EA secundario). El grupo de APP amiloide positivo puntuó peor en la repetición de frases, span verbal de orden inverso, cálculo, memoria visual, y el modified trail making test. La atrofia bilateral de sustancia gris en la región mitad-posterior del lóbulo temporal e inferior parietal distinguió a la APP amiloide positiva y la atrofia de sustancia blanca en la región fronto-temporal izquierda distinguió al grupo amiloide negativo.

Conclusión: El diagnóstico de la APP según los criterios actuales predijo el status amiloide con una precisión alta. Las medidas cognitivas que mejor distinguieron entre la APP amiloide positiva y negativa fueron la repetición de frases, el habla motora, la memoria visual, y el inventario neuropsiquiátrico. A pesar de tener un biomarcador de amiloide positivo, es posible que los pacientes con APPvs y APPvnf tengan un diagnóstico patológico primario de DLFT.

ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ESPORÁDICA Y GENÉTICAMENTE DETERMINADA

Carmona Iragui, M. [1]; Balasa, M. [2]; González Ortiz, S. [3]; Vilaplana Martinez, E. [1]; Fernández, S. [4]; Videla, L. [5]; Benejam, B. [5]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Clarimon, J. [1]; Blesa González, R. [1]; Videla, S. [4]; Lleó Bisa, A. [1]; Sánchez-Valle, R. [2]; Fortea Ormaechea, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Radiología. Hospital del Mar; 4. Servicio de Neurología. Fundació Catalana de Síndrome de Down; 5. Servicio de Neuropsicología. Fundació Catalana de Síndrome de Down

Objetivos: Nuestro objetivo fue comparar mediante biomarcadores radiológicos y bioquímicos la angiopatía amiloide (AA) entre la enfermedad de Alzheimer (EA) esporádica (EAE) y la EA genéticamente determinada (familiar -EAF- y asociada al síndrome de Down -SD).

Material y métodos: Estudio de cohortes multicéntrico. Reclutamos 107 controles sanos (CS), 101 pacientes con EAE, 29 EAF y 75 SD. Recogimos datos demográficos, genotipo APOE, criterios de Boston de AA (CBAA), escala Fazekas, atrofia temporal medial (ATM) y niveles de Abeta40 en LCR.

Resultados: La edad media de sujetos con EAF y SD fue menor que en sujetos EAE (44,5; 45,1; 69,5 respectivamente) y cumplieron con más frecuencia los CBAA (44,5%, 45,1%, 17,8% respectivamente, sujetos sintomáticos). La presencia del alelo APOE-E4

sólo se asoció a mayor prevalencia de AA en la EAE. La puntuación Fazekas correlacionó con la edad en todos los grupos. Los pacientes con EAE, EAF y SD presentaron puntuaciones más elevadas de Fazekas y ATM que los CS, pero sin diferencias entre ellos. Los sujetos con EAE presentaron mayor ATM que los sujetos con EAF. Los sujetos con SD presentaron mayor ATM ya en los sujetos asintomáticos que aumentaba con la progresión de la enfermedad. No hubo diferencias en niveles de Abeta40 entre grupos clínicos o entre aquellos con y sin CBAA.

Conclusión: La AA es más frecuente en la EA genéticamente determinada que en la EAE. El alelo APOE-E4 influye en la AA asociada a la EAE, pero no en la genéticamente determinada. Los niveles de Abeta40 no distinguen entre pacientes con y sin AA.

MARCADORES NEUROPSICOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE: RESULTADOS DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Fernández Blázquez, M.Á. [1]; Ávila Villanueva, M. [2]; Rebollo Vázquez, A. [1]; Moschini, V. [1]; Guerra Martín, V. [1]; Ruiz Sánchez de León, J.M. [3]; Medina Padilla, M. [4]

1. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación en Enfermedades Neurológicas (CIEN); 2. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación Enfermedades Neurológicas (CIEN); 3. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 4. Servicio de -. CIBERNED

Objetivos: El diagnóstico precoz del deterioro cognitivo es fundamental para mejorar la calidad asistencial de los pacientes. En el presente trabajo se estudia la capacidad de una serie de parámetros neuropsicológicos para predecir la conversión a deterioro cognitivo leve (DCL) en una muestra de personas mayores.

Material y métodos: Se reclutaron 920 sujetos cognitivamente sanos que participaban en una investigación longitudinal para detectar marcadores de enfermedad de Alzheimer (edad=75,0±3,9; 63,4% mujeres; años de escolaridad=10,5±6,5). Todos los participantes fueron sometidos a una evaluación anual consistente en analítica, examen neurológico, exploración neuropsicológica y estudio de neuroimagen. El intervalo del seguimiento osciló, dependiendo de cada sujeto, entre 11 y 74 meses. Tras dicho seguimiento, los participantes fueron clasificados en dos grupos diagnósticos: Control Estable (n=843) y Conversor a DCL (n=77).

Resultados: La regresión de Cox, ajustada por distintas variables sociodemográficas y genéticas, resultó significativa para la mayor parte de índices neuropsicológicos basales. En especial, el recuerdo libre de la información verbal, tanto inmediato (HR=0,81; IC=0,77-0,85; p<0,0001) como demorado (HR=0,64; IC=0,58-0,70), mostró una mayor capacidad para detectar a los sujetos conversores, muy por encima de otras variables biológicas y genéticas. A partir de estos hallazgos, se proporciona un algoritmo para estimar el riesgo de conversión de cada individuo.

Conclusión: La utilización de distintos índices neuropsicológicos permite detectar de manera muy precoz a aquellos sujetos con mayor riesgo de conversión a DCL. Además, cuando la información neuropsicológica se combina con otras variables clínicas, el valor predictivo incrementa considerablemente.

APRAXIA PARA LA IMITACIÓN DE GESTOS SIN SIGNIFICADO EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS: PREVALENCIA Y RELACIÓN CON CATEGORÍA DIAGNÓSTICA Y ESTADÍO EVOLUTIVO

Lage Martínez, C.; Pozueta Cantudo, A.; González Suárez, A.; Kazimierczak, M.; Riancho Zarrabeitia, J.; Bravo, M.; Vázquez Higuera, J.L.; Rodríguez Rodríguez, E.; Sánchez-Juan, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: La apraxia imitativa ha sido poco estudiada en las enfermedades neurodegenerativas y no disponemos de valores normalizados de interpretación. Nuestro objetivo es describir su prevalencia en distintas demencias y analizar su relación con el diagnóstico y presencia de biomarcadores de enfermedad de Alzheimer(EA).

Material y métodos: Se catalogó como apraxia significativa la incapacidad para imitar al menos 2 gestos de una serie de 5. En el grupo de deterioro cognitivo leve(DCL), las valoraciones se correlacionaron con la evolución y el resultado de biomarcadores de EA en LCR y PET-PIB.

Resultados: Se analizaron 228 valoraciones:120 en pacientes con DCL(100 con biomarcadores),48 EA,17 demencia frontotemporal variante conductual(DFTvc),8 APP-logopénica,6 APP-no fluente(APP-nf),5 demencia semántica(DS),9 DFT-temporal derecha(DFT-td),2 atrofia cortical posterior(ACP)y 13 síndrome córtico-basal(SCB). Los mayores porcentajes de apraxia se encontraron en ACP(100%), SCB(84,6%), APPnf(83,3%) y APPlogopénica(50%), y más raramente en DS(40%) y DFT-td(22,2%). La prevalencia en fases leve-moderadas de EA(23,91%) y de DFTvc(35,71%) fueron similares(p=0,38). En pacientes con DCL, se observó una prevalencia del 25,8%, sin que se demostrara una relación significativa con biomarcadores de EA(p=0,49). El 34,9% de los pacientes que por evolución y negatividad para biomarcadores fueron etiquetados como DCLno degenerativo presentó apraxia inicialmente.

Conclusión: Las mayores prevalencias se observaron en síndromes con afectación predominante parietal y frontal izquierda(ACP, SCB, APPlogopénica y APPnf), pero también en un porcentaje importante de EA y DFTvc desde fases precoces. Mediante esta forma de evaluación, la apraxia en pacientes con DCL no debería considerarse marcador de proceso neurodegenerativo. Es necesario seguir investigando en la adecuada valoración de la apraxia en enfermedades neurodegenerativas.

Conducta y Demencias III

CLASIFICACIÓN DE LAS AFASIAS PROGRESIVAS PRIMARIAS (APP): ¿ES APLICABLE EN TODOS LOS CASOS?

Imaz Aguayo, L. [1]; Recio Fernández, M. [1]; Prieto Azcárate, E. [2]; Echeveste González, B. [1]; Arbizu Lostao, J. [2]; Riverol Fernández, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: Valorar la aplicabilidad de la clasificación actual de las APP en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con APP valorados en una consulta especializada en trastornos cognitivos, en los que se aplicaron los criterios de clasificación de Gorno-Tempini (2011). Establecer el patrón de metabolismo cerebral de cada uno de los subtipos.

Resultados: 28 pacientes (16 mujeres y 12 varones) cumplieron los criterios diagnósticos de APP. Fueron clasificados como: 11 APP-no fluente/agramática (APP-nF/A), 3 APP-demencia semántica (APP-DS) y 4 APP-logopénica (APP-LOG), quedando 10 APP sin clasificar, bien por presentar síntomas lingüísticos aislados (1 APP-anómica), por presentar características de más de una variante a la vez (4 APP-mixta) o por falta de datos (5). El 22% de los pacientes no pudieron ser clasificados dentro de las 3 variantes principales de APP, según los criterios actuales. En el análisis de imagen se observan los patrones de hipometabolismo

sugestivos para cada variante (APP-nF/A: fronto-temporal anterior izquierdo, APP-DS: temporal anterior izquierdo, APP-LOG: témporo-parietal izquierdo, APP-anómica: temporal anterior izquierdo, APP-mixta: fronto-témporo-parietal izquierdo).

Conclusión: Los actuales criterios de la APP no permiten clasificar con precisión a todos los pacientes que tienen un trastorno cognitivo en el que predomina la afectación del lenguaje. El concepto de APP-mixta parece útil para clasificar a algunos de estos pacientes.

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL CON ENFERMEDAD DE MOTONEURONA: CARACTERÍSTICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES Y DE NEUROIMAGEN EN 9 CASOS NO FAMILIARES

Rodrigo Herrero, S.; Franco Macías, E.; Oropesa Ruiz, J.M.; Bernal, M.; Márquez, C.; Paradas, C.; Suarez González, A.; Gil, E.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Describir la clínica, particularmente la cognitivo-conductual, y la neuroimagen de pacientes diagnosticados de demencia frontotemporal con enfermedad de motoneurona (DFT+EMN).

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Diagnóstico clínico, apoyado por neuroimagen y electromiografía, de DFT+EMN. Se estudian las siguientes variables: edad presentación; clínica de debut y evolutiva; duración de la enfermedad; patrón de atrofia y/o hipoperfusión cerebral (TAC y/o RM y/o SPECT HMPAO); presencia o ausencia de expansión del hexanucleótido C9or72.

Resultados: 9 pacientes (5 varones; 4 mujeres). Edad de presentación entre 36 y 71 años. Clínica de debut: afectación bulbar/pseudobulbar (7/9), con apraxia del habla/agramatismo en 4/7; trastorno de la marcha con afectación de motoneurona superior± motoneurona inferior (2/9). 6/9 desarrollo ulterior de variante conductual de DFT; ningún caso con fenotipo demencia semántica, ni complicación con psicosis. Más precoz fallecimiento, 2 años. Patrón de atrofia y/o hipoperfusión cerebral: frontal perisilviana izquierda (4/9); frontal bilateral (2/9); frontal perisilviana derecha (1/9); temporal izquierda (1/9). Estudio expansión C9orf72 en 5 casos, todos negativos.

Conclusión: Destacar en esta serie la frecuente presentación bulbar/pseudobulbar con componente de apraxia del habla/agramatismo, en consonancia con frecuente atrofia/hipoperfusión perisilviana izquierda, y el desarrollo evolutivo de síntomas conductuales, aunque sin psicosis.

CONOCIMIENTO DE LAS DEMENCIAS Y SUS COMPLICACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE NUESTRO PAÍS

Jiménez López, Y. [1]; Sánchez De la Torre, J.R. [1]; Pardina Vileza, L. [2]; Ruiz de Pellón Santamaría, Á. [3]; De Ceballos Cerrajería, P. [4]; Salmón González, Z. [5]; Arroyo Pereiro, P. [6]; Dietl Gómez-Luengo, B. [7]; Sainz Pelayo, A. [8]; Camarero Diez, V. [9]; Cuesta Peña, L. [9]; Gutiérrez Parra, M. [10]; Sánchez Juan, P.J. [1]; Riancho Zarrabeitia, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; 3. Servicio de Psiquiatría. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 4. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 5. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 7. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 9. Servicio de Medicina familiar y comunitaria. Hospital Universitario de Fuenlabrada; 10. Servicio de Medicina familiar y comunitaria. Hospital Sierrallana

Objetivos: Las demencias son una patología que involucran a un gran número de especialidades médicas. Este trabajo pretende evaluar las habilidades diagnóstico-terapéuticas de los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de estos pacientes.

Material y métodos: Se administró un cuestionario anónimo para evaluar habilidades diagnósticas, conocimiento clínico-epidemiológico y terapéutico a médicos especialistas en Neurología, Medicina Interna, Psiquiatría, Geriatría y Medicina Familiar y Comunitaria.

Resultados: Participaron 157 especialistas (98 residentes y 59 adjuntos) de 7 CCAA. Por especialidades, se incluyeron 41neurólogos, 28 internistas, 35 psiquiatras, 48 médicos de familia y 3 geriatras. Globalmente, las mayores dificultades aparecieron en el reconocimiento de pacientes con Demencia Semántica (15%), Demencia por Cuerpos Lewy (52%) y Demencia Frontotemporal (49%). La pseudodemencia depresiva (92%), la demencia vascular (91%), el síndrome confusional (85%) y la Enfermedad Alzheimer (77%) fueron clasificadas correctamente en la mayoría de los casos. Respecto a los bloques de conocimiento teórico, los profesionales demostraron una mejor formación en aspectos relacionados con el diagnóstico (72% aciertos) que en aspectos epidemiológicos (60% aciertos) o terapéuticos (39% aciertos). El análisis estratificado mostró que los especialistas en neurología fueron globalmente los que más aciertos presentaron (78% aciertos; $p<0,05$).

Conclusión: Algunos tipos de demencia son fácilmente identificables por la mayoría de especialistas, sin embargo, otros no son correctamente clasificados entre los profesionales sanitarios. La promoción de actividades formativas probablemente redundaría en una mejor atención de los pacientes con demencia y sus complicaciones.

IMPACTO DEL PET-AMILOIDE EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN UNA UNIDAD DE MEMORIA

Yanguas Ramirez, P. [1]; Martínez Lozano, M.D. [2]; Campillo Alpera, M. [2]; Sopena Novales, P. [3]; Salais López, L. [1]; Mateo Casas, M. [1]; Aparicio Collado, H. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló; 2. Servicio de Neurología. Hospital La Magdalena; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital 9 de Octubre

Objetivos: El PET-Amiloide permite confirmar in vivo la amiloidosis cerebral ligada a la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta técnica es de utilidad clínica para aumentar la precisión diagnóstica en pacientes evaluados por deterioro cognitivo, fundamentalmente cuando el diagnóstico etiológico es incierto. El objetivo del estudio es determinar el impacto del PET-Amiloide en el diagnóstico y manejo de pacientes evaluados en una Unidad de Demencias de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con deterioro cognitivo ligero o demencia a los que se realizó PET-Amiloide. Se revisó un período de 15 meses con evaluación diagnóstica pre-PET y post-PET, cambio en el diagnóstico, y manejo terapéutico tras la prueba.

Resultados: Se realizó PET-Amiloide en 42 pacientes. La edad media fue de 64 ± 7,8 años; 57,1% varones. El 66,7% (n: 28) inició la clínica antes de los 65 años, y un 47,6% (n: 20) con perfil atípico. Previo al PET-Amiloide un 71,4% tenía diagnóstico de deterioro cognitivo leve frente a un 28,6% con diagnóstico de demencia. La prueba resultó positiva en 25/42 pacientes, un 53,2% (72,3% con sospecha previa de EA y 27,7% diagnosticados de otros tipos de demencias). En un 26,2% se produjo un cambio en el diagnóstico, y hasta en un 28,6% un cambio en el manejo terapéutico.

Conclusión: El PET-Amiloide es una herramienta útil en la práctica clínica para la evaluación del paciente con deterioro cognitivo que impacta sobre el manejo diagnóstico y terapéutico, especialmente en casos atípicos y de inicio precoz.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA

Monge Argilés, J.A. [1]; García Pérez-Cejuela, C. [2]; Salas Felipe, J. [3]; Sánchez Paya, J. [4]; Gasparini Berenguer, R. [1]; Muñoz Ruiz, C. [5]; Leiva Santana, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Neurología. Hospital del Vinalopo; 3. Servicio de Neurología. Hospital de Denia; 4. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante; 5. Laboratorio de Inmunología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Objetivo: Analizar los factores clínicos y analíticos que pueden influir en la peor evolución de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) prodrómica.

Material y métodos: Materiales y métodos: Entre 2008-2011, se estudiaron 170 pacientes con deterioro cognitivo leve (Petersen 2006) mediante antecedentes personales y familiares, examen neurológico, analítica general, RM cerebral, valoración en la escala mini mental state examination, test del informador, global dementia scale (GDS) de Reisberg y cuantificación de los biomarcadores de EA en LCR.

Resultados: Resultados: Durante un seguimiento de 5,5 ± 1,2 años, 94 pacientes desarrollaron EA (criterios NIA-AA 2011). En mayo 2016, 21 habían fallecido, 11 mantenían un GDS 4 y 62 evolucionaron a GDS ≥ 5. Al comparar los dos últimos grupos, la proporción de pacientes con hipertensión arterial (HTA) resultó superior en los pacientes con GDS ≥ 5 ($p<0.02$). Dentro de este último grupo, los pacientes hipertensos alcanzaban más rápidamente el nivel 5 en la escala GDS que los no HTA ($p<0.03$) y los tratados con medicación anticolinesterásica más memantina alcanzaban más tarde el GDS 5 que los tratados únicamente con anticolinesterásicos ($p<0.03$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables estudiadas.

Conclusión: Conclusión: La presencia de HTA parece acelerar la evolución de los pacientes con EA prodrómica, mientras que el tratamiento estándar actual de la enfermedad parece ralentizarla. Por no existir unanimidad en la literatura, con estos datos nos alineamos con aquellos autores que otorgan a la HTA un papel importante en la más rápida progresión de EA.

APORTACIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESTUDIO PET CON [18F]-FLORBETABÉN EN LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DETERIORO COGNITIVO DE INICIO PRECOZ

Carrera Muñoz, I. [1]; Triguero Cueva, L. [1]; López Alcalde, S. [1]; Gómez-Río, M. [2]; Vilchez-Carrillo, R. [1]; Carnero-Pardo, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Granada; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario Granada

Objetivos: Los estudios PET con marcadores de amiloide, entre ellos el 18F-florbetaben (FBB), de reciente introducción, no tienen muy extendido su uso clínico. Nuestro objetivo es evaluar la aportación diagnóstica del PET-FBB en el deterioro cognitivo (DC) de inicio precoz (DCip).

Material y métodos: Serie de casos prospectiva de sujetos con DCip atendidos en una Unidad de Neurología Cognitivo-Conductual. Todos los pacientes cuentan con una evaluación clínica y neuropsicológica extensa, estudio analítico, RM de encéfalo y estudio PET-FBB. El estudio PET-FBB fue evaluado visualmente sin conocimiento de los datos clínicos y de las pruebas complementarias. Los sujetos fueron clasificados inicialmente y de forma cegada con respecto al PET-FBB como: DC por probable Enf. Alzheimer (DC-EA); DC no EA (DC-noEA) y DC no especificado (DC-noEsp). Se evalúa la concordancia entre el diagnóstico PET-FBB y el diagnóstico inicial y los cambios entre éste y el diagnóstico final.

Resultados: Se incluyeron 20 sujetos (11 varones) con edad de 56,6±6,5 años (media±de). Inicialmente había 9 sujetos con DC-EA de los cuales 8 tuvieron un PET-FBB positivo, 3 con DC-noEA que mostraron un PET-FBB negativo y 8 DC-noEsp de los cuales 3 tenían PET-FBB positivo. Existía un alto grado de concordancia diagnóstica, Kappa=0,80. Tres de los sujetos con PET-FBB negativo (2 DC-NoEsp y 1 DC-EA) evolucionaron hacia un estado cognitivo normal.

Conclusión: Existe una alta concordancia diagnóstica entre el resultado del PET-FBB y la sospecha clínica inicial; el PET-FBB permite un diagnóstico precoz de EA en sujetos con DCip.

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DISTINTOS MARCADORES BIOQUÍMICOS SOBRE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER TRAS EL DIAGNÓSTICO

Tola Arribas, M.A. [1]; Andrés Calvo, M. [2]; Gutierrez Ríos, R. [3]; Izquierdo Delgado, E. [2]; Repiso Gento, I. [4]; Castrillo Sanz, A. [5]; Rodríguez Herrero, R. [6]; Rodríguez Sanz, F. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Rio Hortega; 3. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; 4. Servicio de Médico de Familia. Atención Primaria-Area Este; 5. Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia; 6. Servicio de Geriatría. Hospital General de Segovia

Objetivos: Analizar la influencia del índice de masa corporal (IMC) y distintos marcadores bioquímicos del estado nutricional sobre la evolución de la enfermedad de Alzheimer en los 18 meses posteriores al diagnóstico.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional, prospectivo. Se incluyeron sujetos con EA prodrómica (EAp) según criterios del IWG-2007 y pacientes con demencia por EA (EAd) según criterios NINCDS-ADRDA. Se evaluaron escalas cognitivas (MMSE y CAMCOG-R), discapacidad (RDRS-2), conducta (NPI-Q) y globales (CDR-SOB) en el momento del diagnóstico y 18 meses después. Se calculó el IMC y se determinaron los valores de HDL-colesterol, LDL-colesterol, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, transferrina y vitamina B12. Se consideró un empeoramiento significativo incrementos de CDR-SOB>2,5 a los 18 meses.

Resultados: Fueron evaluados 141 sujetos (edad basal 78,2±6,2; 67,4% mujeres; ApoE4+ 46,7%, IMC basal 26,2±4,1). Se incluyeron 47 EAp (MMSE basal 25,1±2,7; IMC basal 28,0±4,0) y 94 EAd (MMSE basal 19,3±3,8; IMC basal 25,3±3,9). Empeoraron 49 sujetos (34,8%): 13 EAp y 36 EAd. El IMC basal fue menor en los pacientes que empeoraron frente a los que permanecieron estables (25,2 vs 26,7; p=0,04). Por subgrupos: EAd (23,0 vs 26,1; p<0,01); EAp (28,7 vs 27,8; p=0,49). No se evidenciaron diferencias en ninguno de los marcadores bioquímicos.

Conclusión: Un menor IMC en el momento del diagnóstico de la EA en fase de demencia puede ayudar a identificar a pacientes con mayor riesgo de progresión de la enfermedad en los siguientes 18 meses.

FACTORES DE RIESGO VASCULAR CONDICIONAN EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA

Monge Argilés, J.A. [1]; García Pérez-Cejuela, C. [2]; Salas Felipe, J. [3]; Sánchez Paya, J. [4]; Gasparini Berenguer, R. [1]; Muñoz Ruiz, C. [5]; Leiva Santana, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Neurología. Hospital del Vinalopo; 3. Servicio

de Neurología. Hospital de Denia; 4. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante; 5. Laboratorio de Inmunología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Analizar los factores clínicos y analíticos que pueden influir en el pronóstico vital de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) prodrómica.

Material y métodos: Entre 2008-2011, se estudiaron 170 pacientes con deterioro cognitivo leve (según criterios de Petersen 2006) mediante antecedentes personales y familiares, exploración neurológica, analítica general, RM cerebral, valoración en la escala mini mental state examination, test del informador, global dementia scale de Reisberg y cuantificación de los biomarcadores de EA en LCR.

Resultados: Durante un seguimiento de 5,5 ± 1,2 años, 94 pacientes desarrollaron EA (según los criterios NIA-AA 2011). En mayo 2016, 21 habían fallecido, y 73 permanecían vivos. Los pacientes que habían fallecido eran ligeramente mayores sin significación estadística ($p<0.06$); tenían más diabetes mellitus ($p<0.03$) e hipertensión arterial, aunque esta última sin significación estadística ($p< 0.09$). Sin embargo, tenían menos antecedentes de hiperlipidemia ($p<0.02$), por lo que nunca habían sido tratados con fármacos hipolipemiantes. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de variables estudiadas.

Conclusión: En nuestra experiencia, la presencia de diabetes mellitus es el factor de riesgo vascular que ensombrece más claramente el pronóstico vital de los pacientes con EA prodrómica. Este antecedente debería tenerse en cuenta a la hora de incluir a estos pacientes en estudios longitudinales, a pesar de que existe controversia entre autores recientes sobre la influencia de la diabetes en el pronóstico vital de la EA.

UTILIDAD DEL TEST DEL SUPERMERCADO PARA DETECTAR DETERIORO COGNITIVO EN UN ESTUDIO POBLACIONAL

Garcia Garcia, R. [1]; Aguilera Vega, C. [2]; Perea Bartolomé, M.V. [2]; García García, R. [2]; Ladera Fernández, V. [2]; Perez Cuevas, Y. [2]; Hernández Santos, M. [3]; Arcaya Navarro, J. [4]; Cacho Gutierrez, J. [5]

1. Unidad de Demencias. Hospital General de la Santísima Trinidad; 2. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Salamanca (Facultad de Psicología); 3. Servicio de Estadística. Clínica de Neurología y Memoria; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 5. Servicio de Neurología y Unidad de Demenencias. Hospital General de la Santísima Trinidad

Objetivos: Estudiar y analizar la utilidad del test del supermercado para la detección de deterioro cognitivo en pacientes con Deterioro Cognitivo Ligero (DCL), enfermedad de Alzheimer (EA), Temblor Esencial (TE) y enfermedad de Parkinson (EP) en un estudio poblacional denominado NEDISA, cuya metodología ha sido previamente publicada.

Material y métodos: Hemos evaluado una muestra poblacional del estudio NEDISAL, compuesta por 995 participantes, de los que se prestaron voluntariamente, para este estudio, 649 participantes: 281sujetos neurocognitivamente sanos (SNC), 67 pacientes con Temblor Esencial (TE), 48 con Enfermedad de Parkinson (EP), 158 con Enfermedad de Alzheimer (EA) y 95 con Deterioro Cognitivo Ligero (DCL).A todos estos grupos de pacientes se ha aplicado el test del Supermercado, además de la fluencia verbal fonémica (FAS) y Fluencia de Animales. Para la valoración cognitiva se ha utilizado un protocolo neuropsicológica completo que incluye la Dementia Rating Scale-2 (DRS-2)

Resultados: Los resultados obtenidos con el test del Supermercado muestran diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos de pacientes estudiados respecto a los SNC. Estas diferencias son más sensibles y específicas en la EA. Sin embargo, el FAS y la fluencia de animales, no mostraron diferencias significativas entre TE vs EP y TE vs SNC.

Conclusión: El test del supermercado es el más útil para detectar deterioro cognitivo en los grupos de pacientes estudiados, especialmente en el grupo de pacientes con EA.

DONACIONES AL BANCO DE CEREBROS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA: PERIODO 2002-2015.

Vicente Alba, P. [1]; Teijeira Bautista, S. [2]; San Millán Tejado, B. [3]; Fernández Perez, M.J. [1]; Labandeira Guerra, C. [1]; Martínez Hervés, H. [1]; Moreno Carretero, M.J. [4]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 2. Grupo de Neurociencias, Instituto de Investigación Biomédica de Vigo (IBIV). Complejo Hospitalario U. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 3. Neuropatología. Grupo de Neurociencias, Instituto de Investigación Biomédica de Vigo (IBIV). Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Grupo de Neurociencias, Institu. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivos: Analizar los datos de los donantes al Banco de Cerebros en nuestra área sanitaria con objeto de mejorar el protocolo de solicitud de donación e incrementar su número.

Material y métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo descriptivo de los donantes de cerebro al Banco de Cerebros en nuestra área sanitaria entre 2002-2015. Se analizan variables sociodemográficas y relacionadas con la donación, los diagnósticos clínicos de sospecha y neuropatológicos. Estudio autorizado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación.

Resultados: De los 170 cerebros donados al banco, 105 (62%) procedían de nuestra área. La edad media de los donantes fue 65 años. La mayoría de los donantes se encontraban en las décadas de los 70 y 80 (53 donantes; 50%). La media de donaciones anuales fue 7,5 con un pico máximo en 2009 (14 casos). El 93% correspondieron a donaciones postmorten de procedencia hospitalaria. Las enfermedades neurodegenerativas fueron las más frecuentes (33; 31%), seguidas de las demencias rápidamente progresivas (17; 16%). Los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes fueron cambios neuropatológicos tipo EA (33; 31%) y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (11; 10%). Se encontró una buena correlación clínico-anatomopatológica en 42 casos (40%). En numerosos casos coexistían diversas patologías.

Conclusión: La enfermedad de Alzheimer y las prionopatías son las patologías más frecuente en el banco. Solo se realizaron donaciones “en vida” en el 3% de los casos. Conocer las características de los donantes al Banco de Cerebros nos permitirá mejorar el protocolo de solicitud de donaciones e incrementar su número en otras patologías.

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE MARCADORES ANALÍTICOS Y DE NEUROIMAGEN (18F-FLORBETABEN) DE AMILOIDOSIS CEREBRAL

Triguero Cueva, L. [1]; Carrera Muñoz, I. [1]; Garcia Ribas, G. [2]; Gomez Rio, M. [3]; Vilchez Carrillo, R. [1]; Carnero Pardo, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Los estudios de PET con 18F-florbetaben (PET-FBB) han mostrado una excelente concordancia con los depósitos cerebrales de amiloide; no hay datos en cambio de su concordancia con biomarcadores analíticos. Nuestro objetivo es evaluar la concordancia entre los resultados del PET-FBB y biomarcadores en LCR de Enfermedad de Alzheimer (EA).

Material y métodos: Serie de casos de sujetos con deterioro cognitivo (DC) que disponían de determinación de biomarcadores en LCR y PET-FBB. El estudio PET-FBB fue evaluado visualmente sin conocimiento de los datos clínicos y de las pruebas complementarias. La determinación de marcadores se realizó en distintos laboratorios estableciendo su positividad según sus correspondientes valores de referencias. Hemos evaluado la concordancia diagnóstica del PET-FBB con respecto a la presencia de amiloidosis (descenso de betaamiloide 1-42 [BA42]) y elevación del CSF-Index tau (>0.85) mediante el índice kappa.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes (9 varones) con DC (10 amnésicos) de 60,8±8,6 años de edad (media±DE). Los resultados fueron: BA42 452,2±196,2 pg/ml, tau total 285,3±156,9 pg/ml y fosfotau 46,8±22,7 pg/ml. Nueve de los estudios PET-FBB fueron positivos. La concordancia diagnóstica entre PET-FBB y descenso de BA42 o elevación de CSF-Index tau fue sustancial (kappa = 0.75±0.28 y 0.80±0.28, respectivamente).

Conclusión: Los resultados del PET-FBB muestran una concordancia sustancial con los biomarcadores de LCR de amiloidosis cerebral y EA.

HEMORRAGIA CEREBRAL EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Puig Pijoan, A.; Gómez González, A.; Avellaneda Gomez, C.; Serra Martinez, M.; Giralt Steinhauer, E.; Vivanco Hidalgo, R.; Cuadrado Godia, E.; Jiménez Conde, J.; Ois Santiago, Á.; Radríguez Campello, A.; Roquer, J.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Existe poca información sobre la etiología, características clínicas y pronóstico de la hemorragia intracerebral (HIC) en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA)

Material y métodos: Se han analizado las características clínico-radiológico-evolutivas de los pacientes con diagnóstico previo de DTA que sufrieron una HIC aguda incluidos en la base prospectiva de ictus de nuestro centro. Se comparó con un grupo control (1:4) constituido por sujetos con HIC sin demencia previa ajustado por edad y sexo.

Resultados: Sobre un total de 609 casos de HIC, 27 (4.4%) tenían un diagnóstico previo de DTA. Comparado con el grupo control (n=100) los pacientes con DTA tenían menos hipertensión (44,4% vs 78%; p=0.001), sin diferencias en otros factores de riesgo vascular. La localización lobar fue más frecuente en la DTA (68% vs 53.6%), pero sin diferencias significativas (p=0.201). La gravedad de la HIC y el volumen de HIC fue similar en ambos grupos. La etiología hipertensiva fue menos frecuente en los pacientes con DTA (40,7% vs 72%; p=0.001). La mortalidad a los 3 y 6 meses fue significativamente superior en los pacientes con DTA, igualándose a partir del primer año.

Conclusión: Las HIC en pacientes con DTA presentan unas características clínico-radiológicas similares a las de los pacientes sin deterioro cognitivo por enfermedad de Alzheimer. Sin embargo existen diferencias respecto a los factores de riesgo y a la etiología. La DTA aumenta significativamente la mortalidad precoz (3 y 6 meses) pero no la tardía (1 y 5 años).

PROYECTO NEURONORMA.CAT, FASE I: DESARROLLO DE UN PROTOCOLO MULTICÉNTRICO DE ESTANDARIZACIÓN DE TEST NEUROPSICOLÓGICOS VERBALES EN EL ÁMBITO DE LA LENGUA CATALANA Y SUS VARIEDADES DIALECTALES

Peña Casanova, J. [1]; Diéguez Vide, F. [2]; Gramunt Fombuena, N. [3]; Sánchez Benavides, G. [3]; Rivera Ávila, N. [4]; Vinaixa Campos, L. [5]; Puig Pijoan, A. [1]; Forn Frías, C. [6]; Gich Fullà, J. [7]; Piñol Ripoll, G. [8]; Amer Ferrer, G. [9]; Torrente Torné, M. [10]; Rosell Claró, V. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Filología. Universitat de Barcelona; 3. Servicio de Investigación. Fundació Pasqual Maragall; 4. Servicio de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona; 5. Servicio de Neurociències. Fundació IMIM; 6. Servicio de Dept. de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia. Universitat Jaume I; 7. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 8. Servicio de Neurología. Hospital Santa María; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; 10. Servicio de Dept. de Psicologia. Psicobiologia. Universitat Rovira i Virgili; 11. Servicio de Dept. de Psicologia Bàsica. Clínica de Logoedia. Universitat de València

Objetivos: Adaptación lingüística de instrumentos de evaluación neuropsicológica de capacidades verbales en sujetos catalanohablantes en sus variedades dialectales. Primera fase de de un proyecto de normalización.

Material y métodos: (1) Se incluyeron los test verbales del estudio multicéntrico español Neuronorma (Dígitos, Trail Making Test, Free and Cued Selective Reminding Test, Stroop Color and Word Test, Boston Naming Test, Token Test y fluencias verbales). (2) Se incluyeron test de dominio de la lengua y de alternancia de código (code switching). (3) Se realizó una primera versión del protocolo. (4) Se establecieron grupos de estudio territoriales en Barcelona, Castelló de la Plana, Girona, Lleida, Palma de Mallorca, Tarragona y Valencia. (5) Se realizó la adaptación del protocolo a las principales variedades dialectales del catalán: bloque oriental (central y balear) y bloque occidental (noroccidental y valenciano). (6) Se realizó una tabulación de las diferencias dialectales para su ulterior estudio.

Resultados: Se observaron variedades dialectales léxicas importantes, con una significación psicolingüística muy relevante. Ejemplos: “escombra” versus “granera”, para escoba; “vermell” -bisílabo- versus “roig” -monosílabo-, para rojo; “moixò” versus “ocell”, para pájaro). Estos hechos aparecen claramente en el Boston Naming Test en versión balear. También se observaron diferencias en las instrucciones del Token Test.

Conclusión: Se observa un importante efecto de los factores léxicos y psicolingüísticos, de las variedades dialectales de la lengua catalana. Este hecho tiene dos implicaciones importantes: la necesidad de la modificación de los instrumentos en función de la variedad territorial, y el impacto de las características de la lengua en los resultados de los test.

CARACTERÍSTICAS DE LA AFASIA PROGRESIVA NO FLUENTE VARIANTE NO FLUENTE/AGRAMÁTICA (APPVNF) CON PATOLOGÍA SUBYACENTE PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (PSP) O DEGENERACIÓN CORTICOBASAL (DCB)

Santos Santos, M.Á.; Mandelli, M.L.; Binney, R.; Henry, M.; Hubbard, I.; Rosen, H.; Boxer, A.; Grinberg, L.; Seeley, W.; Miller, B.; Gorno-Tempini, M.L.

Servicio de Neurología. UCSF Memory and Aging Center

Objetivos: Identificar las características clínicas, cognitivas y de neuroimagen iniciales e identificar características que ayuden predecir la patología subyacente de pacientes con APPvnf y diagnostico patológico de PSP o DCB.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo realizado entre 2002-2014. Criterios de inclusión: diagnostico clínico de PPAvnf, disponibilidad de una evaluación cognitiva y del habla además de resonancia magnética craneal dentro de los seis próximos meses, y diagnostico patológico de PSP o DCB.

Resultados: El trastorno del habla y la atrofia de la sustancia blanca del lóbulo frontal izquierdo fueron las características mas destacadas de ambos grupos. En el momento de presentación, la disartria, la depresión, y la atrofia relativamente selectiva de la sustancia blanca eran típicos de la APPvnf-PSP (n=5) mientras

que una mayor atrofia de sustancia gris y una tendencia a la peor comprensión de frases caracterizo a la APPvnf-DCB (n=14). Al año los grupos no presentaron diferencias significativas en ninguna medida del habla motora o cognitiva. En APPvnf-PSP, la atrofia progreso en el sistema motor subcortical/tronco del encéfalo generando mayores problemas oculomotores y disfagia. En la APPvnf-DCB la atrofia se extendió por regiones prefrontales en concordancia con su mayor déficit de memoria de trabajo y del comportamiento.

Conclusión: En pacientes que presentan con la APPvnf, la presencia inicial de disartria severa junto con atrofia relativamente selectiva de la sustancia blanca y la progresión de atrofia dentro del tronco del encéfalo medido por análisis volumétrico longitudinal pueden ser útiles para distinguir in-vivo la patología PSP de la DCB.

BIOMARCADORES DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LCR SEGÚN PET-FDG CEREBRAL

Camiña Muñiz, J. [1]; Rubí Sureda, S. [2]; Noguera Bennaser, A. [3]; Tarongí Sánchez, S. [1]; García Martín, A. [1]; Vico Bondía, H. [1]; Amer Ferrer, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Son Espases; 3. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Los biomarcadores para Enfermedad de Alzheimer (EA) en líquido cefalorraquídeo (LCR) permiten mejorar el diagnóstico de probabilidad de EA. Sin embargo, la variabilidad de los resultados entre laboratorios impide definir un punto de corte universal. Nos proponemos evaluar los valores en nuestro centro utilizando el PET-FDG con cambios característicos de EA como patrón de referencia.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de resultados de biomarcadores EA en LCR, PET-FDG cerebral y evaluación clínica en Unidad de Neurología Cognitiva y Conducta de nuestro centro. Incluidos 78 pacientes consecutivos entre enero'12 y agosto'15 de los que disponemos de PET-FDG y LCR en un intervalo menor de 6 meses (edad 68,0 ± 7,1 años, siendo mujeres el 63,3%). Hemos clasificado a los pacientes según resultado del PET-FDG (normal, no característico de EA, indeterminado y compatible con EA) y hemos analizado los valores de biomarcadores EA en LCR.

Resultados: En 33 pacientes el PET-FDG fue compatible con EA, y en 45, normal o no característico de EA. En el primer grupo, -proporción de deterioro cognitivo ligero (DCL): 42.4%-, se obtienen unos valores de Ab42 de 564,94 ± 100,61pg/ml, Tau de 671,03 ± 278,40pg/ml y pTau de 95,58 ± 27,55pg/ml. En el grupo en que PET-FDG no sugiere EA, -proporción de DCL: 64.44%-, los valores de Ab42 son de 883,64 ± 251,01pg/ml, Tau de 296,24 ± 129,58pg/ml y pTau de 53,29 ± 21,01pg/ml.

Conclusión: El uso de otro biomarcador para EA en una población clínica permite ajustar en cada centro los valores diagnósticos de EA para los biomarcadores en LCR.

Enfermedades Cerebrovasculares I

ACTITUD NEUROLÓGICA ANTE EL INFARTO CEREBRAL Y EL AIT EN PACIENTES ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (ESTUDIO ANITA-FA). ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL, RESULTADOS DE LA FASE PILOTO

Zapata Wainberg, G. [1]; Ximénez-Carrillo Rico, Á. [1]; Quintas Gutiérrez, S. [1]; Estévez Fraga, C. [2]; Masjuan Vallejo, J. [3]; Vivancos Mora, J. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 3. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes ingresados que están en tratamiento anticoagulante respecto al total de ingresos por ictus, describir los tratamientos indicados (fase aguda y prevención de recurrencias) y valorar las complicaciones hemorrágicas y la evolución entre los grupos definidos por el tratamiento anticoagulante previo.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en registros de pacientes con ictus de 2 hospitales terciarios. Criterios de inclusión: Pacientes >18 años, con diagnóstico de ictus isquémico con tratamiento anticoagulante previo. Período de estudio=1 año. Se recogieron variables demográficas y clínicas y los tratamientos realizados durante el ingreso, el tratamiento antitrombótico al alta y tratamiento definitivo indicado en la revisión a 3 meses del ictus sólo en aquellos pacientes con FA no valvular (FANV). Para el análisis se clasificaron a los pacientes en 3 grupos según el tipo de anticoagulante (Antivitamina K [AVK], anticoagulantes orales directos [ACOD] y heparinas fraccionadas [HBPM]).

Resultados: Total de ictus=513, 101 (19,7%) de ellos anticoagulados (AVK=72[71%], ACOD=20[20%], HBPM=9[9%]). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a gravedad, tratamientos realizados en fase aguda, transformación hemorrágica y resultado clínico a corto plazo entre los 3 grupos. A los 3 meses el 79% de los pacientes con FANV tenía indicado tratamiento con ACOD.

Conclusión: Los pacientes anticoagulados suponen un porcentaje importante del total de ingresos por ictus, el tratamiento previo no condiciona la evolución ni las complicaciones que sufren tras el ictus. A la gran mayoría de los pacientes con FANV se le indica un ACOD para prevención de recurrencias tras el ictus.

RIESGO DE RECURRENCIA Y MORTALIDAD A LOS 3 MESES EN OCLUSIONES SINTOMÁTICAS DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA CERVICAL

Avellaneda Gómez, C.; Cuadrado-Godia, E.; Serra Martínez, M.; Zabalza de Torres, A.; de Ceballos Cerrajería, P.; Fernández Pérez, I.; Cascales Lahoz, D.; Bertran Recasens, B.; Figueras Aguirre, G.; Roquer González, J.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es determinar el riesgo de recurrencia ipsilateral y mortalidad durante los primeros 3 meses en pacientes con oclusión sintomática de la arteria carótida interna cervical (OACI). Analizamos los factores predictivos.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó pacientes con OACI recogidos en el registro de ictus BASICMAR (de enero/2014 a noviembre/2015). Se recogieron datos sobre los factores de riesgo vascular, severidad inicial, progresión clínica, presencia de enfermedad carotídea contralateral o de estenosis/oclusión intracraneal ipsilateral. El análisis de recurrencias se realizó mediante una Regresión de Cox y la mortalidad mediante regresión logística.

Resultados: El estudio incluyó 193 pacientes con OACI, 69% hombres, con edad media de 70.92 (DE12.09). En el seguimiento a los 90 días, el 14% presentaron recurrencia [nuevo AIT en 12 (44.4%) de pacientes, ictus no incapacitante 6 (22.2%) e incapacitante en 8 (29.6%)]. El antecedente de AIT previo (HR: 6.97; 95%IC: 3.17-15.4;p<0.0001) fue la única variable asociada con la recurrencia. La mortalidad fue de 25.9% siendo la causa más frecuente el infarto maligno. Las variables asociadas con la mortalidad fueron la progresión OR:5.26 (1.91-14.49), p=0.001], fibrilación auricular [OR: 3.61 (1.14-11.40), p=0.029],NIHSS>15

inicial [OR: 3.57 (1.19-10.65). p=0.022],oclusión intracraneal ipsilateral [OR: 3.32 (1.10-9.98). p=0.033] y edad [OR: 1.04 (1.01-1.09). p=0.039].

Conclusión: La OACI tiene un riesgo de recurrencia moderado a los 90 días (14.2%) menor que en la estenosis carotídea. El antecedente de AIT previo es el único factor predictivo de recurrencia. La mortalidad es elevada en este subtipo de ictus.

EL CORE DE INFARTO EN TC PERFUSIÓN ¿ESTIMADOR FIABLE DEL INFARTO REAL?

Martinez Vicente, L. [1]; Trillo Senín, S. [1]; Ramos Martín, C. [1]; Aguirre Hernández, C. [1]; Bashir Viturro, S. [1]; Alcántara Miranda, P. [1]; Villacieros Álvarez, J. [1]; Ximénez-Carrillo Rico, Á. [2]; Vivancos Mora, J. [1]; Bárcena Ruiz, E. [1]; Caniego Monreal, J.L. [1]; Manzanares Soler, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;
2. Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: El volumen del infarto inicial es un factor pronóstico clave en el ictus isquémico, que puede ser estimado en el mapa de volumen(CBV)del TC-perfusión(TCP). Se comparó el core isquémico en CBV(core-CBV)con el infarto final a las 24 horas(core-24h),con el objetivo de estudiar la capacidad de predicción del TCP en ictus de ACM tratados mediante terapia endovascular(TE).

Material y métodos: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos con oclusión aguda de M1/T carotídea/tándem tratados mediante TE en nuestro centro, excluyendo pacientes no revascularizados tras TE. Las imágenes fueron evaluadas por un neurólogo y un radiólogo de forma ciega a los datos clínicos. Se comparó el volumen de infarto en core-CBV con el volumen del core-24h en los mismos cortes evaluados en TCP. Se definió como estimación precisa una diferencia<10 ml entre core-CBV y core-24h. La sobreestimación >10 ml se denominó core ilusorio. Se correlacionó el grado de precisión del core-CBV con las características del ictus.

Resultados: N=116. Mujeres56%. Edad media 67años (DE: 14,4). ASPECTS 8(DE:1,4), NIHSS media17,4 (DE:6,4). Media crecimiento 0,2ml(DE:7,2). Tiempo medio TC-recanalización 104 min(SD:61). Tiempo medio inicio-TC 195,1 min(SD:169,9). Estimación precisa:79,3%, presencia de core ilusorio:9,5%, infraestimación:11,2%. Se encontró asociación entre uso de fibrinolisis y core ilusorio($p<0,05$) y entre diabetes y crecimiento del infarto($p<0,05$).

Conclusión: En la mayor parte de nuestros pacientes el core-CBV fue un buen estimador del infarto final. Sin embargo en algunos casos pueden existir cambios significativos. Por lo tanto, utilizado de forma aislada, el core-CBV debería interpretarse con cautela para la toma de decisiones en el TE del ictus de ACM.

LA ESCALA ASPECTS A JUICIO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS. ¿TENDRÁ MAYOR VALOR PREDICTIVO EN TC BASAL, TC-PERFUSIÓN O IMÁGENES FUENTE DE ANGIO-TC?

Aguirre Hernández, C. [1]; Trillo Senin, S. [1]; Bashir Viturro, S. [1]; Ramos Martin, C. [1]; Martinez Vicente, L. [1]; Zapata Wainberg, G. [1]; Ximenez-Carrillo Rico, A. [1]; Reig Rosello, G. [1]; Barbosa del Olmo, A. [2]; Manzanares Soler, R. [2]; Caniego Monreal, J.L. [2]; Barcena, E. [2]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;
2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Evaluar el valor predictivo entre la puntuación ASPECTS del TC cerebral basal (ASPECTS basal), la del TC- perfusión (ASPECTS-CBV) y la de las imágenes fuente de angioTC (ASPECTS-CTASI) en pacientes con ictus isquémico tratados mediante tratamiento endovascular (TE).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida prospectiva de datos con ictus isquémico agudo en territorio de ACM tratados mediante TE en nuestro centro con éxito en la revascularización. Se incluyeron oclusiones de M1/T carotídea y tándem. La puntuación ASPECTS fue asignada por radiólogos y neurólogos. Se estudió su correlación con la escala de Rankin (mRS) a los 3 meses mediante el método rho de Spearman.

Resultados: N= 119. 56,3% mujeres (67). Edad media: 67 años (rango: 16-87). Mediana NIHSS pre tratamiento: 18 (rango IQ: 7). Mediana ASPECTS basal: 8 (rango IQ: 3), ASPECTS-CBV: 8 (rango IQ: 2) y ASPECTS-CTASI: 8 (rango IQ:2). Mediana mRs a los 3 meses: 1 (rango IQ:3). Entre todas las puntuaciones ASPECTS y la evolución a los tres meses (mRs) se obtuvo una correlación inversa y estadísitcamente significativa: ASPECTS basal: rho -0,363($P<0,01$), ASPECTS-CBV: rho: -0,430 ($P<0,01$), ASPECTS-CTASI: rho -0,441 ($p<0,01$).

Conclusión: En nuestro estudio la escala ASPECTS puntuada en sus distintas variantes ha mostrado un valor predicitivo significativo en la respuesta al tratamiento endovascular del ictus. Ésta correlación fue más fuerte para el ASPECTS CBY y de CTASI, por lo que consideramos ambas técnicas como herramientas con valor pronóstico y que pueden ayudar en la toma de decisiones.

SIGNOS PREDICTORES DE CRECIMIENTO PRECOZ DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN TAC SIN CONTRASTE Y MORTALIDAD

Fernández Sanz, A. [1]; Aladrén Sangrós, J.Á. [1]; Tejada Meza, H. [1]; Cruz Velásquez, G.J. [1]; Ángel Rios, L.F. [2]; Seral Moral, P. [2]; Artal Roy, J. [1]; Marta Moreno, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet;
2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: La hemorragia intracerebral (HIC) está asociada a una elevada morbimortalidad y su aumento de volumen en fases iniciales conlleva un peor pronóstico. El signo de la mezcla, la densidad heterogénea, la morfología irregular y un nivel líquido en el hematoma están relacionados con un crecimiento precoz del hematoma. Nuestro objetivo es determinar sí estas cuatro características se asocian a una mayor mortalidad a los 7 días, 1 y 3 meses de ocurrida la HIC.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes atendidos en nuestro hospital, entre los años 2010 y 2015, por una HIC espontánea con TAC cerebral realizado en las primeras 6 horas tras inicio de los síntomas.

Resultados: De los 158 pacientes que se incluyeron, 23(14,6%) presentaban signo de la mezcla, 39(24,7%) heterogeneidad, 53(33,5%) irregularidad y 33(20,9%) nivel líquido. De ellos, en el análisis bivariante sólo la heterogeneidad e irregularidad se asociaron a mayor mortalidad a los 7 días, al mes y a los 3 meses. En el análisis por regresión logística multivariante el tratamiento previo con antiagregante plaquetario o anticoagulante, volumen >30cc, GCS<13 y la irregularidad (RR 4,06. IC 95% 1,03-15,99) se asociaron a una mayor mortalidad en los 7 primeros días.

Conclusión: Nuestro estudio muestra asociación entre la irregularidad del hematoma y la mortalidad en los 7 primeros días. La irregularidad nos permitiría identificar pacientes con peor pronóstico, en los que una vigilancia estricta, especialmente de factores relacionados con el crecimiento del hematoma, podría mejorar su pronóstico.

TELESTROKE MIMICS: UN NUEVO RETO PARA LOS NEURÓLOGOS

Guillan Rodriguez, M.; Fernández Ferro, J.C.; Barbero Bordallo, N.; Aranda Calleja, M.A.; Venegas Perez, B.; Bellido Cuellar, S.;

Martin Gil, L.; Prieto Jurczynska, C.; Cazorla Garcia, R.; Ordás Bandera, C.; Diez Barrio, A.; Pardo Moreno, J.

Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos

Objetivos: Las redes de telemedicina prestan servicios de salud cada vez a un número mayor de pacientes. Dentro de la teleneurología una de las áreas más desarrolladas es el teleictus. Publicaciones recientes han destacado el número creciente de stroke mimics(SM) mediante esta técnica: telestroke mimics(TSM). Estudiamos los TSM de nuestra población.

Material y métodos: Registro prospectivo de pacientes atendidos con nuestro sistema de telemedicina para patología neurológica urgente entre el servicio de urgencias de dos hospitales primarios y la guardia de neurología de su hospital de referencia, enero 2015-mayo 2016. Analizamos retrospectivamente los TSM y los SM presenciales del hospital con unidad de ictus(UI).

Resultados: Se recibieron 173 llamadas con sospecha de enfermedad cerebrovascular(ECV). El neurólogo, en la evaluación con videocámara, diagnosticó 156(90%) ECV y 17(10%) TSM. De las ECV 20(12%) fueron tratados con fibrinolisis-iv: 5(25%) fueron finalmente diagnosticados de TSM (2 crisis epilépticas, 2 t.somatomorfos y 1 encefalopatía hipertensiva). En el mismo período se realizaron 59 fibrinolisis-iv presenciales en la UI, 2(3.3%) fueron finalmente SM. Los 17 TSM identificados inicialmente tenían características similares a las descritas clásicamente para los SM. Los TSM tratados no se diferenciaban en edad, ni factores de riesgo, ni gravedad(NIHSS) a los ictus tratados, 4 cursaron con afasia y ninguno presentó complicaciones.

Conclusión: En nuestra serie hay un mayor porcentaje de TSM que de SM presenciales fibrinolisados, sin encontrar complicaciones derivadas del tratamiento. El teleictus supone una oportunidad de tratamiento, pero implica un diagnóstico rápido y más complejo, por esto sería útil perfilar las características de los TSM en un futuro.

CIERRE DE OREJUELA EN PACIENTES CON ICTUS NO ANTICOAGULABLES: ¿UNA ALTERNATIVA SEGURA?

Jara Montero, C.; Carrera Sánchez, I.; García López, C.; Aguilera Navarro, J.M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Valme

Objetivos: Describir la evolución de una serie de pacientes con ictus de causa cardioembólica por fibrilación auricular no valvular (FANV) sometidos a cierre de orejuela de aurícula izquierda (AI)

Material y métodos: Se presentan 8 pacientes con ictus isquémico que presentaban FANV. Todos los pacientes tenían alguna circunstancia que contraindicaba el uso de anticoagulantes orales (ACO), por lo que se decidió el cierre percutáneo de orejuela AI como alternativa a la anticoagulación

Resultados: En nuestra serie, la edad se encuentra entre 54 y 84 años con idéntica proporción entre sexos. 6 de los pacientes habían sufrido un infarto cerebral cardioembólico y 2 un accidente isquémico transitorio (AIT). 3 de ellos tenían contraindicados los ACO por anemizaciones digestivas relevantes, 2 por hemorragia intraocular, 1 por hemopericardio, 1 por hematoma intraparenquimatoso secundarios al uso de acenocumarol, y el último por aneurisma cerebral. El tiempo de seguimiento fue superior a un año en 5 de ellos. En ninguno de nuestros pacientes se constató nuevos eventos isquémicos cardioembólicos ni de otra etiología. Todos se trataron, tras el procedimiento, con antiagregantes. Como complicaciones peri-procedimiento, 2 de los pacientes sufrieron derrame pericárdico (25%), uno de ellos con repercusión clínica

Conclusión: En nuestros pacientes, el cierre de orejuela AI ha sido alternativa efectiva en la prevención de nuevos embolismos en pacientes con FANV no anticoagulables. Esta técnica, aunque segura, presenta complicaciones (peri-procedimiento). El papel de este procedimiento en la prevención de ictus cardioembólico está por definir

PREDICCIÓN DE LA DEPENDENCIA MEDIANTE ESCALAS GENERADAS CON VARIABLES CLÍNICAS RECOGIDAS EN LAS PRIMERAS 24H TRAS UN ICTUS ISQUÉMICO

Muiño Acuña, E. [1]; Fernández-Cadenas, I. [2]; Rodríguez Campello, A. [3]; Gallego, C. [4]; Ois Santiago, Á. [3]; Carrera, C. [5]; Jiménez Conde, J. [3]; Cullell, N. [6]; Cuadrado Godia, E. [3]; Giralt Steinhauer, E. [3]; Roquer González, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Autónoma; 2. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 4. Servicio de Neurogenética. Fundación Mutua Terrassa; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 6. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Objetivos: Actualmente no hay herramientas que predigan el pronóstico de un paciente tras un ictus. El objetivo es generar un score capaz de predecir la dependencia/independencia de un paciente tras un evento isquémico no tributario de tratamiento recanalizador.

Material y métodos: Se han incluido pacientes con ictus isquémico, recogidos de forma consecutiva en el registro "BASIC-MAR" (Hospital del Mar). Se analizaron 602 pacientes sin tratamiento fibrinolítico o trombectomía mecánica. Para valorar el estado funcional del paciente se utilizó la escala Rankin modificada a los 3 meses del evento. Trece variables (recogidas <24h post-ictus) epidemiológicas, clínicas y analíticas se incluyeron para realizar una regresión lineal multivariante. La imputación de datos se realizó con el paquete "mice" de R y el score se generó con los valores Beta de la regresión.

Resultados: Se obtuvieron tres scores: 1) Sin imputación de datos, explica el 85% de la variabilidad, utilizando la edad, dímero-D, NIHSS inicial, glucosa inicial y Rankin previo, prediciendo en un 32% el mRS-3m, y en un 81% la dependencia/independencia. 2) Con datos imputados, explica el 84% de la variabilidad, con la edad, PCR, NIHSS inicial, antecedente de DM y Rankin previo, prediciendo en un 30% el mRS-3m, y en un 82% la dependencia/independencia. El último score, calculado con la media aritmética de los anteriores, predecía un 33% el mRS-3m y el 82% la dependencia/independencia del paciente.

Conclusión: Se han generado 3 scores, consiguiendo predecir el mRS-3m en 1/3 de los casos, y en un 82% si el paciente será dependiente/independiente.

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y TENDENCIAS EN LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR ICTUS EN EL PERIODO 2002-2014 EN ADULTOS MENORES DE 65 AÑOS

Ramírez Moreno, J.M. [1]; Ceberino, D. [1]; Felix Redondo, F.J. [2]; Constantino Silva, A.B. [3]; Fernández Bergés, D. [4]; Roa Montero, A. [3]; Lozano Mera, L. [2]; Muñoz Vega, P.J. [1]; Pons Garcia, M.A. [5]; Cordova, R. [1]; Martínez Acevedo, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Unidad de Investigación Don Benito-Villanueva. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovascu. Gerencia de Área Don Benito-Villanueva. Villanueva de la Serena; 3. Neurología. Unidad de Ictus. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 4. Unidad de Investigación Don Benito-Villanueva. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovascu. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena; 5. Servicio de Direccion General de asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud

Objetivos: En algunos estudios europeos se ha observado que las tendencias por hospitalización por enfermedad cerebrovascular están aumentando entre las personas jóvenes. El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia en las tasas de hospitalización por ictus en Extremadura desde 2002 hasta 2014 en sujetos menores de 65 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se seleccionaron todos los pacientes de 20 a 64 años hospitalizados por ictus (códigos ICD-9-CM 434.01, 434.11, 434.91, 430, 431, 432.9, 436 y 435) en el periodo 2002-2014. Se estratifica la edad en tres grupos 20-44 años, 45-54, y 55-64 años. Se realiza un análisis de tendencias mediante jointpoint regresión.

Resultados: Identificamos un total de 7565 casos. El 67,3% varones. Un 14,5% tenían entre 20-44 años, el 28,7% entre 45-54, 56,8% entre 55-64 años. Se demuestra un incremento significativo en la tasa de hospitalización por ictus isquémico en varones de 45-54 años, +6,7% (IC95%: 3,3-10,2) y en mujeres de 20-44 y 45-54 años, +6.1% (IC95%: 0,8-11,7) y +5.7% (IC95%: 3,0-8,4) respectivamente. El análisis para los ataques isquémicos transitorios reproduce lo que ocurre en el ictus isquémico. El mismo análisis para el caso de la hemorragia cerebral muestra una tendencia negativa no significativa en las tasas de hospitalización para ambos sexos.

Conclusión: Este estudio demuestra de forma indirecta los cambios epidemiológicos que se están produciendo en el ictus en pacientes jóvenes. Existe suficiente evidencia que indica un cambio de tendencia al aumentar la tasa de hospitalización por ictus isquémicos en adultos jóvenes.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES MEDIOAMBIENTALES EN LA INCIDICENCIA DEL ICTUS EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Arias Rivas, S. [1]; Cadavid, M. [1]; Rodríguez-Castro, E. [1]; López Dequidt, I. [1]; Eiras-Barca, J. [2]; Lorenzo González, M.D.L.N. [3]; Rodríguez Yáñez, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Grupo de física no lineal. Facultad de Física. Universidad de Santiago de Compostela.; 3. Área de Física de la Tierra. Facultad de Ciencias de Ourense. Universidad de Vigo.

Objetivos: Analizar la influencia del clima y el impacto de cada parámetro meteorológico sobre la incidencia de la patología cerebrovascular en el área sanitaria de Santiago de Compostela.

Material y métodos: Estudio retrospectivo analizando la incidencia de la patología cerebrovascular en pacientes ingresados en el Área de Santiago entre 2012 a 2015. Se incluyen pacientes con diagnóstico clínico de ictus y analizamos su relación con variables meteorológicas (temperatura, humedad, presión, precipitaciones y velocidad del viento) registradas por MeteoGalicia. También se estudia la relación entre incidencia y los tipos climáticos (TC).

Resultados: Se incluyeron 967 pacientes (86% >60 años, 53% hombres y 47% mujeres), sin encontrarse variación estacional. Para todos los ictus no se ha encontrado relación con la velocidad del viento, irradiación global diaria, presión barométrica y temperatura media. La temperatura máxima presenta una asociación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con la incidencia de ictus, así como con la humedad relativa máxima ($p<0,01$) y mínima ($p<0,01$). También existe correlación entre precipitaciones e incidencia de ictus. Estos hallazgos se mantienen en el estudio según TC encontrándose relación con los TC de componente ciclónico caracterizados por elevada humedad y aquellos de componente norte en verano que se asocian con temperaturas bajas.

Conclusión: Nuestro estudio muestra asociación estadísticamente significativa con la humedad mínima y máxima y la temperatura máxima para todos los ictus. Estos hallazgos se mantienen en el estudio según TC. Para futuros estudios será necesario aumentar el área geográfica y la muestra estudiada para establecer, con mayor significación estadística, la existencia de asociación con los diferentes subtipos de ictus.

INFLUENCIA DEL MISMACHT EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Baidez Guerrero, A.E. [1]; Valero López, G. [1]; García Molina, E. [1]; Díaz Pérez, J. [1]; Fuentes Rumí, L. [1]; Albert Lacal, L. [1]; Morales Ortiz, A. [1]; Parrilla Reverter, G. [2]; Espinosa De Rueda, M. [2]; Moreno Dieguez, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurorradiología vascular intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Analizar la influencia del mismacht (MM) obtenido en el TC de perfusión realizado en urgencias a pacientes con ictus isquémico agudo y oclusión de gran vaso, en el pronóstico de los pacientes sometidos a trombectomía mecánica (TM) en nuestro hospital.

Material y métodos: Incluimos pacientes con ictus isquémico de territorio anterior sometidos a TM, y con TC de perfusión valorable. Los dividimos en dos grupos: MM ≤ 30% y >30%. Describimos las características de ambos y realizamos un análisis estadístico para determinar diferencias en variables demográficas, clínicas y de resultado.

Resultados: 367 pacientes con ictus de territorio anterior y TC de perfusión valorable sometidos a TM desde 2009-2016. 28 presentan un MM ≤30% y 339 MM >30%. Las características basales eran similares en ambos grupos. El NIHSS pre-TM >15 tiene tendencia a ser más frecuente en pacientes con MM ≤30% (89% en MM <30%, 62% MM>30%). En cuanto a las variables de pronóstico observamos diferencias en: NIHSS >15 a al alta y en la mortalidad, todas estadísticamente significativas más frecuentes en el grupo de MM ≤30%. No se detectan diferencias en hemorragia sintomática ni Rankin a los 3 meses.

Conclusión: Los pacientes de nuestra muestra con MM ≤30% en el TAC de perfusión, presentan peor pronóstico en cuanto a mortalidad tras la realización de TM, y aunque el resultado clínico al alta es peor (mayor NIHSS) luego no hay diferencias entre los dos grupos en el pronóstico a los tres meses.

DIFERENCIAS EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS SEGÚN EL DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA EN LA PROVINCIA DE ALICANTE

Barredo Benítez, P. [1]; López Hernández, N. [1]; Díaz Urrea, C. [1]; Corona González, D. [1]; González Fernández, L. [1]; Betancourt Gómez, L. [1]; Torres San Narciso, E. [1]; García Tercero, R.M. [1]; Gualda Heras, J. [1]; López González, F. [1]; Heras Pérez, A. [1]; García Quesada, M.Á. [2]; Cantó Navarro, L. [2]; Beltrán Blasco, I. [1]; Llorente Ayuso, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Neurología. Hospital General de Elche

Objetivos: El tratamiento endovascular en el ictus agudo supone un gran avance en el pronóstico de nuestros pacientes y un importante reto organizativo para el sistema sanitario. La provincia de Alicante comprende diez departamentos sanitarios con posibilidad de teleictus distribuidos entre dos unidades de ictus, Elche y Alicante, centralizándose en esta última la atención especializada del tratamiento endovascular de toda la provincia. El objetivo del presente trabajo es exponer la casuística de los procedimientos endovasculares realizados durante el 2015, analizando los departamentos de procedencia en busca de posibles áreas de mejora.

Material y métodos: Se han recogido los datos de los registros de paciente de las UIC del HGUA y el HGUE, incluyendo número de activaciones de código ictus, procedencia y tratamientos endovasculares realizados. Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes sometidos a este tratamiento según su departamento y se muestran las tasas en función de población y de activaciones realizadas.

Resultados: Durante 2015 se realizaron un total de 88 procedimientos endovasculares (edad media de 69 años, 60.9% hombres), lo que supone una tasa de 4,8/100.000 habitantes (máximo 9,3 en Alicante, mínimo 0,65 en Vinalopó). Los departamentos más alejados tuvieron unas tasas de 5,34 (Denia) y 3,63 (Alcoy). El número de activaciones osciló entre 229 (Alicante) y 35 (Orihuela).

Conclusión: El presente análisis muestra una clara asimetría en el acceso al tratamiento endovascular en función del departamento de procedencia. Las variables que influyen en este hecho parecen ser más de índole organizativa y activación de recursos.

UTILIDAD DE UN PROTOCOLO ESCALONADO DE MONITORIZACIÓN DEL RITMO CARDÍACO EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL ESUS

Bosque Varela, P. [1]; Expósito García, V. [2]; Vázquez Higuera, J.L. [3]; Revilla García, M.A. [1]; Rodríguez Entem, F.J. [4]; González Enríquez, S. [4]; Olalla Antolín, J.J. [4]; Palacio Portilla, E.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla

Objetivos: Evaluar la utilidad de un protocolo escalonado en la detección de fibrilación auricular (FA) en pacientes con diagnóstico de ESUS (Embolic Stroke of Unknown Source) y determinar posibles factores predictores de FA

Material y métodos: Evaluación prospectiva de la utilidad de un protocolo escalonado de monitorización cardíaca para la detección de FA en pacientes con ESUS, mediante holter 24 horas seguido de monitorización externa prolongada si no se detecta FA y finalmente registrador implantable subcutáneo si no se detectó FA. Se analizó la presencia de factores predictores de FA mediante el uso de t-Student y chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes con diagnóstico de ESUS (edad media 65,32 años, 57% varones), detectándose FA en el 35% de los casos (holter 24 horas 4, monitorización externa prolongada 16, registrador implantable 9) Los factores predictores de FA fueron la edad más avanzada (p=0,031), HTA (p=0,009), arteriopatía periférica (p=0.022), puntuaciones elevadas en las escalas de riesgo (CHADS-2; p=0,043, CHA2DS2-VASc; p=0,009) y la presencia de respuestas repetitivas auriculares (p=0,042).

Conclusión: El uso de protocolos escalonados de monitorización cardíaca permite detectar FA en aproximadamente 1 de cada 3 pacientes con ESUS, evitando en un 24% la implantación de registradores subcutáneos. Variables como la edad, la HTA, la arteriopatía periférica, el uso de escalas de riesgo o la presencia de respuestas repetitivas auriculares pueden ser factores predictores de FA.

LA PUNTUACIÓN ASPECTS EN TC INICIAL EN ICTUS AGUDO. HERRAMIENTA FIABLE SÓLO PARA OBSERVADORES ENTRENADOS

Calle de Miguel, C.A. [1]; Alonso de Leciñana Cases, M. [1]; Frutos Martínez, R. [2]; Álvarez Muelas, A. [2]; Marín Aguilera, B. [2]; Fernández Rodríguez, L. [2]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Martinez Sanchez, P. [1]; Báez Martínez, E.M. [1]; Ruiz Ares, G. [1]; Diez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Evaluar la concordancia interobservador en la puntuación ASPECTS en TC craneal basal en ictus isquémico agudo y su modificación con entrenamiento específico, así como la correlación con la lesión final en TC control, para contribuir a establecer su utilidad como predictor pronóstico.

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de TC craneal de pacientes con ictus isquémico agudo. Dos neurorradiólogos expertos, un médico residente de neurología y un médico residente de radiología puntuaron, según escala ASPECTS, 28 TC antes de realizar un entrenamiento específico y otros 28 después del mismo. Un neurólogo vascular cuantificó la lesión en TC craneal a las 24 horas mediante la escala ASPECTS. Se realizó un análisis de fiabilidad evaluando la concordancia interobservador mediante el coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: La concordancia entre neurorradiólogos fue alta: 0.86; 95%IC: 0.68-0.94, pero fue baja entre los médicos residentes: 0.53; 95% IC: 0.084-0.79 y entre el neurorradiólogo y el médico residente de radiología: 0.58; 95% IC: 0.11-0.80, o de neurología: 0.53; 95% IC: 0.004-0.79. Tras entrenamiento la concordancia entre los médicos residentes fue 0.73; 95% IC: 0.28-0.88, entre el neurorradiólogo y el médico residente de radiología: 0.80; 95% IC: 0.51-0.92) y con el médico residente de neurología:0.84; 95% IC: 0.65-0.93. La puntuación ASPECTS en TC inicial tras entrenamiento mostró una buena correlación con el ASPECTS en TC evolutivo (0.88; p< 0.001).

Conclusión: La fiabilidad de la puntuación ASPECTS es baja entre observadores no entrenados, pero es adecuada tras entrenamiento. En este caso la puntuación ASPECTS en TC inicial se correlaciona bien con la de TC evolutivo.

FIABILIDAD DEL COAGULÓMETRO PORTÁTIL (COAGUCHEK®) EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO CANDIDATO A TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN

Guisado Alonso, D.; Fayos Vidal, F.; Camps Renom, P.; Prats Sánchez, L.; Marin Bueno, R.; Martínez Domeño, A.; Delgado Mederos, R.; Martí Fàbregas, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La fibrinólisis endovenosa es eficaz como tratamiento en el ictus isquémico agudo y su eficacia depende de la rapidez en su administración. Para evitar complicaciones hemorrágicas deben excluirse algunas contraindicaciones, como INR>=1.7. Nuestro objetivo es determinar la fiabilidad de la obtención del INR mediante el test rápido CoaguChek® (INRc) en el código ictus frente a al resultado de laboratorio (INRlab).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con ictus isquémicos tratados con fibrinólisis endovenosa(<4.5h) en nuestro centro entre 2011-2014, con un primer INRc, confirmación con INRlab y neuroimagen de control. No se incluyeron pacientes con contraindicación para fibrinólisis. Se comparó INRc e INRlab mediante T-Student y se realizó análisis ROC.

Resultados: Analizamos 210 pacientes de 74.3±11.5 años, 50.5% varones, 8.6% tomaban anticoagulantes orales, 9% de trombectomías mecánica de rescate. La mediana del INRlab e INRc fue 1,02(RI:0.96-1.08) y 1(RI:1-1.1) respectivamente. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en valor en INR entre ambas técnicas (t=-0,23; p=0,82). En análisis por subgrupos: para INRlab<1.2 ambas técnicas fueron concordantes (t=-1.40; p=0.16) mientras que para INRlab>1.2 CoaguChek® infraestimó el INR con una diferencia media de INRlab-INRc=0.06 estadísticamente significativa (t=2.82; p=0.01). Para determinar los pacientes con INRlab>=1.7 mediante INRc, se realizó análisis ROC obteniendo un área=0.997 y un punto de corte para INRc>=1.6 con sensibilidad=100% y especificidad=98.97%.

Conclusión: El coagulómetro portátil CoaguChek® es una herramienta fiable y útil en el código ictus. Para detectar un INR que contraindique fibrinólisis endovenosa (INRlab>=1.7) mediante CoaguChek, el mejor umbral es INRc>=1,6 a partir del cual se recomendaría contrastar el resultado.

Enfermedades Cerebrovasculares II

ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDAD: POSIBLE NEXO ENTRE MIGRAÑA, FOP E ICTUS. DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Martínez Sánchez, P. [1]; Lago Martín, A. [2]; García Pastor, A. [3]; Martínez Zabaleta, M.T. [4]; Alonso de Leciñana Cases, M. [1]; González Mingot, C. [5]; Mangas Guijarro, M.D.L.Á. [1]; Ortega Casarrubios, M.D.L.Á. [6]; Dahl Cruz, F. [1]; Martí Fàbregas, J. [7]; Fernández Domínguez, J. [8]; Palao Duarte, S. [9]; Gabaldón Torres, L. [10]; Prefasi Gomar, D. [1]; Oyanguren Rodeño, B. [11]; Díaz Otero, F. [12]; González López, F. [4]; Purroy Garcia, F. [5]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Delgado Mederos, R. [7]; Gil Nuñez, A. [12]; Díez González, N. [4]; Díez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 4. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 7. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 8. Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias; 9. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 10. Servicio de Neurología. Hospital de Denia; 11. Servicio de Neurología. Hospital de Torrejon; 12. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Analizar la frecuencia de trombofilia congénita o adquirida en los pacientes <55 años con ictus isquémico en función de la presencia de migraña, así como el diagnóstico de cortocircuito derecha-izquierda (CDI) mediante monitorización Doppler-trancraneal en función del antecedente de migraña y de trombofilia.

Material y métodos: estudio multicéntrico, observacional de una cohorte de pacientes <55 años con un primer ictus isquémico ingresados en una Unidad de Ictus. Variables: datos demográficos, factores de riesgo vascular, migraña con aura (MA) o sin aura (M0) previa al ictus, estudio de hipercoagulabilidad, presencia de CDI y aneurisma del septo auricular (ASA), seguimiento a los 3 meses. La muestra se ha dividido en dos grupos, según presenten o no antecedente de migraña.

Resultados: 457 pacientes reclutados, 433 con diagnóstico definitivo de ictus. Edad media: 44,1+/-8,6 años, 57% hombres. El 24,2% era migrañosos, el 10,8% tenía MA y el 13,4% M0. La frecuencia de trombofilia en migrañosos fue 29,5% y en no-migrañosos 23% (P=0,182). Los migrañosos presentaron con más frecuencia trombofilias mayores congénitas (FV leiden, déficit de proteína C o S, mutación G20210A del gen de la protrombina y déficit de AT III) (15,2% vs. 8,3%, P=0,044). La migraña se asoció a CDI (39,6% vs. 22,8%, P=0,001). La asociación Trombofilia+CDI fue más frecuente en migrañosos (10,8% vs. 4,8%, P=0,032).

Conclusión: El diagnóstico de trombofilia mayor congénita, así como de la asociación trombofilia+CDI, se relaciona con la migraña en el grupo de pacientes menores de 55 años con ictus isquémico.

FIBRILACIÓN AURICULAR E ICTUS: LA NECESIDAD DE MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Álvarez Álvarez, M. [1]; López Mesonero, L. [1]; Martínez Velasco, E. [2]; Redondo Robles, L. [1]; Cortijo Garcia, E. [2]; Arenillas Lara, J.F. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la cardiopatía embolígena más frecuente y los ictus por FA tienen peor pronóstico. Nuestro objetivo fue estudiar características de pacientes atendiendo al momento diagnóstico de la FA (previo o posterior al ictus)

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva del Registro Nacional de Ictus de la Sociedad Española de Neurología (RENISEN) de pacientes consecutivos con ictus y FA ingresados en la Unidad de Ictus del Hospital Clínico de Valladolid y en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Salamanca entre Enero 2010 y Junio 2016. Clasificamos en tres grupos según el diagnóstico de la FA fuese conocido antes del ictus, se realizase durante el ingreso, o diferido en consultas externas

Resultados: 632 pacientes (312 en Valladolid y 320 en Salamanca). 50% mujeres en ambas poblaciones. Edad media: 77,5 Valladolid; 80 Salamanca. El diagnóstico de FA en la Unidad de Ictus en Valladolid fue de 134 pacientes (43%), y en Salamanca de 109 (35%). En Valladolid 47 pacientes (15%) fueron diagnosticados en consulta mediante Holter implantable, herramienta diagnóstica no utilizada en Salamanca. Respecto a las FA conocidas (fallo en prevención primaria) en Valladolid se encontraron 131 pacientes (42%) mientras que en Salamanca 211 (65%); de este subgrupo, en Valladolid 32 (10%) no tenían tratamiento preventivo y en Salamanca 71(22 %).

Conclusión: El porcentaje de fallo en prevención primaria del ictus cardioembólico continúa siendo muy elevado. El mayor porcentaje de detección de FA se realiza mediante la monitorización cardíaca (en Unidad de ictus y con Holter implantable).

ASPECTS (ALBERTA STROKE PROGRAM EARLY CT SCORE) EN EL DÍA A DÍA DE LOS NEURÓLOGOS: VALORACIÓN DE CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Luque Buzo, E.; Iglesias Mohedano, A.; García Pastor, A.; Redondo Ráfales, N.; Vales Montero, M.; Chavarría Cano, B.; Díaz Otero, F.; Vazquez Alen, P.; Fernández Bullido, Y.; Gil Nuñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Analizar la concordancia interobservador entre neurólogos que realizan guardias de neurología en un hospital terciario y un observador experto (neurorradiólogo) en la valoración de la escala ASPECTS en pacientes con ictus agudo. Valorar si existe mejoría de la concordancia tras un entrenamiento específico.

Material y métodos: Seleccionamos 16 TC craneales simples de pacientes con ictus agudo de circulación anterior. Analizamos la concordancia en la valoración del ASPECTS entre 19 neurólogos y un neurorradiólogo experto. Tras un entrenamiento específico, se realizó un segundo análisis de concordancia.

Resultados: La concordancia entre los neurólogos fue "muy buena" antes y después del entrenamiento (coeficiente de correlación intraclase, CCI = 0.903 y 0.975 respectivamente). Comparado con el neurorradiólogo, un 37.5% de los neurólogos obtuvo una concordancia "buena" (CCI 0.71-0.90), mientras que un 43.7% obtuvo una concordancia "mediocre o mala" (CCI< 0.50). Tras el entrenamiento se obtuvo una concordancia "buena" en el 57.8% y "mediocre/mala" en sólo un 10.5%. El 78.6% de los neurólogos mejoraron su concordancia tras el entrenamiento. Dicotomizando la puntuación ASPECTS en > o <6, la concordancia fue "moderada" (kappa 0.41-0.60) en el 63.1% y "débil-pobre" (kappa<0.40) hasta en el 31.6% comparando con el neurorradiólogo.

Conclusión: La concordancia en la valoración del ASPECTS entre neurólogos y el "gold-standard" (el neurorradiólogo) es modesta aunque mejora sensiblemente tras un entrenamiento específico. La capacidad de los neurólogos de discriminar entre

ASPECTS < o >6 tampoco resultó satisfactoria. Nuestros resultados pueden tener relevancia en la correcta selección de pacientes con ictus agudo para tratamiento endovascular.

UTILIDAD DEL HOLTER WEARABLE PARA LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Pagola Pérez de la Blanca, J. [1]; Usero, M. [2]; Juega, J. [3]; Cortijo, E. [2]; Arenillas, J. [2]; Escudero, I. [4]; Moniche, F. [4]; de Torres, R. [5]; Sanchis, M. [3]; Muchada, M. [1]; Rubiera del Fueyo, M. [3]; Boned, S. [3]; Rodriguez, N. [3]; Rodriguez-Luna, D. [1]; Ribó Jacobi, M. [3]; Montiel, E. [1]; Sanjuan, E. [1]; Molina Cateriano, C. [3]

1. Unitat Ictus i Hemodinàmica cerebral. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 5. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Se recomienda 30 días de monitorización prolongada para la detección de fibrilación auricular (FA) en el ictus de origen indeterminado (ESUS). Pretendemos evaluar la capacidad del Holter Wearable (HW) para la monitorización temprana y precoz del ESUS.

Material y métodos: Evaluamos pacientes incluidos en el Registro Multicentrico Prospectivo Crypto-FA (PI15/02265). La monitorización comenzó dentro de las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas y se prolongó durante 4 semanas. Comparamos la tasa de detección de FA con una cohorte retrospectiva (CR) de pacientes monitorizados las primeras 72h con telemetria y posterior Holter de 1 semana. Evaluamos el cumplimiento del paciente y el tiempo de analisis efectivo que tuvo el HW con diferentes prendas Wearable (peto y banda).

Resultados: Se evaluaron 150 pacientes entre ambos grupos: 75 pacientes en el grupo HW y 75 en el grupo CR. El grupo HW detecto un porcentaje mayor de FA: 21.1% (16/76) Vs. grupo CR 9.2% (7/76) (p=0.042). El retraso desde el inicio de la monitorización fue mayor en el grupo CR 11.5 dias (RIQ 5-21) Vs. grupo HW 1 dia (RIQ 1-2) (p<0.001). El porcentaje de detección entre los 3 días y las 2 semanas fue mayor en el grupo HW 88.9% Vs. grupo CR 11.1%. La confortabilidad de la prenda fue similar aunque el tiempo de análisis mayor con el peto 465.5 (439.75-506) Vs. (394 minutos (258-500) (p=0.017).

Conclusión: La monitorización temprana (0-72h) y continua 30 días mediante Holter Wearable detectó un porcentaje elevado de FA en el ESUS.

UTILIDAD DEL DÚPLEX TRANSCRANEAL EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS AGUDO

Martín Gómez, M.Á.; Iglesias Mohedano, A.M.; García Pastor, A.; Sobrino García, P.; Díaz Otero, F.; Vázquez Alen, P.; Valés Montero, M.; Salgado Cámara, P.; Simón Campo, P.; Fernández Bullido, Y.; Villanueva Osorio, J.A.; Gil Núñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Analizar la utilidad del dúplex transcraneal (DTC) para la detección de oclusiones arteriales susceptibles de tratamiento endovascular (OASTE) en pacientes con ictus agudo

Material y métodos: Se evaluaron los pacientes con ictus agudo y criterios de tratamiento endovascular atendidos en nuestro centro desde enero de 2011 a diciembre de 2015. Para la detección de OASTE se empleó DTC y/o angioTAC. Se compararon los resultados obtenidos con DTC, angioTAC y la combinación de ambas técnicas. La angiografía de sustracción digital (DSA) fue considerada técnica "gold-standard" para la detección de OASTE. El tiempo puerta-punción femoral fue también analizado

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes, 74 tratados previamente con trombólisis intravenosa. La técnica de imagen empleada para la indicación de tratamiento endovascular fue DTC en 28 pacientes (19.9%), angioTAC en 80 (56.7%) y ambas técnicas en 32 (22.7%). La concordancia en la detección de OASTE entre DSA y DTC, angio TAC y DTC + angioTAC fue respectivamente del 89.7%, 93.4% y 84.2%. En el análisis de regresión lineal multivariante, el tiempo puerta-punción femoral fue mayor cuando se realizaron ambas técnicas comparado con la realización únicamente de DTC o angioTAC (Beta 0.381, p< 0.002)

Conclusión: La concordancia entre DTC y DSA para la detección de OASTE es comparable a la obtenida con angioTAC. Ambas técnicas parecen ser útiles para la selección de pacientes para tratamiento endovascular. La realización combinada de DTC+ angioTC no mejora la concordancia diagnóstica y retrasa el tiempo puerta-punción femoral, por lo que no estaría justificada su realización consecutiva

ESTENOSIS INTRACRANEALES, ¿UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE?

Fernández Domínguez, J. [1]; García Rodríguez, R. [2]; Mateos, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias; 2. Servicio de Neurociencias. Centro Médico de Asturias

Objetivos: Las estenosis intracraneales (IC) tiene una mayor prevalencia en las razas asiáticas y afroamericanas. Presentamos una descripción de los pacientes con estenosis intracraneal registrados en nuestro centro.

Material y métodos: Evaluación de circulación intra y extracraneal en laboratorio de ultrasonidos. Un único ecografista con experiencia en la valoración de patología vascular. Inclusión: Mayo 2010 hasta Diciembre 2015. Estenosis confirmadas por otra prueba de imagen y/o seguimiento.

Resultados: 55 pacientes con patología intra/extracraneal, 52 patología IC (34%): 69% varones, edad media 70,13 +/-14,8 años. Diagnósticos previos: 48% HTA, 27% DM, 38% DL. 24% fumadores. 15% patología TSA adicional y 6% más de una estenosisIC. 60% sintomáticas: afectación ACM (53%). 35% estaban tratados con estatinas previamente. Etiología: 77% arteriosclerosis, 15% trombo evanescente. Tratamiento: médico 92%. Seguimiento: 10% fallecidos. 15% complicaciones cerebrovasculares. Estenosis sintomáticas: más jóvenes (65,97 +/- 16,2 vs 76,29 +/- 9,9 años; p=0,006), hombres (69% vs 37,5%, p=0,030), menos antecedentes de ictus (9,7% vs 38,1%, p=0,014), menos estenosis TSA previa (22,2% vs 67,4%, p=0,022), más fumadores (90,9% vs 48%; p=0,015), menor uso de antiagregantes plaquetarios (73,3% vs 40,9%; p =0,019); no se encontraron diferencias entre IC sintomática y asintomática para otros FRV (HTA, DM, DL), tratamientos previos (estatinas/ARA2, IECAs) ni complicaciones en la evolución.

Conclusión: La existencia de patología intracraneal en población caucásica en nuestro centro alcanza hasta el 30% de los pacientes con patología vascular. No se han encontrado diferencias en la evolución entre pacientes con patología IC sintomática y asintomática. Estudios más amplios deberán clarificar estos resultados.

IMPACTO DE LA REALIZACIÓN DE ECOCARDIOSCOPIA POR PARTE DEL NEURÓLOGO VASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE CAUSA INDETERMINADA

Llull Estrany, L. [1]; González-Ribelles, E. [1]; Borrego, S. [1]; Amaro Delgado, S. [2]; Vidal, B. [3]; Renu, A. [1]; Rudilosso, S. [1]; Urra, X. [1]; Obach, V. [1]; Chamorro Sánchez, Á. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico; 3. Servicio de Cardiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: La ecocardiografía está indicada en el estudio de pacientes con ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) de origen indeterminado. Determinar el impacto en la estancia hospitalaria y en el cambio de categoría etiológica del ictus de la realización de una ecocardioscopia por parte del neurólogo vascular en pacientes con ictus isquémico agudo de origen indeterminado.

Material y métodos: Se comparan dos cohortes de pacientes con diagnóstico de ictus isquémico y AIT de causa indeterminada: 1) Cohorte retrospectiva: pacientes a los que se les realizó una ecografía transtorácica (ETT) en el servicio de cardiología (Septiembre 2014-Marzo 2015); 2) Cohorte prospectiva de pacientes a los que se les ha practicado una ecocardioscopia por un neurólogo vascular durante el mismo periodo del año siguiente. Se recogieron la estancia hospitalaria, los días de espera para la realización de la prueba y los cambios en el diagnóstico etiológico.

Resultados: Se practicaron un total de 118 exploraciones: 25 ETT (cohorte retrospectiva), 93 ecocardioscopia (cohorte prospectiva). El tiempo (días) desde la solicitud hasta la realización del estudio fue de [mediana (RIQ)] 3 (2-7) en los ETT y de 0 (0-1) en las ecocardioscopias ($p<0.001$). La estancia media hospitalaria fue de 9 (6-13) días en los primeros y de 5 (3-7) en los segundos ($p<0.001$). El cambio en la categoría etiológica no fue diferente entre ambos grupos.

Conclusión: En nuestra serie, la realización de una ecocardioscopia por un neurólogo vascular es útil para reducir la estancia hospitalaria con un impacto en el diagnóstico etiológico similar al de la ETT.

RELEVANCIA DEL ANGIO TC EN FASE HIPERAGUDA DEL ICTUS Y COMPARACIÓN CON ETE EN EL DIAGNÓSTICO DE ATEROMATOSIS AÓRTICA COMPLICADA

Juega Mariño, J.M. [1]; Pagola Perez de la Blanca, J. [1]; Parra Fariñas, C. [2]; Seró Ballesteros, L. [1]; Rubiera Del Fueyo, M. [1]; Ribo Jacobi, M. [1]; Boned Riera, S. [1]; Rodriguez Luna, D. [1]; Muchada Lopez, M. [1]; Rodriguez Villatoro, N. [1]; Coscojuela Santaliestra, P. [3]; Sanchis Marin, M. [1]; Labandeira Guerra, C. [4]; Campos Costa, E. [5]; Sanjuan Menendez, E. [1]; Montiel, E. [2]; Tomasello Weitz, A. [3]; Molina Cateriano, C.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 5. Servicio de Neurología. Hospital Garcia de Orta

Objetivos: La ateromatosis aórtica complicada (AAC) es una causa de ESUS (Embolic strokes of undetermined source). Las placas ulceradas y los trombos móviles asociados aumentan el riesgo de recidiva del ictus. Analizamos la utilidad de AngioTC en fase hiperaguda del ictus en comparación con ecografía transesofágica (ETE) subaguda.

Material y métodos: Análisis prospectivo con Angio TC en fase hiperaguda (menos de 8 horas), valorando el tamaño, localización y características (calcificada, fibrolipídica-mixta y ulcerada) de placa aórtica. Se excluyeron las fuentes cardioembólicas mayores (CE): FEVI severamente deprimida y acinesia apical, valvulopatias severas, FA o flutter. Un subgrupo requirió Ecografia transesofágica (ETE) para el estudio pormenorizado de úlceras y componentes móviles asociados.

Resultados: Estudiamos a 171 pacientes, de los que 117 no presentaron patología CE mayor (no CE): 41 mostraron AAC (35%) con asociación respecto a la edad (p 0,016), la DM (p0,028), la HTA (p 0,009), la presencia de estenosis intracraneal y el patrón de infartos múltiples en neuroimagen (0,020). En 38 pacientes que se realizó ETE, se objetiva una relación entre AAC mixta y úlceras en AAC proximal (p 0,06) y AAC distal (p 0,026). Y entre las AAC proximal fibrolipídica y los elementos móviles (p 0,007).

Conclusión: El 35% de ESUS padece AAC asociada a factores de riesgo vascular, infartos múltiples y estenosis intracraneal. El l Angio TC permite screening AAC y selección de pacientes con placas a riesgo de embolización.

CASI-OCLUSIÓN CAROTÍDEA SINTOMÁTICA: RESULTADOS BASALES Y RECURRENCIAS A 90 DÍAS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO NACIONAL (ESTUDIO CAOS)

García Pastor, A. [1]; Ramírez Moreno, J.M. [2]; Moniche, F. [3]; González Nafría, N. [4]; Tejada, J. [4]; Portilla Cuenca, J.C. [5]; Martínez Sánchez, P. [6]; Fuentes Gimeno, B. [6]; Gamero García, M.Á. [7]; Alonso de Leciñana Cases, M. [8]; Cánovas Verge, D. [9]; Aladro, Y. [10]; Parkhutik, V. [11]; Lago Martín, A. [11]; de Arce Borda, A.M. [12]; Pampliega, A. [13]; Ximenez Carrillo, Á. [14]; Delgado Mederos, R. [15]; Bártulos Iglesias, M. [16]; Gil Núñez, A. [1]

1. Neurología, Unidad de Ictus. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 3. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 4. Servicio de Neurología. Hospital de León; 5. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 7. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 8. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 9. Servicio de Neurología. Hospital de Sabadell; 10. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 12. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 13. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 14. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 15. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 16. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: El manejo de la casi-oclusión carotídea sintomática (COCS) es controvertido y el riesgo de recurrencias desconocido. Nuestro objetivo es describir las características basales y recurrencia a 90 días de pacientes con COCS.

Material y métodos: Registro prospectivo, observacional, multicéntrico, nacional. Se incluyeron pacientes con COCS confirmada por arteriografía convencional. Se recogió información sobre características basales, modalidades de tratamiento y recurrencia a 90 días (definida como ictus isquémico o ataque isquémico transitorio (AIT) ipsilaterales a la COCS).

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes procedentes de 16 hospitales españoles. 113 varones (86.7%), edad media 68.8 (DE: 9.1) años. La manifestación clínica más habitual fue el ictus isquémico o AIT ipsilateral (119; 90.8%), 12 pacientes (9.2%) refirieron síntomas retinianos. El 62.6% presentaron lesiones isquémicas agudas y el 35.9% lesiones crónicas en neuroimagen. La concordancia entre la arteriografía convencional y la ultrasonografía, AngioTC y angioRM fue del 39.6%, 70% y 57.2% respectivamente. 76 pacientes (58%) recibieron tratamiento médico. En 55 casos se realizó revascularización (angioplastia carotídea+stent en 39, endarterectomía en 16). La tasa de revascularización completa fue del 74.5%. 5 pacientes (9.1%) sufrieron un ictus/AIT periprocedimiento. La tasa global de recurrencias a 90 días fue 9.2% (95% IC, 4.2-14.2), la tasa de recurrencia en el grupo de tratamiento médico fue 9.2% (95% IC, 2.6-15.8) y 9.1% (95% IC,1.3-16.9) en el grupo de revascularización, log rank p=0.985.

Conclusión: La tasa de recurrencia a 90 días en nuestro registro fue del 9.2%. La revascularización se asoció a una tasa elevada de ictus/AIT periprocedimiento y no redujo el riesgo de recurrencias.

LA TROPONINA T PREDICE LA ETIOLOGÍAS CARDIOEMBÓLICA Y MORBIMORTALIDAD A LOS 3 MESES EN PACIENTE CON AIT E ICTUS ISQUÉMICO INDETERMINADO

Terceño Izaga, M. [1]; Silva Blas, Y. [1]; Pardo Albiñana, L. [2]; Reina Garrido, M. [2]; Buxó Pujolràs, M. [1]; Serena Leal, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Neurociencias. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: El valor elevado de la troponina T (TnT) ha sido utilizado en diversos trabajos como factor predictor de mortalidad en pacientes con infarto cerebral (IC) y accidente isquémico transitorio (AIT). Nuestro objetivo es estudiar si la determinación de la TnT en la fase hiperaguda en pacientes con IC o AIT indeterminados, predice la fuente cardioembólica y el estado funcional a los 3 meses.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva 110 pacientes con AIT/IC indeterminado. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo, estudio etiológico y Rankin (mRs) a los 3 meses. Se excluyeron pacientes con causa cardioembólica conocida previo a su ingreso y la aterotrombótica tras estudio etiológico. Según la etiología final, se crearon 2 grupos, el grupo A (etiología cardioembólica) y el grupo B (lacunar, indeterminada y criptogénica).

Resultados: Pacientes del grupo A (n=52) tenían de forma estadísticamente significativa, mayor edad (52 vs 64, p: 0.0061), eran menos fumadores (9.80 vs 31.03% p: 0.019), tenían menor filtrado glomerular (74.05 vs 86.29 mL/min, p: 0.0047), mayor frecuencia de TnT positivas (61.54 vs 17.24 %, p<0.001) y mayor mortalidad a los 3 meses (14.29 vs 1.82%, p: 0.025). Los pacientes con TnT positivas eran menos independientes (mRs 0-2) a los 3 meses (47.5 vs 89.4%, p<0.001). En el análisis multivariado la positividad de la TnT fue la única variable que se mantuvo con asociación estadística para predecir la causa cardioembólica (p<0.001, OR: 15.98).

Conclusión: La TnT en la fase hiperguda es útil para predecir la etiología y pronóstico en pacientes con ictus/AIT indeterminados.

ICTUS EMBÓLICO DE ORIGEN DESCONOCIDO (ESUS): RIESGO DE RECURRENCIA Y FUENTE CARDIOEMBÓLICA EN EL SEGUIMIENTO

de la Riva Juez, P. [1]; Zubikarai Iturralde, M. [2]; Sarasqueta Eizaguirre, C. [3]; Muñoz Lopetegui, A. [1]; Tainta Cuezva, M. [1]; Andres Marin, N. [1]; Díez Gonzalez, N. [1]; González López, F. [1]; de Arce Borda, A.M. [1]; Martínez Zabaleta, M.T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 2. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco; 3. Instituto Biodonostia. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Describir la frecuencia y características de los ictus que cumplen los criterios de ESUS. Calcular el riesgo de recurrencia de ictus y de objetivar una fuente cardioembólica mayor en el seguimiento e identificar sus factores predictores.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con ictus isquémico entre 2012 y 2014. Seguimiento de los pacientes con ESUS hasta marzo 2016. Análisis estadístico descriptivo habitual y de riesgo mediante Kaplan Meier con la estimación de 1 menos la probabilidad de estar libre de evento, comparación mediante el test log-rank y análisis multivariado mediante modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: El 8.3 % de los ictus isquémicos, 113, cumplieron los criterios de ESUS. Fueron más jóvenes, tenían menos factores de riesgo cardiovascular y sufrieron ictus más leves que el resto de ictus. El seguimiento fue de 232.5 personas-año. El riesgo de recurrencia de ictus fue de 8.4, 10.8 y 15% a 12, 24 y 36 meses y se asoció a ser mayor de 65 años (p=0.039) y a un mayor índice colesterol total/HDL-colesterol (p=0.002). La probabilidad de identificación de una fuente cardioembólica mayor fue 6.7, 7.8 y 13.6% a 12, 24 y 36 meses y se asoció a ser mujer (p=0.027).

Conclusión: Los pacientes con ESUS mayores de 65 años y con índice col total/HDL-col más elevado podrían tener más riesgo de recurrencia de ictus y las mujeres más probabilidad de objetivar fuente cardioembólica en el seguimiento. Estos subgrupos serían candidatos para modificar las estrategias en profilaxis secundaria de ictus o en screening de fuente cardioembólica.

VALIDACIÓN EXTERNA DE LA ESCALA A2DS2 PARA PREDECIR LA INFECCIÓN RESPIRATORIA ASOCIADA AL ICTUS

Ramírez Moreno, J.M. [1]; Martínez Acevedo, M. [1]; Cordova, R. [1]; Deberino, D. [1]; Muñoz Vega, P.J. [1]; Roa Montero, A. [2]; Constantino Silva, A.B. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Neurología. Unidad de Ictus. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivos: La neumonía asociada al ictus es una complicación relacionada con mal pronóstico. La escala A2DS2se ha desarrollado recientemente por un grupo alemán para predecir la neumonía intrahospitalaria tras un ictus agudo. Realizamos una validación externa de estas escalas en una serie consecutiva de pacientes ingresados por ictus en nuestro centro.

Material y métodos: El modelo pronóstico se realiza sobre una muestra de 340 sujetos consecutivos ingresados por ictus en 2015. La discriminación se evaluó mediante el cálculo del área bajo la curva de eficacia diagnóstica (curva ROC). La calibración se evaluó mediante la realización del test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow y la representación gráfica de la curva. Se realiza una análisis de regresión logística para determinar los predictores independientes de infección respiratoria después del ictus.

Resultados: La muestra final evaluada fue de 285 sujetos, entre los cuales, 45 pacientes (15,8%) tuvieron infección respiratoria tras el ictus según los criterios establecidos. La edad media de los pacientes fue de 71.01(DS 12,62) años. Setenta y dos pacientes (25,3%) tenían síntomas o signos de disfagia, 42 (14,7%) tenían fibrilación auricular, y la mediana de la puntuación NIHSS fue de 4 puntos. El ABCROC fue 0,870 (IC95% 0,781- 0,958; p < 0,001), con buena calibración (Cox y Snell R2 = 0,255).

Conclusión: La puntuación alta en la escala A2DS2 es un fuerte predictor de infección respiratoria asociada al ictus. Esta escala es simple de usar y realizar, siendo una herramienta prometedora para la predicción de esta complicación en la práctica habitual.

PREDICCIÓN DEL FRACASO DE CIRCULACIÓN COLATERAL DURANTE EL CLAMPAJE CAROTÍDEO INTRAOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA: MONITORIZACIÓN MEDIANTE DÚPLEX COLOR TRANSCRANEAL

Serena Leal, J. [1]; Rodriguez Cabeza, P. [2]; Alemany Perna, B. [1]; Reina Garrido, M. [1]; Pardo Albiñana, L. [1]; Blasco Solà, G. [3]; Puig Alcántara, J. [3]; Andrés Navarro, O. [2]; Terceño Izaga, M. [1]; Silva Blas, Y. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Cirugía Vascular. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Servicio de IDI-Neurorradiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: En la endarterectomía carotídea (EC) suele utilizarse la diferencia en la presión intraarterial en arteria carótida interna (PI-ACI) pre- y post-clampaje de arteria carótida común (ACC) como marcador de mala perfusión cerebral e indicación de shunt

carotídeo. Analizamos la correlación entre la caída de PI-ACI y los patrones de circulación colateral (CC) evaluados mediante dúplex transcraneal codificado en color (DTCC).

Material y métodos: 100 pacientes consecutivos sometidos a EC. Estudio DTCC preoperatorio e intraoperatorio. Medición invasiva de PI-ACI y PI-ACC pre-clampaje y post-clampaje de ACC. Análisis entre porcentaje de caída de PI-ACI post-clampaje y parámetros DTCC (CC, velocidad media [Vm], VSM/VDF, e IP) en seis tiempos: preclampaje, 1 y 10 minutos post-clampaje, shunt, desclampaje inmediato y 10 minutos post-desclampaje.

Resultados: Un 59,5% de pacientes presentaban CC ipsilateral. La correlación entre presiones sistólicas invasivas pre y postclampaje en ACC y ACI y la Vm-ACM fue débil (r-Spearman 0.32-0.42). El clampaje arterial supuso una caída de Vm-ACM (39,1+/-13,4 vs. 26,3+/-15.0 cm/s), recuperado parcialmente en 10' (33,2+/-15,4), mejorando con shunt sin alcanzar niveles basales (32,0+/-11.1 cm/s). La caída de Vm-ACM tras clampaje se correlacionó con el patrón de CC anterior (Vm-ACM en pacientes sin CC vs. con-CC: 40.7±25.7 vs. 4.9±43.2; p< 0.001), sin asociarse con CC posterior o contralateral.

Conclusión: La medición de PI-ACI y PI-ACC no refleja adecuadamente la situación hemodinámica intracraneal. Existe una excelente correlación entre el patrón de CC estudiado mediante DTCC preclampaje y Vm-ACM ipsilateral postclampaje. El estudio DTCC preoperatorio e idealmente intraoperatotio debería ser rutinario en el manejo de pacientes sometidos a endarterectomía.

LA METABOLÓMICA PREDICE LAS CARACTERÍSTICAS DE NEUROIMAGEN DE LOS PACIENTES CON ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Mauri Capdevila, G. [1]; Cambray Carner, S. [2]; Jové Font, M. [2]; Sanahuja Montesinos, J. [1]; Farré, J. [3]; Benabdelhak, I. [1]; Molina Seguin, J. [1]; Colàs Compàs, L. [2]; Begué, R. [4]; Gil, M.I. [4]; Pamplona, R. [2]; Portero Otín, M. [2]; Purroy García, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Neurociencias. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida; 3. Laboratorio Clínico. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 4. Institut de Diagnòstic per la Imatge. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: La neuroimagen es una técnica esencial para el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT). Los estudios de resonancia potenciada en difusión (DF) son los más sensibles para la detección de isquemia cerebral. El descubrimiento de biomarcadores plasmáticos relacionados con los hallazgos de neuroimagen resulta de gran interés puesto que los estudios de DF no están siempre disponibles en todos los centros hospitalarios.

Material y métodos: El análisis metabolómico se llevó a cabo mediante cromatografía líquida asociada a espectrometría de masas para obtener patrones metabolómicos de los pacientes con restricciones en DF (resultado positivo), los patrones de DF y de los volúmenes de las lesiones isquémicas agudas. Esta metodología se aplicó a una cohorte inicial de 129 pacientes. Los resultados fueron validados en una segunda cohorte independiente de 152 pacientes.

Resultados: 115 (40,9%) pacientes tuvieron una DF positiva. El patrón más frecuente fue la lesión isquémica fragmentada en un territorio arterial (35,7%). El volumen medio de las lesiones isquémicas agudas fue de 0,33 (0,15-1,90) cm3. Se identificaron perfiles metabolómicos específicos en ambas cohortes para DF positiva (11 moléculas incluyendo creatinina, treoninil-treonina, n-acetil-glucosamina, ácido lisofosfatídico y moléculas relacionadas con colesterol) y volumen de lesión isquémica (10 moléculas incluyendo lisofosfatidilcolina, hipoxantina/treonato, y leucinas). Lisofosfolípidos y creatinina diferenciaron el patrón subcortical de otros patrones de DF.

Conclusión: Se identificaron perfiles metabolómicos específicos asociados a características de neuroimagen en pacientes con AIT. Estos hallazgos podrían permitir el desarrollo de biomarcadores plasmáticos relacionados con lesiones isquémicas agudas y patrones específicos de isquemia aguda.

ESTUDIO DE MICRORNAS CIRCULANTES COMO NUEVOS BIOMARCADORES DE PROGRESIÓN DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA ASINTOMÁTICA

Dolz Giménez, S. [1]; Górriz, D. [2]; Tembl, J.I. [2]; Sánchez, D. [3]; Fortea, G. [2]; Parkhutik, V. [2]; Lago, A. [2]

1. Grupo de Investigación en Trombosis, Biología Vascular y Hemostasia. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Unidad de Genómica. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe

Objetivos: Investigar los perfiles de expresión de microRNAs (miRNAs) de exosomas circulantes en plasma de pacientes con estenosis carotídea asintomática (ECA), con el fin de estudiar su posible asociación con la progresión de la estenosis carotídea (EC).

Material y métodos: Se incluyeron 60 pacientes con ECA >50%. La medida de EC se realizó con ecografía Doppler, cada 6 meses, durante 2 años. Los pacientes se clasificaron en: pacientes con progresión (cuando la EC se incrementó de >50% a 70% o de >70% hasta la oclusión) y sin progresión. El aislamiento de exosomas y extracción del RNA se realizó con el kit exoRneasy Serum/Plasma Maxi (Qiagen). El análisis de expresión de miRNAs se realizó con microarrays GeneChip miRNA 4.0 (Affymetrix). Los datos se analizaron con Transcriptome Analysis Console y Partek Genomics Suite. Los miRNAs diferentemente expresados se validaron por qPCR.

Resultados: La progresión de ECA se asoció con el desarrollo de ictus isquémico. El análisis de los microarrays identificó un perfil de 59 miRNAs que mostró una expresión diferencial en los pacientes con progresión de ECA (FC>1.5, p<0.05). Los miR-199b-3p, miR-27b-3p, miR-130a-3p, miR-221-3p y miR-24-3p presentaron unos niveles de expresión significativamente superiores en los pacientes con progresión de ECA tras su validación por qPCR.

Conclusión: La progresión de ECA se asocia con el desarrollo posterior de ictus isquémico. La expresión de los miRNAs de exosomas circulantes varía según la progresión de EC. Los perfiles de miRNAs podrían representar nuevos biomarcadores subclínicos de progresión de ECA, contribuyendo al planteamiento de estrategias quirúrgico-terapéuticas preventivas de ictus.

Enfermedades Cerebrovasculares III

UTILIDAD DE LA DIFUSIÓN-PERFUSIÓN POR RM EN LA PREDICCIÓN DEL EDEMA PERIHEMATOMA EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL AGUDA

Silva Blas, Y. [1]; Terceño Izaga, M. [1]; Puig Alcantara, J. [2]; Blasco, G. [2]; Carbó, G. [2]; Cuba, V. [2]; Pedraza, S. [2]; Serena Leal, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: El volumen de la hemorragia intracerebral (HIC) es el principal predictor de mal pronóstico clínico pero la evidencia creciente sugiere que el edema perihematoma (EPH) contribuye a la lesión cerebral secundaria. Los métodos para la predicción del crecimiento EPH son insuficientes. El objetivo fue determinar

la utilidad de la difusión (DWI) y perfusión (PWI) para predecir el crecimiento EPH en pacientes con HIC

Material y métodos: Se estudiaron prospectivamente 25 pacientes con HIC primaria de < 12 horas. Se realizó RM con DWI-PWI al ingreso y 72 horas. Se midió el volumen de ICH y EPH en las imágenes de recuperación de inversión atenuada de líquido; utilizamos Olea Esfera V.3.0 para determinar el coeficiente de difusión aparente (ADC), volumen sanguíneo cerebral (CBV), flujo sanguíneo cerebral (CBF), tiempo de tránsito medio (MTT), y tiempo hasta el pico (TTP). Para medir el crecimiento del hematoma y EPH, se calculó la diferencia entre los volúmenes en la imagen basal y a las 72 horas

Resultados: el crecimiento del EPH se correlacionó con la NIHSS basal(r=0,430;p=0,036), y los valores de MTT-EPH(r=0,486;p=0,026), y ADC-EPH (r =0,632;p=0,001). No se encontraron correlaciones significativas para el crecimiento de la HIC. El análisis multivariado identificó los valores de ADC-EPH en la imagen basal como un predictor independiente de un mayor volumen EPH a las 72 horas (p=0,024).

Conclusión: la DWI puede ser útil para predecir el crecimiento del EPH en las primeras 72 horas, por lo que se debe considerar como un biomarcador de imagen potencial para guiar las estrategias terapéuticas en la HIC

MORTALIDAD PRECOZ Y TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL PRIMARIA

Serra Martínez, M.; Avellaneda Gómez, C.; Zabalza De Torres, A.; De Ceballos Cerrajería, P.; Gómez González, A.; Ois Santiago, Á.J.; Rodríguez Campello, A.M.; Cuadrado Godía, E.; Roquer, J.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: La relación entre tratamiento antiagregante y mortalidad en pacientes con hemorragia intracerebral primaria [HICp] sigue siendo controvertida. Este estudio analiza la mortalidad de los pacientes con HICp en tres diferentes periodos temporales y su relación con el pretratamiento antitrombótico (angiagregante [AG] o anticoagulante [AVK]).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 529 pacientes con HICp analizando la relación entre pretratamiento antitrombótico (ninguno, AG, o AVK) y mortalidad en: a) primeras 24 horas; b) 25 horas-30 días; c) 31-90 días.

Resultados: De los 529 pacientes: 147 (27.8%) pacientes tomaban AG y 89 (16.8%) AVK. La mortalidad a los 90 días fue significativamente superior en los pacientes pretratados (58.4% para AVK, 49.7% para AG) que en los no pretratados (31.1%); p<0.0001. En los pacientes pretratados existía un significativo aumento de la mortalidad precoz (< 24 horas): 46.2% para AVK, 38.4% para AG respecto al 20.9% en los no pretratados; p=0.019. El pico de mortalidad en los no pretratados fue entre las 25 horas y los 30 días (71.4%) en comparación con un 50.0% para AVK y un 53.4% para AG.

Conclusión: Los fármacos antitrombóticos aumentan la mortalidad precoz (< 24 h) en la HICp. La exclusión de estos pacientes (generalmente fallecen en urgencias) puede ser un sesgo que explique alguna de las disparidades en relación al pronóstico observadas en estudios previos.

PREDICTORES DE ISQUEMIA CEREBRAL DIFERIDA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Villacieros Álvarez, J.; Bashir Viturro, S.; Trillo Senín, S.; Ramos Martín, C.; Martínez Vicente, L.; Pérez Carbonell, L.; Ruiz Tornero, A.; Alcántara Miranda, P.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: La isquemia cerebral diferida(ICD) es una de las complicaciones más temidas en la HSA, siendo un reto predecir qué pacientes la desarrollarán. Hemos planteado relacionar distintas variables referidas en la literatura con el desarrollo de ICD y la evolución de nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida prospectiva de datos de pacientes con HSA no traumática ingresados en nuestro centro desde Dic-2015 a Enero-2016. Se recogieron variables demográficas y clínicas al ingreso, características radiológicas de la HSA en el TC inicial y parámetros analíticos durante la hospitalización. Se definió ICD como focalidad neurológica asociada a aparición de hipodensidad en TC. La evolución se estimó mediante la escala Rankin modificada(mRS) al alta.

Resultados: N=128. Edad media: 57 años(DE14,3). Mujeres 70,3%, GCS al ingreso mediana: 15, Hemorragia intraventricular(HIV) asociada 52.8%, presencia de aneurisma 72.4%, grosor máximo de coágulo en cisuras y cisternas verticales(Gcoag) 11,54mm(DE5,24), desarrollo de ICD 22,66%, mediana de mRS 1. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre el desarrollo de ICD y Gcoag(p=0.01), presencia de aneurisma (p=0.008), niveles de leucocitos a las 48-72h(p=0.05) y el GCS(p<0.05). Los factores más importantes asociados con la evolución fueron la glucemia al ingreso, la edad, el grado de HIV y el GCS. No se encontró correlación entre escala de Fisher y desarrollo de ICD.

Conclusión: En nuestro estudio el desarrollo de ICD se relacionó con variables asociadas a la magnitud inicial de la HSA ,especialmente el Gcoag. Por tanto podría ser una nueva herramienta útil para identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar ICD.

ESTUDIO CLÍNICO Y CELULAR DE LA PARADOJA DE LA OBESIDAD EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO.

Rodríguez Castro, E. [1]; López-Dequidt, I. [1]; Arias-Rivas, S. [1]; Fernández-Lebrero, A. [1]; Pérez-Lorenzo, G. [1]; López-Arias, E. [2]; Pérez-Mato, M. [2]; Santamaría-Cadavid, M. [1]; Sobrino, T. [2]; Castillo, J. [1]; Rodríguez-Yáñez, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Laboratorio de Investigación en Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS)

Objetivos: Determinar el papel de la obesidad como factor pronóstico en el ictus isquémico, su relación con el volumen del infarto y analizar si este efecto está mediado a través de la función del tejido adiposo como promotor de células progenitoras.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos (obeso, IMC>=30) y controles (no obeso, IMC<30) en pacientes con ictus isquémico, con proporción 1:1 de forma consecutiva. La determinación de la mejoría clínica se calculó como el porcentaje de disminución de la NIHSS al ingreso y a los 3 meses. La recuperación de la lesión se calculó como el porcentaje de disminución del volumen del infarto entre la imagen basal y a los 3 meses. La cuantificación de células progenitoras derivadas principalmente del tejido adiposo blanco y circulantes en sangre (CD34+/CD45-/CD31-) se realizó mediante citometría de flujo

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, 40 casos y 40 controles. La mejoría de la NIHSS fue del 50.4%±46.1% en no obesos y del 84.5%±22.5% en obesos (p=0.001). La disminución del volumen de infarto fue del 49.6%±36.7% en no obesos y del 58.6%±25.6% en obesos (p=0.514). El número de células CD34+/CD45-/CD31- circulantes en sangre periférica fue significativamente mayor en obesos respecto a no obesos en las muestras basales (p<0.0001), a las 72h (p<0.0001) y a los 7 días (p=0.028).

Conclusión: Los pacientes obesos con ictus isquémico experimentan una mayor recuperación desde el punto de vista clínico y este efecto podría estar mediado por un aumento en el número de células progenitoras circulantes.

LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO DEL CORE COMO NUEVO MARCADOR DE CIRCULACIÓN COLATERAL EN EL ICTUS ISQUÉMICO DE CIRCULACIÓN ANTERIOR

Blanco García, L. [1]; Usero Ruíz, M. [1]; De Lera Alfonso, M.C. [1]; Juanatey García, A. [1]; Muñoz Rubio, P.L. [1]; Reyes Muñóz, J. [1]; Bautista García, L. [1]; Alcaide Flores, R. [1]; Perez Fernandez, S. [2]; Castaño Blazquez, M. [2]; Marcos González, A. [2]; Cortijo García, E. [1]; Calleja Sanz, A. [1]; Arenillas Lara, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Estudiar el valor del parámetro "velocidad de crecimiento del core" como marcador de circulación colateral (CC) y compararlo con otros parámetros de perfusión cerebral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico de inicio conocido y oclusión proximal de circulación anterior estudiados con TC perfusión (TCP). La CC se evaluó en la imagen fuente de TCP mediante una escala visual (0-1 pobre, 2-3 buena). La velocidad de crecimiento del core (VCr) se calculó por el cociente core/tiempo inicio-TCP, donde core=tejido con CBF<70% respecto contralateral. Como comparadores calculamos: volumen sanguíneo cerebral relativo (rCBV), flujo sanguíneo cerebral relativo (rCBF), y ratio de hipoperfusión (HIR).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (edad-media 71, mediana NIHSS17, mediana tiempo inicio-TC150 min). La CC se clasificó como buena en 15 pacientes y mala en 26. Se observó una disminución gradual de la VCr con el aumento de grado de CC (p=0.0005). La VCr se asoció al estado de la CC en un modelo de regresión logística ajustado por el resto de parámetros (HIR, rCBV, rCBF). Esta asociación se refrendó mediante una curva COR (área bajo la curva 0.8, p=0.002).

Conclusión: La velocidad de crecimiento del core se asocia de forma robusta al grado de circulación colateral. En los ictus de inicio conocido, este parámetro puede obtenerse a partir del core de infarto sin necesidad de procesar otros mapas de perfusión.

FACTORES PREDICTORES DE REPERFUSIÓN FUTIL EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS CON TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Usero Ruiz, M. [1]; Cortijo Garcia, E. [1]; Calleja Sanz, A. [1]; de Lera Alfonso, M. [1]; Reyes Muñoz, F.J. [1]; Muñoz Rubio, P.L. [1]; Alcaide Flores, R.M. [1]; Castaño Blazquez, M. [2]; Marcos González, A. [2]; Perez Fernandez, S. [2]; Arenillas Lara, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: La recanalización completa en pacientes con ictus isquémico tratados con trombectomía no siempre conlleva buen pronóstico. Nuestro objetivo es determinar qué factores se asocian a peor pronóstico funcional a largo plazo a pesar de conseguir una recanalización completa tras tratamiento endovascular (TEV).

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo donde incluimos pacientes con ictus isquémico y oclusión proximal tratados mediante TEV que alcanzan un patrón de recanalización completa. La recanalización completa se definió como patrón TICI 2B/3 en la última serie angiográfica y el mal pronóstico funcional al tercer mes como Rankin>2.

Resultados: Noventa y cinco pacientes fueron incluidos (48.4% mujeres, edad-media 70, mediana-NIHSS 18), de los cuales 49.4% presentaron mal pronóstico a largo plazo a pesar de la recanalización. El NIHSS-basal (p<0.001), ASPECTS (p=0.05) y el volumen del infarto final (p<0.001) se asociaron con peor pronóstico. Respecto a las variables temporales y asociadas al procedimiento, el tiempo total de isquemia (inicio del evento hasta alcanzar TICI 2B-3)(p=0.005), tiempo desde la punción femoral hasta TICI 2B/3 (p=0.004) y el numero de pases realizados durante el procedimiento se asociaron a Rankin>2 al tercer mes. Tras realizar un análisis de regresión logística, el NIHSS-basal, tiempo punción femoral-TICI2B/3 y volumen del infarto emergieron como factores independientes del mal pronóstico funcional.

Conclusión: La gravedad clínica inicial, el volumen de infarto y el tiempo de procedimiento endovascular fueron predictores de mal pronóstico en pacientes que alcanzaron la recanalización tras TEV. Es necesario estudiar los mecanismos implicados en el empeoramiento del pronóstico con la duración del procedimiento del TEV.

ANÁLISIS EXHAUSTIVO DE LAS CÉLULAS SMCS AISLADAS DE LA ARTERIA CARÓTIDA ATEROSCLERÓTICA MEDIANTE RNASEQ

Alloza Moral, I. [1]; Goikuria Iriondo, H. [2]; Vega Manrique, R. [3]; Garcia Barcina, M. [4]; Elizagaray, E. [5]; Montoya, G. [6]; Sarasola, E. [4]; Idro, J.L. [7]; Vandenbroeck, K. [2]; Freijo Guerrero, M.D.M. [7]

1. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco; 2. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco, Departamento de Neurociencias, Neurogenomiks; 3. Servicio de Cirugía Vascular y Angiología. Hospital de Basurto; 4. Servicio de Genética. Hospital de Basurto; 5. Servicio de Radiología. Hospital de Basurto; 6. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: La formación de aterosclerosis en la arteria carótida es un factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular. Una comprensión profunda del papel que juega uno de los tipos celulares principales presentes en la placa, células de musculo liso (SMCs), en la desestabilización de la placa de ateroma de la arteria carótida puede ayudar a entender como ocurre la sintomatología de la enfermedad cerebrovascular. Análisis de transcriptómica de SMCs mediante secuenciación masiva son esenciales para profundizar en la comprensión del papel de las SMCs en la aterosclerosis de la arteria carótida.

Material y métodos: Las células SMCs han sido aisladas de placas de ateroma (7 sintomáticas y 7 asintomáticas). El RNA ha sido extraído y purificado seguido de una eliminación del RNA ribosómico. La secuenciación de las librerías preparadas con dicho RNA fueron secuenciadas con la plataforma HiSeq2500 de Illumina. Análisis bioinformaticos han sido usados para la cuantificación genómica, de isoformas, determinación de noveles transcritos, análisis de enriquecimiento funcional.

Resultados: Los resultados del análisis de trancriptómica identifican un panel de mas de 100 isoformas diferencialmente expresadas, así como un lncRNA y varías regiones intrónicas no identificadas previamente en los dos grupos estudiados. El análisis de enriquecimiento funcional ha identificado una serie de factores asociados a varios proceso biológicos.

Conclusión: Mediante el uso de RNAseq hemos identificado candidatos noveles, y vías que pueden ser instrumentales en la comprensión del papel de las SMCs en la aterosclerosis asintomática y además pueden ayudar a identificar biomarcadores que nos puedan diferenciar los dos grupos.

COSTE-EFECTIVIDAD EN ESPAÑA DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON STENT-RETRIEVER TRAS UTILIZACIÓN DE T-PA IV FRENTE A T-PA IV AISLADO EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO

Segura Martín, T. [1]; De Andrés-Nogales, F. [2]; Álvarez Orozco, M. [3]; Cardona Portela, P. [4]; Gil garcía, A. [5]; de Miquel, M.Á. [6]; Casado, M.Á. [2]; Nogueira, R.G. [7]; Davalos Errando, A. [8]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB); 3. Servicio de Medtronic Ibérica, S.A. Medtronic Ibérica, S.A.; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 5. Servicio de Neuro-radiología Intervencionista. Hospital Universitario de Cruces; 6. Servicio de Neuroradiologia Vascular Intervencionista. Hospital Universitari de Bellvitge; 7. Servicio de Emory University School of Medicine. Emory University School of Medicine; 8. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad de la trombectomía mecánica mediante el dispositivo de revascularización Solitaire® y t-PA intravenoso, frente al uso aislado de t-PA intravenoso en el ictus isquémico desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Material y métodos: Se desarrolló un modelo de Markov de transición entre estados según la puntuación de la Escala de Rankin modificada para estimar los resultados en salud expresados como años de vida ganados (AVG) y años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los costes a lo largo de la vida de los pacientes. La eficacia de las alternativas terapéuticas derivó del ensayo clínico SWIFT PRIME. Los datos sobre el consumo de recursos y las utilidades fueron obtenidos de fuentes publicadas y validados por un panel de expertos. Los costes, obtenidos de distintas fuentes españolas, fueron expresados en € de 2016. Se realizaron análisis de sensibilidad para establecer la robustez de los resultados.

Resultados: La terapia combinada se asoció con un incremento de AVG y de AVAC (1,17 y 2,51, respectivamente) y con menores costes (─ 44.378 €), resultando una alternativa dominante frente a t-PA intravenoso aislado. Este resultado se mantuvo en todos los análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos.

Conclusión: La combinación de trombectomía mecánica mediante stent retriever y t-PA intravenoso frente a t-PA intravenoso aislado fue una alternativa dominante (más efectiva y menos costosa) en el tratamiento del ictus isquémico agudo en España

CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON TROMBECTOMÍA INTRARTERIAL MECÁNICA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fuentes Rumi, L.; Carreón Guarnizo, E.; Cabrera Maqueda, J.M.; Garcia Molina, E.; Baidez Guerrero, A.E.; Morales Ortiz, A.M.; Albert Lacal, L.; Parrilla Reverter, G.; Zamarro Parra, J.; Alba Isasi, M.T.; Fernandez Vivas, M.; Sanchez-Vizcaíno Buendía, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Describir las características de los pacientes tratados con trombectomía intrarterial mecánica (TIAM) que fallecen y sus causas. Analizar las variables que influyen en la mortalidad

Material y métodos: Se analizan características epidemiológicas, clínicas y de procedimiento de los pacientes tratados con TIAM en nuestro hospital que han fallecido, entre 2010 y la actualidad, y se comparan con los que no han fallecido. La mortalidad se ha evaluado a los 90 días del tratamiento. Se analizan qué variables influyen en la mortalidad y sus causas.

Resultados: 501 pacientes tratados. 111 fallecidos (22,2%), con edad media de 72,5 años. Los fallecidos tienen mayor frecuencia de factores de riesgo vascular y la arteria más frecuentemente afectada es la carótida interna. La puntuación en la NIHSS pre-procedimiento es mayor, presentan menor número de tratamientos con rt-PA previo, mayor tasa de recanalización incompleta, más complicaciones intraprocedimiento y mayor hemorragia sintomática. Las variables que se relaciona con la mortalidad de forma estadísticamente significativa son: edad, diabetes, NIHSS pre-procedimiento, oclusión carotidea, duración del procedimiento, tasa de recanalización, complicaciones intraprocedimiento y hemorragia sintomática. Las causas de mortalidad más frecuentes son la progresión del ictus (54%), seguida de la hemorragia sintomática (19,8%) y causas no neurológicas (9,9%), donde la infección respiratoria destaca como la más prevalente.

Conclusión: En nuestra serie, los pacientes que fallecen tras TIAM son más mayores y presentan peor situación clínica. La afectación carotídea es más frecuente y la mortalidad se asocia con mayor incidencia de recanalización incompleta y complicaciones. La causa más frecuente de mortalidad es la progresión del ictus.

ENFERMEDAD PERIODONTAL COMO FACTOR DE RIESGO DE INFARTO LACUNAR

Leira Feijóo, Y. [1]; López-Dequit, I. [2]; Arias-Rivas, S. [2]; Rodríguez-Yáñez, M. [3]; Sobrino, T. [4]; Campos, F. [4]; Blanco, J. [5]; Castillo Sánchez, J. [3]

1. Departamento de Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 3. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 4. Laboratorio de Investigación de Neurociencias Clínicas (LINC). Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); 5. Departamento de Periodoncia. Facultad de Odontología de Santiago de Compostela

Objetivos: Analizar la asociación entre enfermedad periodontal y la presencia de infarto lacunar.

Material y métodos: Se llevó a cabo un studio de casos y controles en el que se incluyeron 93 pacientes con ictus lacunar (criterios TOAST) y 144 controles sanos pareados por edad y sexo. La enfermedad periodontal fue evaluada mediante parámetros clínicos periodontales (profundidad al sondaje, recesión gingival, nivel de inserción clínico, índice de placa y sangrado al sondaje). Se registraron factores de riesgo relacionados con ambas patologías (edad, sexo, hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, índice de masa corporal, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica, hábito tabáquico, consumo de alcohol, tratamiento con estatinas y nivel socioeconómico).

Resultados: Se observó una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con infarto lacunar comparado con controles (63,4% vs 31,9%; p<0,0001). Todos los parámetros clínicos periodontales se encontraron significativamente más elevados en pacientes con infarto lacunar comparado con los controles (p<0,0001). El análisis de regresión logística mostró que la enfermedad periodontal se asocia de forma independiente con el ictus lacunar (OR=3,3; IC 95%: 1,7-6,4; p<0,0001), tras el ajuste de los factores de riesgo identificados de forma significativa en el análisis univariado.

Conclusión: La enfermedad periodontal se asocia con la presencia de ictus lacunar y podría ser considerado como un factor de riesgo en este subtipo de enfermedad cerebrovascular. Financiado con fondos FISS del ICIII (PI13/02027).

IMPORTANCIA DEL ECOSCAN EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL ESUS

Alpuente Ruiz, A. [1]; Pagola Perez de la Blanca, J. [1]; Juega Marino, J. [1]; Gonzalez-Alujas, M.T. [2]; Muchada Lopez, M.A. [1]; Boned Riera, S. [1]; Rodríguez Luna, D. [1]; Rodríguez Villatoro, N. [1]; Rubiera Pueyo, M. [1]; Ribó Jacobi, M. [1]; Álvarez Sabin, J. [1]; Evangelista Masip, A. [2]; Molina Cateriano, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El Ecoscan es el ecocardiograma focalizado en la fuente embólica realizado por Neurólogos entrenados. Describimos los principales diagnósticos, demora en la realización así como la importancia en su realización en el Ictus embólico de causa desconocida (Esus).

Material y métodos: Incluimos un total de 385 pacientes desde enero de 2015 hasta mayo 2016. Se trata de los casos con realiza-

ción de Ecoscan catalogando el diagnóstico de potencial fuente embolígena (acinesia ventricular, ateromatosis completa arco aórtico y foramen oval permeable con aneurisma del septo) a los pacientes diagnosticados de Esus. Se recogieron datos demográficos, clínicos, hallazgos en Ecoscan, diagnóstico al alta y detección de fibrilación auricular por Telemetria, así como recurrencia en el periodo de seguimiento.

Resultados: Los pacientes tuvieron una mediana de edad de 72 años (RIQ 61-79), siendo mujeres 48.3% (n=213). La demora en la relación de la prueba fue inferior a 1 día (RIQ 0-1). Se detectó fuente embólica en un 16.8% (n=65). Siendo la fuente más frecuente la ateromatosis aórtica complicada (11.7% (n=45). En los pacientes sin otra causa de ictus embólico, la presencia de aurícula izquierda dilata se asoció a la detección de FA de manera significativa 22.7% vs 5.3% (p<0,001). Estos pacientes presentaron una tendencia a presentar mayor recidiva clínica durante el seguimiento 8% vs 3% (p=0,06).

Conclusión: El Ecoscan, una prueba con poca demora, ayudó a la detección de fuente embólica, fibrilación auricular y recidiva clínica en los pacientes con Esus.

LOS ICTUS ISQUÉMICOS "JÓVENES" ESTÁN BIOLÓGICAMENTE MÁS ENVEJECIDOS RESPECTO A SU EDAD CRONOLÓGICA

Soriano Tárraga, C. [1]; Jiménez Conde, J. [1]; Giralt Steinhauer, E. [1]; Mola Caminal, M. [1]; Cuadrado Godia, E. [1]; Ois Santiago, Á. [1]; Rodríguez Campello, A. [1]; Vivanco Hidalgo, R.M. [1]; Sayols Baixeras, S. [2]; Elosua Llanos, R. [3]; Roquer González, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Grup de recerca en epidemiologia i genètica cardiovascular. I.T.A. Maresme; 3. Servicio de Grup de recerca en epidemiologia i genètica cardiovascular. IMIM. Hospital del Mar

Objetivos: El ictus isquémico se asociada al envejecimiento. Se ha demostrado que existen cambios epigenéticos asociados a la edad. Recientemente, mediante algoritmos basados en la metilación de puntos específicos del DNA se puede estimar la edad del individuo. La diferencia entre edad estimada (edad biológica) y la edad cronológica nos indicaría el grado de envejecimiento. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la edad biológica de pacientes con ictus isquémico y su grado de envejecimiento respecto a controles sanos de su misma edad cronológica.

Material y métodos: Se incluyeron 123 individuos, 41 controles y 82 ictus isquémicos, apareados por edad con un rango de edad de 39-82 años. A partir de los datos de metilación del DNA (Illumina HumanMethylation450 Beadchip), se seleccionaron insilico los marcadores de metilación necesarios para estimar la edad biológica por las técnicas de Hannum y Horvath.

Resultados: Los isquémicos estaban en promedio 2.4 años más envejecidos que los controles de su misma edad cronológica (p-valor=0.028). Estratificando por terciles de edad, los ictus jóvenes (≤57 años) muestraron estar hasta 6,5 años más envejecidos que los controles (p=0.046), mientras que en los individuos de >57 años no hubo diferencias significativas.

Conclusión: El envejecimiento epigenético es mayor en los ictus que en los controles de su misma edad, especialmente en ictus jóvenes. La edad biológica podría ser un futuro biomarcador de riesgo de ictus, más preciso que la edad cronológica.

UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEAL COMO PRUEBA DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Hernández González-Monje, M.; García Moreno, H.; Liaño Sánchez, T.; García Azorín, D.; Simal Hernández, P.; Egido Herrero, J.; Gómez-Escalonilla Escobar, C.I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El Doppler transcraneal (DTC) presenta alta sensibilidad en la detección de oclusión arterial. Nuestro objetivo es correlacionar los hallazgos del DTC con los resultados de la angioCT y angiografía cerebral en pacientes con ictus isquémico agudo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de ictus isquémico agudo tratados con rt-PA y trombectomía mecánica de rescate en un hospital terciario, desde octubre de 2013 a mayo de 2016. Analizamos la concordancia entre los datos del DTC realizado durante el tratamiento fibrinolítico y los estudios angiográficos posteriores.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (54% varones), con una NIHSS mediana inicial de 18 (RIQ: 13-22). El tiempo puerta-rtPA fue 20 minutos de media superior en los pacientes (17/70) que se realizó angioTC de inicio. El DTC mostraba oclusión arterial en M1 en el 90% y en ACI en el 28.6 % de los casos; mientras que la angiografía cerebral mostraba oclusión en el 79.7% y 39.1%, respectivamente. Mostrando un VPP del 92.5% para la detección de oclusión de gran vaso subsidiaria de tratamiento endovascular (M1/ACI), con un VPN del 33%. No se realizó angioTC confirmatorio a 12/70 pacientes, siendo seleccionados para tratamiento endovascular con los hallazgos del DTC; con un tiempo puerta-arteriografía inferior que los pacientes a los que se había realizado angioTC [mediana de 94 minutos (RIQ: 82-112) vs 148 (RIQ: 123-186)]; P=0.001.

Conclusión: El DTC permite detectar la oclusión arterial con elevada fiabilidad, permitiendo una adecuada selección de pacientes candidatos a trombectomía mecánica con una reducción de los tiempos en la aplicación del tratamiento.

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA EVOLUCIÓN DEL ICTUS

Redondo Peñas, I.; López Espuela, F.; Yerga Lorenzana, B.; Barragán Prieto, A.; Duque Holguera, M.; Gámez-Leyva Hernández, G.; Gómez Gutiérrez, M.; Casado Naranjo, I.; Portilla Cuencia, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: Aunque la desnutrición se ha relacionado con una peor evolución del ictus, en la práctica clínica no siempre se contempla la valoración del estado nutricional. Nuestro objetivo es determinar la situación nutricional de pacientes con ictus en fase aguda y su relación con la evolución.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con ictus. Analizamos características sociodemográficas, factores de riesgo vascular, parámetros analíticos-antropométricos y características del ictus. Establecimos el estado nutricional por la escala Mini Nutritional Assesment (MNA), clasificando en: desnutridos o riesgo de desnutrición (GA) y bien nutridos (GB). Las variables pronósticas incluyeron: gravedad (NIHSS) y tipo de Ictus, desarrollo de complicaciones, estancia media hospitalaria (EM)y situación funcional a 90días (Rankinm). Aplicamos test Chi2 para variables cualitativas y T student para cuantitativas. Realizamos estudio de regresión para las variables pronósticas.

Resultados: Incluimos 142 pacientes. 46 GA (32,4%). Los factores asociados a este grupo fueron: sexo femenino (60,9% vs 43,8%, p 0,05), nivel socioeconómico bajo (93,5% vs 70,8%, p0,002), cardiopatía isquémica (15,2% vs 4,2%, p0,021) y comorbilidad [índice de Charlson (2,4±1,3 vs 1,5 ±0,1; p0,002)]. El estado nutricional se asoció con la gravedad [diferencia NIHSS para GA 3,14; IC 95% (0,8-5,5)], el desarrollo de complicaciones [OR 3,9 (1,9-8,5)], sin observar asociación con la EM. EL GA se relacionó con peor situación funcional a corto plazo [OR 0,28 (0,1-0,8)] sin asociarse con la mortalidad.

Conclusión: En nuestra serie, fue frecuente un estado nutricional deficiente; relacionándose su presencia con una peor evolución en fase aguda como a corto plazo.

WARFARINA EN PACIENTES CON DEMENCIA Y FIBRILACIÓN AURICULAR: RIESGO DE MORTALIDAD, SANGRADO E ICTUS

Garcia Ptacek, S. [1]; Subic, A. [1]; Cermakova, P. [1]; Winblad, B. [1]; Kramberger, M. [2]; Religa, D. [1]; Eriksdotter, M. [3]

1. Servicio de Geriatría. Karolinska Institutet; 2. Servicio de Neurología. University Medical Center; 3. Servicio de Geriatria. Karolinska Institutet

Objetivos: Empleamos SveDem, el registro sueco de demencias, para determinar el riesgo de mortalidad, sangrado e ictus (isquémico o hemorrágico) en pacientes con demencia y FA tratados con warfarina, comparado con antiagregación o ningún tratamiento.

Material y métodos: SveDem 2007-2012. Mediante análisis de supervivencia de Cox, calculamos el riesgo de mortalidad, ictus isquémico, e ictus hemorrhagico de los pacientes con warfarina comparados con pacientes antiagregados o sin tratamiento.

Resultados: 4533 (16 %) de SveDem presentaba FA. De ellos, 1081 (24%) recibían warfarina, 1955 (43%) antiagregación y 1497 (33.0 %) ningún tratamiento. En pacientes con warfarina occurieron 220 (20%) muertes, 23 (2%) hemorragias sistémicas graves, 42 (4%) ictus isquémicos y 18 (2%) ictus hemorrágicos; comparado con 596 (31%) muertes, 63 (3%) sangrados, 128 (7%) ictus isquémicos y 22 (1%) hemorrágicos en pacientes antiagregados. En el grupo sin tratamiento ocurrieron 441 (30%) muertes, 60 (4%) hemorrágias, 78 (5%) ictus isquémicos y 10 (1%) ictus hemorrágicos. En los modelos finales ajustados de supervivencia no hubo diferencias estadísticamente significativas en riesgo de mortalidad ni ictus hemorrágico entre warfarina y antiagregación, pero sí menor riesgo de ictus isquémico con warfarina (cociente de riesgo—HR—0.55; p<0.01). Comparado con ningún tratamiento, la warfarina presentó menor riesgo de ictus isquémico (HR 0.66 p<0.05) y mayor de ictus hemorrágico (HR 3.45; p<0.01).

Conclusión: La warfarina se asoció con un menor riesgo de ictus isquémico en pacientes con demencia y FA comparado con ningún tratamiento o antiagregación. No hubo diferencias en mortalidad, pero sí exceso de riesgo de ictus hemorrágico con warfarina comparado con ningún tratamiento.

Enfermedades Cerebrovasculares IV

CAMBIOS INMEDIATOS EN LA PERFUSIÓN CEREBRAL TRAS EL TRATAMIENTO CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA DEL ICTUS ISQUÉMICO. RELACIÓN CON EL GRADO DE RECANALIZACIÓN ARTERIAL

Sorrentino Rodríguez, A. [1]; Dorado Bouix, L. [1]; Remollo Friedemann, S. [2]; Domènech, S. [3]; Pérez De la Ossa Herrero, N. [1]; López-Cancio Martínez, E. [1]; Gomis Cortina, M. [1]; Millán Torné, M. [1]; Munuera Del Cerro, J. [3]; Dávalos Errando, A. [1]; Hernández Pérez, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Neurorradiología intervencionista. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 3. Institut de diagnòstic per la imatge. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: El proyecto FURIAS estudia los cambios radiológicos producidos tras la trombectomía mecánica (TM) en el ictus isquémico agudo. El objetivo de este estudio preliminar es analizar la relación entre la recanalización arterial y los cambios inmediatos en imagen de perfusión.

Material y métodos: Estudiamos pacientes con un ictus agudo con oclusión de gran vaso de circulación anterior en los que se realizó una RM multiparamétrica previa a la TM y otra en <2h tras su finalización. El volumen absoluto de hipoperfusión (Tmax>6s) se calculó con el software Olea Medical. Definimos el índice de reperfusión como [(Tmax6s preTM – Tmax6s postTM)/Tmax6s preTEV]. El grado de recanalización arterial se clasificó de acuerdo a los grados mTICI.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (edad 68.17±13; 21 (60%) hombres). Tras la TM, 3 (8.6%) pacientes presentaron un TICI 0; 4 (11.4%) un TICI 2; 9 (25.7%) un TICI 2b y 19 (54.3%) un TICI 3. Para cada grado mTICI; el volumen de hipoperfusión postTM fue: 124 (rango 96)mL para TICI0; 46.95 (97)mL para TICI2a; 16.73 (123)mL para TICI2b y 0.01 (27,9)mL para TICI3 (p<0,01). El índice de reperfusión fue de -0.22 (rango 0) para TICI0; -0.24 (0.9) para TICI2a; 0.91 (1.2) para TICI2b y 0.99 (0.99) para TICI3 (p<0.01).

Conclusión: Un mayor grado de recanalización arterial se asocia con una mayor normalización de la perfusión cerebral tras la TM. La normalización inmediata de la perfusión cerebral tras la recanalización completa mediante TM sugiere una ausencia de fenómeno de no reflujo.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON LA TÉCNICA ADAPT EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE CIRCULACIÓN POSTERIOR

de la Riva Juez, P.; de Arce Borda, A.M.; Martínez Zabaleta, M.T.; Díez Gonzalez, N.; González López, F.; Larrea Peña, J.A.; Massó Romero, J.I.; Navia Alvarez, P.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: El tratamiento endovascular con la técnica ADAPT (A Direct Aspiration first Pass Technique) ha demostrado ser eficaz y seguro en el ictus isquémico anterior, pero no se han publicado resultados con esta técnica en el territorio posterior.

Material y métodos: Análisis restropectivo de los ictus de territorio posterior tratados mediante trombectomía entre 2012 y 2015. Se analizaron las características y resultados de los pacientes tratados con técnica ADAPT y se compararon con las trombectomías realizadas con Stentriever. Los dispositivos de aspiración directa estuvieron disponibles y comenzaron a utilizarse a partir de 2014. Se incluyeron variables demográficas, técnicas y pronósticas.

Resultados: El estudio incluyó 36 trombectomías. Dieciséis se realizaron mediante técnica de aspiración ADAPT y de estas 13 fueron oclusiones de arteria basilar. Se consiguió la recanalización en 15 pacientes y no se registraron complicaciones durante ningún procedimiento. Al alta la mitad de los pacientes fueron autónomos. En el grupo de 20 ictus tratado con stentriever se consiguió la recanalización en el 85% y 45% fueron autónomos al alta. La comparación entre ambos grupos no mostró diferencias con excepción del tiempo medio desde punción arterial a recanalización que fue 25 minutos más corto en el grupo con ADAPT (p=0.036)

Conclusión: Estos resultados sugieren que el uso de la técnica ADAPT en el tratamiento de ictus de territorio posterior es seguro y eficaz y que los tiempos de recanalización son más cortos que con el tratamiento con stentriever

FACTORES RELACIONADOS CON LA DIFICULTAD TÉCNICA DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Báez Martínez, E.M. [1]; Alonso de Leciñana, M. [1]; Frutos, R. [2]; Marin, B. [2]; Fernández Prieto, A. [2]; Martinez Sanchez, P. [1]; Ruiz Ares, G. [1]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Diez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la mayor o menor dificultad para la trombectomía mecánica en función del número de pases necesarios para la extracción del trombo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 117 pacientes con ictus isqúemico en territorio anterior (exclu-

yendo oclusión en tándem por la dificultad para evaluar la colateralidad en estos casos), tratados mediante trombectomía mecánica entre enero de 2012 y mayo de 2016. Incluimos en el análisis factores demográficos, factores de riesgo cardiovascular, antiagregación o anticoagulación previa, puntuación en la escala NIHSS al ingreso, cifras de presión arterial, niveles de hematocrito, plaquetas, INR, glucemia, trombolisis intravenosa previa al procedimiento endovascular y la presencia de circulación colateral (no/escasa vs. moderada/importante), relacionadas con el número de pases realizados durante la trombectomía mecánica (1 o >1).

Resultados: La edad media en ambos grupos analizados fue de 70 años (p=0.82) y la puntuación media en la escala NIHSS al ingreso fue de 16 y 17 respectivamente (p=0.3), no hubo diferencias en cuanto a sexo. El resto de variables analizadas no mostraron relación con el número de pases. En el análisis multivariante, la circulación colateral moderada o importante resultó la única relacionada con menor número de pases para conseguir la recanalización arterial (OR 3,682 IC95%: 1,012 – 13,398, p=0.048).

Conclusión: La presencia de moderada o importante circulación colateral, es un factor que facilita la recanalización arterial durante el tratamiento endovascular del ictus isquémico.

LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS TRATADOS CON FIBRINÓLISIS ENDOVENOSA NO DEPENDE DEL TIPO DE HOSPITAL EN EL QUE SE TRATAN

Purroy García, F. [1]; Vena, A. [2]; Cánovas Verge, D. [3]; Cocho, D. [4]; Cuadrado Godia, E. [5]; Chamorro, Á. [6]; Dávalos, A. [7]; Garcés, M. [8]; Gomis, M. [7]; Krupinski, J. [9]; Palomeras, E. [10]; Ribó, M. [11]; Roquer González, J. [5]; Rubiera, M. [11]; Sanahuja Montesinos, J. [1]; Saura, J. [12]; Serena, J. [13]; Ustrell, X. [14]; Vargas, M. [6]; Abilleira, S. [15]; Gallofré, M. [15]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Servicio de Neurología. Hospital Parc Taulí; 4. Servicio de Neurología. Hospital General de Granollers; 5. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 6. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 8. Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa; 9. Servicio de Neurología. Hospital Mútua de Terrassa; 10. Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 12. Servicio de Neurología. H Althaia de Manresa; 13. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 14. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; 15. Servicio de Pla Director de les Malalties cerebrovasculars. Generalitat de Catalunya

Objetivos: Determinar la efectividad y seguridad del tratamiento fibrinolítico endovenoso en función de las características del hospital que trata al paciente.

Material y métodos: Incluimos a 3231 pacientes consecutivos del registro prospectivo de reperfusión de Cataluña. De ellos, 1189 (36,8%) fueron >= 80 años. Evaluamos el riesgo de sangrado intracraneal sintomático (SIS), la mortalidad y la evolución favorable a los 90 días determinada por la puntuación en la escala Rankin modificada (mRS) < 3. Clasificamos los tipos de hospitales en: centro de referencia de ictus (CRI), centro primario de ictus (CPI) y centro de teleictus (CTI)

Resultados: Los pacientes >=80 años tuvieron mayor gravedad de ictus medida mediante la escala NIHSS así como peores tiempos puerta-aguja y peor evolución que los sujetos más jóvenes. Entre los pacientes mayores, la mortalidad a los 90 días fue del 23,2% mientras que el 38,7% tuvo una evaluación favorable (mRS<3). Detectamos un SIS en el 4,7% de los sujetos >=80 años. No observamos diferencias en los factores de riesgo vascular y la gravedad del ictus mediante la escala NIHSS entre los sujetos tratados en los diferentes tipos de hospitales. Destacamos como la evolución los sujetos mayores fue idéntica en los diferentes tipos de hospitales pese a que los sujetos tratados en CPI y CTI tuvieron mayores tasas de SIS (6,3% y 6,3% versus 3,2%) que en CRI.

Conclusión: La evolución de los pacientes mayores con ictus isquémico que reciben tratamiento fibrinolítco endovenoso es independiente de las características del hospital en el que son tratados

RELACIÓN ENTRE EL SIGNO DE LA ARTERIA HIPERDENSA Y LA COMPOSICIÓN DEL TROMBO EN UNA SERIE DE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Rojas Bartolomé, L. [1]; Hernández Fernández, F. [1]; Barbella Aponte, R.A. [2]; Fernández Valiente, M. [1]; Sánchez Larsen, Á. [1]; Alcahut Rodríguez, C. [1]; Ayo-Martín, Ó. [1]; García García, J. [1]; Molina Nuevo, J.D. [3]; Juliá Molla, E. [3]; Pedrosa Jiménez, M.J. [3]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Albacete; 3. Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete

Objetivos: El signo de la arteria hiperdensa (SAH) es uno de los datos radiológicos más precoces de isquemia en el ictus, y su presencia se interpreta como un marcador de mal pronóstico clínico. Realizamos un análisis anatomopatológico del material extraído mediante trombectomía mecánica y estudiamos la relación de su composición con este signo.

Material y métodos: Durante el periodo de Diciembre 2014 a Mayo 2016 fueron tratados en nuestro centro un total de 64 pacientes mediante trombectomía primaria o de rescate. Se recogieron tiempos de atención, comorbilidad previa, causa del ictus, marcadores radiológicos, escalas clínicas NIHSS y mRS. Se estimó cuantitativamente la composición predominante de 40 trombos extraídos mediante esta técnica.

Resultados: La incidencia global de SAH fue 59.4%. Del total de trombos analizados, 14 presentaron predominio de fibrina y plaquetas, 13 de glóbulos rojos y 9 mixtos. En dos trombos se hallaron adicionalmente otros componentes: cristales cálcicos o denso infiltrado leucocitario. Los 4 trombos restantes analizados eran de composición inhabitual: 3 sépticos y una embolia grasa, lo que facilitó el estudio etiológico del ictus en esos pacientes. Los casos con SAH tuvieron significativamente un predominio mayor de trombos rojos y mixtos frente a trombos de fibrina (73.1% vs 26.9%, p=0.03). No se encontraron diferencias en cuanto a resultados técnicos, pronóstico clínico o etiología del ictus.

Conclusión: El SAH permite identificar la composición predominante del trombo, si bien no muestra relación con las variables pronósticas, terapéuticas y etiológicas. Aisladamente, el SAH no facilita el diagnóstico etiológico del ictus o el diseño de estrategias terapéuticas de reperfusión.

TELEICTUS 2.0 EN CATALUÑA: MÁS FIBRINÓLISIS Y MEJOR OPTIMIZACIÓN DE TRASLADOS AL CENTRO TERCIARIO

López-Cancio Martínez, E. [1]; Pérez de la Ossa, N. [1]; Cardona Portela, P. [2]; Ribó Jacobi, M. [3]; Serena Leal, J. [4]; Purroy, F. [5]; Garcés, M. [6]; Soteras, Í. [7]; Palomeras, E. [8]; Aragonès, J.M. [9]; Cocho, D. [10]; Puiggròs, E. [11]; Villagrasa, D. [12]; Catena, E. [13]; Sanjurjo, E. [14]; Carrión, D. [15]; Abilleira, S. [16]; Dávalos, A. [17]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'He-

bron; 4. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 6. Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Cerdanya; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; 9. Servicio de Neurología. Hospital General de Vic; 10. Servicio de Neurología. Hospital General de Granollers; 11. Servicio de Neurología. Hospital Residència Sant Camil - Consorci Sanitari del Garraf; 12. Servicio de Neurología. Hospital d'Igualada - Consorci Sanitari de l'Anoia; 13. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedés; 14. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Pallars; 15. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal Móra d'Ebre; 16. Servicio de AQuAS. Generalitat de Catalunya; 17. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Describir los principales resultados desde la implementación del Teleictus 2.0 en Cataluña

Material y métodos: La red Teleictus 2.0 está compuesta por 12 hospitales comarcales y un neurólogo experto en ictus localizable 24h/7d. Incluye un sistema de videoconferencia bidireccional y la visualización de la neuroimagen en una plataforma web. El neurólogo evalúa al paciente y decide la actitud terapéutica y/o traslado del paciente a otro centro, introduciendo estos datos en un registro de cumplimentación obligatoria(TICAT). Paralelamente, los pacientes tratados con terapias de reperfusión en todos los centros comarcales-teleictus, primarios(CPI) y terciarios(CTI) de Cataluña se registran prospectivamente(SONIIA).

Resultados: Desde el 1/3/2013 al 31/12/2015 se evaluaron 1206 pacientes a través del Teleictus. El diagnóstico final fue: 951 isquémicos, 51 AITs, 85 hemorragias y 119 no ictus. Se evitó el traslado a otro centro en el 46.8% de los isquémicos, 76.5% de los AITs y 23.5% de las hemorragias. 322 pacientes recibieron tratamiento con rTPA a través del teleictus(33.8% de los isquémicos). Comparados con los que recibieron rTPA en CPI/CTI de forma presencial(2897 pacientes en el mismo periodo en Cataluña), el tiempo puerta-aguja fue mayor en los tratados a través de teleictus(55[45-70] versus 44[33-59]). La NIH(basal-24h),la tasa de hemorragia sintomática, el mRS a los 3m y el porcentaje de pacientes que recibieron trombectomía de rescate fueron similares en ambos grupos. La tasa poblacional de fibrinolisis/100.000 habitantes aumentó progresivamente en Cataluña desde 2012 a 2015

Conclusión: El teleictus favoreció el tratamiento con fibrinolisis de una forma segura y efectiva, evitando un elevado número de traslados secundarios a otros centros

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO REPERFUSOR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS E ICTUS ISQUEMICO AGUDO

Herrero Infante, Y.; De Celis Ruiz, E.; Rodríguez Pardo Donlebún, J.; Martinez Sanchez, P.; Ruiz Ares, G.; Alonso de Leciñana Cases, M.; Fuentes Gimeno, B.; Diez Tejedor, E.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz

Objetivos: Analizar la seguridad y el beneficio del tratamiento reperfusor en pacientes mayores de 80 años con ictus isquémico agudo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 316 pacientes mayores de 80 años ingresados en Unidad de Ictus entre el 01/01/2010 y el 31/12/2015. Se clasificaron en 2 grupos, tratados (trombolisis intravenosa +/- trombectomia mecánica) y no tratados, y se analizaron datos demográficos, FRV, otras comorbilidades, datos clínicos al ingreso, motivo de no tratamiento, etiología del ictus, complicaciones y evolución.

Resultados: 122 pacientes(38%) recibieron tratamiento reperfusor, 4 de ellos fibrinolisis más trombectomía mecánica. El principal motivo de no tratamiento fue la llegada fuera de tiempo (67%), seguida de la edad (19%) y el INR>=1.7 (4.8%). En el grupo tratado se observó: predominio de mujeres (67.2% vs 50%, P=0.001), mayor gravedad al ingreso (NIHSS mediana 10 vs 4, P<0.001), mayor frecuencia de FA de novo (36.4% vs 19.7%, P<0.001) así como de etiología cardioembólica (68% vs 54.1%, P=0.009) y de aparición de complicaciones neurológicas totales (28.7% vs 15.6%, P=0.002). Sin embargo no hubo diferencias en la frecuencia de transformación hemorrágica sintomática (19.7% vs 7.8%, P=0.536), complicaciones sistémicas (31.1% vs 27.3%, P=0.429), mortalidad (4.7% vs 6.4%, P=0.532) y muerte-dependencia (31.1% vs 32.5%, P=0.902) a los 3 meses.

Conclusión: Los pacientes mayores de 80 años con ictus isquémico agudo que reciben tratamiento reperfusor no presentan diferencias en la frecuencia de transformación hemorrágica sintomática ni en la recuperación funcional aunque son más frecuentes las complicaciones neurológicas. Se aplica más a mujeres y en los casos más graves.

CAPTACIÓN DE LA PARED DEL VASO Y DISRUPCIÓN DE LA BARRERA HEMATOENCEFÁLICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO: PREDICTORES Y RELEVANCIA CLÍNICA

Renu Jornet, A. [1]; Laredo Gregorio, C. [1]; López Rueda, A. [2]; Llull Estrany, L. [1]; Tudela, R. [3]; San Román Manzanera, L. [2]; Urra Nuin, X. [1]; Chamorro, A. [1]; Amaro Delgado, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Evaluar los predictores y el significado pronóstico de la captación de gadolineo en la pared del vaso sintomático (CGV) y la disrupción de la barrera hematoencefálica (dBHE) en el ictus isquémico.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con ictus isquémico con oclusión próximal. La CGV fue definida como captación de gadolineo en la pared del vaso y la dBHE como la presencia de hemorragia subaracnoidea y/o gadolineo extravasado en los surcos (>10 cortes) en secuencias FLAIR pre/post-gadolineo de una Resonancia Magéntica (RM) realizada a las 24-48h. Se cuantificó el volumen de infarto en la RM y el Rankin a los 90 dias

Resultados: Se analizaron 72 pacientes (mediana NIHSS=14; 19 tratados con r-tPA, 43 con trombectomía mecánica (TM) (21 TM post rtPA), 10 sin tratamiento de reperfusión). Se observó CGV en 27 pacientes (38%) y dBHE en 29 (40%). En análisis multivariantes, la CGV se asoció con el uso de TM, la administración de rtPA previa a la TM y un mayor numero de pases de los dispositivos endovasculares, así como con la dBHE. La presencia de dBHE se asoció de forma independiente con mayor volumen de infarto y con peor Rankin a los 90 días.

Conclusión: La TM exacerba el riesgo de CGV, especialmente cuando se precede de rtPA o implica múltiples pases de TM. La CGV se asocia con dBHE, un biomarcador radiológico de mal pronóstico. Estos hallazgos refuerzan la importancia clínica del daño de la pared del vaso y de la dBHE en el ictus isquémico.

IMPACTO DEL CÓDIGO TC EN LA REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Boned Riera, S. [1]; Rubiera del Fueyo, M. [1]; Sanjuan Menendez, E. [1]; Rodriguez Villatoro, N. [1]; Juega Mariño, J.M. [1]; Muchada López, M. [1]; Rodríguez Luna, D. [1]; Pagola Pérez de la Blanca, J. [1]; Tomasello Weitz, A. [2]; Coscojuela Santaliestra, P. [2]; Ribó Jacobi, M. [1]; Molina Cateriano, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El tiempo puerta-punción (TPP) es indicador de calidad asistencial del ictus agudo, puesto que la rápida reperfusión es determinante para un buen pronóstico funcional. Nuestro objetivo fue analizar el efecto Código-TC como medida de optimización en la reducción del TPP en nuestro centro.

Material y métodos: Analizamos prospectivamente los pacientes con ictus extrahospitalarios sometidos a trombectomía cerebral tras implantación del Código-TC (transporte directo al TC craneal y posteriormente a sala de angiografía). Dividimos los pacientes en dos periodos: pre-intervención (PreI) entre enero 2014 y febrero del 2015, y post-intervención (PostI) entre marzo2015 y mayo2016. Se compararon TPP y evolución clínica PreI y PostI.

Resultados: Incluimos un total de pacientes 266 (92 PreI y 174 PostI). Tras su instauración, el Código-TC pudo aplicarse en 49 pacientes (28.2% de los admitidos en el periodo PostI). Un 53% del total recibió previamente tPA ev (48.9% en PreI y 54.5% en PostI). No se observaron diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos y en TPP en los pacientes que no fueron Código-TC. La mediana de TPP mejoró de 85.5 (60-123) minutos antes de la intervención a 50 (40-68) minutos después de la intervención (p<0.001). Una regresión logística demostró que los únicos predictores independientes de TPP<60minutos fueron NIHSS basal (OR:0.93, IC95%:0.87-0.99;p=0.044), administración de rtPA en nuestro centro (OR:0.08, IC95%:0.034-0.19;p<0.001) y Código-TC (OR: 3.26, IC95%:1.24-8.55;p=0.016). Las tasas de buena respuesta funcional fueron similares en ambos grupos así como las de mortalidad y transformación hemorrágica.

Conclusión: El Código-TC ha demostrado reducir significativamente el TPP, sin aumentar porcentaje de complicaciones.

TROMBECTOMÍA MECÁNICA PRIMARIA EN UNA SERIE DE CASOS DE ICTUS POR EMBOLISMOS SÉPTICOS

Rojas Bartolomé, L. [1]; Hernández Fernández, F. [1]; Barbella Aponte, R.A. [2]; Fernández Valiente, M. [1]; Sánchez Larsen, Á. [1]; Feria Vilar, I. [1]; Ayo-Martín, Ó. [1]; García García, J. [1]; Molina Nuevo, J.D. [3]; Juliá Molla, E. [3]; Pedrosa Jiménez, M.J. [3]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Albacete; 3. Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es la causa más frecuente de embolismo séptico (ES), con una elevada morbi-mortalidad. La oclusión de grandes vasos cerebrales por ES constituye un reto terapéutico, ya que puede provocar isquemia extensa y asocia con mayor frecuencia transformaciones hemorrágicas. Presentamos una serie de tres casos de ES que se trataron mediante Trombectomía Mecánica Primaria (TMP).

Material y métodos: Durante 18 meses se realizaron 64 trombectomías, estudiando sistemáticamente la histopatología del material recuperado. Se realizó además tinción de Gram dependiendo del grado de inflamación histológica y los datos de la historia clínica. Se analizaron tiempos de atención, datos clínico-radiológicos, dispositivos y número de pasadas.

Resultados: La histopatología fue valorable en 40 trombos. En tres procedimientos TMP se detectaron bacterias en el trombo. Los tres casos se recanalizaron de forma efectiva (TICI 2B-3), dos de ellos precisaron colocación de stent definitivo. Ambos fueron diagnosticados finalmente de EI. El tercer paciente padecía septicemia urinaria. Todos recibieron antibioterapia precoz dirigida por el Gram del trombo. Las NIHSS post-procedimiento fueron 2,12 y 8; mRS a 3 meses 1,3 y 2, respectivamente. No se registraron transformaciones hemorrágicas. Estos procedimientos fueron significativamente más largos (42-vs-110 minutos, p=0.03) y con mayor número de pasadas (2-vs-5, p=0.04) que el resto de nuestra serie.

Conclusión: Las trombectomías realizadas a pacientes con ES tuvieron mayor complejidad técnica y precisaron con mayor probabilidad la colocación de un stent definitivo. El estudio bacteriológico del trombo es útil para dirigir el tratamiento antibiótico. En caso de sospecha de ES, la TMP puede suponer una alternativa apropiada.

UTILIDAD DE MÉTODOS DE FASE SIMPLE VS DINÁMICOS PARA SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR ¿ES NECESARIO EL ANGIO-TC MULTIFASE?

Trillo Senín, S. [1]; Aguirre Hernández, C. [1]; Bashir Viturro, S. [1]; Bárcena Ruiz, E. [2]; Martín Ramos, C. [1]; Martinez Vicente, L. [1]; Alcántara Miranda, P. [1]; Zapata Wainberg, G. [1]; Caniego Monreal, J.L. [2]; Manzanares Soler, R. [2]; Barbosa Del Olmo, A. [2]; Nombela Merchán, F. [1]; Ximénez-Carrillo Rico, Á. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: La circulación colateral(CC) tiene valor pronóstico en el ictus isquémico agudo(IIA). Hemos estudiado la CC en angio-TC simple junto con métodos dinámicos en TC-perfusión y combinados, buscando su correlación con la respuesta al tratamiento en ictus de ACM tratados con terapia endovascular(TE).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida prospectiva de datos con IIA con oclusión de M1 tratados mediante TE en nuestro centro, incluidos independientemente del grado de revascularización conseguido. Se evaluaron las imágenes sin procesar por un neurólogo de forma ciega a los datos clínicos. Se puntuó la CC en angio-TC y en imágenes fuente de TC-perfusión(IFP). En angio-TC se puntuó 0 a 1 punto en las 6 regiones M1-6, y 1 a 3 el relleno retógrado en la cisura de Silvio, ReconS. En las IFP se utilizó un sistema comparativo derivado de arteriografía, CIRCeS. Se combinó la valoración regional en angio-TC con el tiempo hasta opacificación en las IFP(ReCORDS). Se correlacionaron estas variables con la evolución mediante el mRS3m.

Resultados: N=141. Edad media: 66,3 años(SD: 14,8). ASPECTS 8(7;10), NIHSS media 17,4(SD:6,7). Se encontró correlación con la evolución en angio-TC simple, ReconS Rho de Spearman=0,28(p=0,001). Sin embargo, fue mayor con métodos dinámicos CIRCeS Rho=0,33(p=0<0,001) y ReCORDS Rho 0,33(p=0,001).También se relacionó mayor CC con menor índice de transformación hemorrágica(p=0,005) e infarto final(p<0,05).

Conclusión: La CC en TC multimodal convencional tiene una capacidad predictiva sólida y de selección de pacientes para TE, siendo mayor con métodos dinámicos. Métodos de este tipo podrían obviar en el futuro la necesidad del angio-TC multifase.

INFLUENCIA DE LA VARIABILIDAD DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO TRATADOS CON FIBRINOLISIS INTRAVENOSA

Yerga Lorenzana, B.; Portilla Cuenca, J.C.; López Espuela, F.; Falcón García, A.; García Gorostiaga, I.; Calle Escobar, M.L.; Gámez Leyva, G.; Serrano Cabrera, A.; Gutiérrez Gómez, M.; Casado Naranjo, I.

Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: La relación entre presión arterial (PA) y fase aguda del ictus isquémico es compleja. Los niveles de PA se asocian en U con la evolución del ictus. Nuestro objetivo es evaluar la in-

fluencia de la variabilidad de la PA en las primeras 24horas tras el tratamiento con fibrinólisis intravenosa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes tratados con rtPA. Definimos variabilidad de PA por: difPAS (diferencia PA sistólica máxima-mínima), PASm (PA sistólica media), DEPAS (desviación estándar PAsistólica) y CVPAS (coeficiente variación PAsistólica). Incluimos a pacientes con 40 determinaciones de PA en las primeras 24h tras rtPA. Establecimos la evolución en dicho período por el desarrollo de deterioro neurológico (descenso en >4 puntos en NIHSS) (DNP) o hemorragia intracraneal (HI); y a 90días por Rankinm 0-1 y mortalidad. Aplicamos test Chi2 para variables cualitativas y T student para cuantitativas. Realizamos estudio de regresión para las variables pronósticas.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes. El DNP se asoció con la difPAS [OR 1,02 (1,00-1,04)] y PASm [OR 1,06 (1,03-1,1)], no observamos asociación con la HI. La variabilidad de la PA se asoció significativamente de forma inversa con el Rankinm 0-1 a 90 días [OR 0,97 (0,96-0,99), OR 0,98 (0,96-0,99), OR 0,92 (0,87-0,97, OR 0,91 (0,84-0,99)]. La mortalidad a 90 días no se asoció con la variabilidad de PA.

Conclusión: En nuestra serie, la presencia de mayor variabilidad en las cifras de PA en las primeras 24 horas tras el tratamiento con rtPA se asoció con un peor pronóstico precoz y a corto plazo.

LOS NIVELES DE CAVELOLINA-1 SON PREDICTORES DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS CON RT-PA

Castellanos Rodrigo, M.D.M. [1]; van Eendenburg, C. [2]; Gubern, C. [2]; Kádár, E. [3]; Huguet, G. [3]; Puig Alcántara, J. [4]; Sobrino Moreiras, T. [5]; Blasco Solà, G. [4]; Serena Leal, J. [2]; Sánchez Navarro, J.M. [6]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 2. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Departamento de Biologia. Universitat de Girona; 4. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 5. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 6. Departamento de Química. Universitat de Girona

Objetivos: Datos en modelos de experimentación animal demuestran que la proteína de membrana caveolina-1 está implicada en la aparición de transformación hemorrágica (TH) secundaria a isquemia cerebral a través de su acción sobre la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Nuestro objetivo es determinar si los niveles de caveolina-1 predicen la aparición de TH en pacientes tratados con rt-PA.

Material y métodos: Incluimos 132 pacientes con ictus hemisférico tratados con rt-PA con angio-TC perfusión pre-rtPA y TC craneal simple a las 24±12h para evaluación de la TH. Se analizaron los niveles de caveolina-1 pre-rtPA y a las 2, 24 y 72h post-rtPA en los pacientes, y en 40 controles sin ictus. La TH se consideró sintomática (THs) cuando se asoció a deterioro neurológico.

Resultados: Los niveles basales de caveolina-1 fueron mayores en pacientes que en controles (0.26 [0.12,0.40] vs. 0.07 [0.00,0.19] ng/mL) (p<0.000). 25 (18.9%) pacientes presentaron TH, que fue sintomática en 7 (5.3%). Los niveles basales de caveolina-1 fueron menores en pacientes con PH2 (0.08 [0.05,0.22] vs 0.26 [0.14,0.40], p=0.043) y THs (0.08 [0.02,0.17] vs 0.26 [0.12,0.40], p=0.020). En el análisis temporal, los niveles de caveolina-1 se mantienen estables hasta las 72h en pacientes con PH2 y en pacientes sin TH o con TH menores disminuyen a lo largo del tiempo manteniéndose siempre superiores a los niveles de pacientes con PH2. En el análisis multivariado, los niveles de caveolina-1 se mantuvieron como predictor independiente de THs.

Conclusión: En nuestro estudio, los niveles de caveolina-1 se confirman como potenciales predictores de la aparición de THs post-rtPA.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR URGENTE DE LAS DISECCIONES CAROTÍDEAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Alcahut Rodríguez, C.Á. [1]; Hernández Fernández, F. [1]; García García, J. [1]; Ayo Martín, Ó. [1]; Juliá Molla, E. [2]; Molina Nuevo, J.D. [2]; Pedrosa Jiménez, M.J. [2]; Fernández Valiente, M. [1]; Rojas Bartolomé, L. [1]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete

Objetivos: La disección carotídea es una causa común de ictus en el paciente joven. El tratamiento intervencionista en la fase aguda de una disección carotídea no se ha estudiado específicamente. Analizamos los resultados clínicos y técnicos de nuestra serie.

Material y métodos: Registro prospectivo siguiendo el protocolo de Código Ictus del Hospital Universitario de Albacete. Se analizaron los pacientes tratados de manera urgente por vía endovascular durante el periodo de Diciembre 2014-Mayo 2016. Se recogieron características basales, motivo de indicación, complicaciones intra y post-procedimiento, seguimiento clínico y reestenosis a 3 meses.

Resultados: Se atendieron 70 casos (64 trombectomías, 6 estenosis u oclusiones carotídeas urgentes). Se registraron 4 disecciones carotídeas: 3 espontáneas, y 1 traumática por bala de fuego. En 3 casos se colocaron stents carotídeos permanentes, y dos necesitaron trombectomía asociada. En un caso se administró rtPA intravenoso. Los pacientes fueron todos varones (edad media 40.5 años), 3 de ellos fumadores (75%). La mediana en la puntuación NIHSS inicial fue 10 y al alta 1. En dos casos se decidió tratamiento endovascular debido a la imagen radiológica de alto riesgo, con presencia de trombo flotante endoluminal. En otro de los pacientes se indicó tras fluctuación del déficit neurológico y en el último por mantener clínica deficitaria a pesar del tratamiento trombolítico. Durante el seguimiento no hubo reestenosis, complicaciones, ni recidivas. Todos los pacientes fueron completamente independientes (mRS≤1) a los 3 meses.

Conclusión: Nuestros resultados muestran que el tratamiento endovascular de las disecciones carotídeas puede ser una técnica eficaz y segura.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO AGRESIVO EN LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DEL ICTUS TRATADO CON FIBRINÓLISIS INTRAVENOSA

Yerga Lorenzana, B. [1]; Portilla Cuenca, J.C. [1]; Redondo Peñas, I. [1]; Suarez Moreno, E. [2]; Barragán Prieto, A. [1]; Duque Holguera, M. [1]; Gámez Leyva, G. [1]; Casado Naranjo, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 2. Servicio de Neurología. Hospital Arquitecto Marcide

Objetivos: En el ictus isquémico la tensión arterial superior a 185/105mmHg se considera un criterio de exclusión para el tratamiento con rtPA intravenoso (rtPA), disponiéndose de distintas recomendaciones para su manejo. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de los pacientes tratados con rtPA que recibieron previamente tratamiento antihipertensivo agresivo (TaHa).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes tratados con rtPA. Diferenciamos dos grupos: GA recibieron TaHA y GB no recibieron TaHA. Definimos el TaHA como la necesidad de >2 bolos intravenoso de fármacos hipotensores. Analizamos datos demográficos y del ictus. La evolución se estableció en las primeras 24 horas tras rtPA por el desarrollo de deterioro neurológico (descenso en ≥ 4 puntos en NIHSS basal) (DNP) o hemorragia intracraneal (HI); y a 90días, Rankinm 0-1 y mortalidad. Aplicamos test Chi2 para variables cualitativas y T student para cuantitativas. Realizamos estudio de regresión para las variables pronósticas

Resultados: Incluimos 304 pacientes, GA 44. Observamos diferencias entre los grupos en el antecedente de hipertensión arterial (81% vs 59,6%) y tratamiento anticoagulante (16,3% vs 3,5%), p<0,005. En la evolución encontramos diferencias en el DNP [OR 9,5 (3,03-29,7)] para GA, sin diferencias para la HI [OR 1,2 (0,4-2,9)], Rankinm 0-1 a 90días [OR 0,5 (0,2-1,1)] y mortalidad 90días [OR 0,6 (0,2-1,9)].

Conclusión: En nuestra serie los pacientes que recibieron TaHa previo al rtPA asociaron un mayor deterioro neurológico precoz, sin presentar mayor riesgo de hemorragia intracraneal. La evolución a corto plazo fue similar a la de aquellos que no precisaron tratamiento antihipertensivo agresivo.

Enfermedades Cerebrovasculares V

¿PODRÍA SER LA ESCALA ISCORE UNA HERRAMIENTA VÁLIDA EN LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES AÑOSOS PARA TROMBECTOMÍA MECÁNICA?

Álvarez Álvarez, M. [1]; Fernández Maiztegi, C. [2]; Ugarriza Serrano, I. [2]; Luna Rodríguez, A. [2]; Pérez Concha, T. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Establecer un límite de edad en los pacientes candidatos a trombectomía mecánica (TM) es un debate abierto. Existen escalas específicas para predecir el pronóstico de los ictus, como el Iscore, que determina la mortalidad (1mes, 1año) basándose en parámetros clínicos y de comorbilidad. Hemos querido valorar si la escala Iscore es capaz de establecer un punto de corte en función de la edad que nos permita discriminar los pacientes de mayor riesgo a la hora de indicar una TM.

Material y métodos: Hemos analizado y comparado la mortalidad observada-esperada a 1año (M1a) de 221 pacientes sometidos a TM (octubre-2012/junio-2015), y al mes (M1m) de 380 pacientes tratados entre octubre-2012/mayo-2016. Presentamos un análisis multivariante y de curvas de supervivencia dividiendo la serie en rangos de edad, utilizando el programa SPSSv22.

Resultados: La mortalidad esperada duplica la observada en todos los grupos. Los factores de peor pronóstico son DM y edad, sobre todo a partir de los 90 años. La M1m es de 7'02% en el grupo <80a frente al 20'7% en el de >80a. Los pacientes >90a siguen obteniendo beneficio de la TM, con una M1a del 33% observada frente a 51% esperada.

Conclusión: La TM mejora el pronóstico de los pacientes en todos los grupos. La curva de supervivencia empeora con la edad, sobre todo >90a. La escala Iscore puede ser una herramienta útil para determinar el pronóstico de los pacientes y seleccionar aquellos que pueden beneficiarse de una TM. Es una escala sencilla, accesible y rápida que no aumenta los costes del proceso.

BENEFICIO DE LA TROMBOLISIS EN EL ICTUS MINOR

Cocho Calderón, D.; Boltes Alandi, A.; Espinosa García, J.; Pons Brugada, J.; Jiménez, M.; Pont Sunyer, C.

Servicio de Neurología. Hospital General de Granollers

Objetivos: La trombolsis en el ictus minor es controvertida. Entre el 10% y el 54% de los casos presentan oclusión arterial, y el 30 % presentarán mal pronóstico funcional a los 90 días. Analizamos la evolución y los predictores pronósticos de los pacientes con ictus minor (NIHSS <5) previamente independientes (mRS <3), tratados con trombolisis vs los no tratados

Material y métodos: Análisis retrospectivo de datos prospectivos y consecutivos desde el 2010. Analizamos datos demográficos, FRV, puntuación en la escala NIHS al ingreso, clasificación etiológica (TOAST), subtipo clínico (Oxfordshire), oclusión arterial (TIBI 0-3) y escala de Rankin modificada (mRS 0-1) a los 90 días.

Resultados: Analizamos 314 ictus minor de menos de 8 horas de evolución. 59% fueron hombres, con edad media 66,7±14 años. El 10 % fueron tratados con trombolisis endovenosa y el 0,3% presentaron una hemorragia cerebral sintomática. El 32% presentó oclusión arterial en fase aguda, y el 27 % una mRS > 2 a los 90 días. Los predictores independientes de mal pronóstico fueron: edad > 70 años, territorio posterior, NIHSS >3 puntos y etiología aterotrombótica. Los pacientes de > 70 años y NIHSS inicial > 3 puntos tratados con trombolisis mostraron una aumento significativo de mRS 0-1 a los 90 días (85% vs 49%, p= 0,005)

Conclusión: El 27 % de los pacientes con ictus minor presentó a los 90 días una puntuación en la escala mRS > 2, que aumentó hasta un 51 % en los mayores de 70 años con NIHSS > 3 no tratados con trombolisis.

TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN ICTUS AGUDO Y MOTIVOS DE NO RECANALIZACIÓN

Gómez González, A. [1]; Ois Santiago, A.J. [2]; Cuadrado Godia, E. [1]; Vivas Diaz, E. [3]; Sola, T. [2]; Rodríguez Campello, A.M. [2]; Jimenez Conde, J. [2]; Giralt Steinhauer, E. [2]; Vivanco Hidalgo, R.M. [2]; Guimaraens, L. [2]; Roquer González, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital del Mar; 3. Servicio de Radiología. Hospital del Mar

Objetivos: Existe un porcentaje de pacientes con ictus agudo por oclusión de gran vaso intracraneal (IAOGV) en los que no se consigue la recanalización arterial (RA) a pesar del uso de técnicas endovasculares. Nuestro objetivo fue describir los motivos por los que no se consiguió la RA en estos pacientes e identificar factores asociados.

Material y métodos: Análisis de la base prospectiva de trombectomías mecánicas primarias y de rescate realizadas en nuestro centro (noviembre 2009-mayo 2016). Se describen los motivos por lo que no se logra la recanalización completa (NRA) (TICI 2b-3) y los factores asociados con NRA.

Resultados: Se indicaron 120 procedimientos. En 17 casos no se intentó la trombectomía mecánica intracraneal por oclusión exclusivamente extracraneal (n=2), oclusión exclusiva ramas distales (n=6), recanalizaciones espontáneas (n=3), imposibilidad para llegar a la oclusión (n=5) y problemas médicos (n=1). En el resto de los pacientes (n=103) se llegó al trombo; en 5 de los casos existieron complicaciones que obligaron a parar el procedimiento. De los 98 casos restantes, 20 fueron NRA (20%). Los motivos de NRA fueron no extracción de material (35%), re-oclusión (35%), estenosis residual aterosclerótica (25%) e incapacidad para atravesar el trombo (5%). El único factor que se asoció de manera estadísticamente significativa con NRA en estos 98 pacientes fue el menor uso de tratamiento antitrombótico (p=0,026).

Conclusión: En un porcentaje no desdeñable de pacientes con IAOGV no se logra RA con trombectomía mecánica por diferentes motivos. Es necesario más estudios y mayor número de casos para valorar factores predictivos.

ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA CON COLOCACIÓN DE STENT EN EL TRATAMIENTO AGUDO DEL ICTUS ISQUÉMICO. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Villarreal Vitorica, E. [1]; Conde Blanco, E. [1]; Corujo Suárez, M. [1]; Tur Campos, S. [1]; Legarda Ramírez, I. [1]; Miralbés Celma, S. [2]; Moragues Benito, M.D. [1]; Díaz Navarro, R.M. [1]; Jiménez Martínez, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Entre un 10 y un 25% de los pacientes con ictus isquémico agudo presentan una estenosis de alto grado en arteria carótida interna (ACI) ipsilateral. Pequeñas series de casos y algún estudio retrospectivo multicéntrico han reportado resultados clínicos favorables para las angioplastias de ACI en combinación con trombectomía mecánica en fase aguda del ictus isquémico.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo en el que analizamos 17 pacientes (88'2% varones) con oclusión o estenosis carotídea de alto grado más un embolismo intracraneal concomitante tratados entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2016.

Resultados: La media de edad fue de 65'4 años (DE ± 9.5). Once pacientes (64'7%) habían recibido fibrinólisis endovenosa. La mediana de NIHSS al inicio fue de 16 (rango 5-24) y, al alta, de 5 (rango 0-13). El lugar de oclusión intracraneal más frecuente fue a nivel de M1 (47'60%), seguido de M2 (17'60%). Se obtuvo recanalización satisfactoria (TICI ≥2b) en todos los pacientes excepto en uno. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la reperfusión fue de 334 minutos (195-530). Las complicaciones intraprocedimiento más habituales fueron la bradicardia sinusal y la hipotensión. Hubo dos transformaciones hemorrágicas sintomáticas y una reoclusión. La mortalidad intrahospitalaria fue del 20%. El 70'6% de los pacientes presentó una buena evolución clínica a los 3 meses (mRs ≤2).

Conclusión: La principal limitación del estudio es el bajo número de pacientes. No obstante, la trombectomía asistida por stenting carotídeo parece ser un procedimiento seguro, con resultados aparentemente favorables aunque sin encontrarse exento de complicaciones post-procedimiento.

INFLUENCIA DEL TIPO DE HOSPITAL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS TRATADOS CON FIBRINÓLISIS ENDOVENOSA

Purroy García, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: Determinar la efectividad y seguridad del tratamiento fibrinolítico endovenoso en función de las características del hospital que trata al paciente.

Material y métodos: Incluimos a 3231 pacientes consecutivos del registro prospectivo de reperfusión de Cataluña. De ellos, 1189 (36,8%) fueron >= 80 años. Evaluamos el riesgo de sangrado intracraneal sintomático (SIS), la mortalidad y la evolución favorable a los 90 días determinada por la puntuación en la escala Rankin modificada (mRS) < 3. Clasificamos los tipos de hospitales en: centro de referencia de ictus (CRI), centro primario de ictus (CPI) y centro de teleictus (CTI)

Resultados: Los pacientes >=80 años tuvieron mayor gravedad de ictus medida mediante la escala NIHSS así como peores tiempos puerta-aguja y peor evolución que los sujetos más jóvenes. Entre los pacientes mayores, la mortalidad a los 90 días fue del 23,2% mientras que el 38,7% tuvo una evaluación favorable (mRS<3). Detectamos un SIS en el 4,7% de los sujetos >=80 años. No observamos diferencias en los factores de riesgo vascular y la gravedad del ictus mediante la escala NIHSS entre los sujetos tratados en los diferentes tipos de hospitales. Destacamos como la evolución los sujetos mayores fue idéntica en los diferentes tipos de hospitales pese a que los sujetos tratados en CPI y CTI tuvieron mayores tasas de SIS (6,3% y 6,3% versus 3,2%) que en CRI.

Conclusión: La evolución de los pacientes mayores con ictus isquémico que reciben tratamiento fibrinolítco endovenoso es independiente de las características del hospital en el que son tratados

STENTING O ANGIOPLASTIA CAROTIDEA HIPERAGUDA: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN PARA LA REVASCULARIZACIÓN?

Rodríguez Villatoro, N. [1]; Rodríguez Luna, D. [1]; Ribó Jacobi, M. [1]; Boned Riera, S. [1]; Juega Mariño, J.M. [1]; Coscojuela Santaliestra, P. [2]; Pagola Pérez de la Blanca, J. [1]; Muchada López, M.Á. [1]; Vert Soler, C. [2]; Rubiera del Fueyo, M. [1]; Álvarez Sabin, J. [1]; Tomasello Weitz, A. [2]; Molina Cateriano, C.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Hasta un 20% de las oclusiones intracraneales agudas asocian una lesión carotidea de alto grado que requiere tratamiento específico. Estudiamos diferencias en reestenosis, complicaciones y recurrencias entre pacientes tratados mediante angioplastia o mediante stenting carotideo de forma hiperaguda.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con ictus isquémico no cardioembólico y oclusión o lesión de alto grado extracraneal carotidea tratados mediante procedimiento endovascular hiperagudo entre abril 2013 y noviembre 2015. Dividimos los pacientes dependiendo del tratamiento extracraneal mediante angioplastia aislada o con stenting. Comparamos tasa de estenosis >50% u oclusión de angioplastia/stent a las 24 horas (ecografía-Doppler carotidea y/o angioTC) así como complicaciones y recurrencias durante un año.

Resultados: Incluimos 57 pacientes: edad media 64,7±13,4 años, mediana de tiempo desde inicio de los síntomas al tratamiento 249 [161-331] minutos. 30(52,6%) fueron tratados mediante angioplastia y 27(47,4%) mediante stenting. Ambos grupos fueron comparables en variables demográficas, factores de riesgo vascular, tratamiento previo y ASPECTS basal. 33(57,9%) recibieron tPA endovenoso y 52(91,2%) trombectomía mecánica intracraneal. Los pacientes sometidos a angioplastia presentaron más frecuentemente estenosis >50% u oclusión a las 24 horas que los tratados mediante stenting (88.9% vs. 30.8%, p<0.001). El 76,6% de las angioplastias eran permeables a las 24 horas aunque el 39,1% de estas precisaron stenting diferido. No encontramos diferencias respecto a complicaciones, incluyendo transformación hemorrágica (ni con tPA previo ni con doble antiagregación precoz postprocedimiento), y recurrencias (p>0,05).

Conclusión: El stenting carotideo hiperagudo parece no incrementar el riesgo de complicaciones y tener menor riesgo de reestenosis comparado con la angioplastia.

ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS DURANTE EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO EN TERRITORIO ANTERIOR

Cruz Culebras, A. [1]; Vera Lechuga, R. [1]; Méndez Cendón, J.C. [2]; Fandiño Benito, E. [2]; De Felipe, A. [1]; Matute Lozano, C. [1]; Santos, G. [3]; Prieto, M.A. [3]; Masjuan Vallejo, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Radiología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Anestesia. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Analizar las diferencias según el tipo de anestesia (sedación o anestesia general) durante el tratamiento endovascular de pacientes con ictus isquémico agudo tratados en nuestro centro, perteneciente a uno de los nodos de guardia colaborativa de intervencionismo en Madrid.

Material y métodos: Durante el período 2012-2016 se recogieron los datos de 127 pacientes sometidos a tratamiento endovascular en territorio carotídeo. A 61 pacientes (48%) se les realizó una sedación (S) y a 66 (52%) una anestesia general (AG). Se recogen variables clínicas basales, tiempos de actuación, seguridad y pronóstico funcional a 3 meses

Resultados: No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a NIHSS basal, edad o factores de riesgo. La media de tiempo desde el inicio a la recanalización fue similar (S 338 minutos +/- 247 vs AG 371 +/- 132, n.s.). El tiempo del procedimiento fue significativamente mayor en el grupo AG (61 min +/- 28 vs 78 min +/ 39, p<0,005). En el grupo de S se logró recanalización TICI 2b-3 en 82% vs 81% en AG (n.s.) Hubo 2 casos de hemorragia sintomática en el grupo de AG y ninguno en el de S (n.s). La tasa de pacientes con buen pronóstico funcional (EmR 0-2) fue mayor en el grupo de S que en el de AG (77% vs 47%, OR = 3,6 IC 95%: 1,6-8,2). No hubo diferencias de mortalidad a 3 meses entre ambos grupos

Conclusión: Si bien no hay diferencias de mortalidad, parece haber mayor probabilidad de dependencia en pacientes sometidos a AG en esta serie.

INFLUENCIA DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMIA MECÁNICA

García Molina, E. [1]; Diaz Pérez, J. [1]; Valero López, G. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Baidez Guerrero, A.E. [1]; Fuentes Rumí, L. [1]; Sánchez-Vizcaíno Buendia, C. [1]; García-Villalba Navaridas, B. [2]; Espinosa De Rueda, M. [2]; Albert Lacal, L. [1]; Morales Ortiz, A.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurorradiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La hiperglucemia es un factor conocido de mal pronóstico en el ictus isquémico en pacientes sometidos a trombolisis intravenosa. El objetivo principal de nuestro estudio es analizar el impacto de la hiperglucemia al ingreso, en el pronóstico de los pacientes sometidos a trombectomia mecánica (TM).

Material y métodos: Incluimos todos los pacientes sometidos a TM entre 2009-2016 descartando aquellos en los que no se determinó la glucemia al ingreso y los dividimos en 2 grupos: Hiperglucemia(HG; Glucemia>140 mg/dl) y Glucemia normal(GN; Glucemia<140 mg/dl). Describimos la muestra y posteriormente realizamos un análisis univariante para determinar diferencias entre las características basales y de resultado de ambos grupos. Finalmente hicimos regresión logística binaria para determinar factores independientes determinantes en el pronóstico, además de la Hiperglucemia.

Resultados: 466 pacientes incluidos, 51% hombres, mediana de edad 70(RIQ 60-78), 38% grupo HG y 62% grupo GN. Las características basales de los pacientes eran similares entre ambos grupos, excepto la Diabetes, más frecuentes en el grupo de HG. En cuanto a las variables de pronóstico observamos en el grupo de HG: mayor numero de Hemorragias sintomáticas (HG14,3%, GN 6,6%;p 0,007), NIHSS al alta (HG 7 y GN5; p 0,019), rankin no favorable a los tres meses (HG56%, GN41%; p 0,017) y mortalidad (HG 38.2%, GN 14,7%; p<0,001). Al realizar el análisis multivariante desaparece la asociación estadística con todas excepto con la mortalidad.

Conclusión: La hiperglucemia al ingreso parece condicionar mal pronóstico y mayor mortalidad en los pacientes sometidos a TM, sin embargo solo podemos considerarla una variable independiente de mortalidad.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON STENTS INTRACRANEALES AUTOEXPANDIBLES DE REMODELADO EN ESTENOSIS INTRACRANEALES ATEROMATOSAS DE ALTO RIESGO

Hernandez Fernandez, F. [1]; Molina Nuevo, J.D. [2]; Fernandez Valiente, M. [1]; Rojas Bartolomé, L. [1]; Alcahut Rodríguez, C.A. [1]; Camino Marco, P. [3]; Juliá Molla, E. [2]; Pedrosa Jimenez, M.J. [2]; Ayo Martin, O. [1]; Garcia Garcia, J. [1]; Segura Martin, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 3. Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete

Objetivos: La estenosis intracraneal es una causa común de ictus isquémico, y su tasa de recidivas es elevada. El papel del tratamiento endovascular es controvertido, ya que dos estudios randomizados no demostraron superioridad frente al tratamiento médico agresivo. Los stents autoexpandibles de remodelado no han sido evaluados en estos estudios. Analizamos su perfil de seguridad en el tratamiento de estenosis intracraneales significativas y recidivas graves a pesar del óptimo tratamiento médico.

Material y métodos: Registro prospectivo conducido en el Hospital Universitario de Albacete durante 18 meses. Se incluyeron pacientes con estenosis intracraneales de alto grado (>70%) confirmadas mediante angioTAC-arteriografía y fluctuaciones clínicas graves (incremento NIHSS≥4), pese al tratamiento con doble antiagregación y estatinas. El seguimiento mínimo fue de 3 meses, registrando las variables de seguridad post-procedimiento (ictus, muerte, hemorragia cerebral a 30 días), reestenosis, mRS y recidivas a 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, con edad media de 64.7 años y predominio masculino (90%). Se recogieron los factores de riesgo vascular, puntuación NIHSS antes del procedimiento y porcentaje de estenosis pre y post-procedimiento. Se consiguió revascularizar todos los casos. En ocho (80%) se realizó además angioplastia con balón sin sobredimensionar. No se detectaron más fluctuaciones ni otros eventos adversos en el periodo post-procedimiento. Durante el seguimiento posterior (>1 mes) se detectó una reestenosis asintomática 40% y un fallecimiento (10%). La tasa de pacientes con mRS≥2 a los 3 meses fue del 70%.

Conclusión: El tratamiento endovascular de estenosis arteriales intracraneales con stents autoexpandibles sin sobredimensionar fue técnicamente viable y sin complicaciones clínicas a corto-medio plazo.

AUMENTO DE LA LONGITUD TELOMÉRICA EN ICTUS ISQUÉMICO

López Mesonero, L. [1]; Márquez Batalla, S. [2]; Fernández Mateos, J. [3]; Gómez Sánchez, J.C. [4]; González Sarmiento, R. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 3. Servicio de Genética. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 5. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Los telómeros son los extremos de ADN cromosómico, propuestos como marcadores del proceso de envejecimiento biológico debido a que se acortan en cada división celular. La longitud de los telómeros se ha relacionado con ictus, pero no se ha demostrado concluyentemente. Nuestro objetivo fue determinar la longitud telomérica de leucocitos como predictor del pronóstico funcional.

Material y métodos: La longitud de los telómeros se determinó mediante la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en 135 pacientes con ictus (105 isquémicos y 30 hemorrágicos) y 150 sujetos control seguidos prospectivamente 1 año. Se recogieron los datos relativos a datos demográficos, tipo de ictus, leucoaraiosis con la escala Fazekas, placas de ateroma y estenosis carotídea. Los resultados clínicos se evaluó mediante la escala de Rankin modificada (MRS). Una segunda medida de la longitud de los telómeros se ha realizado 1 año después del evento de ac-

cidente cerebrovascular en un subgrupo de 22 pacientes con accidente cerebrovascular isquémico con un buen resultado clínico definido como 0-2 en MRS.

Resultados: La media de la longitud del telómero fue significativamente menor en los pacientes con accidente cerebrovascular que en los sujetos de control. No hubo asociación entre la longitud de los telómeros y el pronóstico. La segunda medida de la longitud de los telómeros fue mayor (p <0,001).

Conclusión: La longitud de los telómeros es menor en los pacientes con accidente cerebrovascular. Entre las personas con buen resultado clínico hubo un aumento en la longitud del telómero que podría ser un marcador de una parada en el envejecimiento biológico.

SCREENING DE BIOMARCADORES DE SEPSIS COMO PREDICTORES DE INFECCIÓN ASOCIADA AL ICTUS

Bustamante Rangel, A. [1]; García-Berrocoso, T. [1]; Giralt, D. [1]; Simats, A. [1]; Boada, C. [1]; Penalba, A. [1]; Zapata, E. [2]; Montaner, J. [1]

1. Institut de Recerca, Laboratorio de Investigación Neurovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Las infecciones representan una importante causa de morbimortalidad en el ictus. Su predicción y tratamiento precoz podría mejorar el pronóstico de los pacientes que las sufren. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de un panel de biomarcadores de sepsis en la predicción de infecciones asociadas al ictus.

Material y métodos: En una cohorte de 145 pacientes se exploraron seis biomarcadores de sepsis; proadrenomedullin (proADM), soluble triggering receptor expressed on myeloid cells-1 (sTREM-1), presepsin (sCD14), C-reactive protein (CRP), soluble urokinase-type plasminogen activator receptor (suPAR) y neopterin. Inicialmente exploramos este panel en muestras recogidas en las primeras 6 horas en 98 pacientes con ictus isquémico, de los cuales 61 sufrieron infecciones. Para observar efectos más tardíos, los biomarcadores medidos basalmente no asociados a infección se exploraron en muestras recogidas a las 24 horas, en 39 pacientes (14 infecciones). Los mejores biomarcadores de ambos experimentos fueron medidos en muestras seriadas basales, de 24, 48, 72 horas y una semana de 8 pacientes con ictus (4 infecciones).

Resultados: En muestras basales, proADM resultó ser el único predictor independiente de infección (>0,939 pg/mL, OR=4,70(1,36-16,16), p=0,014). En muestras de 24 horas, suPAR también fue un predictor independiente (>2185,8 pg/mL, OR=5,81(1,05-32,26), p=0,044). Ambos marcadores se mantuvieron elevados en los pacientes que sufrieron infección a lo largo de todo el perfil temporal.

Conclusión: De los candidatos explorados, proADM y suPAR podrían tener un papel en la predicción de infecciones asociadas al ictus, siendo especialmente relevante el caso de proADM, ya que su precoz aumento en pacientes que desarrollan infecciones permitiría su precoz tratamiento.

BIOMARCADORES EN ICTUS ISQUÉMICO: TRAMPAS EXTRACELULARES DE NEUTRÓFILOS COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Lago Martín, A. [1]; Latorre, A. [1]; Vallés, J. [1]; Santos, M.T. [1]; Tembl, J.I. [2]; Nieves, C. [2]; Martínez-Molina, M. [2]; Moscardó, A. [1]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) juegan un papel importante en la respuesta inmune. Además, pueden activar a las plaquetas y la coagulación favoreciendo el proceso trombótico. Objetivo: estudiar en pacientes con ictus isquémico la presencia de NETs, y su correlación con marcadores de la enfermedad, tanto a nivel diagnóstico como pronóstico.

Material y métodos: 243 pacientes consecutivos con ictus isquémico ingresados en la UI, con extracción sanguínea en las primeras 72 horas. Se recogen variables demográficas, clínicas y evolutivas. Determinación de NETs en plasma: ADN libre (cfADN) mediante una sonda fluorescente, nucleosomas mediante técnicas de elisa (Cell Death detection kit, Roche) histona 3 citrullinada (citH3) mediante un elisa desarrollado en nuestro laboratorio. Se comparan con un grupo control y se relaciona con NIH al ingreso y mortalidad.

Resultados: Los NETs están presentes en el plasma de pacientes con ictus isquémico, con valores elevados con respecto a controles (citH3: 0.079 ±0.002 [0.040-0.284], p<0.0001; cfDNA: 42.133±0.93 [10.672-98.460], p<0.0001; nucleosomas: 0.325±0.016 [0.04-1.87], p=0.002). Aparece una elevada correlación entre los NETs con mortalidad (cfDNA: Spearman´s ρ=0.270; p=0.01; citH3: Spearman's ρ= 0.271; p=0.02; nucleosomas: Spearman's ρ= 0.219; p=0.01) y con NIHSS >8 (cfDNA: Spearman's ρ=0.272; p=0.000; citH3: Spearman's ρ= 0.279; p=0.000; nucleosomas: Spearman's ρ= 0.219; p=0.001).

Conclusión: La formación de NETs está claramente asociada al ictus isquémico, y se correlaciona con la gravedad. Estos resultados abren una nueva vía de investigación en los NETs como marcador diagnóstico pronóstico del ictus isquémico, además del posible tratamiento del mismo con inhibidores de los NETs.

HIPERGLUCEMIA EN EL INFARTO CEREBRAL AGUDO EXPRESIÓN DE MARCADORES BIOQUÍMICOS PRONÓSTICOS. ESTUDIO GLIAS-2

Fuentes Gimeno, B. [1]; Gutiérrez Fernández, M. [1]; Rodríguez Frutos, B. [1]; Otero Ortega, L. [1]; Alonso de Leciñana Cases, M. [1]; Sanz Cuesta, B.E. [1]; Madero Jarabo, R. [2]; Delgado Mederos, R. [3]; Gállego Culleré, J. [4]; Rodríguez Yañez, M. [5]; Martínez Zabaleta, M. [6]; Freijo Guerrero, M. [7]; Portilla, J.C. [8]; Gil Nuñez, A. [9]; Lisbona, A. [10]; Díez Tejedor, E. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 5. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 6. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 8. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 9. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 10. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Paz; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ

Objetivos: Investigar los posibles mecanismos (inflamatorios, protrombóticos, de disfunción endotelial y muerte neuronal) implicados en el mal pronóstico asociado al desarrollo de hiperglucemia ≥155 mg/dl en los pacientes con infarto cerebral agudo.

Material y métodos: Análisis secundario del estudio GLIAS-2 (prospectivo y multicéntrico), seleccionando los participantes en el subestudio de marcadores de inflamación (IL6, IL4, IL10, TNF-a, hsPCR), protrombóticos (PAI-1) disfunción endotelial (VCAM-1, ICAM-1), ruptura de barrera hematoencefálica (MMP9) y muerte neuronal (Anexina V). Las muestras se tomaron al ingreso y a las 72-96h. Se compara la expresión de dichos marcadores en dos fases (1): pacientes con o sin niveles de glucemia capilar >/= 155 mg/dl en las primeras 48 horas; (2): comparación de los siguientes 4 grupos: a) no hiperglucemia >/=155 mg/dl; b) hiperglucemia >/=155 mg/dl no respondedores al tratamiento corrector; c) hiperglucemia >/= 155 mg/dl respondedores; d) hiperglucemia >/= 155 mg/dl no tratados.

Resultados: 174 pacientes; 79 (45,9% con glucemia ≥155 mg/dl en las primeras 48h). Se observó mayor mortalidad (14.7% vs. 5.5%; P<0.05) y muerte-dependencia (37.3% vs. 21.1%; P<0.05) en el grupo de glucemia >/=155mg/dl. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en ninguno de los marcadores analizados al ingreso ni a las 72-96h en la comparación según la presencia de hiperglucemia >/= 155 mg/dl o de la respuesta al tratamiento corrector con insulina.

Conclusión: En el estudio GLIAS-2 no se observa asociación entre el efecto pronóstico de los niveles de glucemia >/=155 mg/dl y los marcadores de inflamación, protrombosis, disfunción endotelial, ruptura de barrera hematoencefáluca y muerte neuronal analizados.

EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICUERPO ANTI-NOGOA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE ISQUEMIA CEREBRAL SUBCORTICAL

Gutiérrez Fernández, M. [1]; Rodríguez Frutos, B. [1]; Otero Ortega, L. [1]; Gómez de Frutos, M.D.C. [1]; Barahona Sanz, I. [1]; Sánchez Gonzalo, A. [1]; Navarro Hernanz, T. [2]; Díez Tejedor, E. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario La Paz; 2. Laboratorio de Imagen y Espectroscopia por Resonancia Magnética. Instituto de Investigación Biomédica Alberto Sols, CSIC-UAM; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Estudiar la eficacia de la administración de anticuerpos anti-NogoA sobre la recuperación funcional y la reparación de sustancia blanca en un modelo experimental animal de isquemia cerebral con afectación subcortical.

Material y métodos: Ratas Sprague-Dawley fueron sometidas a una isquemia cerebral mediante la inyección de endotelina-1.A las 24h se administró por vía iv 250ug de anticuerpo anti-NogoA al grupo de los animales tratados y anticuerpo control negativo a los animales control. Se analizó: la función motora mediante los test de Rotarod, Beam-Walking y Rogers, tamaño de lesión por resonancia magnetica, muerte celular por técnica TUNEL y marcadores de reparación de sustancia blanca (Neurofilamento, MOG y NogoA) a 7 y 28 días.

Resultados: Los animales tratados con anticuerpos anti-NogoA mostraron una mejor recuperación motora a los 28 días comparado con los controles (p<0.05). No se observó una disminución en el tamaño de la lesión en los animales tratados pero sí un aumento en la conectividad y preservación de las fibras nerviosas así como una reducción de la muerte celular al compararse con los controles (p<0.05).Finalmente,se observó un aumento de expresión de Neurofilamento, MOG así como una disminución en la expression de NogoA después del tratamiento en comparación con el grupo control (p<0.05).

Conclusión: La administración de anticuerpos anti-NogoA ha mostrado eficacia en la recuperación motora en un modelo de isquemia cerebral experimental con afectación subcortical. Esta recuperación está asociada a una mejor conectividad de las fibras nerviosas y a un aumento en la expresion de los marcadores implicados en la reparación de la sustancia blanca cerebral.

IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN IMPLICADOS EN EL FENÓMENO DE TOLERANCIA ISQUÉMICA

Cambray Carner, S. [1]; Colas, L.[1]; Sanz, A.[1]; Molina, J. [1]; Benabdelhak, I. [1]; Sanahuja, J. [1]; Vena, AB.[1]; Torreguitart, N. [1]; Farré, J. [2]; Purroy Garcia, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Analisis Clínicos. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: Identificar nuevos factores de transcripción implicados en el fenómeno de Tolerancia Isquémica (TI) y comprobar sus cambios de expresión y/o localización (tanto tisular cómo subcelular) en un modelo de ratón.

Material y métodos: Se desarrolló un modelo TI del cual se obtuvieron muestras de la zona cortical condicionada para realizar arrays de mRNA comparándolo con el ratón SHAM. Los genes que presentaban sobre-expresión o represión superiores al 40% con un p valor <0,05 se sometieron a dos análisis bioinformáticos (Tranfac y IPA) para comprobar Factores de transcripción (FT) sobre-representados en sus promotores. De nuevo, se sometió a los ratones al protocolo de condicionamiento, y se analizó tanto los niveles de expresión, cómo la localización de los FT en la región cortical sometida a condicionamiento.

Resultados: Se describió por vez primera la presencia cortical de dos FT. Además también se analizaron sus cambios en respuesta a la TI y el subtipo celular dónde éstos se expresaban. También analizamos los cambios de expresión y/o localización de otros 5 factores de transcripción.

Conclusión: Pese a que varios estudios han utilizado la tecnología de arrays de RNA para estudiar el fenómeno de la TI, pocos han empleado las modernas plataformas de alta densidad (55.000 RNAs) combinadas con las nuevas herramientas de análisis masivo de datos, aplicar ambas cosas en este proyecto nos ha permitido identificar nuevos FT implicados en TI.

Enfermedades Cerebrovasculares VI

DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS, ATENCIÓN Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO EN FUNCIÓN DE LA EDAD. DATOS DEL REGISTRO RENISEN

Purroy García, F. [1]; Vena, A. [2]; de Arce, A.M. [3]; Dávalos, A. [4]; Díez Tejedor, E. [5]; Gómez Choco, M. [6]; Palomeras, E. [7]; Martí Fàbregas, J. [8]; Castillo, J. [9]; Arenillas Lara, J.F. [10]; Ustrell, X. [11]; Tejada García, J. [12]; Masjuán Vallejo, J. [13]; Garcés, M. [14]; Benabdelhak, I. [1]; Serena, J. [15]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 6. Servicio de Neurología. Hospital Moisés Brogi; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; 8. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 9. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 10. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; 12. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; 13. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 14. Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa; 15. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: Determinar las características, manejo y evolución de los pacientes con ictus isquémico en función de la edad en el territorio español

Material y métodos: Obtuvimos datos clínicos y de manejo de pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico cerebral > 40 años incluidos en el registro RENISEN del Grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (enero de 2011 y diciembre de 2015). Excluimos a los pacientes con diagnóstico de ataque isquémico transitorio Definimos como mala evolución durante el ingreso la puntuación en la escala Rankin modificada (mRS) > 2. Establecimos 6 grupos

de edad (de 40 a 50, de 51 a 60, de 61 a 70, de 71 a 80, de 81 a 90, y >90 años)

Resultados: Incluimos a 13.649 pacientes. Observamos diferencias en la distribución de los factores de riesgo vascular, el sexo, la etiología, el tipo de manejo y la evolución entre los diferentes grupos de edad. El sexo femenino, la etiología cardioembólica fueron más prevalentes entre los grupos de mayor edad (>80 años). El acceso a la unidad de ictus, al tratamiento fibrinolínito y a las pruebas vasculares fueron significativamente más restringidos en los pacientes > 80 años y sobretodo >90 años. La puntuación en la escala NIHSS>10 [OR 5,5 (3,92-6,76) p<0,001] y la edad>90 [OR 7,29 (6,71-7,92) p<0,001] fueron los principales predictores de mala evolución.

Conclusión: La edad longeva condiciona el manejo y la evolución de los pacientes con ictus isquémico. Estudios futuros deben establecer si un mejor manejo puede cambiar su evolución.

TIEMPO COMO PREDICTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Blanco García, L. [1]; Usero Ruíz, M. [1]; De Lera Alfonso, M.C. [1]; Reyes Muñóz, F.J. [1]; Muñoz Rubio, P.L. [1]; Perez Fernandez, S. [2]; Marcos González, A. [2]; Castaño Blazquez, M. [2]; Alcaide Flores, R. [1]; Cortijo García, E. [1]; Calleja sanz, A. [1]; Arenillas Lara, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Determinar si el tiempo hasta la reperfusión es un factor pronóstico independiente en pacientes con ictus isquémicos tratados con terapia endovascular (TEV), tratando de evaluar la contribución relativa de los distintos segmentos temporales del proceso de atención al ictus.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de pacientes consecutivos con ictus isquémico con oclusión proximal de arteria intracraneal tratados con TEV. Se definieron los distintos segmentos temporales como tiempo extrahospitalario (inicio – llegada al hospital) y tiempo intrahospitalario, categorizado como tiempo puerta – ingle y tiempo ingle – TICI final. El mal pronóstico funcional al tercer mes se definió como Rankin >2 y la recanalización completa como TICI 2B-3 en la última serie angiográfica.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes con ictus isquémico y oclusión proximal tratados con TEV (46.5% mujeres, edad-media 70.62, mediana-NIHSS 18, mediana-ASPECTS 9). El tiempo extrahospitalario fue 238.01 ± 224.40 minutos y el intrahospitalario 148.35 ± 75.52 minutos. El tiempo intrahospitalario fue el único factor que emergió como independiente de la recanalización para predecir el pronóstico. Se identificó el tiempo ingle-TICI final >57 minutos como el único segmento temporal predictor del mal pronóstico funcional (odds ratio, 3.84; intervalo confianza 95%, 1.61-9.71; p=0.002).

Conclusión: El tiempo del procedimiento endovascular fue el segmento temporal más influyente en el pronóstico funcional de los pacientes tratados con trombectomía.

ESTENOSIS CAROTÍDEA Y CONTROL DEL LDLC: ¿ES ÚTIL EL SEGUIMIENTO EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE NEUROLOGÍA VASCULAR?

Jiménez López, Y.; Bosque Varela, P.; Vázquez Higuera, J.L.; Revilla García, M.; Oterino Durán, A.; Palacio Portilla, E.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Evaluar el control de las cifras de LDLc en pacientes con estenosis carotídea y los factores asociados al mismo.

Material y métodos: Análisis transversal del grado de control de las cifras de LDLc en pacientes con estenosis carotídea ≥ 50%. Se definió como buen control de LDLc presentar cifras de LDLc ≤ 70 mg/dl y se evaluó la presencia de factores asociados con niveles de LDLc ≤ 70 mg/dl mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Se evaluó el control de LDLc en 434 pacientes con estenosis carotídea (edad media 72,99±9,50 años, 77% varones). El 69% de los pacientes presentaron cifras de LDLc ≤ 70 mg/dl. En el análisis de regresión se asociaron con mayores probabilidades de alcanzar el objetivo de LDLc el seguimiento en consultas especializadas de Neurología vascular OR 2,18 (IC95% 1,25-3,81); p=0,006, el tratamiento con estatinas OR 5,53 (IC95% 1,12-27,33); p=0,36 y el tratamiento combinado con estatinas más ezetimiba OR 2,04 (IC95% 1,26-3,32); p=0,004. Por el contrario, el grado de control de LDLc fue menor en pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia OR 0,32 (IC95% 0-15-0,68); p=0,003.

Conclusión: El seguimiento de pacientes con estenosis carotídea en consultas especializadas de Neurología vascular se asocia con mejor control de las cifras de LDLc. Otros factores asociados con un control adecuado de las cifras de LDLc en estos pacientes son el uso de estatinas y la terapia combinada de éstas con ezetimiba. La hipercolesterolemia se asocia con peor control de los niveles de LDLc.

LOS MARCADORES DE CIRCULACIÓN COLATERAL DERIVADOS DE TC PERFUSIÓN PREDICEN EL CRECIMIENTO DEL INFARTO CEREBRAL

Blanco García, L. [1]; Usero Ruíz, M. [1]; De Lera Alfonso, M.C. [1]; Reyes Muñóz, J. [1]; Muñoz Ruíz, P.L. [1]; Alcaide Flores, R. [1]; Perez Fernandez, S. [2]; Castaño Blazquez, M. [2]; Marcos González, A. [2]; Cortijo García, E. [1]; Calleja sanz, A. [1]; Arenillas Lara, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Estudiar la relación entre marcadores de circulación colateral (CC) de TC perfusión (TCP), la extensión del core del infarto y el volumen final de infarto cerebral en pacientes con ictus isquémico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico de inicio conocido y oclusión proximal de circulación anterior estudiados con TCP. Como marcadores de CC se calcularon: volumen sanguíneo cerebral relativo (rCBV), flujo sanguíneo cerebral relativo (rCBF), y ratio de hipoperfusión (HIR). Core=tejido con CBF<70% respecto contralateral. El volumen de infarto se midió en el TC control. Se estratificó la muestra en función del tiempo hasta TC (<100 min, 100-200 min, >200 min).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (edad-media 71años, mediana NIHSS17, 29 pacientesrecibieron terapia reperfusión). Mediana de tiempo inicio-TCP:150 minutos. Se obtuvieron correlaciones significativas entre el core, HIR, rCBV y rCBF. La regresión lineal identificó a rCBV como parámetro asociado al core (B -0.4, p=0.04). En el total de la muestra, HIR y rCBV se correlacionaron con el volumen de infarto, pero en función del tiempo, sólo se observaron correlaciones significativas para HIR y rCBV en el grupo más tardío. El modelo de regresión lineal seleccionó a HIR como predictor de volumen de infarto (B 0.4, p=0.01).

Conclusión: HIR, rCBV y rCBF se correlacionaron con el core basal. La correlación entre HIR, rCBV y el volumen de infarto sólo se observó en el grupo más tardío de pacientes. HIR predice mejor el volumen de infarto que los otros parámetros.

CONOCIMIENTO DEL ICTUS EN LA POBLACIÓN. ¿HA MEJORADO 12 AÑOS DESPUÉS?

Palomeras Soler, E. [1]; Palomar Garcia, M. [1]; Vilardell Sanchez, E. [1]; Fossas Felip, P. [1]; Palomera Fanegas, E. [2]; Ciurana Ortells,

A. [1]; Serrano Rodriguez, E. [1]; Casado Ruiz, V. [1]; Cano Orgaz, A. [1]; Sanz Cartagena, P. [1]; Muriana Batiste, D. [1]; Serra Prat, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; 2. Servicio de Estadística. Hospital de Mataró; 3. Servicio de Epidemiologia. Hospital de Mataró

Objetivos: Hace 12 años un estudio realizado en nuestro hospital puso de manifiesto un pobre conocimiento del ictus en la población y escasa percepción de urgencia ante los síntomas. Durante este período, han sido muchas las actuaciones, a nivel local y nacional, destinadas a mejorar este aspecto. Realizamos un estudio con el mismo diseño que el previamente publicado para evaluar si ha mejorado el conocimiento de la población en estos años.

Material y métodos: Se estudian prospectivamente todos los pacientes ingresados de forma consecutiva por ictus agudo durante 14 meses, preguntándoles por su interpretación de los síntomas y actuación inmediata ante los mismos. Comparamos las respuestas con las de hace 12 años ante las mismas preguntas. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, topográficas y pronósticas para analizar factores asociados al mejor conocimiento.

Resultados: 229 pacientes, edad media 75.3 años. Un 79,9% afirmó haber oído antes la palabra ictus. Un 43.7% de pacientes afirmaron que supieron reconocer sus síntomas como un ictus (hace 12 años, sólo 33.9%, p:0.02). No obstante, sólo un 34.5% tuvieron percepción de urgencia hospitalaria (hace 12 años, 31.8%, no diferencia estadísticamente significativa). Tras análisis multivariante, la única variable asociada a un mejor conocimiento fue el antecedente de ictus previo (OR 3.03, IC95% 1.49-6.19, p:0.002)

Conclusión: Se constata una mejoría significativa del conocimiento de los síntomas del ictus en la población, pero siguen sin percibirse como motivo de urgencia. Por ello, es necesario continuar e incrementar todos los programas de información, resaltando la necesidad de urgencia hospitalaria ante síntomas sugestivos de ictus.

ESTENOSIS CAROTIDEA SINTOMÁTICA, ¿CÓMO PODEMOS INTENTAR PREDECIRLA? ESTUDIO CON ANÁLISIS MOLECULAR DE PENTRAXIN 3 (PTX3) Y DIMETIL ARGININA ASIMÉTRICA (ADMA)

Alemany Perna, B. [1]; Terceño Izaga, M. [1]; Reina Garrido, M. [1]; Pardo Albiñana, L. [1]; Gubern Merida, C. [1]; Blasco Solà, G. [2]; Puig Alcantara, J. [2]; Rodríguez Cabeza, P. [3]; Andrés Navarro, O. [3]; Silva Blas, Y. [1]; Serena Leal, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Servicio de Cirurgia Vascular. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: Determinar la relación de ADMA y PTX3 con estenosis y reestenosis carotidea, así como estudiar factores clínicos asociados. ADMA es un marcador de disfunción endotelial, inhibidor endógeno iNOs. PTX3 se expresa en respuesta a estímulos inflamatorios. Ambas han sido asociadas con aterosclerosis subclínica y desarrollo de placa vulnerable, sin haber sido analizadas en pacientes con estenosis carotidea sintomática.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos y controles con estenosis carotidea intervenida con endarterectomia o stent carotideo. Análisis descriptivo y univariante retrospectivo de características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, características de la estenosis carotidea, lipidograma, glicemia, LDH, PCR y tratamiento farmacológico. Las concentraciones de ADMA y PTX3 se estudiaron en pacientes y controles mediante ELISA.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes sometidos a endarterectomía (n=37) o stent (n=8) y 35 controles sanos. 20 (44,4%) tenían estenosis contralateral y 6 (13,3%) habían recibido radioterapia cervical. 35 (77,8%) fueron sintomáticos. La indicación en asintomáticos fue progresión de estenosis con fracaso de circulación colateral. 6 (13,3%) pacientes sufrieron reestenosis. Los niveles de ADMA y PTX3 en pacientes y controles fueron 0,71±19 vs. 0,60±0,13 ($p<0.01$) y 8157±5614 vs. 8071±5381 (p=NS) respectivamente. Aunque PTX3 se asoció con marcadores inflamatorios (PCR y DM; p=0.01), sólo los niveles de ADMA se asociaron de forma potente con el riesgo de reestenosis (0,56±0.07 vs. 0,72 ± 0,18 ($p<0.01$), no existiendo asociación con ninguna otra variable molecular o clínica.

Conclusión: Los niveles circulantes elevados de ADMA se asocian con estenosis carotídea crítica y riesgo de reestenosis. No se identificaron otros marcadores moleculares o clínicos asociados.

FIABILIDAD DEL VOLUMEN DE INFARTO A LAS 24 HORAS COMO MARCADOR PRECOZ DE PRONÓSTICO FUNCIONAL

Bermell Campos, P. [1]; Rubiera Del Fueyo, M. [1]; García Tornel García Camba, A. [1]; Boned Riera, S. [1]; Molina Cateriano, C. [1]; Ribo Jacobi, M. [1]; Alpuente Ruiz, A. [1]; Lucas Del pozo, S. [1]; Coscojuela Santaliestra, P. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Los marcadores precoces en el ictus isquémico son relevantes para el manejo terapéutico. Evaluamos el volumen del infarto (VOL) a las 24h como predictor de situación funcional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva de pacientes consecutivos con ictus isquémico agudo tratados con reperfusión intraarterial. VOL se define en el TC craneal a las 24 horas mediante la fórmula de los volúmenes irregulares; se dicotomizaron VOL en < o >50cc. El estado funcional a los 3 meses se determina mediante la escala de Rankin modificada. Definimos casos discordantes como aquellos con VOL <50cc que no alcanzaron independencia funcional.

Resultados: De 163 pacientes se pudo realizar el análisis en 141. El VOL medio fue de 40cc. Se alcanzó la recanalización completa (TICI 2b-3) en 77%. A los 3 meses, 49% fueron independientes. VOL se asoció de forma significativa con la independencia funcional ($p<0,001$). Los casos discordantes constituyeron un 32%(45 pacientes), y ocurrieron más frecuentemente en pacientes añosos (>80a) (45%, p=0.04) o diabéticos (47%, p=0.01). En ambos grupos, el pronóstico funcional fue significativamente peor comparado con el global de la serie, de 25% y 32% respectivamente ($p<0.02$).

Conclusión: En un tercio de los casos, VOL no pudo predecir pronóstico funcional a los 3meses. A pesar de la asociación entre pacientes añosos o diabéticos con mal pronóstico funcional, hasta un 32 % serán independientes, por lo que el manejo terapéutico agresivo está justificado

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL NO TRAUMÁTICA: UNA SERIE PROSPECTIVA DE 34 PACIENTES

Galiano Blancart, R.F. [1]; Lago Martín, A. [2]; Pampliega Pérez, A. [3]; Fortea, G. [2]; Martí, S. [3]; Parkhutik, V. [2]; Sánchez Cruz, V. [4]; Pérez Saldaña, M.T. [5]; Soriano, C. [6]; Geffner Sclarsky, D. [6]; López Hernández, N. [3]; Beltrán Blasco, I. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Sagunto; 5. Servicio

de Neurología. Hospital de Manises; 6. Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló

Objetivos: Las hemorragias subaracnoideas corticales (HSAc) tienen numerosas etiologías. No hay estudios prospectivos que indiquen su evolución a largo plazo. Objetivo: describir las características clínicas y etiológicas de los pacientes con HSAc y conocer su pronóstico.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Se recogieron variables clínicas y radiológicas, tasa de resangrado, evolución y mortalidad a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (edad media 68.35 años, rango 27-89). Los síntomas más frecuentes fueron el déficit neurológico focal, con frecuencia transitorio y de repetición, y la cefalea. El TAC fue patológico en 28 pacientes (85.3%). Se realizó RM cerebral en 30 pacientes (88.2%), con isquemia aguda en 10 (29.4%), sangrados antiguos en 7 (20.6%) y siderosis superficial en otros 2 (5.9%). Se encontró etiología en 25 pacientes (73.5%): angiopatía amiloide (n=8), ictus isquémico (n=4), vasculitis (n=4), encefalopatía posterior reversible (n=2), trombosis venosa (n=2), síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (n=2), oclusión carotidea (n=1), síndrome de Marfan (n=1) y carcinomatosis meníngea (n=1). Durante el seguimiento fallecieron seis pacientes (en tres de ellos relacionado con la causa de la HSAc). Cinco pacientes desarrollaron epilepsia y tres demencia. Tres pacientes presentaron un hematoma lobar y otro una nueva HSAc.

Conclusión: En nuestra serie las causas más frecuentes de HSAc fueron la angiopatía amiloide, el ictus isquémico y la vasculitis. La HSAc tiene peor pronóstico que otras HSA no aneurismáticas. En el anciano tiene mal pronóstico por su frecuente asociación con hemorragia intracraneal y deterioro cognitivo.

NUEVAS ESTRATEGIAS PARA PREVENCIÓN DEL ICTUS ISQUÉMICO: CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA

DeFelipe Mimbrera, A. [1]; Matute Lozano, C. [1]; Vera, R. [1]; Cruz Culebras, A. [1]; Álvarez Velasco, R. [1]; Salido, L. [2]; Estevez Fraga, C. [1]; Martínez-Ulloa, P. [1]; Acebrón, F. [1]; Anciones, C. [1]; Albóniga-Chindurza, A. [1]; Masjuan Vallejo, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda está recomendado en aquellos en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV), alto riesgo de ictus y contraindicación para la anticoagulación oral (AO) en centros con experiencia previa.

Material y métodos: Registro prospectivo de los casos de cierre percutáneo de orejuela izquierda para prevención de ictus isquémico realizados por el Servicio de Hemodinamia de nuestro hospital desde marzo 2012- abril 2016. Se consideraron candidatos a aquellos con FANV, CHA2DS2VASc>2, y contraindicación absoluta para AO o bien recurrencia de ictus isquémico a pesar de AO correcta.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 63,3% hombres, edad media 72,6±9,1. La mediana en las escalas CHA2DS2VASc y HASBLED fueron de 4 (3-5) y 3 (2-4). La media de seguimiento fue de 8±11,1 meses. El procedimiento se indicó para prevención secundaria de ictus isquémico en 17 pacientes (56,7%). La contraindicación para anticoagulación fue hemorragia cerebral previa en 15 pacientes, y hemorragia digestiva en 9. Se indicó en 6 pacientes con ictus isquémico a pesar de AO correcta. Se inició doble antiagregación en 25 pacientes durante una media de 2 ± 2,2 meses. En 4 pacientes se mantuvo anticoagulación y antiagregación simple. Hubo una complicación del procedimiento (taponamiento cardiaco no mortal), y hubo 2 exitus no relacionados (neumonía y fallo cardiaco). No hubo ictus o embolias sistémicas.

Conclusión: El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es seguro en aquellos centros con experiencia y parece eficaz en pacientes de alto riesgo tromboembólico y contraindicación para la anticoagulación o fracaso de la misma.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES NEUROLÓGICOS, NEUROPSICOLÓGICOS Y ANTROPOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA REINSERCIÓN LABORAL DE PACIENTES CON ICTUS

Martín Montes, Á.; Lubrini, G.; Díez Ascaso, O.; Martínez- Sánchez, P.; Fuentes Gimeno, B.; Frank García, A.; Díez Tejedor, E.

Neurología. Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Analizar los factores neurológicos, neuropsicológicos y antropológicos que influyen en la reinserción laboral de pacientes menores de 65 años con ictus isquémico o hemorrágico.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo de pacientes con ictus en edad laboral activa (18-65 años) atendidos en una Unidad de Ictus. Variables: datos demográficos, clínicos, neuropsicológicos y antropológicos al mes, seis y doce meses tras ictus.

Resultados: 26 pacientes (edad media 48,1 años), 76,9% hombres. A los 6 meses el 38,6% habían vuelto a trabajar (media de días de baja laboral=117,4), sin diferencias por sexos. La escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses es la única variable clínica asociada con reinserción laboral a los 6 meses (100% si ERm=0, 10% si ERm=1, 20% si ERm=2 y 0% si ERm=3 P=0,008). Los dominios cognitivos más afectados fueron: fluencia verbal (42%), flexibilidad cognitiva (31%), control inhibitorio (31%) y memoria verbal (21%). El 42% de los pacientes mejoraron en la segunda evaluación. La mayor afectación de la memoria verbal episódica fue el dominio cognitivo determinante en la menor reinserción laboral (p=0,041). Desde el punto de vista antropológico-social el cargo laboral previo al ictus se asoció a la reincorporación posterior (100% si directivos; 66,7% si jefes de equipo; 13,3% si empleados, P=0,014)

Conclusión: Los factores asociados a menor reinserción laboral a los 6 meses tras el ictus son: la peor situación funcional a los 3 meses, la mayor afectación de la memoria verbal y un cargo laboral de menor relevancia previo al ictus.

ETIOLOGÍA DE LOS ICTUS ISQUÉMICOS EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO

Ayo Martín, O. [1]; Coloma Navarro, R. [2]; Alcahut, C. [1]; Molina, A. [1]; Almonte, W. [1]; Agustin, F.J. [1]; García, J.A. [1]; Hernandez-Fernandez, F. [1]; García García, J. [1]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2. Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: El síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS) es considerado un factor de riesgo vascular emergente. Estudios previos de nuestro grupo lo asocian a una alteración hemodinámica microangiopática cerebral. Estudiamos la epidemiologia del SAHS e ictus en nuestro medio.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de dos registros locales: pacientes diagnosticados de SAHS con antecedentes de ictus isquémico y pacientes con ictus isquémico ingresados en Unidad de Ictus. Se evaluó la frecuencia de las etiologías del ictus según criterios TOAST. Mediante tablas de contingencia se comparó la etiología del ictus en pacientes con y sin SAHS. Se aplicó estadística descriptiva y de regresión logística.

Resultados: Los registros (pacientes consecutivos) tenían las siguientes características (SAHS con ictus previo vs ictus ingresados excluídos SAHS): tamaño muestral 184 vs 1540 pacientes; edad

64'4 vs 71 años, varones 74% vs 58%, HTA 77% vs 73%, DM 28% vs 33%, dislipemia 41 vs 35%, tabaquismo 23 vs 17%. La proporción de subtipos de ictus fue diferente entre pacientes con y sin SAHS (p<0'01): aterotrombótico 13 vs 12%, cardioembólico 12 vs 31%, lacunar 28 vs 13%, indeterminado 43 vs 40%, infrecuente 2 vs 2'5%. El análisis de regresión logística mostró que el sexo masculino (OR 1.8), padecer SAHS (OR 2.3) y la edad (OR 0.98) se asociaban a la presencia de ictus de etiología lacunar.

Conclusión: En nuestra población la presencia de SAHS se asocia de manera poderosa al infarto lacunar. Este hallazgo epidemiológico es congruente con la fisiopatología vascular propuesta en el SAHS.

IMPACTO DEL ICTUS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL A CORTO PLAZO

Redondo Peñas, I.; López Espuela, F.; Yerga Lorenzana, B.; Barragán Prieto, A.; Duque Holguera, M.; Gámez-Leyva Hernández, G.; García Gorostiaga, I.; Casado Naranjo, I.; Portilla Cuencia, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar la influencia del ictus sobre el estado nutricional a los 90 días (EN90d) e identificar otros factores asociados al EN90d y su impacto en la situación funcional.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con ictus y estado nutricional normal (ENN) o en riesgo de desnutrición (RD). Analizamos características sociodemográficas, factores de riesgo vascular, parámetros analíticos-antropométricos y características del ictus. Las variables pronósticas incluyeron: EN90d y situación funcional a 90 días mediante índice de Barthel (IB90d). Establecimos el estado nutricional por la escala Mini Nutritional Assesment (eMNA).

Resultados: 95 pacientes, 71,6% ENN. Media de edad 76,4±6,6 años, 47,4% mujeres. La puntuación NIHSS al alta hospitalaria fue 1 (0-3). A los 90 días la eMNA fue 23,5±4,1 (5,3% malnutridos, 38,9% RD y 55,8% ENN). Se observó un descenso en la eMNA de 1,8 (1,1-2,5), p<0,0001. La eMNA 90días se relacionó de forma independiente al IB90d (+0,59, p0,001). Los factores basales asociados con la eMNA 90días fueron: edad [ß -0,1 (-0,2; 0,00], el sexo femenino [ß -1,6 (-3,2; -0,1)] y NIHSS al alta hospitalaria [ß -0,3 (-0,6;-0,1)].

Conclusión: En nuestra serie el ictus se asoció de forma independiente a un deterioro significativo del estado nutricional. El sexo femenino, la edad y la escala NIHSS se asociaron con el EN90d. Observamos una asociación significativa entre el EN90d y la situación funcional.

INFLUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DEL ICTUS EN LAS ALTERACIONES DE LA MONITORIZACIÓN CARDIACA Y DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN LA FASE AGUDA

García-Cabo Fernández, C. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; Benavente Fernández, L. [1]; García Rua, A. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Martínez Camblor, P. [2]; Fernández Menéndez, S. [3]; Calleja Puerta, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de CAIBER. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: En el ictus isquémico (II) es común cierta disfunción autonómica (DA) secundaria al predominio del sistema nervioso simpático. Esta DA puede influir e las alteraciones de la tensión arterial (TA) y el ritmo cardiaco (RC) en la fase aguda del ictus. Se pretende demostrar la influencia de la localización del ictus (LI) en las variaciones de TA y RC.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes ingresados en una Unidad de Ictus entre Septiembre y Noviembre de 2015. Diagnóstico de II o hemorrágico (IH) mediante exploración clínica y TC craneal. Para confirmar la LI y el tamaño del ictus se practicó nuevo TC o RM. El parénquima afectado se dividió según la escala Alberta Stroke Programme Early CT (ASPECTS) y la Posterior Circulation-ASPECTS. Todos los pacientes fueron sometidos a una monitorización cardiovascular continua

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes: 78 (68%) II, 16 (11%) IH y 20% AIT o stroke mimic. No hubo diferencias entre II e IH ni entre hemisferios cerebrales. La afectación del tálamo, cerebelo, y las M2 y M8 del ASPECTS se asociaron más frecuentemente con TA sistólicas elevadas. Las áreas M1-M3, M5 y M10 se asociaron más a alteraciones del RC.

Conclusión: Los ictus pueden provocar cambios en la TA y el RC, pero la LI puede determinar diferentes efectos en los mismos. En contra de lo anteriormente propuesto, en el presente estudio se demuestra que no solo el cortex insular juega un papel determinante en las alteraciones de la TA y el RC.

AIT EMBÓLICO DE ORIGEN INDETERMINADO ¿NUEVA DENOMINACIÓN ETIOLÓGICA?

Chavarria Cano, B. [1]; García Pastor, A. [1]; Vales Montero, M. [1]; Iglesias Mohedano, A.M. [2]; Díaz Otero, F. [1]; Sobrino García, P. [1]; Luque Buzo, E. [1]; Redondo Ráfales, N. [1]; Vázquez Alén, P. [1]; Fernández Bullido, Y. [1]; Villanueva Osorio, J.A. [1]; Gil Núñez, A. [1]

1. Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Sección Neurología vascular-Unidad de ictus. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Los criterios diagnósticos del ictus embólico de origen indeterminado (ESUS) exigen la presencia de un infarto en pruebas de neuroimagen. Nuestro objetivo es determinar si los pacientes con ataques isquémicos transitorios (AIT) de perfil ESUS y sin infarto en neuroimagen presentan características basales y tasas de recurrencias superponibles a los pacientes ESUS con infarto establecido.

Material y métodos: Analizamos pacientes con ictus isquémicos ingresados durante 2010. Los pacientes con AITs de perfil ESUS (síndrome neurológico no lacunar sin causa establecida identificable) pero sin infarto en neuroimagen fueron incluidos en el grupo ESUS-AIT, mientras que los pacientes que cumplían todos los criterios ESUS fueron catalogados como ESUS-infarto. Definimos recurrencia como nuevo ictus isquémico o AIT durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 426 pacientes, de los cuales 103 (24,2%) presentaban perfil ESUS, 60 (58,3%) fueron incluidos en el grupo ESUS-infarto, 43 (42,7%) en ESUS-AIT. La frecuencia de factores de riesgo vascular fue similar en los grupos ESUS-AIT y ESUS-infarto así como el número de fuentes cardioembólicas menores (p=0,436) o placas no estenosantes en arterias cerebrales (p=0,23); porcentajes estos últimos mayores que en el grupo No-ESUS (p<0,001 para ambos). La tasa de recurrencia acumulada global a 2 años para el grupo ESUS fue 16,2% (17,1% grupo ESUS-infarto y 15,6% ESUS-AIT); siendo significativamente menor para el grupo No-ESUS: 9,8% (log rank p=0,005).

Conclusión: Las características basales, hallazgos diagnósticos y tasa de recurrencia fueron superponibles para los grupos ESUS-AIT y ESUS-infarto. Nuestros resultados sugieren que el AIT embólico de origen indeterminado constituye una nueva denominación etiológica.

ICTUS EN EL ADULTO JOVEN: CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS, MORTALIDAD Y RECURRENCIA A LARGO PLAZO

Tejada Meza, H. [1]; Artal Roy, J. [1]; Pérez Lázaro, C. [2]; Bestué Cardiel, M. [3]; Alberti Gonzalez, O. [3]; Tejero Juste, C. [2]; Hernando Quintana, N. [4]; Jarauta Lahoz, L. [4]; Gimenez Muñoz, Á. [5]; Campello Morer, I. [5]; Fernandez Sanz, A. [1]; Cruz Velásquez, G. [1]; Latorre Jimenez, A. [1]; Vinueza Buitron, P. [2]; Crespo Burillo, J.A. [6]; Palacín Larroy, M. [6]; Millán García, J.R. [7]; Muñoz Farjas, E. [8]; Olivan Usieto, J.A. [8]; Calvo Pérez, L.M. [7]; Marta Moreno, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 3. Servicio de Neurología. Hospital General San Jorge; 4. Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco; 5. Servicio de Neurología. Hospital Royo Villanova; 6. Servicio de Neurología. Hospital Ernest Lluch Martín; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Barbastro; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Alcañiz

Objetivos: Estudio multicéntrico entre todos los hospitales de Aragón (1,349,467 habitantes), que recoge características basales de todos los pacientes adultos jóvenes que sufrieron un ictus isquémico en el periodo de estudio, describe cambios en su epidemiología, etiología y existencia de factores asociados a la recurrencia y mortalidad en un seguimiento a largo plazo.

Material y métodos: Recogimos datos de todos los pacientes entre 18 y 50 años con ingreso hospitalario por ictus isquémico o AIT entre 2005 y 2015. Registramos características basales, factores de riesgo cardiovascular(FRCV), etiología y tipo de ictus por año. Determinamos, en aquellos con más de 5 años de seguimiento, si fallecieron o tuvieron nuevos ingresos hospitalarios por ictus o enfermedad coronaria y buscamos factores asociados a recurrencia y mortalidad.

Resultados: Se recogieron 786 pacientes (edad media 45 años; 62% hombres), el tabaquismo fue el FRCV más frecuente(51.4%). 36.2% de ictus fueron de etiología indeterminada, 35.2% lacunares, 26.8% fueron AIT. Se encontró una tendencia a la disminución en la prevalencia de FRCV y aumento de los ictus aterotrombóticos. En el seguimiento (431 pacientes), hallamos una mortalidad de 11.7% y una recurrencia de 13.6%. La Diabetes fue el único predictor independiente asociado a recurrencia (p=0.019). Los ictus de causa rara (p=0.032) y un NIHSS>15 (p=0.005) estuvieron asociados a mayor mortalidad. Tomar antiagregantes plaquetarios(AAG) fue factor protector(p=0.01).

Conclusión: La mortalidad y recurrencia a largo plazo en los pacientes jóvenes que sufrieron un ictus es relativamente alta. En nuestra muestra encontramos factores asociados a una mayor recurrencia y mortalidad, siendo la toma de AAG un elemento protector.

Enfermedades Desmielinizantes I

LINFOPENIA ASOCIADA A DIMETIL FUMARATO

Palmi Cortés, I. [1]; Meca Lallana, V. [1]; del Río Muñoz, B. [1]; Rabadán Muñoz, M. [2]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Dimetil Fumarato(DMF) puede inducir linfopenia y algunos casos han presentado Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva. Detectar y analizar pacientes con DMF que desarrollan linfopenia y evaluar posibles factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) tratados con DMF, entre Julio 2014 y Abril 2016, que desarrollan linfopenia. Analizamos datos demográficos, clínicos, radiológicos y de seguridad (infecciones). Se compara dicha población con el resto de pacientes tratados con DMF sin linfopenia.

Resultados: N=11 (28,8%) linfopenia, de N=39 tratados con DMF. 81,8% mujeres; 90.9% EMRR y 9,1% EMSP. Edad media: 45.6 años(DE2.3); tiempo promedio evolución EM: 7.8años(DE2.6). 27,3% naïve, 36,4% 1 tratamiento previo, 36,4% 2 tratamientos (63.6% Interferón beta o Acetato de Glatirámero), 9,1% Natalizumab. Promedio inicio linfopenia: 6.8meses(DE4.6) (36.4% linfopenia grado1 (1000-800 linfocitos absolutos), 36.4% grado2(800-500), 18.2% grado3(<500); linfopenia persistente 45.5%. Suspensión en 2 pacientes con tiempo promedio de tratamiento con DMF 11meses(DE1,4). Ninguna infección oportunista. Se ha observado mayor edad (45.6 años versus 37 años) y mayor tiempo de evolución EM (7.8 años versus 4.2 años) en el grupo de linfopénicos (p<0.05). No diferencias estadísticamente significativas en eficacia (brotes y actividad radiológica) de DMF ni en el nº y gravedad de infecciones, sexo, Nº y tipo de TME previos, tipo de EM ni progresión de discapacidad (EDSS) entre ambos grupos.

Conclusión: En base a nuestros resultados, la edad de inicio (>45 años) y el tiempo de evolución (>5 años) podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de linfopenia, aunque son necesarios más estudios para poder obtener conclusiones.

ALEMTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Quintas Gutiérrez, S.; Meca-Lallana, V.; Palmí Cortés, I.; Del Río Muñoz, B.; Rabadán, M.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD52 que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple(EM). Evaluamos la experiencia en nuestro centro en los primeros meses de uso.

Material y métodos: Estudio observacional con recogida retrospectiva de datos de 6 pacientes con EM en tratamiento con alemtuzumab.

Resultados: N=6, mujeres83,3%. Mediana de edad:35,5años (rango34-50). Mediana de duración de enfermedad:12años (rango4-16). EDSS basal:3.25(2-4,5). Tasa anualizada de brotes en último año:mediana 1,5(1-2). Mediana de fármacos modificadores de enfermedad (TME):2,5. TME previo: 5fingolimod y 1natalizumab. Mediana de lesiones captantes de gadolinio:2(0-3). Mediana de seguimiento de 7,5meses(1-11). No se detectó ningún brote. Las reacciones relacionadas con la infusión(IAR) afectaron a 5/6pacientes: rash(4), hipertermia(4), cefalea(3) e hipertensión(3). La mayoría fueron leves-moderadas, requiriendo la administración de medicación; en un paciente hubo de retrasarse la 5ªinfusión. Las reacciones cutáneas también fueron la reacción adversa de mayor duración(>24horas). El recuento más bajo de linfocitos se detecta al mes: mediana=120 células/mm3 (30-790), con recuperación rápida (1-6 meses). No hubo otras citopenias. Ningún paciente desarrolló enfermedad tiroidea, plaquetopenia ni glomerulonefritis. Un paciente presentó una infección labial por herpes y una infección respiratoria moderada, pero no detectamos ninguna infección oportunista grave.

Conclusión: En nuestra experiencia, alemtuzumab es una buena alternativa en pacientes con EM activa, independientemente de la duración de la enfermedad. Requiere una monitorización estrecha durante la infusión. La mayoría de IAR pueden manejarse con medicación o reduciendo la velocidad de infusión, pero algunas requieren interrumpir y posponer el tratamiento. La linfopenia normalmente se recupera en los primeros dos meses. Detectamos dos infecciones moderadas.

EFICACIA CLINICA Y RADIOLOGICA, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE TERIFLUNOMIDA EN EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 25 PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

Domínguez Morán, J.A.; Mascarell Estrada, J.; Muñoz Lacalle, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Ribera

Objetivos: Teriflunomida es un nuevo tratamiento oral para la Esclerosis Multiple que cursa con brotes. Hay pocos estudios de eficacia y seguridad en práctica clínica diaria.

Material y métodos: 25 pacientes iniciaron tratamiento con teriflunomida entre diciembre 2014 y mayo 2015. Se analizaron las características demográficas, la eficacia clínica (brotes clínicos y progresión EDSS), eficacia radiológica (presencia de lesiones nuevas en T2 y lesiones captantes gadolinio), seguridad y tolerancia, tanto a nivel global como entre pacientes con cambio de tratamiento y naives.

Resultados: 18 pacientes venían de tratamientos previos y 7 eran naive. La edad media fue 53,4 años, el 64% eran mujeres, el tiempo entre diagnóstico e inicio del tratamiento era de 9 años en cambios y 1 en naive, la media de tratamientos previos era 1.44, la TAB en año previo era 0,44 / 0,87 y la TAB 2 años previos era 0,84 / 1.28 (cambios/naive), la EDSS media era 1,9 (1,0 - 5,0). Tras un año de tratamiento 2 pacientes presentaron brotes, 1 presentó progresión en la EDSS, 3 pacientes presentaron nuevas lesiones T2 y 2 tuvieron lesiones captantes de gadolinio en la RMN al año de tratamiento. 12 pacientes refirieron molestias digestivas y 10 pérdida de cabello, en todos los casos de forma transitoria y leve. Ningún paciente tuvo elevación GOT/GPT x2. 6 pacientes presentaron alteraciones menstruales siendo motivo de retirada en 2 pacientes.

Conclusión: En nuestra serie la teriflunomida es un medicamento con alta eficacia y seguridad y con buena tolerancia. Las alteraciones menstruales son mas frecuentes de las referidas.

LINFOPENIA Y EOSINOFILIA EN PACIENTES TRATADOS CON DIMETILFUMARATO

Vinagre Aragón, A.; García Malo, C.; Novo Ponte, S.; Mena Romo, L.; Sabin Muñoz, J.; Moreno Torres, I.; Blasco Quílez, M.R.; García Merino, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Analizar alteraciones analíticas en pacientes tratados con dimetilfumarato (DMF) en un periodo de 12 meses.

Material y métodos: Se incluyeron 106 pacientes, 70% mujeres, con EDSS media de 1,41. Cada 3 meses se evaluó EDSS, número de brotes y efectos adversos. En los meses 1, 2, 3, 6, 9 y 12 se realizó hemograma y bioquímica, junto con uroanálisis.

Resultados: El 57% de los pacientes desarrollaron linfopenia: 67% leve (1300-800/uL), 21% moderada (800-500/uL) y 6% grave (<500/uL). Se observaron diferentes patrones de linfopenia: progresiva 8,4%, persistente 33% y transitoria 17%. No existía relación entre distintos patrones observados y tratamientos previos. Se observó eosinofilia en un 24,5% con niveles entre 500-5.300/ul. El 80% de los casos de eosinofilia se detectaron en el primer mes. En todos los casos fue asintomática, excepto en uno, y desapareció tras 2 meses. El tratamiento tuvo que ser suspendido en 2 casos, uno debido a linfopenia progresiva grave y otro por eosinofilia con urticaria. No se pudo establecer una clara relación entre desarrollo de eosinofilia precoz y linfopenia posterior.

Conclusión: El DMF es un fármaco bien tolerado, sin embargo, un porcentaje no despreciable de pacientes desarrollaron linfopenia en distinto grado. También se observó eosinofilia precoz, hecho que a veces puede pasar desapercibido por lo temprano de su desarrollo. No se pudo establecer relación entre estas dos alteraciones con tratamientos recibidos previamente ni tampoco entre sí. Aunque la eosinofilia es transitoria y benigna, la linfopenia puede ser marcada, lo que obliga a un control analítico cercano en pacientes con cifras bajas.

ESCALADO Y DEESCALADO DESDE LOS TRATAMIENTOS ORALES DE PRIMERA LINEA

Miñano Guillamón, E. [1]; González Suárez, I. [2]; Orviz García, A. [2]; Guerra Schulz, E. [2]; Santiago Pérez, A. [3]; Matias-Guiu, J. [2]; López De Velasco, V. [2]; Palacios Sarmiento, M. [2]; Oreja-Guevara, C. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Analizar la eficacia de los tratamientos orales de primera línea estudiando los pacientes que cambian a segunda línea y las causas para ello. Estudiar las causas para los cambios de segunda línea a orales de primera línea.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que han recibido un tratamiento oral de1ªlínea en los últimos tres años

Resultados: Se analizan 280pacientes (70,71%Mujeres) con EMRR. 68,2%de ellos han sido tratados Con Teriflunomida y 37,9%con Dimetilfumarato(DMF). De todos los pacientes el 6,1%han estado tratados con los 2farmacos Los pacientes con Teriflunomida han estado tratados una media de17,6 meses(1-42). Los pacientes tratados con DMF han estado en tratamiento con dicho fármaco una media de16,46 meses(1-25). Solo 7del total (2,5%)cambiaron a un fármaco de segunda línea hasta el momento actual después de una media de 16,87 meses. De los pacientes tratados con DMF:1paciente cambió a Natalizumab (0,94%), y1a Fingolimod (0,94%). De los tratados con Teriflunomida:4 (2,09%) a Fingolimod y 1 (0,52%)a Natalizumab. El tratamiento previo en 12 pacientes del total fue un fármaco de segunda línea (5Fingolimod y 7 Natalizumab) que deescalaron a primera línea. Los provenientes de Natalizumab cambiaron por factores de riesgo y los de Fingolimod por ineficacia o efectos secundarios.

Conclusión: En este estudio, los pacientes han sido tratados de manera eficaz por estos fármacos durante una media de 16,87 meses, con buen control de la enfermedad. Pocos pacientes han necesitado un escalado a un fármaco de 2ª línea. Además estos fármacos fueron usados en el deescalado desde la segunda línea en algunos pacientes.

EFECTIVIDAD DE TERIFLUNOMIDA EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Meca Lallana, J.E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Carreon Guarnizo, E. [1]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Jimenez Veiga, J. [1]; Leon Hernández, A. [2]; Zamarro Parra, J. [2]; Díaz Pérez, J. [1]; García Molina, E. [1]; Martín Fernández, J.J. [1]

1. Unidad EM. Servicio Neurología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Cátedra Neuroinmunología Clínica y EM. UCAM Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2. Unidad de Neurorradiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Estudiar prospectivamente la proporción de pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) y actividad en resonancia magnética (ACT-RM) tras un año de tratamiento con teriflunomida (TRFL) iniciado por nuevo diagnóstico (ND), por ineficacia (SUBOP) y/o intolerancia (AE) a tratamientos previos.

Material y métodos: Realización de RM cerebral (1.5 Tesla) tras un año (+/-2 meses) con TRFL, analizando secuencias FLAIR, T2 y T1+gadolinio (Gd). ACT-RM: Presencia de lesiones captantes de gadolinio (Gd+) y/o nuevas/aumento de tamaño de lesiones en T2. Se analiza la relación clínico-radiológica durante un año post-RM.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes (ND:15.5%, SUBOP: 21.5%, AE:63%). Edad media:42.5 años (SD+/-11.7) [rango:21-59] y 71.4% mujeres. Tiempo (meses) desde el diagnostico de EMRR hasta inicio de TRFL (mediana):71.5 [rango:1-296] (ND:8,SUBOP:27.5,AE:84). EDSS medio basal:2.55 (ND:2.9, SUBOP:2.8,AE:2.3). Tasa de brotes (TAB) año previo:0.42 (ND:1.23,SUBOP:1.05,AE:0). EDSS media y TAB tras un año con TRFL:2.51 y 0.14 respectivamente. Un 9,5% de pacientes no se realizó RM por suspender TRFL antes de un año por respuesta subóptima (7.2%, n=6) [ND:2,SUBOP:3,AE:1] y por efectos adversos (2.3%,n=2). Se realizó RM al 90.5% (n=76). Un 85.6% (n=65) no presentó ACT-RM. El 14.4% (n=11) presentó ACT-RM conjunta (T2 y Gd+) y el 10.5% (n=8) sólo Gd+ (ND:2, SUBOP:5,AE:4). El 81% con ACT-RM sufrieron un brote durante el año posterior ($p<0.05$). No diferencias significativas en ACT-RM entre los grupos ND, SUBOP y AE.

Conclusión: La ACT-RM tras un año con TRFL es baja (14.4%), se relaciona con el riesgo de presentar un brote en el año siguiente pero es independiente de la población en la que se utiliza (ND, SUBOP, AE).

EXPERIENCIA CON DIMETILFUMARATO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Domingo Santos, Á. [1]; Moreno García, S. [1]; Labiano Fontcuberta, A. [1]; Valle Arcos, M.D. [2]; Benito León, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;
2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: La información disponible sobre tolerabilidad y eficacia de dimetilfumarato deriva principalmente de ensayos clínicos. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia con dimetilfumarato en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de seguridad y efectividad en 89 pacientes con EMRR que han iniciado tratamiento con dimetilfumarato hace al menos 3 meses.

Resultados: Características basales: 73% mujeres, edad media 42,9 años, duración media con tratamiento 10,1 meses, EDSS media 2,0. El 48% iniciaron dimetilfumarato por efectos adversos relacionados con inyectables, mientras que el 27% lo hicieron por ineficacia de terapias previas. El 11% no habían recibido tratamiento previamente. El 76% reconocieron efectos secundarios relacionados con dimetilfumarato, destacando rubefacción (63%) y síntomas gastrointestinales (SGI) de carácter leve/moderado (45%). 8 pacientes precisaron una titulación lenta por SGI intensos. El recuento linfocitario descendió un 34.5% a los 6 meses y un 30.2% a los 12 meses respecto al basal. La tasa anualizada de brotes fue de 0.17 lo que supone una reducción respecto a la de los 2 años previos del 53%. Dimetilfumarato se suspendió en 21 casos por: ineficacia (8), intolerancia (4), incumplimiento (1), linfopenia severa (6) y efectos adversos serios (2).

Conclusión: Los efectos secundarios de dimetilfumarato son frecuentes pero generalmente leves, con una tasa de abandono por efectos adversos en nuestra serie (6,7%) inferior a la obtenida en ensayos clínicos. Alrededor del 10% requieren una introducción más lenta para garantizar la tolerancia y adherencia iniciales. Los resultados en reducción de tasa de brotes obtenidos apoyan los resultados de eficacia conocidos de dimetilfumarato.

EXPERIENCIA EN EL USO DE TERIFLUNOMIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE (EMRR) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Sastre Real, M.; Pastor Yborra, S.M.; Perez Lucas, J.; Tallón Barranco, A.; Fernandez-Fournier Fernandez, M.; Puertas Muñoz, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Descripción de las características de los pacientes en tratamiento con teriflunomida. Análisis de datos de eficacia y seguridad obtenidos hasta el momento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EMRR en tratamiento con teriflunomida en nuestro hospital desde el 16 de Octubre de 2014 hasta el 1 de Junio de 2016. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas y eventos adversos.

Resultados: 47 pacientes siguen tratamiento con teriflunomida (55% mujeres, 45% hombres), edad media de 44±11 años y EDSS previa 2,7±1,9 puntos. El tiempo medio de tratamiento fue de 6±3,5 meses. Teriflunomida fue el primer fármaco modificador de la enfermedad (FME) en el 21,3%, un 44,6% había recibido 1 FME, y un 34,0% había recibido 2 o más FME. 2 pacientes (4,2%) desarrollaron hipertensión arterial leve, 1 paciente con hipertensión arterial previa necesitó añadir un fármaco antihipertensivo; 11 pacientes (23,4%) desarrollaron linfopenia (3 de ellos menos de 1000linfocitos/ml). Las transaminasas se elevaron en 18 pacientes (38,2%) (3 pacientes triplicaron valores normales, descendiendo en controles posteriores). Ningún paciente ha suspendido el fármaco ni se han registrado brotes. La puntuación en la EDSS a los 6 meses (19 pacientes) aumentó en el 21,0% (media 0,62±0,25), disminuyó en 15,7% (media 1,5±0,87), y se mantuvo igual en el 63,2%.

Conclusión: - En nuestra práctica clínica, teriflunomida ha demostrado eficacia y seguridad en EMRR. - Es necesario más tiempo de exposición al fármaco, para conocer su eficacia a largo plazo.

RETIRADA DE TRATAMIENTO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Presas Rodriguez, S.; Ramo Tello, C.

Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Existe muy poca información sobre la evolución de los pacientes con EM que suspenden el tratamiento, por lo que se convierte en una difícil decisión. Objetivos: 1. Conocer las razones por las que discontinúan el tratamiento; 2. Evaluar la recurrencia de brotes y progresión de discapacidad tras la retirada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de datos prospectivos. Se analizaron variables demográficas, clínicas, radiológicas y terapéuticas. Las variables principales fueron la recurrencia de brotes y la progresión tras retirada. Las razones de retirada se dividieron en: 1. Decisión compartida con el médico (EMRR estables o progresivas sin actividad >3años); 2. Otras; ambos grupos fueron comparados.

Resultados: 39 pacientes. 76% mujeres, edad de inicio de enfermedad 32+/-9, edad de retirada 42+/-12. Fármacos: 100% autoinyectables 1ªlínea, duración del tratamiento 4.6+/-3 años. Seguimiento tras la retirada 6.6+/-5. Razones de retirada: decisión compartida 38.5%, otras 61.5%. El 73% que habían retirado el tratamiento de acuerdo con el médico no presentaron brotes ni progresión. En el otro grupo, 54% presentaron brotes y 46% progresión. La TAB previa fue predictor del número de brotes tras la retirada ($p<0.001$, $R2=0.38$). En 17 pacientes se realizó RM tras la retirada, ningún paciente que retiró por decisión compartida mostró actividad (n=5), en el otro grupo el 50%.

Conclusión: La retirada de tratamiento en EM podría ser una opción en pacientes estables o en fase progresiva sin actividad, y la TAB previa podría ser predictor de recurrencia tras la retirada. Son necesarios estudio estudios prospectivos, de mayor tamaño y a largo plazo que corroboren estos resultados.

ESTUDIO DE LA LINFOPENIA ASOCIADA A DIMETILFUMARATO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Sainz de la Maza Cantero, S. [1]; Costa-Frossard França, L. [1]; Monreal Laguillo, E. [1]; Villar Guimerans, L.M. [2]; Álvarez Cermeño, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Dimetilfumarato está indicado para el tratamiento de adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR). En los ensayos controlados con placebo, dimetilfumarato se asoció a una reducción del recuento de linfocitos por debajo de 500/ml en 6% pacientes tratados. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia, en práctica clínica habitual, de la linfopenia asociada a dimetilfumarato, y su evolución a largo plazo.

Material y métodos: Pacientes con EMRR tratados con dimetilfumarato 240mg/12h. Se evaluó el recuento de linfocitos basal, al mes, y cada 3 meses. El grado de linfopenia se clasificó en: 1 (999-800linf/ml), 2 (799-500linf/ml) y 3 (<500linf/ml).

Resultados: 101 pacientes (77,23% mujeres; edad media 41,5 años) con EMRR recibieron dimetilfumarato. El análisis final excluyó 5 pacientes que abandonaron el tratamiento antes de 3 meses. 36/96(37,3%) desarrolló linfopenia durante el seguimiento, siendo grado-2 en 8/96(8,3%) y grado-3 en 6/96(6,25%). El recuento de linfocitos descendió por debajo de límites normales a partir del tercer mes. A los 6 meses, 4/87(4,6%) había desarrollado linfopenia grado-3; a los 12 meses, 6/69(8,7%). En los 6 casos fue necesario suspender el fármaco, con recuperación progresiva en 2-3 meses. En un caso se reintrodujo el tratamiento, siendo suspendido de nuevo al mes por linfopenia grado-3. En pacientes con linfopenia grado 1-2, el recuento se estabilizó al año. Hubo una infección asociada a linfopenia grado-3 (neumonía) que evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico.

Conclusión: La linfopenia asociada a dimetilfumarato es frecuente. Nuestro porcentaje de pacientes con <500linf/ml es algo mayor que en los ensayos pivotales. La recuperación tras la suspensión del fármaco es lenta.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON ALEMTUZUMAB EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

Eichau Madueño, S.; Domínguez Mayoral, A.; Perez Sánchez, S.; Ruiz Peña, J.L.; Páramo Camino, M.D.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: Evaluar el perfil del paciente tratado con Alemtuzumab, la tolerancia del fármaco mediante reacciones agudas al tratamiento (RAIs), y la respuesta al fármaco.

Material y métodos: Evaluamos a pacientes diagnosticados de EMRR activa en seguimiento en nuestra Unidad. Estudiamos características epidemiológicas, de la enfermedad y tratamientos recibidos. Analizamos en los pacientes con más de 6 meses de tratamiento la seguridad y la eficacia del fármaco.

Resultados: 42 pacientes, 34 tratados, 6 con dos ciclos y 28 con el primero. 8 autorizados en espera. La edad media es de 39,4 años (20-60), 28 mujeres y 14 hombres, años de evolución 12,8 (3-30), EDSS pre de 4,8 (1,5-7.0), TAB pre 1,6. 39 pacientes habían recibido terapia modificadora enfermedad (8 primera línea, 2 segunda y 29 ambas), 3 pacientes fueron naïve. El ultimo tratamiento de los pacientes fue en 21 Fingolimod, 4 Natalizumab, 6 BRACE, 2 dimetilfumarato, 3 otros inmunosupresores. En el 82% se solicitó Alemtuzumab por falta de eficacia, 9% por seguridad y 9% por EM grave (primera elección). El 85% de los pacientes presentaron alguna RAI en el primer ciclo, todas leves, el 50% en el segundo. No hemos encontrado ninguna púrpura, nefropatía ni enfermedad tiroidea. En 21 pacientes tras 6 meses de tratamiento la TAB se redujo de 1,57 a 0,07 y la EDSS de 4,6 a 3,6 (66% mejora, 44% estable y ninguno empeora).

Conclusión: Alemtuzumab es un fármaco eficaz para pacientes con EMRR activa y con efectos adversos controlables. Es importante elaborar protocolos de actuación multidisciplinar para minimizar los riesgos.

NEDA A LOS 2 AÑOS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LMP

Romero Pinel, L. [1]; Matas Martín, E. [1]; Bau Vila, L. [1]; Cobo Calvo, Á. [1]; Iranzo Papiol, N. [1]; León Moreno, I. [1]; Macho Márquez, S. [1]; Mañé Martínez, M.A. [2]; Hernández Regadera, J.J. [3]; Jato de Evan, M. [4]; Martínez Yélamos, A. [1]; Martínez Yélamos, S. [1]

1. Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; 3. Servicio de Neurología. Hospital Residència Sant Camil - Consorci Sanitari del Garraf; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Viladecans

Objetivos: Comparar la no evidencia de actividad de enfermedad (NEDA) en esclerosis múltiple (EM) si se mantiene versus si se cambia el tratamiento con natalizumab tras estratificar el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP).

Material y métodos: Se seleccionaron los pacientes con seguimiento mínimo de 2 años tras el momento de estratificación del riesgo de LMP. Se definió éste como la primera determinación de anticuerpos para virus JC en pacientes con al menos 2 años con natalizumab. Su tratamiento posterior (natalizumab versus fingolimod tras dos meses de lavado) se estableció según la serología del virus JC. Fueron evaluados los datos de NEDA (no brotes, no progresión de la discapacidad y no actividad en resonancia magnética) a los 2 años.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 33 (58,9%) continuaron tratamiento con natalizumab y 23 (41,1%) cambiaron a fingolimod. La proporción de NEDA a los 2 años fue superior en el grupo que mantuvo natalizumab (60,6% versus 13%, p<0.001), así como de pacientes sin brotes (66,6% versus 34,8%, p<0,02), no hubo diferencias en la progresión de la discapacidad. Una mayor proporción de pacientes que cambiaron mostraron nuevas lesiones en T2 (39,1% vs 12,1%, p<0,05) así como captaciones de gadolinio (39,1% vs 0%, p<0,001). En el análisis multivariante, mantener el tratamiento, una menor tasa de brotes en los 2 años previos a la estratificación y un menor EDSS fueron factores independientes para NEDA a los 2 años.

Conclusión: Los pacientes que suspenden natalizumab por riesgo de LMP tienen mayor riesgo de actividad de la enfermedad.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON DIMETILFUMARATO EN DOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Castillo Álvarez, F. [1]; Colina Lizuain, S. [1]; Ostolaza Ibáñez, A. [2]; Cámara Marcos, M.S. [2]; Ayuso Blanco, T. [2]; Marzo Sola, M.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Analizar las características basales y clínicas de los pacientes tratados con dimetilfumarato en dos hospitales españoles y describir los resultados del tratamiento en términos de eficacia y seguridad

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes tratados con dimetilfumarato (inicio antes 15/5/16). Se recogen datos demográficos, años evolución de enfermedad, tratamiento modificador de enfermedad previo (TME), tasa anualizada de brotes (TAB) y EDSS previa/año, efectos adversos (EA) y discontinuación del tratamiento. Análisis estadístico SPSS 20

Resultados: Revisamos 75 pacientes. Seguimiento medio 234 días. Paciente tipo que inicia tratamiento: mujer (76%), 45 años (7-68), EMRR (85%; 11% SP; 4% PP), 9 años de evolución de EM (9,10±6,9), EDSS inicio 2,5±2,0, TAB año anterior 0,47±0,72, con TME (81,35%), con un interferón (70,5%), que cambiaba por EA (50,8%, ineficacia 29,5%, conveniencia 19,6%). El 86,7% tratados previamente, la mayoría con 1-2 fármacos (29,3%-41,3%). El 56% de pacientes ha presentado EA, mas al principio, autolimitados; los más frecuentes: gastrointestinales (26,7%), flushing (22.7%), alteración hepática (12%, 2.7% graves) y linfopenia leve (5.4%). El 81,7% continúa en tratamiento

con dimetilfumarato. Motivos de abandono 10,7% EA, 2,7% ineficacia y embarazo, y 1.3% no poder tragarlo. 24 pacientes han completado el año de tratamiento, TAB pre/post 0,35/0,17, EDSS pre/post 2,89/2,91

Conclusión: La mayoría de los pacientes procedían de TME previo, fundamentalmente interferones y cambiaron de tratamiento por efectos adversos La mitad de los pacientes presenta algún EA, pero solo 11% abandonan el tratamiento por este motivo. Durante el seguimiento al año la TAB ha disminuido a la mitad y la EDSS se ha mantenido estable

RETIRADA DE FINGOLIMOD Y REACTIVACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Eichau Madueño, S.; Perez Sánchez, S.; Domínguez Mayoral, A.; Gamero García, M.A.; Ruiz Peña, J.L.; Páramo Camino, M.D.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: Determinar el perfil de paciente que presenta reactivación de la enfermedad tras retirada de Fingolimod.

Material y métodos: Analizamos pacientes diagnosticados de EMRR que han discontinuado el Fingolimod y a los que presentan una reactivación de la enfermedad tras la suspensión. Estudiamos características epidemiológicas y de la enfermedad y las características de la reactivación.

Resultados: 298 pacientes con Fingolimod, discontinuados 56 y con reactivación 6 de ellos. El motivo de discontinuación fue en 29 pacientes eficacia, 3 seguridad, 12 embarazo y 6 otras razones. Comparamos los dos grupos, pacientes con reactivación (Grupo 1) y los que no (Grupo 2): Edad 42.3 VS 39.3, años de evolución de la enfermedad 18.5 VS 12.1, linfocitos basales (antes de suspender el Fingolimod) 0.41 VS 0.45, TAB 1.8 VS 0.9, 5/6 presentaban actividad en RM en el grupo 1 con una media de 2 lesiones con realce al gadolinio antes de suspender el Fingolimod, y en el grupo 2 sólo 1, con 0,8 lesiones de media. El tiempo con Fingolimod fue 43 VS 29.4 meses Los 6 pacientes sufrieron el rebrote a los 29 días de media tras la retirada, y en el episodio presentaban una media de 10 lesiones con captación de gadolinio, todos habían recuperado los linfocitos

Conclusión: Los pacientes con una reactivación tienen más edad, tiempo de evolución y llevan más tiempo con Fingolimod Son más activos, con más brotes y lesiones con realce al gadolinio, antes de la retirada. Las presencia de lesiones que captan contraste en RM son un buen predictor de rebrote

TERIFLUNOMIDA: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

Oreja Guevara, C.; Guerra Schulz, E.; Orviz García, A.; Cárcamo Fonfría, A.; Santiago Pérez, A.; López de Velasco, V.; Palacios, M.; López Pérez, F.; Matías-Guiu Guia, J.; Gonzalez Suarez, I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Teriflunomida es un tratamiento oral para pacientes con EMRR. El objetivo es analizar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de los pacientes tratados con teriflunomida en la práctica clínica diaria

Material y métodos: Estudio observacional en pacientes con EMRR que iniciaron tratamiento con teriflunomida desde 2013. Se les realizó examen neurológico cada 6 meses, RM craneal anual y analíticas según la fiche técnica.

Resultados: Se trataron 220 pacientes y se analizaron los datos de 164 pacientes (65% mujeres) con un seguimiento mínimo de seis meses. La edad media fue 41 años [18-68], el tiempo de inicio de síntomas 107 meses [8-232], EDSS basal 1.9± 1.7 y el 29,1% de los pacientes presentaban lesiones captantes de Gd. 36,0 % de los pacientes no habían recibido nunca tratamiento modificador de la enfermedad, 50,8% un tratamiento previo y 13,20% dos tratamientos previos. La principal causa del cambio fue intolerancia (65%), la segunda efectos adversos (20%). 35% de los pacientes presentaron un brote el año previo, solo un 7,6% tuvieron un brote al año de tratamiento y el EDSS se mantuvo estable (2.0± 1.7) al año. Sólo 11,5% presentaban lesiones Gad+. 36% de los pacientes presentaron efectos secundarios, el 90% leves: nauseas (18%), afinamiento del pelo (16%), diarrea (5%), aumento de ALT (<2ULN; 0,7%) y gastritis. No hubo casos de infección grave o tumores. 8 pacientes discontinuaron el tratamiento 4 por efectos secundarios y 4 por ineficacia.

Conclusión: Teriflunomida se tolera muy bien, muestra pocos efectos secundarios y una eficacia similar a la de los ensayos clínicos.

Enfermedades Desmielinizantes II

USO DE TERIFLUNOMIDA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. PERFIL DE PACIENTES Y DATOS DE SEGURIDAD DEL FÁRMACO EN UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Villafani Echazú, W.J. [1]; Oliva Nacarino, P. [1]; Peña Martínez, J. [2]; González Quintanilla, V. [3]; Solar Sánchez, D.M. [4]; Ares Luque, A. [5]; Hernández Echevarría, L. [5]; Pérez Ruiz, D. [6]; Suárez Moro, R. [4]; Fernández Uría, D. [4]; Oterino Durán, A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Agustín; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 5. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; 6. Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo

Objetivos: Conocer el perfil de pacientes, el uso y la tolerancia de la Teriflunomina en la practica clínica habitual.

Material y métodos: Se han incluido todos los pacientes que iniciaron el tratamiento con teriflunomida en 6 hospitales del Norte de España, (Asturias, Cantabria y León). Se recogen datos demográficos, de la enfermedad, tratamientos previos, motivo de cambio, tolerancia y los efectos secundarios.

Resultados: Se revisaron 145 pacientes (69,1% mujeres; media de edad 44,7±11,1 años). Mediana de seguimiento de 7 meses. La EDSS basal fue de 2,0±1,4, con una evolución media de la enfermedad de 10,4±8,4 años. La mayoría con la forma remitente-recurrente (90%). Se inició el tratamiento de novo en el 32% de los casos; mientras que el 39% habían recibido un tratamiento y el resto dos o más FME (64 IFB, 9 AG, 9 DMF, 9 fingolimod, 3 natalizumab y 3 azatioprina). El motivo del cambio a teriflunomida más frecuente fue la presencia de efectos adversos e intolerancia (51%), en 14% la falta de eficacia. En el 45% de lo casos se registró algún efecto adverso (EA). Los EA más frecuente fueron los trastornos digestivos (20,7%), seguido de caída del pelo (14%). Elevaciones de ALT ≥ 3x en 8 casos (4,8%). Un 7% abandonaron el tratamiento, todos por intolerancia.

Conclusión: Teriflunomida en la práctica clínica habitual es un fármaco bien tolerado, con escasos efectos secundarios, ninguno inesperado. El numero de abandonos debido a reacciones adversas relacionados con el tratamiento es bajo.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: TRATAMIENTO CON ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

Eichau Madueño, S.; Domínguez Mayoral, A.; Becerril, N.; Rus Hidalgo, M.; Perez Luque, A.; Arellano, E.; Perez Sánchez, S.; Ruiz Peña, J.L.; Páramo Camino, M.D.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: Protocolizar la actuación ante todos los pacientes que vayan a recibir Lemtrada o ya lo hayan recibido, para mejorar el proceso de tratamiento y minimizar riesgos.

Material y métodos: Hemos elaborado un protocolo de actuación en nuestra Unidad que consta de la selección y formación de pacientes, el screening (en el que participa enfermería, enfermedades infecciosas, preventiva y ginecología/centro salud). Una vez aceptado el fármaco por la comisión de farmacia se comienzan los lavados de fármacos anteriores, ingreso hospitalario para recibir el fármaco y un seguimiento mensual analítico y trimestral en nuestra consulta monográfica. Hemos protocolizado la actuación para control de riesgos a las reacciones adversas a la infusión, infecciones y autoinmunidad.

Resultados: El paciente es informado de todos los riesgos, se realiza el screening que consta de analítica con hemograma, bioquímica, orina y serologías, se deriva a infeccioso para realización de mantoux, Rx tórax y quantiferon, a preventiva para actualizar vacunación previo al tratamiento y control/deteccion VPH en su centro Salud. El paciente es hospitalizado para recibir el fármaco 5 o 3 días según ciclo, tratamos con corticoides todos los días en dosis descendentes y premedicación según ficha tecnica. El seguimiento se realiza según ficha técnica (analítica mensual) y revisamos a los pacientes cada 3 meses en nuestra consulta. Hemos desarrollado un protocolo de cribado de glomerulonefritis, tratamiento de infecciones, trastornos tiroideos y trombocitopenia inmune

Conclusión: La elaboración de protocolos es necesaria para buen control de la eficacia y seguridad de anticuerpos monoclonales.

FINGOLIMOD EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Díaz Nicolás, S. [1]; Araña Toledo, V. [1]; Cerdán Esparcia, A. [2]; Contreras Martín, Y. [3]; Croissier Elías, C. [4]; Eguía del Río, P. [5]; González González, B. [2]; González Platas, M. [4]; Hernández Pérez, M.Á. [3]; Hervás García, M. [6]; Marrero Falcón, C.G. [2]; Pérez Hernández, A. [7]; Solé Violán, C.E.[3]; Ugalde López, E. [7]; Villar van der Weygaerts, C.[3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2. Servicio de Neurología. Hospital General de Fuerteventura; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; 5. Servicio de Neurología. Hospital Doctor José Molina Orosa; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 7. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de los Dolores

Objetivos: Describir las características basales y la evolución clínica de pacientes con esclerosis múltiple remitente- recurrente (EMRR) tratados con fingolimod en la comunidad autónoma de Canarias bajo práctica clínica habitual, evaluando el efecto a largo plazo de fingolimod en dichos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, en la región canaria. Se incluyen pacientes de ambos sexos, ≥18 años, con diagnóstico de EM (criterios McDonald 2010), de curso remitente-recurrente, que iniciarion tratamiento con fingolimod. El estudio recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación del centro coordinador y está aprobado por la AEMPS.)

Resultados: Participan en el estudio 7 centros, cada uno incluye a todos sus pacientes elegibles según práctica clínica habitual. Se prevé la selección de una muestra final de pacientes representativa de los existentes en práctica clínica: naïve, post-natalizumab y procedentes de cambios de otras primeras líneas de tratamiento modificador de la enfermedad. Los resultados de este análisis se presentarán en el congreso.

Conclusión: En la actualidad, no se disponen de suficientes datos publicados que permitan caracterizar el perfil del paciente (características demográficas y clínicas) tratado con fingolimod, en pacientes con EMRR en la práctica clínica habitual en la región canaria. Los resultados de este estudio permitirán conocer el perfil del paciente tratado con fingolimod, así como su efectividad y seguridad en la región canaria.

¿CÓMO EVOLUCIONAN NUESTROS PACIENTES CUANDO SE SUSTITUYE NATALIZUMAB POR FINGOLIMOD?

Aguirre Hernández, C.; Meca Lallana, V.; del Río, B.; Palmí Cortés, I.; Rabadán, M.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Evaluar la respuesta de pacientes con EMRR en tratamiento con Fingolimod tras Natalizumab, analizando si existen características clínicas y/o radiológicas que predigan dicha respuesta.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con EMRR atendidos en nuestra Unidad en tratamiento con Fingolimod tras Natalizumab.

Resultados: 16 pacientes, 68,8% mujeres, edad media 39,4 años (rango 29-51). Media evolución enfermedad: 10,6 años (rango: 4-22). Media tratamientos previos a Natalizumab: 1,7(SD 0,62). Media perfusiones Natalizumab: 24,1 (rango: 2-43). 81,4% suspensión por anticuerpos anti-JC positivos. Mediana EDSS inicio Natalizumab: 3, suspensión: 1,75. Mediana cambio EDSS tras Natalizumab: -0,5. Media tasa brotes durante Natalizumab: 0,27 (rango 0-1,5). Tiempo medio tratamiento Fingolimod: 27,7 meses (rango: 0-48). Mediana EDSS inicio Fingolimod: 2, tras un año: 2. Mediana cambio EDSS tras año Fingolimod: +0,25. Media tasa brotes Fingolimod: 0,6 (rango: 0-1,25). 7 pacientes (43,75%) tenían lesiones captantes de gadolinio en RM pre-Natalizumab y ninguno postratamiento. 4 (25%) pre-Fingolimod (2 de ellos con período prolongado de lavado, 1 con brote en él y 2 con brote a los 6 meses de inicio de tratamiento) y 1 (6,25%) tras 1 año de tratamiento. 68,75% de los pacientes continúan en tratamiento con Fingolimod con mediana EDSS: 3. No hubo significación que asocie estas variables a peor evolución tras cambio de tratamiento, únicamente tendencia a progresión (p=0,19) en pacientes con lesiones captantes de gadolinio pre-Natalizumab.

Conclusión: Observamos una tendencia a incremento de EDSS en pacientes que cambian de Natalizumab a Fingolimod, más marcada en pacientes con lesiones captantes de gadolinio pre- Natalizumab.

DISEÑO DEL ESTUDIO TERI-CARE: EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE TRATADOS CON TERIFLUNOMIDA

E. Meca-Lallana, J. [1]; Olascoaga, J. [2]; María Prieto, J. [3]; del Rio, M. [4]; Casademont, R. [4]; Belén Caminero, A. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple Hospital Universitario Donostia; 3. Servicio de Neurología. Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; 4. Servicio de Neurología. Sanofi Genzyme, Unidad de Esclerosis Múltiple; 5. Servicio de Neurología. Servicio de Neurología, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles

Objetivos: Describir el diseño del estudio Teri-CARE, que evalúa los cambios en la calidad de vida (CdV) relacionada con la

salud en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) tratados con 14 mg de teriflunomida durante 2 años.

Material y métodos: Teri-CARE es un estudio español, multicéntrico, prospectivo, observacional, no intervencional, de 2 años. Criterios de inclusión: pacientes con EMRR, de 18 a 65 años, tratados con 14 mg de teriflunomida (según la información de prescripción local) durante ≤4 semanas antes de la inclusión. Objetivo de inclusión: 323 pacientes en 54 centros. Criterio principal de valoración: cambios en la CdV, utilizando la escala del impacto de la EM-29. Criterios secundarios: relación entre la CdV y la fatiga, depresión, situación laboral y disfunción urinaria, utilizando la Escala Modificada del Impacto de Fatiga, el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Productividad Relacionada con la Salud en la EM (versión 2) y el Cuestionario Qualiveen (versión corta), respectivamente. Asimismo, se evaluarán la utilización de recursos sanitarios, la adherencia al tratamiento, la satisfacción con el tratamiento y los resultados de seguridad y eficacia.

Resultados: El diseño del estudio Teri-CARE y las evaluaciones utilizadas se tratarán más detalladamente en la presentación. Los resultados del estudio Teri-CARE se notificarán cuando finalice el estudio.

Conclusión: Los tratamientos modificadores de la enfermedad pueden asociarse a una mayor calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EMRR. Teri-CARE evaluará el impacto de 14 mg de teriflunomida en los resultados de CdV en una población española. Estudio avalado por Sanofi Genzyme.

IDENTIFICACIÓN DE GENES DE SUSCEPTIBILIDAD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y ANÁLISIS GENÉTICO DE UNA EXTENSA FAMILIA DE ETNIA GITANA (ESTUDIO EMGYPSY)

Robles Cedeño, R.; Genís Batlle, D.; Quintana Camps, E.; Perkal Rug, H.; Ramió Torrentà, L.

Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central de mecanismo autoinmune y etiología desconocida. El conocimiento genético justifica 30% de la heredabilidad total.

Material y métodos: Presentamos una familia de etnia gitana con 135 miembros. Se incluyeron 30 en el estudio. Se analizaron variables clínico-radiológicas y genéticas incluyendo ADN mitocondrial, región HLA, abordaje según estudios de asociación (GWAS) y análisis de exómica.

Resultados: El 53,3% de los sujetos eran mujeres con edad media para ambos sexos de 40 años ±13,92. Diez sujetos presentaban alguna forma clínica de EM, de los cuales 3 tenían un síndrome radiológicamente aislado. La media de la escala modificada de Kurtzke fue de 0,5 ±0,91 y la mayoría (44,4%) presentaban >20 lesiones desmielinizantes en la resonancia magnética. Los estudios genéticos mostraron los haplogrupos M5, H, J y U3 del ADN mitocondrial. Los alelos más frecuentemente observados dentro de la región HLA fueron HLA-DRB1*03 y HLA-DQB1*02. El estudio de las principales variantes observadas en los GWAS mostró polimorfismos asociados al gen CD58 en la mayoría de afectados. El análisis de exómica reveló variantes asociadas a los genes KIR2DL1 y CD207 en la mayoría de afectados.

Conclusión: Esta familia tiene su origen ancestral en regiones de Oriente Medio según el estudio de haplogrupos. Presenta una amplia variabilidad clínica con diferentes formas de EM además de una alta carga lesional. Genéticamente, los afectados expresan variantes asociadas a los genes CD58, KIR2DL1 y CD207 los que se proponen como candidatos para el desarrollo de la enfermedad en esta familia en particular.

LA EFICACIA DE ALEMTUZUMAB ES DURADERA EN UN PERIODO DE 6 AÑOS SIN TRATAMIENTO CONTINUO EN PACIENTES CON EMRR ACTIVA Y CON RESPUESTA INADECUADA A UN TRATAMIENTO PREVIO (CARE-MS II)

Oreja Guevara, C. [1]; Alroughani, R. [2]; Brassat, D. [3]; Hartung, H. [4]; Selmaj, K.W. [5]; Singer, B. [6]; Vermersch, P. [7]; Wray, S. [8]; Margolin, D.H. [9]; Thangavelu, K. [9]; Chirieac, M. [9]; Havrdova, E. [10]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Amiri; 3. Servicio de Neurología. Hospital Purpan y Unidad Mixta de Investigación 1043, Universidad de Toulouse; 4. Servicio de Neurología. Universidad Heinrich-Heine; 5. Servicio de Neurología. Universidad de Medicina de Lodz; 6. Servicio de Neurología. Centro de EM para Innovaciones en la Atención Médica, Missouri Baptist Medical Center; 7. Servicio de Neurología. Universidad de Lille Nord de Francia; 8. Servicio de Neurología. Hope Neurology; 9. Servicio de Neurología. Sanofi Genzyme; 10. Servicio de Neurología. First Medical Faculty, Universidad Charles en Praga

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad durante 6 años de alemtuzumab en pacientes con EMRR activa y con respuesta inadecuada (recaídas >/=1) a tratamiento previo en momento inicial.

Material y métodos: Pacientes del CARE-MS II (NCT00548405) recibieron 2 tandas de alemtuzumab (12 mg/día; Mes 0: 5 días; Mes 12: 3 días). Pacientes que completaron el estudio principal CARE-MS II de 2 años podrían participar en extensión de varios años (NCT00930553), con alemtuzumab según sea necesario por recaídas o actividad de EM, o con otros TME, según criterio del investigador.

Resultados: En los 6 años, 344/393 (88%) pacientes que participaron en extensión permanecieron en el estudio. El índice de recaída anualizado fue bajo durante la extensión (Año 6: 0,15). Durante 6 años, 72% de los pacientes no presentó empeoramiento confirmado de discapacidades durante 6 meses; 43% logró mejora confirmada de discapacidades durante 6 meses; la media de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EEED) aumentó con respecto al momento inicial 0,10 entre los años 0–6. 77% presentó una mejoría en la EDSS o permaneció estable al alcanzar el año 6. La mayoría no mostró evidencia de la actividad de la enfermedad por año (año 6: 60%). 50% de los pacientes no volvió a recibir tratamiento con alemtuzumab o con ningún TME después de las 2 tandas iniciales de alemtuzumab. El índice general de eventos adversos disminuyó con el tiempo.

Conclusión: La eficacia de alemtuzumab se mantuvo durante 6 años en pacientes con respuesta inadecuada a un tratamiento previo en el momento inicial.

POTENCIALES EVOCADOS VISUALES MULTIFOCALES, UNA NUEVA TECNOLOGÍA PARA VALORAR TERAPIAS DE REMIELINIZACIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Hernández Martínez de Lapiscina, E. [1]; Tercero Uribe, A.I. [1]; Alba Arbalat, S. [1]; Solà Valls, N. [1]; Andorra Inglés, M. [1]; Sepúlveda Gázquez, M. [1]; Guerrero Zamora, A.M. [1]; Torres Torres, R. [2]; Llufriu Durán, S. [1]; Zubizarreta, I. [1]; Blanco, Y. [1]; Sanchez Dalmau, B. [2]; Saiz, A. [1]; Santamaria, J. [3]; Villoslada, P. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología. IDIBAPS-Hospital Clinic; 2. Servicio de Oftalmología. IDIBAPS-Hospital Clinic; 3. Servicio de Neurología. IDIBAPS-Hospital Clinic

Objetivos: Evaluar la relación entre potenciales evocados visuales multifocales (mfPEV) y marcadores de daño axonal y discapacidad en la esclerosis múltiple (EM) para así definir el rol de los mfPEV como “endpoint” en los ensayos clínicos en EM

Material y métodos: Evaluamos la asociación entre la latencia y amplitud medias de los mfPEV y medidas de discapacidad global (EDSS) y visual [visión de bajo contraste (LCVA) y visión en color con láminas pseudoisocromáticas de Hardy, Rand Ritter (HRR)] y

daño axonal medido mediante espesor de la capa de fibras del nervio óptico (pRNFL) con tomografía de coherencia óptica (OCT) en 76 pacientes con EM mediante test de correlación de Spearman.

Resultados: En los ojos sin neuritis óptica previa encontramos una asociación entre la latencia media de los mfPEV y la discapacidad visual [2.5%LCVA (rho=-0,311; p=0,010 y HRR (rho=-0,423; p<0,001)] y el espesor pRNFL (rho=-0,237; p=0,050). Respecto a la amplitud de los mfPEV, encontramos asociación con las siguientes escalas: EDSS (rho=-0,277; p=0,020), 2.5%LCVA (rho=0,232; p=0,057), 1,25%LCVA (rho=0,239; p=0,052), HRR (rho=0,329; p=0,007), y espesor pRNFL (rho=0,263; p=0,029). En los ojos con neuritis óptica previa, encontramos correlaciones entre la latencia media de los mfPEV y 2.5%LCVA (rho=-0,310; p=0,079), HRR (rho=-0,438; p=0,010) y asociaciones entre la amplitud media y 2.5%LCVA (rho=0,419; p=0,014), 1,25%LCVA (rho=0,355; p=0,043), HRR (rho=0,562; p=0,001) y espesor pRNFL (rho=0,561; p<0,001).

Conclusión: La existencia de correlaciones significativas entre marcadores de daño estructural y funcional apoyan el uso de los mfPEV como marcador de eficacia de terapias de remielinización.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO NMO: AQUAPORINA-4 VS MOG, ESTUDIO COMPARATIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Gracia Gil, J. [1]; Fernández Díaz, E. [1]; Fernández Valiente, M. [1]; Martínez González, M. [1]; Lozano Setién, E. [2]; Rallo Gutiérrez, B. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete

Objetivos: El descubrimiento del autoanticuerpo Aquaporina-4-IgG (AQP4-IgG) permitió acelerar el diagnóstico e incluir otras manifestaciones clínicas menos habituales conformando los trastornos del espectro neuromielitis óptica (NMOSDs). La detección del anticuerpo frente a la glicoproteína mielínica del oligodendrocito (MOG-IgG) ha puesto de manifiesto la existencia de un subgrupo NMOSD con características clínicas distintivas. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y paraclínicas de los pacientes con NMOSD anti-MOG IgG y compararlas con los pacientes NMOSD anti-AQP4 IgG en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, se han recogido variables clínicas, radiológicas y analíticas de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de NMOSD en nuestro centro entre 1999 a 2016.

Resultados: 11 pacientes NMOSD, 5 anti-MOG-IgG (60% mujeres) y 6 anti-AQP4 IgG positivo (100% mujeres). Ningún paciente presentó positividad para los dos anticuerpos. Edad media al inicio de la enfermedad de 28.8 vs 37.3 años Desde punto de vista clínico la neuritis óptica retrobulbar (uni o bilateral) fue el síntoma más frecuente de debut en los pacientes anti-MOG IgG (60% vs 16,7%), presentando una mejor recuperación funcional respecto al grupo anti-AQP4 IgG (EDSS media seguimiento 1.4 vs 2.9), así como una menor tendencia a la recidiva. Las características radiológicas y del LCR fueron similares en ambos grupos.

Conclusión: Nuestros pacientes NMOSD-MOG IgG presentan características diferenciales como un mayor predominio en varones, menor edad al debut, menor número de brotes y mejor recuperación funcional con respecto a los NMO-AQP4-IgG. Datos similares a los descritos por otros grupos previamente.

VALOR PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE LA PRESENCIA DE LESIONES INFRATENTORIALES EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) BASAL DE PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO (SCA)

Lebrato Hernández, L.; Díaz Sánchez, M.; Prieto León, M.; Cerdá Fuertes, N.; Casado Chocán, J.L.; Uclés Sánchez, A.J.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La topografía infratentorial es una localización típica de las lesiones desmielinizantes en la esclerosis múltiple(EM), incluida en los criterios de diseminación espacial. Nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico de la presencia de al menos 1 lesión infratentorial en la RM basal de pacientes con un SCA respecto a: 1)grado de recuperación del primer brote; 2)riesgo de conversión a EM clínicamente definida(EMCD); 3)desarrollo de discapacidad, evaluada por el incremento en un 1 punto en la escala-EDSS.

Material y métodos: Criterios de inclusión: 1)Pacientes con un SCA(desde 2009);2)Evaluación clínica y radiológica en los 3 meses tras el debut;3)Seguimiento mínimo de 24 meses.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes(71.4% mujeres) con edad media de inicio de 32.98+/-10.24 años. Cincuenta pacientes(64.3%) presentaron lesiones infratentoriales en su RM-inicial. Tras un seguimiento medio de 48.08+/-18.51 meses, 67(47.9%) convirtieron a EMCD. Los pacientes con al menos 1 lesión infratentorial tuvieron mayor riesgo de conversión a EMCD(p=0.032; OR=2.14IC95%:1.06-4.34) y además lo hicieron antes(log-rank p=0.022; HR:1.73IC95%:1.07-2.80). Ochenta y seis pacientes fueron diagnosticados de EM según criterios-McDonald-2010. De éstos, 37(43.02%) presentaron lesiones infratentoriales y este hallazgo se relacionó con mayor riesgo de empeoramiento en 1 punto en escala-EDSS(p=0.022; OR=2.97IC95%:1.14-7.69) y menor tiempo hasta conseguirlo(log-rank p=0.013; HR:2.63IC95%:1.91-5.83). La presencia de lesiones infratentoriales no influyó en el grado de recuperación del primer brote(p=0.160).

Conclusión: La presencia de lesiones infratentoriales en pacientes con SCA tiene valor pronostico en cuanto al riesgo de conversión a EMCD, y desarrollo de discapacidad desde fases iniciales de la enfermedad. Estos pacientes se beneficiarían especialmente de un diagnóstico y tratamiento precoz.

ALEMTUZUMAB ENLENTECE DE MANERA DURADERA LA PÉRDIDA DE VOLUMEN CEREBRAL DURANTE UN PERÍODO DE 6 AÑOS EN PACIENTES CON EMRR (CARE-MS I Y II)

Rovira Cañellas, A. [1]; Traboulsee, A. [2]; Barnett, M. [3]; Comi, G. [4]; LaGanke, C. [5]; Schippling, S. [6]; Margolin, D.H. [7]; Thangavelu, K. [7]; Nakamura, K. [8]; Arnold, D.L. [9]

1. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Universidad de British Columbia; 3. Servicio de Neurología. Universidad de Sídney; 4. Servicio de Neurología. Università Vita-Salute San Raffaele; 5. Servicio de Neurología. North Central Neurology Associates; 6. Servicio de Neurología. Neuroimmunology y Multiple Sclerosis Research, Hospital Universitario Zurich y Universidad de Zúrich; 7. Servicio de Neurología. Sanofi Genzyme; 8. Servicio de Neurología. Clínica Cleveland; 9. Servicio de Neurología. NeuroRx Research and Instituto Neurológico de Montreal, Universidad McGill

Objetivos: Evaluar el efecto de alemtuzumab sobre la pérdida de volumen cerebral (PVC) en un período de 6 años en pacientes con EMRR.

Material y métodos: Pacientes en CARE-MS I (sin tratamiento previo; NCT00530348) y II (respuesta inadecuada a tratamiento previo; NCT00548405) recibieron 2 cursos de alemtuzumab 12 mg/día (Mes 0: 5 días; Mes 12: 3 días). Los pacientes que completaron los estudios CARE-MS I y II pudieron participar en una extensión de varios años (NCT00930553), con opción a recibir retratamiento con alemtuzumab u otro fármaco inmunomodulador según criterio del investigador. Se hicieron estudios de RM al inicio (basal) y anualmente. La PVC se obtuvo por el cambio relativo en la fracción de parénquima cerebral.

Resultados: En pacientes sin tratamiento previo (n=349), la PVC media anual disminuyó los primeros 4 años, permaneciendo

baja en los años 5 y 6 (años 1–6: –0,59%, –0,25%, –0,19%, –0,14%, –0,20%, –0,17%). En pacientes con respuesta inadecuada al tratamiento antes del estudio basal (n=393), la PVC media anual disminuyó los primeros 3 años, permaneciendo baja posteriormente (años 1–6: –0,48%, –0,22%, –0,10%, –0,19%, –0,07%, –0,10%). Estos efectos se lograron con un 63% (CARE-MS I) y un 50% (CARE-MS II) de pacientes que no recibieron nuevo tratamiento con alemtuzumab u otro fármaco inmunomodulador después de los 2 cursos iniciales con alemtuzumab.

Conclusión: El enlentecimiento de la PVC con alemtuzumab se mantuvo durante 6 años, con una PVC media anual ≤0,2% en el período de extensión (años 3–6). APOYO PARA EL ESTUDIO: Sanofi Genzyme y Bayer HealthCare Pharmaceuticals.

ALEMTUZUMAB MEJORA LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN UN PERÍODO DE 4 AÑOS EN PACIENTES CON UNA EMRR ACTIVA QUE CAMBIARON DE SC IFNB-1A: EL ESTUDIO DE EXTENSIÓN CARE-MS II

Montalban Gairín, X. [1]; Boyko, A.N. [2]; Barnett, M. [3]; Brassat, D. [4]; Dive, D. [5]; Hupperts, R.M. [6]; Lycke, J. [7]; Sharrack, B. [8]; Wray, S. [9]; Margolin, D.H. [10]; Thangavelu, K. [10]; Chirieac, M. [10]; Wiendl, H. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Universidad Nacional de Investigación de Rusia Pirogov y Hospital Usupov; 3. Servicio de Neurología. Universidad de Sídney; 4. Servicio de Neurología. Hospital Purpan y Unidad Mixta de Investigación 1043, Universidad de Toulouse; 5. Servicio de Neurología. Hospital Central Universitario de Liège; 6. Servicio de Neurología. Orbis Medisch Centrum, Centro Médico Universitario Maastricht; 7. Servicio de Neurología. Universidad de Gotemburgo; 8. Servicio de Neurología. Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust; 9. Servicio de Neurología. Hope Neurology; 10. Servicio de Neurología. Sanofi Genzyme; 11. Servicio de Neurología. Universidad de Münster

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad en 4 años de alemtuzumab en pacientes con EMRR activa que cambiaron de SC IFNB-1a.

Material y métodos: Pacientes que completaron CARE-MS II (NCT00548405) de 2 años podrían participar en una extensión de varios años (NCT00930553), en la cual pacientes tratados con SC IFNB-1a cambiaban a alemtuzumab 12 mg (Mes 0: 5 días; Mes 12: 3 días), con repetición del tratamiento con alemtuzumab cuando fuera necesario u otros TME para brotes o actividad en RM, según criterio del investigador.

Resultados: 125/146 (86%) pacientes de la extensión permanecieron en el estudio 4 años después. Durante los primeros 2 años después del cambio, el índice de brote anualizado (ARR) disminuyó (0,52 a 0,15), las proporciones de pacientes sin brotes (48% a 80%) y sin evidencia de actividad de la enfermedad (NEDA; 14% a 41%) aumentaron. El año 4, el ARR fue 0,17, 85% de los pacientes no tuvo brotes, 60% logró NEDA y 70% presentó EDSS mejorado o estable. 4 años después del cambio, 80% no presentó empeoramiento confirmado de discapacidades durante 6 meses; 18% logró mejora confirmada de las discapacidades a los 6 meses y en 54% los índices de EDSS permanecieron estables. 71% no recibió tratamiento adicional con alemtuzumab u otro TME después de 2 tandas iniciales de alemtuzumab. Los eventos adversos después del cambio fueron consistentes con los de pacientes tratados con alemtuzumab en el estudio principal.

Conclusión: Las mejorías evidenciadas en los 2 primeros años después del cambio se mantuvieron durante los 2 años siguientes.

NIVELES DE VITAMINA D Y REPLICACIÓN DEL VIRUS DEL EPSTEIN-BARR Y DEL HERPESVIRUS HUMANO 6 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO

Álvarez Lafuente, R. [1]; Domínguez Mozo, M.I. [1]; Ortega Madueño, I. [2]; Lopez Lozano, L. [2]; Pérez Pérez, S. [1]; García Martínez, M.Á. [1]; Torrejon Martinez, M.J. [2]; Arroyo González, R. [3]

1. Servicio de Investigación. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirón Salud Madrid

Objetivos: Evaluar la posible asociación entre tres de los principales factores ambientales relacionados con la esclerosis múltiple (EM): niveles de 25-hidroxi-vitamina D (25(OH)D) con la presencia y la carga viral del Virus del Epstein-Barr (EBV) y del herpesvirus humano 6 (HHV-6) en pacientes con EM a lo largo de dos años de seguimiento.

Material y métodos: Se incluyeron 505 pacientes con EM en un estudio prospectivo de dos años de duración. Se recogieron 5 muestras de sangre y suero para cada paciente: en el reclutamiento y 6, 12, 18 y 24 meses después. Para cada una de las muestras se analizaron los niveles de 25(OH)D (en suero) y la carga viral de EBV y HHV-6 por PCR cuantitativa a tiempo real (en sangre).

Resultados: Los niveles medios de 25(OH)D fueron 22,2 ng/ml: 19,4 ng/ml entre enero-junio (mínimo marzo: 16.1 ng/ml) y 25,6 ng/ml entre julio-diciembre (máximo septiembre: 28.4 ng/ml). En el primer semestre, entre aquellos pacientes CON niveles de 25(OH)D>20 ng/ml, el 23.9% fue positivo a HHV-6, frente al 58,3% entre aquellos que tenían niveles de 25(OH)D<11 ng/ml (p=0.001; O.R.=4.45); 58.8% vs. 76.5% para EBV, respectivamente (0.027; O.R.=2.28). En el segundo semestre, entre aquellos pacientes con niveles de 25(OH)D>25 ng/ml, el 27.5% fue positivo a HHV-6, frente al 41.7% entre aquellos que tenían niveles de 25(OH)D<15 ng/ml (p=0.034; O.R.=2.06); 43.3% vs. 85.7% para EBV, respectivamente (0.004; O.R.=7.85).

Conclusión: Niveles bajos de 25(OH)D en pacientes con EM se correlacionarían con una mayor tasa de replicación del EBV y del HHV-6.

FACTORES GENÉTICOS Y MEDIOAMBIENTALES DE SUSCEPTIBILIDAD A LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA

Pinto Medel, M.J. [1]; Urbaneja Romero, P. [1]; Oliver Martos, B. [1]; Marin Bañasco, C. [1]; Ortega Pinazo, J. [1]; Alonso Torres, A.M. [2]; Fernández, V. [3]; Leyva Fernández, L. [1]; Hernández Fernández, M.Á. [4]; Oreja Guevara, C. [5]; Fernández Fernández, Ó. [1]

1. Servicio de Neurología. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Hospital Reg; 2. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Hospital Reg; 4. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Nuestro objetivo ha sido analizar la relación de la presencia del alelo HLA-DR*15:01, el déficit de vitamina D y el tabaco con la susceptibilidad a la EM en tres cohortes de individuos procedentes de Madrid, Santa Cruz de Tenerife y Málaga

Material y métodos: Se han incluido 49 pacientes con EM y 49 controles sanos pareados por edad y sexo en cada una de las cohortes analizadas. El alelo HLA-DRB1*15:01 se ha identificado mediante la amplificación con cebadores específicos de secuencia basado en el método PCR-SSP. El nivel de tabaquismo se determinó mediante una encuesta realizada en el momento de la recogida de muestras. Se consideraron como normales los niveles de 25-hidroxivitamina D en suero por encima de 20 ng/ml El grado de relación entre variables se mide calculando la odds ratio (OR) y los intervalos de confianza del 95% mediante regresión logística. El modelo de regresión logística multivariante se corrigió para posibles factores de confusión como la edad y el género.

Resultados: En un análisis conjunto de todos los individuos mostró que la presencia del alelo HLA-DRB1*15:01, ser fumador o haber sido fumador y la deficiencia de vitamina D se asoció con el aumento de riesgo significativo a padecer EM (OR=2,6 (IC95%: 1,4-4,6); p=0.002, OR=2,4 (IC95%: 1,4-4,0); p=0,001 y OR=2,7 (IC95%: 1,5-4,7); p=4.6x10-4 respectivamente).

Conclusión: Nuestro modelo muestra que la presencia del alelo HLA-DRB1*15:01, ser fumador o haber sido fumador y la deficiencia de vitamina D está asociado con un aumento significativo de riesgo a padecer EM

LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE LAS PROTEÍNAS MORFOGENÉTICAS ÓSEAS COMO POTENCIAL DIANA TERAPÉUTICA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Eixarch Ahufinger, H. [1]; Calvo Barreiro, L. [1]; Castillo Juárez, M. [1]; Gutiérrez Franco, A. [1]; Del Río, J.A. [2]; Gil, V. [2]; Montalban Gairín, X. [1]; Espejo Ruiz, C. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de IBEC. Parc Científic de Barcelona

Objetivos: i) Determinar el efecto de la proteína morfogenética ósea (BMP)4 y la nogina en la neurogénesis y en la respuesta inmune. ii) Caracterizar la expresión de BMP2, 4, 5, 6, 7, BMPRII y nogina, en el sistema nervioso central (SNC) y en el sistema inmune en diferentes fases de la encefalomielitis autoinmune experimental (EAE).

Material y métodos: In vitro, se determinó el efecto de BMP4 y nogina en la diferenciación de células precursoras neurales y se cuantificó la capacidad de proliferación de los esplenocitos. In vivo, se indujo la EAE con el péptido MOG35-55; se obtuvieron las médulas espinales y los esplenocitos a tiempo basal y en las fases de inducción (7 días post-inmunización; dpi), inflamatoria (15 dpi), crónica temprana (30 dpi) y crónica tardía (50 dpi) de la EAE. Se cuantificó la expresión génica de las BMPs, BMPRII y nogina por RTqPCR.

Resultados: In vitro, BMP4 favoreció la diferenciación de astrocitos y de neuronas, observando un aumento en el número y en la complejidad de éstas; además, BMP4 y nogina aumentaron la proliferación de los esplenocitos. In vivo, en el SNC se observó una disminución en la expresión de las BMPs y nogina en las diferentes fases de la EAE. Contrariamente, en el sistema inmune se halló un aumento, alcanzando el pico de expresión en las fases de inducción e inflamatoria.

Conclusión: Las BMPs estarían involucradas en la regulación de la respuesta inmune y en la neurogénesis, por lo que podrían ser relevantes en la patogenia de la esclerosis múltiple.

Enfermedades Desmielinizantes III

COMPOSICIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN β-1B

Castillo Álvarez, F. [1]; Pérez Matute, P. [2]; Colina Lizuain, S. [1]; Erdocia Goñi, A. [1]; Iglesias Gutierrez Cecchini, C. [1]; Gómez Eguílaz, M. [1]; López Pérez, M.Á. [1]; Marzo Sola, M.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; 2. (Centro de investigación biomédica de la Rioja). CIBIR

Objetivos: Describir y comparar la composición relativa en taxones bacterianos y arqueas de la microbiota de una muestra de pacientes con esclerosis múltiple sin tratamiento, tratados con interferón Beta-1b y sujetos control, a nivel de filos y taxones más frecuentes.

Material y métodos: Estudio unicéntrico descriptivo con treinta pacientes con EM (15 sin tratamiento y 15 con interferón Beta-1b desde hace al menos 9 meses) y 14 controles sanos. se recogió una muestra de heces y se realizó un estudio metagenómico de su microbiota

Resultados: Los principales filos de la microbiota de los grupos son Firmicutes, Bacteroidetes, Proteobacteria y Actinobacteria. Existen diferencias estadísticamente significativas en la abundancia de Firmicutes, Actinobacteria, Proteobacteria y Lentisphaerae entre enfermos y controles y entre pacientes tratados y no tratados. Firmicutes, Actinobacteria y Lentisphaerae presentan diferencias entre pacientes sin tratamiento y controles, que tienden a normalizarse con el tratamiento. Hay diferencias significativas entre pacientes con esclerosis múltiple y controles en la abundancia de doce especies bacterianas, entre ellas Prevotella copri DSM 18205 en que el tratamiento con interferón β-1b provoca un cambio significativo que tiende a igualar su abundancia a los sujetos control. Hay menor abundancia del dominio Archaea en pacientes con esclerosis múltiple respecto a sanos

Conclusión: La microbiota intestinal se altera significativamente en los pacientes enfermos de esclerosis múltiple respecto a sujetos sanos El interferón β-1b tiende a normalizar esta alteración, siendo especialmente evidente en Prevotella copri DSM 18205. Estos resultados apoyan el estudio de la relación de la disbiosis microbiana en la prevención y tratamiento de esta enfermedad

EXISTE UNA DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN LOS LINFOCITOS PERIFÉRICOS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Gonzalo Benito, H. [1]; Nogueras Penabad, L. [1]; Gil Sanchez, A. [1]; Hervas Garcia, J.V. [1]; Canudes Solans, M. [1]; Gonzalez Mingot, C. [1]; Solana Moga, M.J. [1]; Peralta Moncusi, S. [1]; Pamplona Gras, R. [2]; Portero Otin, M. [2]; Brieva Ruiz, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Medicina Experimental. IRB-Lleida

Objetivos: Por un lado, los linfocitos están directamente involucrados en la fisiopatología de la esclerosis múltiple (EM), por otro, su activación está relacionada con procesos redox. Sin embargo, no se ha estudiado su correlación en la EM. El objetivo del estudio es analizar la situación redox en los linfocitos periféricos de pacientes con EM en comparación con individuos controles (CTL).

Material y métodos: Se presenta un estudio piloto transversal, observacional y comparativo de dos brazos (EM=20 y CTL=20) emparejados por sexo y edad. Se utilizó citometría de flujo para identificar las poblaciones linfocitarias y la cuantificación del anión superóxido, inmunodetección para la estimación de complejos mitocondriales, kits comerciales para la detección de lactato y ácido úrico; y ABTS para estimar la capacidad antioxidante.

Resultados: Los linfocitos de los pacientes con EM muestran un aumento significativo en la producción de anión superóxido en comparación con CTL (aumento del 60%, p = 0,031), que se asocia con una disminución de los complejos mitocondriales I, III y V (p=0,032; 0,019 y 0,023 respectivamente) y de la capacidad antioxidante del plasma (p = 0,038). En línea con la función mitocondrial alterada, los pacientes con EM también exhiben una mayor concentración de lactato en plasma (p=0,005) que no depende de la concentración de ácido úrico.

Conclusión: En comparación con los CTL, los linfocitos de los pacientes con EM presentan un descenso de los complejos mitocondriales I, III y V que resulta en un incremento de la producción del anión superóxido y consecuentemente un aumento de la carga oxidativa.

ESTUDIO DE SNPS DE GENES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA INMUNE ANTIVIRAL TH2 Y TÍTULOS DE ANTICUERPOS FRENTE A HERPESVIRUS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Álvarez Lafuente, R. [1]; Murillo Garagorri, A. [2]; Ros Gañan, I. [2]; Domínguez Mozo, M.I. [1]; Pérez Pérez, S. [1]; García Martínez, M.Á. [1]; Arroyo González, R. [3]; Urcelay García, E. [2]

1. Servicio de Investigación. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Inmunología. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quironsalud, Madrid

Objetivos: Analizar si la presencia de ciertos SNPs en genes que codifican para citoquinas involucradas en la respuesta antiviral Th2, que estimula más específicamente la diferenciación de linfocitos B a células plasmáticas y la producción de anticuerpos, se asocia con distintos niveles de anticuerpos IgG e IgM frente a herpesvirus en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Se estudiaron estos SNPs: rs2243250 (IL4), rs1800975, rs2069827, rs2069840 (IL6), rs1800897, rs1800873, rs1800872 (IL-10), rs1800629, rs1800750, rs361527 (TNF-alfa), en un 7900HT Fast Real-Time PCR system, y se analizó la presencia y títulos de anticuerpos IgG e IgM frente a HHV-6, EBNA-1 y VCA de EBV, HSV, VZV y CMV con kits comerciales en un sistema automatizado de ELISA (Dynex DS2), en 490 pacientes con EM.

Resultados: 1) IL4: IgM frente a HHV-6 (57.4% > mediana para genotipo CT vs. 47.0% > mediana para genotipo TT: $p<0.050$). 2) IL6: en relación a la media de títulos, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre haplotipos para IgM frente a HHV-6 y VCA de EBV ($p=0.015$ y $p=0.033$, respectivamente); en cuanto a valores por encima vs. debajo de la mediana, encontramos también un haplotipo para IgM frente a HHV-6 (45.6% vs. 25.2%, $p=0.003$). 3) IL10: no encontramos diferencias significativas. 4) TNF-alfa: encontramos diferencias estadísticamente significativas para portadores del alelo minoritario para IgM frente a HHV-6 ($p<0.050$ para rs1800750, $p<0.010$ para rs1800629).

Conclusión: Los SNPs en genes que codifican para citoquinas involucradas en la respuesta antiviral Th2 pueden condicionar la producción de anticuerpos frente a virus asociados con la etiopatogenia de la EM.

EFECTO DE SIFNAR2 RECOMBINANTE EN EL PATRÓN DE EXPRESIÓN DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Oliver Martos, B. [1]; Hurtado, I. [2]; Pinto Medel, M.J. [2]; Suardiaz García, M. [2]; Rodriguez Bada, J.L. [2]; Urbaneja Romero, P. [2]; Fernández Fernández, V.E. [2]; Leyva Fernández, L. [2]; Fernández Fernández, Ó. [2]

1. Laboratorio de Investigación, Instituto de Neurociencias Clínicas (Fundación IMABIS). Complejo Hospitalario Carlos Haya; 2. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La isoforma soluble del receptor de IFNß (sIFNAR2) modula la actividad del IFNß endógeno y del administrado como tratamiento. Previamente hemos clonado una proteína recombinante análoga a sIFNAR2 humano, identificada por Western Blot y MALDI-TOF (rsIFNAR2). La administración de sIFNAR2 como monoterapia en el modelo de EAE aminora la progresión CP-EAE y los procesos neuroinflamatorios y ha mostrado una importante actividad antiviral frente a virus relevantes para la salud humana, como el VIH y el virus respiratorio sincitial. Es decir, rsIFNAR2 per sé ejerce actividades similares al IFNß, pero independientemente de él. Por ello, el objetivo actual es evaluar sí rsIFNAR2 es capaz de modificar in vitro los patrones de expresión de citoquinas y quimioquinas en pacientes con EM y controles sanos.

Material y métodos: Células mononucleares de sangre periférica de pacientes con EM y controles sanos se cultivaron en presencia de rsIFNAR2, incluyendo las condiciones de cultivo control apropiadas. La producción de citoquinas intracelulares se determinó mediante citometría de flujo. En sobrenadante se evaluó la producción de 34 citoquinas, quimioquinas y factores de crecimiento mediante inmunoensayo Multiplex Procartaplex (Luminex).

Resultados: De todos las variables analizadas modificadas cabe destacar la disminución significativa en la producción intracelular de IFN gamma y TNF alfa en presencia de rsIFNAR2, en pacientes y controles. Estos resultados se confirmaron en el análisis de los sobrenadantes, empleando una tecnología diferente

Conclusión: Describimos por primera vez una actividad inmunomoduladora de la isoforma soluble del receptor IFNß (rsIFNAR2) per sé, y los resultados sugieren que esta molécula puede ser una futura molécula terapéutica

EXPRESIÓN DE LAS PROTEÍNAS MORFOGÉNICAS ÓSEAS EN EL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL EN LESIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Costa Riu, C.; Martínez Sáez, E.; Calvo Barreiro, L.; Calucho, M.; Ortega Aznar, A.; Ramón y Cajal, S.; Montalban Gairín, X.; Espejo Ruíz, C.

Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Estudiar la expresión de la proteína morfogenética ósea (BMP)2, BMP4, BMP5, BMP7, BMPRII y pSMAD en lesiones de esclerosis múltiple (EM) y otras patologías de la sustancia blanca.

Material y métodos: Se estudiaron 42 lesiones de EM, 12 de infarto agudo (IA), 8 leucoencefalopatías multifocales progresivas (LMP) y 10 áreas de sustancia blanca normal. Se realizaron tinciones con hematoxilina-eosina, Klüver-Barrera e inmunomarcajes para las BMPs, BMPRII, pSMAD, NeuN, Olig2, GFAP, CD68 y CD3. Las lesiones de EM se clasificaron en crónicas inactivas (CI, n=8), crónicas con moderada actividad inflamatoria (CMA, n=9) y crónicas con alta actividad inflamatoria (CAA, n=25).

Resultados: En las lesiones de EM se observó marcaje para BMP2,4,5,7, pSMAD y BMPRII en astrocitos, macrófagos y neuronas y para BMP2,7 y pSMAD en oligodendrocitos, siendo más elevada en lesiones CAA. En la LMP se observó expresión de BMP4,5,7 y BMPRII en macrófagos y astrocitos y de BMP2 y pSMAD en macrófagos. En el IA se observó marcaje para BMP2,5 y 7 en macrófagos y astrocitos y de pSMAD y BMPRII en macrófagos. Las lesiones CAA mostraron mayor expresión de BMP2, pSMAD y BMPRII que las LMP e IA. Además, las CAA expresaron más BMP5 que las LPM y más BMP7 que las IA.

Conclusión: En las lesiones de EM la expresión de BMPs se correlaciona con la actividad inflamatoria. La expresión de BMPs parece ser más relevante en EM que en las otras patologías, por lo que podría estar implicada en la progresión de la desmielinización en la EM.

DISMINUCIÓN DEL RECEPTOR SOLUBLE DE IFNß (SIFNAR2) EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: POTENCIAL BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO EN SUERO

Oliver Martos, B. [1]; Pinto Medel, M.J. [2]; Hurtado, I. [3]; Rodriguez Bada, J.L. [3]; Urbaneja Romero, P. [3]; Villar, L.M. [4]; Comabella, M. [5]; Montalban, X. [5]; Alvarez-Cermeño, J.C. [6]; Leyva Fernández, L. [3]; Fernández Fernández, Ó. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 2. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA),. Hospital Regional Universitario de Málaga; 3. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga; 4. Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS; 5. Department de Neurología-Neuroinmunología. Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya. Vall d'Hebron I. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS

Objetivos: El receptor de IFNß tiene una isoforma soluble (sIFNAR2) detectable en suero. Su función en la EM es desconocida a pesar de modular la actividad del IFNß. Previamente encontramos niveles de sIFNAR2 disminuidos en pacientes de EM respecto a controles sanos (CS). Nuestro objetivo es evaluar su capacidad como biomarcador diagnóstico en una nueva cohorte de pacientes con EM y CS, pacientes con síndrome clínico aislado (CIS) y otras enfermedades neurológicas inflamatorias (OIND).

Material y métodos: El estudio transversal incluyó 148 pacientes con EM (84 naive y 64 tratados), 87 CIS, 42 OIND y 96 CS. El estudio longitudinal incluyó 94 pacientes con EM, basalmente y tras 1 año de tratamiento con IFNß, acetato de glatiramero o natalizumab. sIFNAR2 se determinó mediante ELISA, previamente desarrollado y validado en nuestro laboratorio.

Resultados: Los pacientes con EM sin tratamiento previo mostraron niveles diminuidos de sIFNAR2 respecto a CS (p<0,0001) y pacientes OIND (p<0,0001), no encontrándose diferencias con los CIS. Los CIS también mostraron niveles más bajos que los CS (p<0,0001) y OIND (p<0,0001). Un valor de 122.02 ng/ml permitió discriminar pacientes de EM de OIND con una sensibilidad y especificidad de 70,1% y 79,4% respectivamente, con un valor predictivo positivo y negativo de 88,4% y 64,4%. En el seguimiento a un año, sIFNAR2 aumentó significativamente en pacientes tratados con IFNß, hecho que no ocurrió en pacientes con los otros tratamientos.

Conclusión: Los niveles diferenciales de sIFNAR2 encontrados en pacientes con EM sugieren que podría ser un potencial biomarcador diagnóstico para la EM.

ESTUDIO DE LOS NIVELES DE CHITINASE 3-LIKE 1 EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO DE PACIENTES CON SÍNDROME RADIOLÓGICO AISLADO

Matute Blanch, C. [1]; Villar, L.M. [2]; Evdoshenko, E. [3]; Makshakov, G. [3]; Nazarov, V. [3]; Lapin, S. [3]; Midaglia, L. [1]; Vidal Jordana, À. [1]; Drulovic, J. [4]; García Merino, A. [5]; Saiz, A. [6]; Zettl, U.K. [7]; Schroeder, I. [7]; Ramió Torrentà, L. [8]; Quintana, E. [8]; Galimberti, D. [9]; Montalban Gairín, X. [1]; Comabella López, M. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de MS Center. First Pavlov Stat Medical University; 4. Servicio de Neurology Clinic. Clinical Centre of Serbia; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 6. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 7. Servicio de Department of Neurology, Neuroimmunological Section,. University of Rostock; 8. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 9. Servicio de IRCCS Ospedale Policlinico. Fondazione Ca' Granda

Objetivos: Investigar el papel pronóstico de la chitinase 3-like 1 (CHI3L1) en líquido cefalorraquídeo de pacientes con síndromes radiológicos aislados (RIS).

Material y métodos: Se incluyeron 46 pacientes con RIS (edad media: 36,8 años; 65,2% mujeres) que cumplían los criterios de Okuda (2009), con punción lumbar en proximidad a la RM diagnóstica de RIS (≤6 meses), y con ≥1 años de seguimiento. También se incluyeron 20 pacientes con síndromes clínicos aislados (CIS) (35,2 años; 75,0% mujeres) y 21 pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) (42,3 años; 61,9% mujeres). Los niveles de CHI3L1 se determinaron mediante ELISA. La asociación entre los niveles de CHI3L1 y la conversión a CIS se analizó mediante modelos de regresión de Cox.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento de los pacientes con RIS fue de 2,6 años; 21,7% de los pacientes convirtieron a CIS (tiempo de conversión medio: 2,0 años). Un 73,9% de los pacientes con RIS presentaron bandas oligoclonales (BO) de IgG. Los niveles de CHI3L1 fueron similares entre los pacientes con RIS, CIS, y EMRR. No se observaron asociaciones entre los niveles de CHI3L1 y el tiempo de conversión a CIS en los modelos univariantes (p=0,475, CHI3L1) y multivariantes incluyendo la edad y las BO como covariables (p=0,515, CHI3L1; p=0,312, BO; p=0,873, edad).

Conclusión: Los resultados no sugieren un papel pronóstico de la CHI3L1 en pacientes con RIS. Estudios adicionales en cohortes independientes de pacientes son necesarios para confirmar la falta de asociación entre CHI3L1 y la conversión a CIS en pacientes con RIS.

EXCESO DE VARIANTES GENÉTICAS RARAS EN GENES DE RIESGO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE IDENTIFICADO POR RESECUENCIACIÓN DE ADN

Gil Varea, E. [1]; Spataro, N. [2]; Fernández Fernández, Ó. [3]; Saiz, A. [4]; Ramió Torrentà, L. [5]; Matesanz, F. [6]; Malhotra, S. [1]; Navarro, A. [2]; Bosch, E. [2]; Montalban Gairín, X. [1]; Comabella López, M. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Department of Experimental and Health Sciences. Institute of Evolutionary Biology (CSIC-UPF); 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Regional Universitario de Málaga; 4. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 5. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 6. Servicio de Dept. Cell Biology and Immunology. Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra

Objetivos: La heredabilidad de la esclerosis múltiple (EM) no se explica íntegramente mediante variantes genéticas comunes. Determinadas variantes raras (VR) con frecuencia del alelo minoritario (MAF) <1% podrían explicar parte de la heredabilidad perdida. El objetivo del estudio es la identificación, mediante resecuenciación de ADN, de VR asociadas con la EM de los siguientes genes de riesgo: FCRL1, RGS1, TIMMDC1, HHEX, CXCR5, LTBR, TSFM, GALC, TRAF3, STAT3, TNFSF14, IFI30, CD40 y CYP24A1.

Material y métodos: Los exones y secuencias reguladoras de los genes seleccionados (~140kb) se secuenciaron con alta cobertura (~85X) mediante la tecnología Illumina Hiseq, con previo enriquecimiento mediante el sistema de arrays Nimblegen, en 1.070 muestras de ADN, 524 de pacientes con EM y 546 de controles sanos.

Resultados: Se identificaron 1.671 VR, que incluyen 118 SNPs no-sinónimos (89 clasificados como deletéreos), 3 desplazamientos del marco de lectura, 4 stop-gains y 1 stop-loss. En pacientes con EM, se evidenció un enriquecimiento de VR de RGS1 y STAT3, tanto a nivel global como específicamente en regiones reguladoras. Las VR de RGS1 se acumulan particularmente en la región UTR3'. Se observó una acumulación de VR en regiones codificantes de TRAF3 en casos de EM. Sin embargo, sólo el enriquecimiento de VR de RGS1 fue significativo tras la corrección por comparaciones múltiples.

Conclusión: En pacientes con EM, las VR se acumulan en fragmentos específicos de genes de susceptibilidad a EM. Se está trabajando para analizar el papel funcional de las VR detectadas y comprender la arquitectura genética y la etiología de la EM.

LA INTEGRACIÓN DE DATOS DE TRANSCRIPTÓMICA Y PROTEÓMICA REVELA UN PAPEL DE LA SERPINA3N Y LA PROTEÍNA S100A4 EN EL PROCESO DE NEURODEGENERACIÓN DURANTE LA ENCEFALOMIELITIS AUTOINMUNE EXPERIMENTAL

Fissolo, N. [1]; Miró, B. [2]; Matute Blanch, C. [1]; Malhotra, S. [1]; Sánchez, Á. [2]; Issazadeh-Navikas, S. [3]; Montalban Gairín, X. [1]; Comabella López, M. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Bioestadística VHIR. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Biotech Research and Innovation Centre (BRIC). University of Copenhagen

Objetivos: Identificar moléculas asociadas con el proceso de neurodegeneración durante la encefalomielitis autoinmune experimental (EAE), modelo animal de esclerosis múltiple (EM)

Material y métodos: La EAE se indujo en ratones C57BL/6 mediante inmunización con MOG35-55. Los animales fueron sacrificados a días 8, 16, 22, 29, 36, 50 y 90 post-inmunización, y se obtuvieron muestras de sistema nervioso central (SNC). Los perfiles de expresión génica se determinaron con microarrays y las proteínas se cuantificaron por espectrometría de masas en muestras de médula espinal. Los candidatos seleccionados y las moléculas asociadas se validaron por RT-PCR en muestras de SNC.

Resultados: El análisis de los cambios de expresión en el tiempo en cada base de datos (transcriptómica y proteómica) de forma separada e integrada permitió identificar la serpinA3n y la proteína s100A4 como los 2 candidatos que mostraron el mayor aumento durante la EAE vs. controles ($p<0.05$, a partir del día 16 en adelante). Las proteínas asociadas con serpinA3n (Sfpi1 -transcription factor PU.1, e IL6), y con s100A4 (Anxa2 -annexin A2, Sugt1 -protein SGT1, e IL10RA) también mostraron un aumento en los niveles de expresión en EAE vs. controles. Estos resultados se validaron por RT-PCR.

Conclusión: Los resultados de este estudio sugieren que las vías de la serpina3n y s100a4 podrían estar involucradas en el proceso de neurodegeneración que ocurre en el SNC durante la EAE. Actualmente se están llevando a cabo estudios funcionales para caracterizar mejor la implicación de las vías moleculares identificadas en el proceso neurodegenerativo

DIFERENCIAS EN EL PERFIL LEUCOCITARIO EN LCR DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS

Villar Guimerans, L.M.; Picón Muñoz, C.; Sainz de la Maza Cantero, S.; Costa Frossard, L.; Rodríguez Martín, E.; Medina Heras, S.; Espiño Martínez, M.; Toboso de Lamo, I.; Alvarez Cemeño, J.C.

Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Estudiar la respuesta inmune innata y adaptativa en LCR de pacientes con esclerosis múltiple (EM), otras enfermedades inflamatorias (OENI) y no inflamatorias (ENNI) del sistema nervioso central para identificar las diferencias entre ellas y entender mejor la fisiopatología de la EM.

Material y métodos: En este estudio se incluyeron 115 pacientes con EM, 36 con OENI y 30 con ENNI. Por citometría de flujo se estudió en LCR tanto el porcentaje como el número absoluto de células de diferentes poblaciones de linfocitos y monocitos y la producción intracelular de citocinas (INF-gamma, TNF-α, IL-22, IL-17) por linfocitos T.

Resultados: Los pacientes con EM presentaron porcentajes y numero absoluto de células mas elevados en las poblaciones de linfocitos T CD4 reguladores ($p<0.0001$), Linfocitos T CD4, L-selectina +, linfocitos B ($p<0.0001$) y mayor numero de linfocitos T CD8 productores de TNF-α ($p<0.0001$) e INF-gamma ($p<0.0001$) comparado con OENI y ENNI. Los pacientes con OENI mostraron mayor producción de IL-22+IL-17+ por linfocitos T CD4 ($p<0.0001$) que los pacientes con EM mientras que los pacientes con ENNI se caracterizan por tener un porcentaje mayor de monocitos ($p=0.0002$) debido principalmente a las poblaciones de monocitos clásicos y alternativos.

Conclusión: Hemos identificado diferentes perfiles leucocitarios en LCR que identifican a pacientes con EM frente a otras enfermedades neurológicas inflamatorias y no inflamatorias. Estos resultados ayudan a elucidar los mecanismos inmunológicos que están involucrados en la enfermedad y podría contribuir al diagnóstico diferencial de la misma.

BANDAS OLIGOCLONALES IGG Y PRESENCIA DE ANTICUERPOS IGG E IGM FRENTE A HERPESVIRUS: POSIBLES IMPLICACIONES EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Álvarez Lafuente, R. [1]; Domínguez Mozo, M.I. [1]; Pérez Pérez, S. [1]; García Martínez, M.Á. [1]; Arroyo González, R. [2]

1. Servicio de Investigación. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quironsalud, Madrid

Objetivos: Estudiar la prevalencia y títulos de anticuerpos IgG e IgM frente a distintos herpesvirus asociados con la etiopatogenia de la EM en relación con la presencia de bandas oligoclonales IgG (BOCG) en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Se incluyeron173 pacientes (61 CIS, 82 EMRR, 15 EMPP, 15 no EM) en los que se había determinado la presencia de BOCG; en las mismas muestras de suero se analizó la presencia y títulos de anticuerpos IgG e IgM frente a HHV-6, EBNA-1 y VCA de EBV, HSV, VZV y CMV con kits comerciales en un sistema automatizado de ELISA (Dynex DS2).

Resultados: En relación con los anticuerpos IgG frente a HHV-6, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre títulos elevados (>33 UL) y niveles de IgG total en suero ($p=0,002$), niveles de IgG total en LCR ($p=0,037$) y presencia de BOCG (97,0% vs. 65,8% en pacientes con títulos <33UL, $p=0,0005$; O.R.=16.6). Para anticuerpos IgM de HHV-6 encontramos únicamente una asociación estadísticamente significativa entre títulos elevados (>33 UL) y niveles de IgM total en suero ($p=0,028$). No encontramos ninguna otra diferencia significativa para ninguno de los otros virus estudiados. Entre los pacientes con EM (CIS + EMRR + EMPP), el 82,3% eran BOCG+ (IgG de HHV-6=26,7 UL) frente al 8,3% entre pacientes con otras patologías (IgG de HHV-6=18,5 UL).

Conclusión: Los pacientes con BOCG positivas parecen presentar una importante reactividad frente al HHV-6, pero no frente a otros herpesvirus, lo que podría relacionarse con su posible papel en la etiopatogenia de la EM.

SOBREEXPRESIÓN DE MIR-146A, MIR-146B Y MIR-21 EN LCR DE PACIENTES CON LESIONES ACTIVAS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Quintana Camps, E. [1]; Reverter Vives, G. [1]; Belchí Guillamon, O. [1]; Ortega Delgado, F.J. [2]; Robles Cedeño, R. [3]; Villar Guimerans, L.M. [4]; Pueyo Luis, N. [5]; Perkal Rug, H. [1]; Fernández-Real Lemos, J.M. [2]; Ramió-Torrentà, L. [6]

1. Grup de Neurodegeneració i Neuroinflamació. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI); 2. Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (UDEN), Instiut d'Investigació Biomèdica de Girona (I. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 4. Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y

Cajal; 5. Grupo de Neurodegeneración y Neuroinflamación. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI); 6. Grupo Neurodegeneración y Neuroinflamación, Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI). Unidad Neuroinmunologia y Esclerosis Múltiple, Dp. Neurologia. Hospital Univ. Dr Josep Trueta

Objetivos: Los microRNAs (miRNAs) són pequeños RNA no codificantes que regulan procesos celulares mediante el control de la traducción y la degradación del mRNA. Previamente, un estudio de Junker y colaboradores de 2009 estableció un perfil de miRNAs en lesiones activas de esclerosis múltiple (EM) en tejido cerebral. El objetivo de nuestro estudio es valorar la presencia en líquido cefalorraquídeo (LCR) de los miRNAs previamente identificados en lesiones activas, y estudiar su expresión diferencial relacionada con la presencia de lesiones activas en la resonancia magnética (RM).

Material y métodos: Se han analizado 50 muestras de LCR de pacientes (media de edad: 35 años ±10.05; 72% de mujeres) con EM según criterios de McDonald 2010. A todos los pacientes se les realizó una RM con administración de contraste (gadolinio) durante 1 mes antes o después de la punción lumbar. Un 55% de los pacientes presentaron lesiones activas.

Resultados: Después de analizar la presencia y expresión de los 8 miRNAs que habían mostrado mayor sobreexpresión en el estudio de Junker y colaboradores (miR-650, miR-155, miR-326, miR-142-3p, miR-146a, miR-146b, miR-34a y miR-21), detectamos la presencia en LCR de cinco de ellos (miR-155, miR-146a, miR-146b, miR-34a y miR-21). Además, miR-146a, miR-146b y miR-21 mostraron sobreexpresión en el grupo con lesiones Gd+ en la RM.

Conclusión: Tres miRNAs con expresión diferenciada en tejido de lesión activa de EM se muestran también sobreexpresados en LCR de pacientes con lesiones activas en la RM. La detección de miRNAs en LCR puede ser útil como biomarcador de actividad de la enfermedad.

LA EXPRESIÓN DEL GEN EZH2 ESTÁ AUMENTADA EN CÉLULAS T DE MEMORIA EFECTORA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Malhotra, S. [1]; Tintoré Subirana, M. [1]; Villar, L.M. [2]; Castilló Justribó, J. [1]; Fissolo, N. [1]; Matute Blanch, C. [1]; Picón, C. [2]; Sarró, E. [3]; Rio Izquierdo, J. [1]; Montalban Gairín, X. [1]; Comabella López, M. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Nanomedicina VHIR. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Investigar el efecto del tratamiento en la expresión de EZH2 y talin 1 (TLN1), y caracterizar la población de células mononucleares de sangre periférica (CMSP) que expresan EZH2 en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: La expresión de EZH2 y TLN1 se determinó por PCR en CMSP de 73 pacientes con EM remitente-recurrente, 14 pacientes no tratados y 59 pacientes en tratamiento con interferón-beta (IFNb; n=17), acetato de glatirámero (AG; n=15), fingolimod (n=16), y natalizumab (n=11). En un subgrupo de pacientes con EM, se realizó un inmunofenotipado de EZH2 por citometría de flujo.

Resultados: La expresión de EZH2 y TLN1 en CMSP aumentó de forma significativa por el efecto de IFNb (p=0,00005 y p=0,0003 respectivamente), AG (p=0,00005 y p=0,0009 respectivamente), y natalizumab (p=0,00008 para ambos) en comparación con los pacientes no tratados. En los pacientes tratados con fingolimod se observó un aumento significativo en la expresión de TLN1 (p=0,00005), pero no de EZH2 (p=0,64 vs. pacientes no tratados). El inmunofenotipado de CMSP reveló que EZH2 se encontró principalmente expresado en células T CD3+ con fenotipos de memoria central y efectora.

Conclusión: El aumento en la expresión de EZH2 y TLN1 en pacientes con EM tratados podría estar asociado a un menor tráfico de linfocitos T hacia el sistema nervioso central (SNC) por el efecto del tratamiento. Estos resultados se apoyan en los datos que muestran una expresión preferencial de EZH2 en aquellas células T con posibilidad de migrar al SNC.

MIRNAS EN LCR PERMITEN PREDECIR AQUELLOS PACIENTES CON UN CURSO AGRESIVO DE LA ENFERMEDAD

Quintana Camps, E. [1]; Ortega Delgado, F.J. [2]; Robles Cedeño, R. [3]; Villar Guimerans, L.M. [4]; Buxó, M. [5]; Mercader, J.M. [6]; Pueyo Luis, N. [7]; Perkal Rug, H. [1]; Fernández-Real Lemos, J.M. [2]; Ramió-Torrentà, L. [8]

1. Grup de Neurodegeneració i Neuroinflamació. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI); 2. Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (UDEN), Instiut d'Investigació Biomèdica de Girona (I. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 4. Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal; 5. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 6. Servicio de Joint BSC-CRG-IRB Research Program in Computational Biology. Supercomputing Centre; 7. Grupo de Neurodegeneración y Neuroinflamación. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI); 8. Grupo Neurodegeneración y Neuroinflamación, Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI). Unidad Neuroinmunologia y Esclerosis Múltiple, Dp. Neurologia. Hospital Univ. Dr Josep Trueta

Objetivos: Los microRNAs (miRNAs) són pequeños RNA no codificantes que regulan procesos celulares mediante el control de la traducción y la degradación del mRNA. El objetivo de este estudio es explorar el perfil de miRNAs en líquido cefalorraquídeo (LCR) presente en pacientes con esclerosis múltiple (EM) pero principalmente en aquellos con presencia de bandas oligoclonales de IgM lípido específicas en LCR (BOCM_LE), que han sido asociadas a una evolución más agresiva de la enfermedad.

Material y métodos: Se estudió la presencia de 754 miRNAs en LCR de 14 mujeres (9 EM y 5 controles) utilizando arrays de baja densidad TaqMan. Los miRNAs que mostraron expresión diferencial, junto con otros identificados en la bibliografía fueron validados en una cohorte más extensa de 86 pacientes con EM (39 BOCM_LE+) y 55 controles.

Resultados: Tres miRNAs (miR-328, miR-30a-5p y miR-645) resultaron estar sobreexpresados en pacientes con EM comparados con controles, mientras que los miR-21, miR-199a-3p, miR-191, miR-365, miR-106a y miR-146a presentaron menor expresión en pacientes. Si observamos la cohorte de pacientes con BOCM_LE+ vemos que presentan sobreexpresión de miR-30a-5p y miR-645 y menor expresión del miR-191 comparados con controles. Mientras que los pacientes BOCM_LE- presentaban una menor expresión de miR-199a-3p y miR-106a comparados con controles.

Conclusión: Hemos encontrado asociación entre miRNAs en LCR (miR-21, miR-199a-3p, miR-191, miR-365, miR-328, miR-30a-5p, miR-106a, miR-146a y miR-645) y EM. Estos miRNAs nos indican proliferación y apoptosis como procesos implicados en la fisiopatología de la enfermedad. Este estudio demuestra el potencial de los miRNAs en LCR como biomarcadores para EM.

ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DESMIELINIZANTE DEL ESTRÉS OXIDATIVO Y DE LOS ANTICUERPOS DE CLASE IGM E IGG EN PACIENTES CON EM

Sádaba Argaiz, M.C. [1]; Sebal neira, C. [1]; Escudero Lirola, E. [1]; Sloan, C. [2]; Muñoz Morón, Ú. [1]

1. Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Médicas Básicas. Sección de Fisiología. Universidad San Pablo CEU; 2. Servicio de Neurología. John Radcliffe Hospital. University of Oxford

Objetivos: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante que se caracteriza por un infiltrado de linfocitos T, macrófagos y células B en el sistema nervioso central. Nuestro grupo ha descrito recientemente la presencia de IgG e IgM en la sustancia blanca aparentemente normal junto con factores de activación del complemento, lo que avala su papel en el inicio de la desmielinización. También se han descrito alteraciones mitocondriales y estrés oxidativo. Por todo ello, nos propusimos estudiar la relación entre el estrés oxidativo y la respuesta inmune humoral.

Material y métodos: Se analizaron necropsias obtenidas de pacientes con EM y grupo control. En las inmunohistoquímicas e inmunofluorescencias se utilizó anti-IgG y anti-IgM, EO6 para detectar estrés oxidativo y anti-APP (amyloid beta precursor protein) que es un marcador de daño axonal. Para estudiar el daño celular se empleó la técnica de TUNNEL.

Resultados: Se detectaron anticuerpos IgG e IgM y estrés oxidativo (EO6 positivos) en los oligodendrocitos de las lesiones. Al analizar áreas de la sustancia blanca aparentemente normal se detectaron anticuerpos de clase IgG y de IgM alrededor de los oligodendrocitos pero no estrés oxidativo. Los oligodendrocitos que presentaban depósitos de inmunoglobulinas eran TUNNEL positivos. También observamos depósitos de IgM, IgG y oxidación lipídica en los axones desmielinizados. Solamente IgM colocalizaba con APP.

Conclusión: Nuestro trabajo demuestra el papel primordial de las inmunoglobulinas en el inicio de la lesión y también que los anticuerpos de clase IgM son uno de los mecanismos que provocan el daño axonal.

Enfermedades Desmielinizantes IV

ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN EM REMITENTE-RECURRENTE PARA COMPARAR LA EFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA FINGOLIMOD Y NATALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA

Ayuso Blanco, M.T. [1]; Durán, T. [2]; Martínez Yélamos, S. [3]; Meca Lallana, J. [4]; Hernández, M. [5]; Herrera, N. [6]; Pérez Sempere, A. [7]; Garcia, E. [8]; Ricart, J. [8]; Grupo de Estudio Second Line Gate (E.R.D.)

1. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Cristina; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 5. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; 7. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 8. Servicio de Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona. Spain

Objetivos: Comparar la efectividad de fingolimod vs natalizumab en la práctica clínica habitual en España en pacientes con EMRR.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de ámbito nacional. Entre diciembre-2014 y diciembre-2015 se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EMRR (criterios de McDonald 2010) que iniciaron tratamiento con natalizumab (NTZ) o fingolimod (FGL) por pérdida de eficacia del tratamiento previo y que habían completado al menos un año de tratamiento.

Resultados: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de ámbito nacional. Entre diciembre-2014 y diciembre-2015 se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EMRR (criterios de McDonald 2010) que iniciaron tratamiento con natalizumab (NTZ) o fingolimod (FGL) por pérdida de eficacia del tratamiento previo y que habían completado al menos un año de tratamiento. En el año 1 el porcentaje de reducción de la TAB fue significativamente mayor para natalizumab (92,3%) respecto fingolimod (81,8%, p=0,0320), y similar para ambos tratamientos en los años 2 y 3. No hubo diferencias entre ambos grupos en la progresión de la discapacidad en el 1er año, ni en EDSS en los años 1, 2 y 3.

Conclusión: El primer año natalizumab y fingolimod difieren significatívamente para la reducción de la TAB, siendo mayor en el grupo de pacientes que siguió tratamiento con NTZ. No obstante, a posteriori, en los años 2 y 3 de tratamiento, esta diferencia deja de observarse. No se apreciarion diferencias significativas para la discapacidad medida mediante la EDSS en ningún momento del estudio.

ENSAYO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE IGG-ANTI-ACUAPORINA 1 (AQP1) Y ANTI-AQP4 EN SUERO DE PACIENTES CON DESÓRDENES DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD)

Diaz Sanchez, M. [1]; Sánchez Gomar, I. [2]; Uclés Sánchez, A. [1]; Casado Chocán, J.L. [1]; Suarez Luna, N. [2]; Ramírez Lorca, R. [2]; Villadiego, J. [2]; Toledo Aral, J.J. [2]; Echevarría, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; 2. Servicio de Fisiología. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad

Objetivos: La detección de IgG-anti-AQP4 en el suero de pacientes con NMOSD ha mejorado el diagnóstico de estos procesos y su diferenciación de la Esclerósis múltiple(EM). Recientes hallazgos indican que un subgrupo de pacientes con NMOSD, mayoritariamente seronegativos para anticuerpos-anti-AQP4, presentan en suero anticuerpos-anti-AQP1. Explorar la presencia de anticuerpos-anti-AQP1 usando un método desarrollado previamente en el laboratorio para la detección de anticuerpos-anti-AQP4, mediante inmunofluorescencia sobre células transfectadas (CBA, cell based assay).

Material y métodos: Los sueros de 205 pacientes, previamente analizados para anticuerpos-anti-AQP4 y diagnosticados como NMOSD(8), EM(95), neuritis óptica(39), mielitis idiopática(29), otros desórdenes desmielinizantes del sistema nervioso central(9), otras patologías neurológicas(18) y controles sanos(8), fueron usados como anticuerpos primarios para detectar la presencia de anticuerpos-anti-AQP1 en células HEK transfectadas con hAQP1-EGFP, tratadas o no con Tritón X-100. Se realizaron separadamente ensayos de ELISA para detectar estos anticuerpos.

Resultados: El análisis de detección de anticuerpos-anti-AQP1 con CBA mostró resultados negativos en todos los casos. Cuando se usó Tritón X-100, una señal de fluorescencia intensa pero inespecífica se observó en todos los sueros. Por ensayos de ELISA, se identificó la presencia de anticuerpos-anti-AQP1 en el suero de algunos pacientes de los distintos grupos examinados, lo que no permite obtener conclusiones sobre la relevancia y posible asociación de estos anticuerpos y el NMOSD.

Conclusión: Nuestro método de CBA no ha detectado la presencia de IgG-anti-AQP1 en los sueros analizados. Se necesitan más experimentos para la detección de anticuerpos-anti-AQP1 en suero, usando otras aproximaciones experimentales, para aclarar si existe o no asociación entre AQP1 y NMOSD.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON FINGOLIMOD EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO Y RETROSPECTIVO

González Quintanilla, V. [1]; Olascoaga, J. [2]; Ayuso, T. [3]; Peña, J. [4]; Villafani, J. [5]; Oliva, P. [5]; Fernández Uría, D. [6]; Solar, M. [6]; Sánchez,

J.L. [7]; Marzo, E. [8]; Álvarez de Arcaya, A. [9]; Timiraos, J.J. [9]; González, G. [9]; Otano, M. [3]; Soriano, G. [3]; La cruz, F. [10]; López, M.Á. [8]; Suarez, R. [6]; Croituru, I. [2]; Castillo, T. [2]; Oterino Duran, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 4. Servicio de Neurología. Hospital San Agustín; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 6. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 7. Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; 8. Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; 10. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Fingolimod fue aprobado como tratamiento de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en 2011. Diferentes series objetivaron mejores resultados que los ensayos clínicos. Describimos la experiencia en práctica clínica de diferentes hospitales españoles.

Material y métodos: Tras aprobación por los Comités de Ética, se incluyeron pacientes tratados con Fingolimod en 9 hospitales, valorando datos de eficacia previa, y, mínimo tras un año de tratamiento, datos de monitorización, tolerabilidad, efectos adversos y retiradas. Se realizaron test de MacNemar y Wilcoxon para las comparaciones (SAS 9.2 package).

Resultados: Un total de310 pacientes (edad media=42 años, rango 17-75) recibieron tratamiento con fingolimod durante mínimo un año. El tiempo desde el diagnóstico (10,7 años, rango=0-35), EDSS (media=3.0, rango 0-7), tratamientos previos (media=2) y tiempo en tratamiento (media=24meses, rango 12-67), fueron similares a otras series. La mayoría procedían de una primera línea (60%; 89% por ineficacia) o natalizumab (30.9%; 80% VJC+). La tasa anual de brotes se redujo el primer año (1,16 a 0,36; p<0,0001), el segundo (1,21 a 0,25; p<0,0001) y el tercero (1,3 a 0,12; p<0,0001). El porcentaje de pacientes sin brotes aumentó progresivamente cada año (73%, 83% y 90,6% respectivamente). La EDSS permaneció estable o mejoró (69%; diferencia EDSS=-0,1) tras 3 años. Las lesiones captantes de gadolinio descendieron (52%) al año y el 85% no mostraba actividad radiológica. Retirado un 2% por efectos adversos y 0,07% por ineficacia.

Conclusión: Fingolimod es un fármaco eficaz y bien tolerado en el tratamiento de la EMRR, mostrando una eficacia clínica y radiológica superior a los ensayos clínicos fase III.

IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA PÉRDIDA DE CADENA GAMMA EN EL RECEPTOR FC DE CÉLULAS NK EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Moreira Villanueva, A. [1]; Alari Pahissa, E. [2]; Vera Barron, A. [3]; Munteis Olivas, E. [1]; Bonastre García, M. [2]; Martínez Rodríguez, J.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Neurología. IMIM; 3. Servicio de Inmunología. IMIM

Objetivos: La expansión de células NK NKG2C+ asociada a la infección por citomegalovirus (CMV) es una respuesta inmunológica adaptativa que se ha relacionado con menor progresión clínica en la esclerosis múltiple. Un mecanismo adaptivo adicional recientemente descrito en las células NK es la pérdida de cadena gamma en el complejo de señalización del receptor de Fc CD16 (FcR-gamma), confiriendo una mayor capacidad para mediar citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos. El estudio evaluó la presencia de FcR-gamma en células NK de pacientes con EM y sus posibles implicaciones clínicas.

Material y métodos: Se estudiaron mediante citometría de flujo 50 pacientes (21 EMRR,22 EMSP,7 EMPP) y 22 controles CMV+ estratificados para edad y sexo, determinando la expresión de NKG2C, NKG2A y la proporción de pérdida de FcR-gamma en células NK.

Resultados: Las formas EMRR y EMSP presentaron una pérdida de FcR-gamma directamente relacionada con las células NK NKG2C+ (R=0,578,p<0,05; R=0,658,p=0,001, respectivamente), sin correlacionarse en formas EMPP o controles. Así mismo, las formas EMSP presentaron mayor pérdida de FcR-gamma en la subpoblación NK NKG2C-NKG2A- en comparación con EMPP (p<0,05), y de forma global en el compartimento NK CD56dim en comparación con controles (p<0,05). No hubo asociación entre la pérdida de FcR-gamma con la edad, sexo, tratamiento inmunomodulador, o genotipo NKG2C.

Conclusión: La pérdida de FcR-gamma en células NK puede diferir en pacientes con EM en función de su forma clínica, sugiriendo un mecanismo inmunológico de adaptación adicional a la expansión del compartimento NKG2C+ que podría asociarse a progresión secundaria.

LA ATROFIA DE NERVIO ÓPTICO COMO FACTOR PREDICTIVO DE PROGRESIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Pérez Sánchez, S.; Eichau Madueño, S.; Rus Hidalgo, M.; Domínguez Mayoral, A.M.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: El nervio óptico (NO) se ha convertido en un modelo de estudio específico de neurodegeneración y pérdida axonal en la esclerosis múltiple (EM). Recientemente, se está evaluando el uso de la ecografía de nervio óptico en esta enfermedad, y por ello, nuestro objetivo es evaluar el diámetro del NO como medida predictora de progresión en el curso evolutivo de la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó una ecografía orbitaria con medición de NO a 63 pacientes de la Unidad de EM del HVM de Sevilla. Se recogieron datos demográficos y clínicos. Se definió la progresión de la enfermedad como un aumento sostenido mayor de 0,5 puntos en la escala EDSS durante al menos tres meses.

Resultados: De los 63 pacientes, 43 eran mujeres. La edad media fue de 35,37 años al diagnóstico. El tiempo medio de evolución fue 8,03 años. El 85,71% presentaban una forma remitente de la enfermedad y el resto eran formas progresivas. La EDSS media fue de 2,71. El seguimiento medio fue de 9,16 (DE 4,7) meses. 17 pacientes sufrieron una progresión durante el seguimiento. Los diámetros medios del NO fueron de 4,54 mm para ojo derecho y 4,63mm para ojo izquierdo. El análisis por grupos (progresión vs no progresión) mostró que aquellos con progresión presentaban un diámetro menor del NO (p<0,05) para ambos ojos.

Conclusión: El grosor de NO medido por ecografía puede servir como una herramienta útil en la valoración de los pacientes como EM. La atrofia del mismo es un factor predictivo de progresión y futura discapacidad.

PREVALENCIA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA REGIÓN DE MURCIA

Carreón Guarnizo, E.; Hernández Clares, R.; Cerdán Sánchez, M.; Andreu Reinón, E.; Meca Lallana, J.E.; Martín Fernández, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Los datos epidemiológicos sobre Esclerosis Múltiple (EM) en España en las últimas décadas son limitados. No existe ningún trabajo en la región de Murcia. Nuestro objetivo es establecer la prevalencia de EM en esta región y describir las características demográficas y clínicas de nuestros pacientes.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, tomando como muestra la población residente en el área sanitaria centro-oeste de la Región de Murcia (257.865 habitantes), e incluyendo todos los pacientes diagnosticados en esta área

hasta el 31 de diciembre de 2014. Se analizan datos demográficos y clínicos obtenidos de diferentes fuentes.

Resultados: Un total de 227 pacientes, el 67,8% eran mujeres, la edad media era de 31,4 años. El 81,9% presentaban un curso recurrente-remitente, el sistema funcional más frecuentemente afectado era el sensitivo (45,1%), el inicio fue monofocal en el 55,4% y el grado de discapacidad en la escala EDSS (Expanded-Disability-Status-Score) al diagnóstico de 2,1 puntos. La prevalencia de la EM en la población estudiada fue de 88 casos/100.000 habitantes. La prevalencia de la EM junto a SDA (síndrome desmielinizante aislado) fue de 98,4 casos/100.000 habitantes. Incidencia media de la EM en los últimos 6 años: 5,8 casos/100.000 habitantes/año.

Conclusión: Actualmente la prevalencia de la EM en la Región de Murcia es similar la estimada en otras Regiones Españolas. Nuestro estudio confirma la tendencia de incremento de prevalencia observada en las últimas décadas. PARTE DE ESTE TRABAJO HA SIDO PUBLICADO EN LA REVISTA DE NEUROLOGÍA EN MAYO DE 2016

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LANZAROTE: NIVELES MENSUALES DE VITAMINA D Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

Eguia del Río, P. [1]; Álvarez Lafuente, R. [2]; Domínguez Mozo, M.I. [2]; Pérez Pérez, S. [2]; García Martínez, M.A. [2]; Zapata Ramos, M.F. [1]; Torrejón Martinez, M.J. [3]; Arroyo González, R. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Doctor José Molina Orosa; 2. Servicio de Investigación. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Análisis clínicos. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirónsalud

Objetivos: Determinar niveles de 25-hidroxi-vitamina D (25(OH)D) en Lanzarote donde se registran valores elevados de radiación ultravioleta (UV) durante todo el año y correlacionarlos con datos epidemiológicos de Esclerosis Múltiple (EM). Comparar con los resultados descritos en otras regiones europeas.

Material y métodos: Se incluyeron 60 pacientes con EM y 60 controles sanos, pareados por edad y sexo en un estudio prospectivo de un año de duración. Se recogió una muestra de suero mensualmente y se analizaron los niveles de 25(OH)D. Para analizar incidencia se identificaron pacientes con EM según criterios McDonald en el periodo 2008-2015. Fecha de prevalencia 31-12-15. Los datos de otras regiones europeas se identificaron mediante búsqueda bibliográfica.

Resultados: Los niveles más elevados de 25(OH)D se obtuvieron en agosto (39,3 ng/ml en pacientes y 35,7 ng/ml en controles); los niveles más bajos en febrero (25,6 ng/ml en pacientes y 23,3 ng/ml en controles). Prevalencia e incidencia en Lanzarote 50/100.000 y 2'5/100.000 habitantes respectivamente. En los países situados mas al norte de Europa se obtuvieron niveles de 25(OH)D inferiores a 20 ng/ml durante la mayor parte del año y prevalencias >200/100.000.

Conclusión: Este es el primer estudio en España que evalúa prospectivamente en una cohorte de pacientes de EM y controles sanos, niveles mensuales de vitamina D durante todo un año. En Lanzarote se registran niveles significativamente mas elevados de vitamina D y una menor incidencia /prevalencia de EM a los descritos en otras regiones del norte de Europa. Es posible que factores climatológicos sean los principales responsables del gradiente latitudinal observado en Europa.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA Y FINGOLIMOD, A PROPÓSITO DE UN CASO

González Fernández, T.; Pueyo Morlans, M.; González Platas, M.; Padilla León, D.; Villar Martínez, M.D.; Carrillo Padilla, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.)

Objetivos: La Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante grave del SNC causada por la reactivación del poliomavirus JC. En la mayoría de pacientes neurológicos está en relación con el Natalizumab. Hasta la fecha, hay 15 casos comunicados en pacientes con Fingolimod, 4 de ellos no habían recibido tratamiento previo con Natalizumab. Presentamos uno de estos 4 casos.

Material y métodos: Varón 54 años, diagnosticado de EM-RR en 2002. Tratado con Betaferón durante diez años, con cambio a Fingolimod por intoleracia cutánea. En mayo-2015 inicia trastorno conductual progresivo y fatiga extrema por lo cual consultan, objetivándose en la exploración heminegligencia izquierza como nuevo hallazgo. Ante el empeoramiento se realiza RM cerebral, que confirma la sospecha de LMP.

Resultados: Copias de Virus-JC junio-2015: 3699 en LCR y 1076 en suero. Linfopenia grave. Se trató con mirtazapina, Inmunoglobulinas intravenosas y posteriormente mefloquina, cidofovir y probenecid sin mejoría. El paciente sufrió un deterioro cognitivo-motor progresivo hasta encamamiento, alimentación por gastrostomía y escasa conexión con el entorno (agosto-2015). Se mantuvo rehabilitación intensiva con evolución lenta pero favorable. Actuamente (junio-2016) han disminuido las copias del virus-JC; el paciente habla, come por boca, está iniciando deambulación, aunque persiste irritabilidad, cuadrantanopsia, hemiparesia y negligencia izquierdas.

Conclusión: Las terapias inmunomoduladoras interfieren de manera selectiva en el sistema inmune, siendo inciertos sus efectos a largo plazo y la suspectibilidad a infecciones. Con este caso queremos destacar que a pesar de la baja incidencia de LMP, su sospecha precoz es fundamental y siempre debe estar presente dadas sus consecuencias devastadoras.

DTI MUESTRA DAÑOS ESTRUCTURALES DEL CEREBRO ASOCIADOS CON LA MEMORIA VERBAL EN SUJETOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Ramió Torrentà, L. [1]; Blasco, G. [2]; Biarnés, C. [2]; Gich, J. [1]; Rivero, M. [1]; Salavedra, J. [1]; Daunis-i-Estadella, P. [3]; Pedraza, S. [2]; Puig, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Departamento de Ciencias de la Computación, Matemática Aplicada y Estadística. Universitat de Girona

Objetivos: Estudiar las diferencias en tensor de difusión (DTI) de la integridad estructural de la sustancia blanca entre cohortes de pacientes con esclerosis múltiple (EM) y su relación con la memoria verbal

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con síndrome radiológicamente aislado o clínicamente aislado (23), EM primaria o secundaria progresiva (PP/PS) (35), EM remitente-recurrente (24) y 30 controles sanos. Se realizó RM 1.5T con DTI con 16 gradientes de difusión aplicados a lo largo de 15 direcciones no colineales y secuencias T1. Se utilizó Olea Esfera 3.0 para mapear difusividad axial (AD), difusividad radial (RD), la difusividad media, y la anisotropía fraccional (FA); herramientas FSL para normalizar las imágenes; y Atlas de Juelich para identificar los tractos de sustancia blanca. Se calcularon los volúmenes totales de la materia blanca y gris. Se utilizaron los tests de memoria verbal: Long Term Storage (LTS) y Selective Reminding Test (SRT).

Resultados: Los grupos diferían en SRT-LTS ($p<0,001$). El mejor modelo ANCOVA para explicar las puntuaciones SRT-LTS entre los grupos ($p=0,002$) incluye la radiación acústica derecha AD ($p=0,001$), cuerpo calloso AD ($p=0,004$) y RD ($p=0,005$), tracto corticoespinal izquierdo AD y RD ($p=0,001$), tracto corticoespinal derecho RD ($p=0,006$), fornix izquierdo FA ($p=0,004$),

radiación óptica derecha RD (p=0,028), fascículo longitudinal superior derecho RD (p=0,006), y volum de sustancia gris (p=0,006)

Conclusión: La integridad estructural de la sustancia blanca medida por DTI se asocia con puntuaciones de memoria verbal en la EM

CONECTIVIDAD EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: LA CUANTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES DE IMÁGENES IMPLICADOS EN LA DISFUNCIÓN COGNITIVA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE BASADA EN LA CONECTIVIDAD ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

Ramió Torrentà, L. [1]; Blasco, G. [2]; Gich, J. [1]; Rivero, M. [1]; Biarnés, C. [2]; Salavedra, J. [1]; Daunis-i-Estadella, P. [3]; Pedraza, S. [2]; Puig, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Departamento de Ciencias de la Computación, Matemática Aplicada y Estadística. Universitat de Girona

Objetivos: Identificar los patrones de conectividad cerebral estructural y funcional (CCEF) en la esclerosis múltiple (EM) y determinar su impacto en el deterioro cognitivo (DC). Determinar si la combinación de CCEF, las medidas de la atrofia cerebral, y las escalas clínicas utilizadas pueden predecir la evolución del DC mejor que cada una de ellas de forma individual

Material y métodos: Se estudiaron 116 sujetos: 32 controles sanos y 84 pacientes (7 con síndrome radiológicamente aislado, 16 con síndrome clínicamente aislado, 24 con EM remitente-recidivante, 20 con EM secundaria progresiva, y 17 con EM primaria progresiva). Todos los pacientes fueron sometidos a una extenso estudio neuropsicológico y evaluaciones de calidad de vida. El estudio de imagen incluyó secuencias DTI con 16 gradientes de difusión aplicados a lo largo de 15 direcciones no colineales y 10 minutos de adquisición de RM funcional "resting-state" y secuencias T1. Se utilizó Olea Esfera 3.0 para mapear difusividad axial (AD), difusividad radial (RD), la difusividad media, y la anisotropía fraccional (FA); herramientas FSL para normalizar las imágenes; y Atlas de Juelich para identificar los tractos de sustancia blanca. Se calcularon los volúmenes totales de la materia blanca y gris

Resultados: Se están analizando los resultados

Conclusión: El estudio de la relación entre alterado SFBC y la disfunción cognitiva en la EM puede ayudar a entender cómo la neurodegeneración se asocia con la conectividad cerebral alterada y el DC.

¿INFLUYE LA TOMA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN LA EDAD DE DEBUT DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

Hernández Clares, R. [1]; Carreón Guarnizo, E. [2]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Fuentes Fernández, I. [3]; Jiménez Veiga, J. [2]; León Hernández, A. [4]; Meca Lallana, J.E. [1]

1. Unidad EM. Serv. Neurología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Cátedra Neuroinmunología Clínica y EM. Univ. Católica San Antonio de Murcia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 4. Servicio de Cátedra Neuroinmunología Clínica y EM. Univ. Católica San Antonio de Murcia. Serv. de Radiodiagnóstico. Unidad de Neurorradiología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Evaluar si la toma de anticonceptivos hormonales combinados orales (AHCO) previa al primer síntoma de la esclerosis múltiple (EM) influye en la edad de debut de la enfermedad.

Material y métodos: Mujeres con EMRR en seguimiento en nuestra Unidad. Se obtienen los datos demográficos, de la EM (edad de debut, EDSS, ARR) y ginecológicos (edad de la menarquia, toma de AHCO, edad de inicio, tiempo total de toma de AHCO y embarazos). Dividimos a las pacientes en dos grupos, por un lado a las pacientes que habían tomado AHCO antes de la EM y por otro a las que no. Se realiza una comparación de medias con la prueba t-Student entre los dos grupos. Posteriormente se estudia, en las pacientes que tomaron AHCO la posible relación entre el tiempo de toma y el retraso en la edad de debut de la enfermedad.

Resultados: 73 pacientes tomaron AHCO antes del debut y 122 no. Las pacientes que han tomado AHCO antes del primer síntoma presentan un retraso en la edad de debut, con una edad media de inicio de 30,5 años (DT=6,6) frente a los 26,3 años (DT=7,6) de las pacientes que no los han tomado. No se evidencia una correlación entre el tiempo de toma y el retraso de la edad de debut ((r=0,112; p=0,342)

Conclusión: las pacientes que tomaron AHCO antes del debut de la EM presentaron el primer síntoma a una edad mayor, sin que exista correlación entre el tiempo de toma y número de años de retraso.

EXPERIENCIA CLÍNICA EN TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD, ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EXPUESTOS PREVIAMENTE A NATALIZUMAB?

González Sánchez, M.; Caldú Agud, R.; Rodríguez Gascón, D.; Seral Moral, M.; García Rubio, S.; Sebastián Torres, B.; Sánchez Marín, B.; Martín Matínez, J.; Ara Callizo, J.R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Fingolimod es un tratamiento aprobado para la EMRR. El objetivo del estudio es evaluar su eficacia y seguridad en práctica clínica habitual y determinar si hay diferencias según la exposición previa a Natalizumab.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente los pacientes que han recibido dicho tratamiento hasta Febrero 2016 en una unidad de enfermedades desmielinizantes. Se analizó tasa de brotes previa y posterior al inicio del tratamiento, progresión de discapacidad, actividad radiológica, exposición previa a Natalizumab y efectos adversos.

Resultados: Analizamos 89 pacientes, con media de edad de 41.99 años y seguimiento medio de 17.78 meses. La EDSS media al inicio del tratamiento fue 3.17. La tasa de brotes durante el primer y segundo año fue de 0.41 y 0,23, permaneciendo libres de brotes el 74.1% y 82% respectivamente. El 23,3% de los pacientes presentaron empeoramiento en discapacidad (según EDSS) y el 60,3% permanecieron libres de actividad de la enfermedad. 13 pacientes suspendieron el tratamiento por efectos adversos relevantes. 31 pacientes tuvieron exposición previa a Natalizumab. La tasa de brotes el primer año fue 0.57 en expuestos frente 0.30 en no expuestos y el porcentaje de pacientes libres de brotes 58.1% frente a 74.1%. El porcentaje de pacientes con empeoramiento en EDSS fue similar en ambos grupos.

Conclusión: Fingolimod es eficaz para el tratamiento de EMRR, en reducción de brotes y progresión de discapacidad. La relevancia de los efectos adversos obliga a una estrecha monitorización. En nuestra serie los pacientes con exposición a Natalizumab presentaron mayor actividad clínica aunque la progresión en discapacidad fue similar.

CORRELACIÓN ENTRE CAMBIOS DE VOLUMEN CEREBRAL Y EL TIEMPO DE RELAJACIÓN T2 EN PACIENTES CON SÍNDROME CLÍNICAMENTE AISLADO

Rovira Cañellas, A. [1]; Auger, C. [1]; Alberich Jordà, M. [1]; Pareto, D. [1]; Sastre Garriga, J. [2]; Tintore, M. [2]; Montalban, X. [2]; Aymerich, F.X. [1]

1. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Este estudio pretende estudiar en pacientes con síndrome clínicamente aislado (SNA) la correlación de los valores de pseudo-T2 (marcador de concentración de agua tisular) con los cambios de volumen cerebral.

Material y métodos: Se incluyeron 96 pacientes con CIS (62 mujeres; mediana edad, 33 años; rango edad, [19, 49]; mediana EDSS, 2; rango EDSS, [0, 4,5]; duración media de la enfermedad, 3,78 meses). Se realizaron estudios basal y 12 meses en un equipo de 3.0T, incluyendo secuencias de doble eco ponderadas en T2, y 3D T1 (MPRAGE). La secuencia de doble eco se utilizó para generar mapas de pseudoT2 (pT2), cuyos valores se evaluaron en regiones de sustancia blanca de apariencia normal. La secuencia MPRAGE se utilizó para obtener las fracciones volumétricas de sustancia blanca y gris. La correlación entre los cambios en pT2 y en estas fracciones entre estudio basal y mes 12 se evaluó mediante el test de correlación de Spearman.

Resultados: Se obtuvo una correlación positive significativa (r=0.276, p=0.006), aunque débil, entre los cambios en pT2 y en sustancia blanca. Los cambios en sustancia gris no presentaron correlación con los cambios en pT2 (r=-0.002, p=0.982).

Conclusión: Los cambios en el volumen de la sustancia blanca en pacientes con CIS pueden explicarse parcialmente como consecuencia de fluctuaciones en el agua cerebral. Estos resultados también apoyan la importancia de las medidas de pT2 para evaluar los cambios en el agua de la sustancia blanca, y su potencial aplicación en la diferenciación entre la atrofia y la pseudoatrofia cerebral.

IMPACTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOBRE LA MATERNIDAD Y LA FECUNDIDAD

Ramos Araque, M.E.; Berdei Montero, Y.; Fiz San Telesforo, M.; Gomez Sanchez, J.C.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Estudiar el impacto de la Esclerosis Múltiple (EM) sobre la decisión de maternidad y la fecundidad en una cohorte de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional, en una cohorte consecutiva de mujeres en edad fértil con diagnóstico de EM, en la consulta monográfica del Complejo Asistencial de Salamanca. Las participantes respondieron a una encuesta autoadministrada, además se revisaron las historias clínicas para recabar información sobre la enfermedad.

Resultados: Participaron 52 pacientes. Edad media al momento del diagnóstico 28,62 (10-42) años. Presentan EM remitente recurrente 49 pacientes. El 58% está bajo tratamiento de primera línea y 30% de segunda línea. El 87% presenta discapacidad levemoderada. El 36% presenta comorbilidad psiquiátrica y/o endocrinológica. Se registraron: 36 embarazos, 20 antes del inicio de la enfermedad y 33 nacidos vivos. El 80% se ha planteado tener hijos, aunque el 44% afirma no haber tenido hijos o un mayor número de hijos por la enfermedad; los motivos referidos fueron: temor a: no poder cuidar de los hijos (40%), a empeorar tras el parto (22%), a trasmitir la enfermedad (12%), y de abandonar el tratamiento durante el embarazo (12%). El 36% presenta pérdida de la líbido, y un 38% problemas para alcanzar el orgasmo. El grado de discapacidad no influyó sobre el deseo de ser madre o el número de hijos (p = 0,066).

Conclusión: Sería conveniente mejorar la información a las pacientes sobre la enfermedad y su relación con el embarazo para minimizar su impacto en la decisión de ser madre. Destaca un porcentaje elevado de trastornos sexuales.

MEJORÍA DE LA FLEXIBILIDAD DE LA MARCHA EN LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA TRAS 15 DÍAS DE TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA: ANÁLISIS DE REDES

Pulido Valdeolivas, I. [1]; Gómez Andrés, D. [2]; González Suárez, I. [3]; Montero Atalaya, A. [1]; Martín Gonzalo, J.A. [4]; Rodríguez Andonaegui, I. [4]; Miñano Guillamon, E. [3]; Oreja Guevara, C. [3]; Rausell Tamayo, E. [1]

1. Servicio de Anatomía, Histología y Neurociencia. Universidad Autónoma de Madrid; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Escuela de Fisioterapia. Escuela de Fisioterapia. ONCE-UAM

Objetivos: La marcha es un sistema complejo donde existen relaciones entre los parámetros cinemáticos y espacio-temporales para controlar el apoyo durante el desplazamiento. Nuestro objetivo es comparar el cambio de la estructura del sistema de marcha antes y después del tratamiento con 15 días con fampridina d en pacientes con esclerosis múltiple progresiva primaria (PPMS), por medio de análisis de redes.

Material y métodos: Se recogieron 43 parámetros de marcha izquierda y 43 derechos de 12 sujetos sanos y 10 pacientes con EMPP (antes y después del tratamiento con fampridina) mediante análisis instrumental de la marcha. Se construyeron tres redes (sujetos sanos, pre-y post-fampridina) utilizando los parámetros de la marcha como nodos y el coeficiente de correlación rho de Spearman bivariante como enlaces. Se evaluaron la integración, la segregación, la modularidad, asortatividad y centralidad en cada red.

Resultados: La integración, la segregación y la modularidad no cambian con el tratamiento. Los parámetros centrales de la red difieren tras el tratamiento. La asortatividad de la red de pacientes disminuye después del tratamiento siendo más similar a la de la red de sujetos sanos.

Conclusión: La fampridina modifica la interacción entre los parámetros de la marcha en pacientes con EMPP. La flexibilidad de la estructura de la marcha mejora después del tratamiento con fampridina. El análisis de redes puede ser útil en el análisis de los cambios en la función de marcha tras intervenciones terapeúticas.

Enfermedades Desmielinizantes V

FISIOTERAPIA Y CORTICOIDES EN EL MANEJO DE LOS BROTES MOTORES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UNA TERAPIA COMBINADA

Sánchez Prous, S.; Galán Cartañá, I.; Vidal Jordana, À.; Loyola Sanmillan, G.; Fàbregas, D.; Janer, M.; Sibera, X.; Castilló Justribó, J.; Río Izquierdo, J.; Arrambide García, G.; Midaglia, L.; Rodríguez Acebedo, B.; Zuluaga, M.I.; Mulero, P.; Oriol, C.; Horno Ocaña, R.; Tintoré Subirana, M.; Sastre Garriga, J.; Montalban Gairín, X.

Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Estudiar los beneficios de la fisioterapia asociada a la corticoterapia en brotes motores en la EM.

Material y métodos: Cohorte prospectiva y consecutiva de pacientes con EM en brote motor. Pacientes tratados con corticoides (grupo control-GC) o con corticoides más fisioterapia (grupo experimental-GE). Se administraron: EDSS inicio y al mes1 (M1); Índice motor (IM), Test de marcha (T25FWT y 2MWT) inicio, M1 y M3. Al M1 se puntuó el grado de consecución de un objetivo funcional en una EVA (EVAFG). Comparamos los resultados en ambos grupos y realizamos un análisis de regresión logística para predecir mejoría en el EDSS.

Resultados: Incluimos 41 pacientes; mediana de edad: 41 (26-73), duración media de la enfermedad: 14 años (3-45), mediana EDSS: 4,0 (1,0-8,0) y mediana de 2MWT: 93, T25FWT: 8,5 e IM: 90. Al M1, el EDSS en el GE mejoró respecto al GC (56%vs14,3%, p=0,017). En el análisis de regresión logística la terapia combinada se asocia a mejoría del EDSS al M1 (OR 7,7; IC 95%: 1,2 a 50,8, p=0,034). La media de la EVAFG fue mayor en el GE (7,43vs4,72, p=0,031). Al M1, las puntuaciones en el 2MWT, T25FWT e IM mejoraron significativamente en ambos grupos manteniéndose al M3. La magnitud del cambio en el T25FWT, 2MWT e IM no fue diferente entre ambos grupos al M1 y M3

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que la terapia combinada mejora las medidas objetivas (EDSS) y las subjetivas (EVAFG). Las medidas de marcha y el IM mejoraron de manera similar en ambos grupos.

SÍNDROME DEL ÁREA POSTREMA

Moreno García, S. [1]; Vila Bedmar, S. [2]; Labiano Fontcuberta, A. [2]; Domingo Santos, Á. [2]; Ruiz Morales, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Destacar la importancia de una identificación precoz de un síndrome del área postrema para evitar demoras en el diagnóstico y tratamiento de una Neuromielitis Óptica.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico

Resultados: Mujer de 44 años con antecedentes de obesidad y dislipemia. En diciembre de 2014 inició un cuadro de nauseas y vómitos alimentarios resistentes a tratamiento, de modo que en menos de un mes perdió 10 Kg de peso. Tras un estudio exhaustivo en ausencia de patología por parte de digestivo y ante una mejoría espontánea de sus síntomas en un mes la paciente fue dada de alta. En noviembre de 2015 de nuevo inició un cuadro de nauseas y vómitos al que se sumó hipo incoercible y sensación de mareo. En esta ocasión fue evaluada por otorrinolaringología que, con un diagnóstico de vértigos, trató con estabilizadores vestibulares siendo de nuevo dada de alta. Finalmente en diciembre de 2015 presentó una oftalmopejia compleja. Tras un estudio riguroso, incluyendo RM craneal con afectación del área postrema y unos anticuerpos AQP4 positivos, la paciente fue diagnosticada de NMO y tratada de forma específica con Rituximab.

Conclusión: Nauseas, vómitos e hipo intratables son síntomas frecuentes en la NMO con afectación del área postrema. No es infrecuente que los pacientes sean atendidos durante años por otros especialistas y que el diagnóstico se demore por la falta de sospecha de una patología neurológica, con lo que, ante un estudio digestivo y otorrinolaringológico normal debería tenerse en cuenta esta entidad.

COGNICIÓN A TRAVÉS DEL CURSO DE LA ENFERMEDAD

Gich Fulla, J. [1]; Rivero, M. [2]; Puig, J. [3]; Salavedra Pont, J. [2]; Biarnes, C. [3]; Darnius Estadella, J. [4]; Pedraza Gutierrez, S. [3]; Ramió Torrentà, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Neurología. Institut d'investigacions biomediques de girona (IdIBGi); 3. Servicio de Radiología. Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI); 4. Servicio de Radiología. Departament d'Informàtica, matemàtica aplicada i estadística

Objetivos: Comparar el deterioro cognitivo en diferentes fases de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal: 116 sujetos (84 pacientes y 32 controles). Exploración neuropsicológica: Brief Repeatable Battery que incluye: SRT, 10/36 SPART, SDMT, PASAT, y WLG. Se añadió: Boston Naming Test (BNT), Trail Making Test (TMT), Letter-Number Sequencing (L&N), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) and Perceived Deficits Questionnaire (PDQ). Estadísitica: comparación múltiple con ANOVA.

Resultados: 32 sujetos sanos y 7 pacientes con RIS, 16 CIS, 24 RR, 20 SP y 17 PP. Entre grupo control (32) y pacientes (84) se observaron diferencias en todos los tests. La comparación entre controles y fase inicial (RIS-CIS) reveló diferencias en SDMT, MFIS y PDQ. Entre las formas inflamatorias (RIS/CIS/RR) no se observan diferencias entre los test cognitivos. Este mismo resultado se observa entre las formas progresivas (SP/PP) Se observaron diferencias entre los grupos RIS-CIS-RR y los grupos SP-PP en las siguientes pruebas: SRT, 10/36 SPART, SDMT, WLG, BNT, TMT y L & N. No se observaron diferencias entre los grupos de pacientes en el PASAT, HADS total, MFIS y PDQ.

Conclusión: 1.- Las formas iniciales presentan deterioro cognitivo (SDMT), y fatiga, además los pacientes perciben estos déficits. 2. La intensidad del deterioro es mayor en formas progresivas. 3. Las formas inflamatorias (RIS-CIS-RR) tienden a comportarse de la misma manera como lo hacen cognitivamente formas progresivas entre sí (SP-PP). 4. Sin embargo, pacientes con RR, el grado de deterioro de algunas funciones ejecutivas es similar a la intensidad de los pacientes con formas progresivas.

DETERIORO COGNITIVO (DC) Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

Gomez Moreno, S.M.; Cruz Orduña, I.; Gordo Mañas, R.; Martínez Acebes, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: Evaluar la influencia del grado de depresión, ansiedad y fatiga en el DC, y el impacto del DC en la calidad de vida de los pacientes con EM.

Material y métodos: Estudio transversal de 52 pacientes diagnosticados de EM. Se recogieron la percepción del paciente sobre su rendimiento cognitivo, diagnóstico de DC según la bateria neuropsicológica breve (BNB), depresión mediante cuestionario de Beck(BDI-II), ansiedad mediante Escala de Hamilton, fatiga mediante Modified Fatigue Impact Scale(MFIS), calidad de vida mediante MSQoL-54. Se realizó un análisis univariado estudiando variables de interés que se relacionan de manera estadísticamente significativa con BNB, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, un estudio de la relación entre las quejas subjetivas de DC del paciente y el grado de presión, ansiedad, fatiga y las diferentes escalas de calidad de vida mediante la U de Mann-Whitney al no seguir una disposición normal.

Resultados: No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las escala BNB entre fatiga, depresión y ansiedad. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en la escala de depresión y fatiga y las quejas subjetivas de DC del paciente. También existe una relación estadísticamente significativa en la vertiente física de la escala MSQoL-54 y la presencia de quejas cognitivas.

Conclusión: La queja cognitiva del paciente se relaciona con el grado de depresión, fatiga y una pero calidad de vida. Sin embargo no hemos econtrado relación entre DC mediante la escala BNB y el grado de depresión, ansiedad o fatiga, ni con peor calidad de vida.

COMPARACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE INICIO EN EDAD PEDIÁTRICA VS INICIO EN EDAD ADULTA

Arrambide García, G. [1]; Armangué, T. [2]; Blanco, Y. [2]; Mulero, P. [1]; Spúlveda, M. [3]; Auger, C. [4]; Sola-Valls, N. [2]; Rovira Cañellas, Á. [4]; Graus, F. [2]; Montalban Gairin, X. [1]; Saiz, A. [2]; Tintoré Subirana, M. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 4. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Comparar la evolución entre pacientes con esclerosis múltiple de inicio en edad pediátrica (EMP) y adulta (EMA).

Material y métodos: La cohorte A incluyó pacientes seguidos prospectivamente desde la edad adulta [39 (6%) EMP, 627 (94%) EMA]. Analizamos tiempo al segundo brote y discapacidad de 4,0 (EDSS), y la tasa anualizada de incidencia de brotes. Debido al posible sesgo de memoria, comparamos tiempo a segundo brote y EDSS 4,0 con la cohorte B [EMP n=46 (4%), EMA n=1109 (96%)], con seguimiento prospectivo desde el debut.

Resultados: En la cohorte A, la mediana de duración de la enfermedad fue de 19 y 12 años (EMP vs EMA); en la B el seguimiento fue similar (7 años). En la cohorte A, la tasa anualizada de brotes fue similar; el tiempo al segundo brote fue mayor en EMP (34 vs 17 meses, p=0,01). En la B, la proporción de pacientes con segundos brotes y el tiempo al segundo brote fue similar. En la cohorte A, el tiempo hasta EDSS 4,0 fue mayor en EMP (34 vs 23 años, p<0,0001) pero a una edad menor (48 vs 61 años, p<0,0001). En la B, un paciente con EMP alcanzó un EDSS 4,0 tras 8 años de evolución, a los 25 de edad, comparado con 93 con EMA en una mediana de 6 años (mediana de edad: 39).

Conclusión: Los pacientes con EMP tardan más en alcanzar un grado de discapacidad similar, pero lo hacen 10 años más jóvenes, que pacientes con EMA, requiriendo seguimientos a largo plazo para demostrarlo.

EFECTIVIDAD CLÍNICO-RADIOLÓGICA A LARGO PLAZO EN PACIENTES TRATADOS CON NATALIZUMAB: RESULTADOS DE UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Midaglia Graells, L. [1]; Vidal Jordana, À. [1]; Mulero, P. [1]; Zuluaga, M.I. [1]; Galán Cartañá, I. [1]; Arrambide García, G. [1]; Río izquierdo, J. [1]; Nos Llopis, C. [1]; Castilló Justribó, J. [1]; Rodríguez Acebedo, B. [1]; Comabella López, M. [1]; Auger, C. [2]; Sastre Garriga, J. [1]; Rovira Cañellas, Á. [2]; Tintoré Subirana, M. [1]; Montalban Gairín, X. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Evaluar la efectividad clínico-radiológica de natalizumab en pacientes con esclerosis múltiple (EM) tratados durante más de 5 años en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes que inició natalizumab antes del 2010. Describimos las características basales y los motivos de interrupción de tratamiento. Comparamos la tasa anualizada de brotes (TAB) (3 años previos y durante el tratamiento) y la actividad radiológica medida por la presencia de lesiones captantes (Gd+) (RM basal vs RM anuales en tratamiento).

Resultados: Incluimos 162 pacientes, de los cuales 66 suspendieron el tratamiento (principalmente por riesgo de LMP o ineficacia). Los que suspendieron por ineficacia tenían una mayor duración de la enfermedad (p=0,023) y un mayor EDSS basal (p=0,022) comparados con los 96 pacientes que continuaron. De estos, analizamos 60 pacientes que fueron seguidos ininterrumpidamente. La edad media al inicio fue 34,3±8,6; la EDSS basal: 4,0 (1-6,5); la TAB previa: 1,3 y un 70,2% de las RM basales mostraban lesiones captantes. Tras un tiempo de seguimiento de 84,2±12,3 meses, la TAB disminuyó de forma significativa (p<0,001); así como las lesiones activas en RM (5º año: 1,8%; p<0,001). La interrupción del tratamiento después de 5 años fue infrecuente (11,2%) y principalmente por riesgo de LMP.

Conclusión: A largo plazo, natalizumab es efectivo en la reducción de la actividad inflamatoria tanto clínica clínica como radiológica en pacientes con EM.

PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE INICIO PEDIÁTRICO: COMPARACIÓN CON LA DE INICIO EN EDAD ADULTA

Blanco Morgado, Y. [1]; Armangue, T. [2]; Ramírez-González, A. [1]; Llufriu, S. [1]; Sepúlveda, M. [1]; Solà, N. [1]; La Puma, D. [1]; Hernández Martínez-Lapiscina, H. [1]; Martínez-Hernández, E. [1]; Zubizarreta, I. [1]; Villoslada, P. [1]; Graus, F. [1]; Saiz, A. [1]

1. Unidad de Neuroinmunología-Esclerosis Múltiple. Serv. Neurología. Hospital Clínic, Institut de Inv. Agust Pi i Sunyer, Universidad de Barcelona; 2. Unidad de Neuroinmunología-Esclerosis múltiple. Servicio de Neurología, Hospital Clínic, Institut d. Programa de Neuroimmunologia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. Universi

Objetivos: Describir las características clínico-demográficas, y pronóstico a largo plazo de los pacientes con esclerosis múltiple de inicio pediátrico (EMIP), y compararla con la de inicio en edad adulta (EMIA).

Material y métodos: Se analizaron 666 pacientes seguidos prospectivamente desde la edad adulta: 39 (6%) de inicio < 18 años (EMIP), y 627 (94%) ≥18 años (EMIA). La discapacidad, evaluada como el tiempo a alcanzar una puntuación del EDSS de 4.0, se analizó mediante regresión de Cox incluyendo variables clínicas y demográficas como predictores. La incidencia de la tasa anualizada de brotes (ITAB) se analizó por regresión de Cox para eventos múltiples.

Resultados: Las características basales de los pacientes con EMIP y EMIA fueron similares, incluido el predominio femenino (67 vs 69%), síntomas de inicio, y bandas oligoclonales (90 vs 82%). La mediana (rango intercuartil) de la duración de la enfermedad fue de 19 (13-33) años y 12 (6-19) años, respectivamente. La ITAB fue similar para ambos grupos (0,45 vs 0,43 brote/persona riesgo/año), pero el tiempo a segundo brote fue mayor en los EMIP (34 vs 17 meses, p=0,01). Los pacientes con EMIP tardaron más tiempo en alcanzar un EDSS de 4.0 (mediana, 34 vs 23 años; p<0,0001), pero lo hicieron a una edad menor (mediana de edad 48 vs 61 años; p<0,0001).

Conclusión: Nuestros resultados confirman que los pacientes con EM de inicio pediátrico tardan más tiempo en alcanzar una discapacidad similar que los pacientes de debut en edad adulta, pero lo hacen 10 años más jóvenes.

LAS MEDIDAS DE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA SE CORRELACIONAN CON LA PÉRDIDA DE VOLUMEN CEREBRAL Y CON LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Vidal Jordana, À.; Sastre Garriga, J.; Pareto, D.; Río izquierdo, J.; Horno Ocaña, R.; Tintoré Subirana, M.; Auger, C.; Rovira Cañellas, á.; Montalban Gairín, X.

Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Investigar la asociación entre el grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL) y las medidas de volumen cerebral (VC) en pacientes con esclerosis múltiple (EM) que empiezan tratamiento inmunomodulador (IMD) y evaluar si ambas medidas predicen la discapacidad.

Material y métodos: Análisis transversal de una cohorte longitudinal de pacientes que inician IMD. La medida de RNFL y VC se obtuvieron al iniciar IMD. Con el programa SPM8 realizamos un análisis de VBM y obtuvimos la fracción de volumen cerebral, fracción de sustancia gris y sustancia blanca cerebral. Realizamos análisis bivariados y análisis de regresión logística para predecir una puntuación de 3,0 en el EDSS.

Resultados: Incluimos 48 pacientes, con una edad media de 37,4±11,3 años, duración media de la enfermedad (DD) de 8,6±10,2 años, una tasa anualizada de brotes de 1,8±1,1, y una mediana de EDSS de 2(0-6,5). Un menor grosor de RNFL se asoció con una mayor DD (p<0,001), un mayor EDSS (p<0,001), y una menor GMF y BPF (p=0,039 y p=0,001). En el análisis logístico multivariado únicamente el grosor de RNFL y la DD predijeron un EDSS de 3,0 (OR 0,92,p=0,035; OR 1,09,p=0,083). En el análisis de VBM, el grosor de RNFL se correlacionó con clústeres de pérdida de SG cortical y subcortical.

Conclusión: Los pacientes con una mayor discapacidad y una mayor duración de la enfermedad presentan un menor grosor de RNFL. En esta cohorte, las medidas de RNFL parecen superar a las medidas de VC para predecir la discapacidad.

UN PROGRAMA ESTANDARIZADO DE REHABILITACIÓN FÍSICA MEJORA LA MARCHA DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) QUE PRESENTAN DIFERENTES NIVELES DE DISCAPACIDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Loyola Sanmillan, G.; Santayo, C.; Janer, M.; Fàbregas, D.; Sánchez, S.; Sibera, X.; Sastre Garriga, J.; Galán Cartañá, I.; Montalban Gairín, X.

Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Presentar la efectividad de un programa de rehabilitación física en la capacidad de marcha de personas con EM

Material y métodos: Se analizaron los datos retrospectivos de pacientes con un EDSS≤6.5 admitidos en la unidad de Neurorrehabilitación del Cemcat durante los años 2014 y 2015. Los pacientes realizaron 5 meses de rehabilitación, con tres sesiones semanales. Las sesiones de fisioterapia en grupo incluían: entrenamiento muscular, entrenamiento del equilibrio y estrategias de reeducación de la marcha. Como medidas de resultado se administraron el Test de los 10 metros (10MWT), el Test de Tinetti (TT) y la Escala de Berg (BBS) antes y después del programa de rehabilitación. Los pacientes se categorizaron en afectación de la marcha leve (EDSS≤4; n=22), moderada (EDSS 4.5-5.5; n=80) y severa (EDSS ≥6; n=62). La diferencia mínima clínicamente significativa (DMCS) se estableció en un 20% el 10MWT, 1 punto el TT y 4 puntos el BBS.

Resultados: Se incluyeron 164 personas con EM (44.2% hombres) con una edad media de 50.96 años (SD ±11.13) y una mediana de EDSS de 5.0; 57.6% tenían EM remitente-recurrente, 23.6% secundariamente progresiva y el 18.2% la forma primaria progresiva. Las 3 medidas de resultado mostraron mejoras estadísticamente significativas tras la intervención (la BBS en un 42.7% de los sujetos (media 44.62-48.15), el 10MWT en un 32.7% (media 14.1-12.31 seg) y el TT en un 32.7% (media 8.24-8.88).

Conclusión: En nuestra cohorte, un programa de rehabilitación ambulatoria dirigida a la deambulación es efectivo en personas con EM que presentan diferentes niveles de discapacidad.

LESIONES DESMIELINIZANTES PSEUDOTUMORALES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE 12 PACIENTES

Sánchez López, P. [1]; Meca Lallana, V. [1]; Barbosa del Olmo, A. [2]; Manzanares Soler, R. [2]; Palmí Cortés, I. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Describir las características clínicas y radiológicas de pacientes con lesiones desmielinizantes pseudotumorales (LDP) atendidos en nuestra Unidad.

Material y métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de 12 pacientes con LDP atendidos en nuestro centro desde enero de 2010 a mayo de 2016.

Resultados: La edad media de debut pseudotumoral fue de 38 años (DE:12.36), con una prevalencia de 9 mujeres y 3 hombres. El tiempo medio de seguimiento fue de 19.63 meses (DE:18.58). De los 12 pacientes, 8 presentaron LDP como primer evento desmielinizante, mientras que 3 estaban diagnosticados de Esclerosis Múltiple Recurrente-Remitente (EMRR) y 1 de Síndrome Clínico Aislado. De entre aquellos no diagnosticados de EM, el 50% (n=4) convirtió a EMRR en una media de tiempo de 4.4 meses (DE:1.94). La presentación clínica fue polisintomática, incluyendo alteraciones sensitivas (42%), visuales (25%), motoras (25%), crisis comiciales (25%) y cambios cognitivos (17%). Radiológicamente la mayoría fueron lesiones únicas (75%), de localización parietal (42%), seguidas de frontal (25%) y temporal (25%), siendo el patrón de captación de contraste más frecuente el anillo incompleto (55%). Las bandas oligoclonales fueron positivas en todos los pacientes con diagnóstico final de EM (n=7, 60%). El tratamiento incluyó corticoides (12/12), plasmaféresis (4/12) y rituximab (2/12).

Conclusión: La EM pseudotumoral representa aproximadamente el 1% de los pacientes con EM atendidos en nuestra Unidad, una prevalencia mayor a la esperable. El tiempo de conversión a EM es inferior al de otras series publicadas. La presentación clínica fue polisintomática y los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron lesiones únicas, parietales, con realce en anillo incompleto.

ATROFIA CEREBRAL TRAS 15 AÑOS DE UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO: CORRELACIONES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS

Vidal Jordana, À. [1]; Sastre Garriga, J. [1]; Pareto Onghena, D. [2]; Tur Gómez, C. [1]; Arrambide García, G. [1]; Otero Romero, S. [1]; Huerga, E. [1]; Mitjana, R. [1]; Auger, C. [1]; Tintoré Subirana, M. [1]; Rovira Cañellas, Á. [1]; Montalban Gairín, X. [1]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Calcular la pérdida de volumen cerebral (VC) tras 15 años del síndrome clínico aislado (SCA) y evaluar su relación con variables basales y durante el seguimiento.

Material y métodos: Incluimos 59 pacientes con una RM cerebral realizada 15 años del SCA. Calculamos el riesgo basal de alcanzar un EDSS de 3 (rEDSS-3,0). Obtuvimos la fracción de volumen cerebral global (BPF), fracción de sustancia gris y sustancia blanca cerebral (GMF y WMF). Realizamos análisis lineales para predecir la pérdida de VC y alcanzar un EDSS de 3 a los 15 años del SCA.

Resultados: La edad media en el SCA fue de 29,4±8,2, la mediana de EDSS de 1 (0-3) y 20 pacientes (34,5%) tenían 3-4 criterios de Barkhof (CB). El tiempo medio de seguimiento fue de 18,5±1,3 años, 32 pacientes (54,2%) presentaron un segundo brote y 12 (21,4%) alcanzaron un EDSS de 3 a los 15 años. Un menor valor de BPF se asoció con presentar 3-4CB en el SCA (p=0,017), un mayor rEDSS-3,0 (p=0,012), presentar un segundo brote (p=0,014), y recibir tratamiento durante el seguimiento (p=0,022). En el análisis logístico el EDSS basal, recibir tratamiento, la GMF (p=0,066) y la WMF (p=0,071) predijeron un EDSS de 3,0 a los 15 años del SCA.

Conclusión: Los pacientes con un mayor riesgo de desarrollar EM y de acumular discapacidad presentan una mayor pérdida de

VC 15 años tras el CIS. El volumen de GMF y WMF parecen asociarse con un mayor riesgo de alcanzar un EDSS de 3 durante el mismo período.

PAPEL DE LA MENARQUIA Y EL EMBARAZO EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Otero-Romero, S. [1]; Zuluaga, M.I. [2]; Arrambide, G. [1]; Pérez-Hoyos, S. [3]; Negrotto, L. [1]; Galán, I. [1]; Fraga, M. [1]; Río, J. [1]; Comabella, M. [1]; Nos, C. [1]; Arévalo, M.J. [1]; Vidal-Jordana, Á. [1]; Castilló, J. [1]; Mitjana, R. [4]; Auger, C. [4]; Sastre-Garriga, J. [1]; Rovira, À. [4]; Montalban, X. [1]; Tintoré, M. [1]

1. Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Neurología y Neuroinmunología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona; 2. Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Neurología y Neuroinmunología. Hosp. Univ. Vall d'Hebron. Univ. Autònoma Barcelona. Neurología. Instituto Neurológico de Colombia; 3. Unitat d'Estadística i Bioinformática. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR); 4. Unitat de RM. Servei de Radiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona

Objetivos: Investigar el efecto de la menarquia y el embarazo en el riesgo de desarrollar EM y la acumulación de discapacidad.

Material y métodos: 1127 pacientes con síndromes clínicos aislados (CIS) realizaron seguimiento clínico y radiológico. Las mujeres de esta cohorte contestaron una encuesta sobre información reproductiva vía electrónica o presencial. Se estudió la influencia de la edad de la menarquia y el embarazo (antes y después del CIS) para estimar el riesgo de EM clínicamente definida (EMCD) y de EDSS 3,0. Los resultados se ajustaron por edad, topografía del CIS, bandas oligoclonales, fármacos inmunomoduladores y RM. Se realizaron estudios de sensibilidad para confirmar nuestros hallazgos.

Resultados: 501 mujeres completaron la encuesta. La edad de la menarquia no se correlacionó con la edad del CIS ni se asoció con el riesgo de CDMS o EDSS 3.0. El embarazo antes del CIS fue altamente protector para CDMS en el análisis univariado pero este efecto fue marginal en el multivariado. El embarazo antes del CIS no modificó el riesgo de EDSS 3,0. El embarazo después del CIS fue protector para ambos resultados en el análisis univariado y multivariado cuando se consideró el embarazo como una variable basal. Sin embargo, el efecto protector desapareció cuando el embarazo se analizó como un evento tiempo-dependiente.

Conclusión: La edad de la menarquia no está relacionada con la edad del CIS o con el riesgo de EM o discapacidad. El embarazo antes o después del CIS no modifica el riesgo de EMCD o de acumulación de discapacidad.

MODELO DINÁMICO PARA PREDECIR EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON UN CIS INCORPORANDO LA TOPOGRAFÍA Y ACTIVIDAD DE LAS LESIONES

Tintoré, M. [1]; Otero-Romero, S. [1]; Río, J. [1]; Pérez-Hoyos, S. [2]; Arrambide, G. [1]; Tur, C. [1]; Comabella, M. [1]; Nos, C. [1]; Arévalo, M.J. [1]; Vidal-Jornada, Á. [1]; Castilló, J. [1]; Rodríguez-Acevedo, B. [1]; Midaglia, L. [1]; Mulero, P. [1]; Mitjana, R. [3]; Auger, C. [3]; Sastre-Garriga, J. [1]; Rovira, À. [3]; Montalban, X. [1]

1. Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). Neurología y Neuroinmunología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona; 2. Unitat d'Estadística i Bioinformàtica. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR); 3. Unitat RM. Servei Radiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona

Objetivos: Previamente hemos realizado un modelo dinámico en CIS para predecir conversión y discapacidad a largo plazo incorporando las variables edad, género, topografía, bandas oligoclonales y número de lesiones en T2. Objetivo: Incorporar al modelo la información sobre topografía y actividad de las lesiones.

Material y métodos: Tras seguir clínica y radiológicamente a 1055 CIS, se calculó el riesgo basal para predecir segundo brote y EDSS 3,0 a partir del modelo de Cox, incluyendo: edad, género, topografía, bandas oligoclonales y RM [número de lesiones captantes de gadolinio (Gd) y T2, y topografía (presencia de lesiones infratentoriales o de médula espinal)]. Utilizando árboles de regresión se estratificaron los pacientes en función de dicho riesgo. El riesgo basal fue re-ajustado incorporando los cambios durante el primer año.

Resultados: De acuerdo con los árboles de regresión, se identificaron 6 y 4 grupos de riesgo basal, respectivamente, para segundo brote y EDSS 3.0. Las lesiones Gd+ fueron relevantes para mejorar el modelo de segundo brote y las lesiones en médula espinal para mejorar el modelo de discapacidad. A los 12 meses, el riesgo basal se vio modificado por: lesiones nuevas, inicio de tratamiento inmunomodulador y brote durante el primer año. Harrell's C segundo brote: (modelo basal: 0.716; 12 meses: 0.755) y Harrell's C EDSS 3.0: modelo basal: 0.664; 12 meses: 0.714).

Conclusión: Basándonos en análisis previos, nuestro modelo predictivo mejoró tras incorporar la topografía y la actividad de las lesiones. Esta segunda versión puede contribuir a la implementación de un modelo personalizado de decisión terapéutica.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 13 PACIENTES CON NMOSD

Romero Delgado, F. [1]; García Domínguez, J.M. [1]; Cuello, J.P. [1]; Lozano Ros, A. [1]; Higueras, Y. [2]; Goicochea Briceño, H. [3]; Martínez Gínes, M.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neuropsicología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Servicio de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Describir los pacientes que han sido atendidos en nuestro centro y cumplen los nuevos criterios diagnósticos del trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD).

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes con NMOSD de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos por el Panel Internacional para el Diagnostico de la NMO (IPND) en 2015, que han sido atendidos en nuestro centro en los últimos 10 años (2005-2015).

Resultados: Se identificaron un total de 13 pacientes. Ningún varón. Siete cumplieron criterios diagnósticos de Wingerghuck 2006. La mediana de edad de inicio fue de 37 años (17-90), la de seguimiento fueron 4,77 años (4 meses-13 años) y la del tiempo entre el primer y segundo brote fue de 2 meses (11 días-72 meses). 12 pacientes presentaron anticuerpos Anti-AQP4. Siete no presentaron bandas oligoclonales (BOC) en el líquido cefalorraquídeo; uno presentó patrón "POSITIVO" para BOC; dos "EN ESPEJO"; y uno "MÁS QUE". Todos sufrieron una mielitis transversa; ocho neuritis ópticas; tres síndrome de área postrema; y tres síndrome troncoencefálico agudo. Al final del periodo el 53,8% presentó una EDSS ≤ 3. La mediana de la tasa anualizada de brotes fue de 0,67. Seis pacientes están en tratamiento con rituximab, dos con micofenolato de mofetilo, uno con azatioprina y cuatro sin tratamiento.

Conclusión: Los nuevos criterios permiten un diagnóstico más precoz de la NMOSD, lo cual posibilita un tratamiento temprano y una prevención de la discapacidad. En nuestra serie, los pacientes presentaron un menor grado de discapacidad que lo descrito en la literatura

CORRELACIÓN ENTRE RENDIMIENTO COGNITIVO Y NEUROIMAGEN CONVENCIONAL EN SUJETOS CON SÍNDROME RADIOLÓGICAMENTE AISLADO

Domingo Santos, Á. [1]; Labiano Fontcuberta, A. [1]; Martínez Ginés, M.L. [2]; Aladro Benito, Y. [3]; Ayuso Peralta, L. [4]; Puertas Martín, V. [5]; Cerezo García, M. [3]; Higueras, Y. [2]; Mato Abad, V. [6]; Álvarez Linera, J. [7]; Hernández Tamames, J.A. [6]; Benito León, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 5. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (I+12); 6. Laboratorio de Análisis de Imagen Médica y Biometría (LAIMBIO). Universidad Rey Juan Carlos; 7. Servicio de Radiología. Hospital Ruber Internacional

Objetivos: La disfunción cognitiva es una de las características predominantes en sujetos con Síndrome Radiológicamente Aislado (RIS) y parece ser independiente del riesgo de conversión a esclerosis múltiple clínicamente definida. Nuestro objetivo es identificar medidas radiológicas que predigan el desarrollo de deterioro de funciones cognitivas en sujetos con RIS.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional prospectivo de 17 sujetos con RIS pareados por edad, sexo y nivel educacional con 17 controles. A todos ellos se les realizó una evaluación neuropsicológica (Rao Brief Repeatable Battery y test de Stroop) así como una RM craneal (3T). El criterio de deterioro cognitivo se estableció previamente en 2 o más tests con puntuaciones por debajo de 2SD de la media del grupo control.

Resultados: Se identificaron 6 sujetos con RIS que cumplían nuestro criterio de deterioro cognitivo. Este grupo presentaba una disminución significativa de los volúmenes cerebral, de sustancia gris y cortical normalizados respecto a controles así como una mayor carga lesional en T2 comparado con el grupo RIS sin deterioro cognitivo. A nivel de sustancia gris profunda identificamos una atrofia significativa de ambos tálamos, ambos putámenes y amígdala derecha respecto a los controles.

Conclusión: La atrofia cerebral global y de sustancia gris profunda y cortical es un marcador de deterioro cognitivo en pacientes con RIS. Los hallazgos radiológicos encontrados son superponibles al patrón descrito en el deterioro cognitivo asociado a la esclerosis múltiple, lo que apoya un mecanismo fisiopatogénico similar.

Enfermedades Desmielinizantes VI

REACCIONES ASOCIADAS A LA INFUSIÓN DE ALEMTUZUMAB: ¿CÓMO IDENTIFICARLAS Y MANEJARLAS?

Domínguez Mayoral, A. [1]; Eichau Madueño, S. [1]; Pérez Sánchez, S. [1]; Izquierdo Ayuso, G. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: El objetivo es describir las reacciones asociadas a la infusión (RAIs), especialmente aquellas poco conocidas, y proponer nuevas ideas para manejarlas mediante un protocolo específico.

Material y métodos: Nuestro protocolo durante la hospitalización incluye nuevas propuestas en la premedicación como una pauta descendente de corticoides más progresiva. En términos de seguridad cardiovascular hemos sustituido ranitidina por pantoprazol en la premedicación, realizamos un electrocardiograma y se recogen las constantes vitales cada hora. El quinto día de infusión se solicita un hemograma para estudiar la linfopenia.

Resultados: Hemos recogido datos de 35 pacientes. Se ha registrado algún tipo de RAIs en el 80% de la muestra, con menos de 2 reacciones de media por paciente y ninguna de ellas grave. La distribución por orden descendente de frecuencias de RAIs es: cefalea (71%), urticaria (57%), eritema, hipertermia (ambas 14,2%), alteraciones tensionales e insomnio (7,1% en los dos últimos). En los primeros días es más habitual la cefalea, insomnio y las alteraciones tensionales y a partir de la cuarta infusión suele aparecer la urticaria. Destaca un caso de rash acneiforme y tres de enrojecimiento disestésico palmo-plantar.

Conclusión: La eritrodisestesia palmoplantar puede ser una RAI poco conocida, por lo que su descripción contribuiría a la detección precoz. El descenso progresivo de corticoides puede ser útil para minimizar las urticarias. La realización de electrocardiograma, toma periódica de constantes vitales y la sustitución de pantoprazol por ranitidina puede controlar los efectos cardiovasculares. El hemograma del quinto día de infusión es interesante para estudiar el patrón de descenso linfocitario.

PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON ALEMTUZUMAB

Meca Lallana, J.E. [1]; García Vázquez, E. [2]; Hernández Clares, R. [1]; Carreon Guarnizo, E. [1]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Jimenez Veiga, J. [1]; Moreno Docon, A. [3]; García Molina, E. [1]; Díaz Pérez, J. [1]; Martín Fernández, J.J. [1]

1. Unidad EM. Servicio Neurología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Cátedra Neuroinmunología Clínica y EM. UCAM Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2. Servicio de Patología Infecciosa. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Unidad de Virología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Implementar un protocolo de seguridad para prevenir enfermedades infecciosas durante la linfopenia inducida por el tratamiento con alemtuzumab (ALEM) en esclerosis múltiple remitente-recurrente y analizar su efecto sobre los pacientes.

Material y métodos: Protocolo de seguridad prospectivo. Fase-1 (pre-ALEM): Comprobación del calendario de vacunación. Radiografía de torax (RxT). Análisis: Leucocitos, orina, serología hepatitis B+C, HIV, herpes simple, varicella-zoster (si negativo: vacunación), quantiferon para micobacterium tuberculosis (si positivo: Isoniacida 300mg/día 6 meses), strongyloides en heces (si positivo: Ivermectina 1gr/Kg dosis única), carga viral (PCR) para CMV. Control de zoonosis para Leishmania. Fase-2 (durante-ALEM): RxT cada día de infusión. Tratamiento con aciclovir 200mg/8h y trimetoprim-sulfametoxazol (T-S) 160/800 tres veces en semana. Fase-3 (post-ALEM): Recuento leucocitario, CD4, análisis de orina y examen cutaneo mensuales. Mantener aciclovir y T-S hasta recuento CD4 mayor de 250. PCR-CMV mensual (si incremento carga viral: Valganciclovir 900 mg/día 1 semana). Si signos clínicos de complicación infecciosa: Evaluación por especialista en infecciosas. Se aplicó la escala TSQM (Treatment-Satisfaction-Questionnaire-for-Medication) en relación al protocolo de seguridad.

Resultados: 14 pacientes tratados con ALEM+protocolo seguridad, todos por respuesta subóptima a tratamientos previos (edad media:37.8 años [rango:25-59], 72.7% mujeres). EDSS media:3,1 (rango:1-5.5). Tasa brotes último año:1.7 (SD+/-0.67). No se confirmaron infecciones oportunistas. Sólo una sospecha de infección por pneumocistis carinii tratada con pentamidina y un infiltrado alveolar bilateral transitorio tratado con piperacilina-tazobactam. Escala TSQM: Alto grado de satisfacción con el protocolo.

Conclusión: La implementación del protocolo de seguridad ha sido satisfactoria y bien aceptada por los pacientes y no se han identificado infecciones oportunistas durante su aplicación.

ESTUDIO RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO, PARA EVALUAR FINGOLIMOD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE PREVIAMENTE TRATADOS: SUB-ANÁLISIS DEL ESTUDIO MS NEXT

Mallada Freichin, J. [1]; Marzo Sola, E. [2]; Barrero Hernández, F. [3]; Martínez Gines, M. [4]; Meca Lallana, V. [5]; Izquierdo Ayuso, G. [6]; Ara, J.R. [7]; Meca Lallana, J. [8]; Oreja, C. [9]; Forero, L. [10]; Ricart, J. [11]; García, E. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Elda; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; 3. Servicio de Neurología. Hospital San Cecilio; 4. Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón; 5. Servicio de Neurología. Hospital La Princesa; 6. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Virgen de la Arrixaca; 9. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 10. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; 11. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: Describir la efectividad y seguridad de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente(EMRR) previamente tratados con acetato de glatirámero o interferón beta-1(BRACE) en la práctica clínica.

Material y métodos: MSNext es un estudio observacional, retrospectivo, y multicéntrico. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, ≥18años, diagnosticados con EMRR, que tras recibir tratamientos modificadores de la enfermedad iniciaron tratamiento con fingolimod (≥12meses de seguimiento). Se presenta el análisis del subgrupo de pacientes que cambiaron de un tratamiento BRACE a fingolimod.

Resultados: Se analizaron 485 pacientes (71,6% mujeres; edad media[±desviación estándar] 41,2[±9,1] años) con un tiempo medio de tratamiento con fingolimod de 25,4(±9,7) meses y tiempo de evolución medio de 8,6(±5,9) años. La mediana(rango) de la puntación de la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS) basal fue 2,5 (0,0-7,0) y el 50,1% de pacientes cambiaron desde interferón beta-1a. La tasa anualizada de brotes disminuyó un 81,3%(485/485 pacientes), 86,7%(485/485 pacientes) y 89,2%(269/485 pacientes) tras 1, 2 y 3 años de tratamiento, respectivamente (p<0.0001 todos). Se observó una estabilidad/mejoría de la EDSS en un 89,4%(252/282 pacientes) y 86,5%(109/126 pacientes) de pacientes tras 1 y 2 años de tratamiento. El 19,2% de pacientes presentaron acontecimientos adversos (excluyendo las eventos tras la primera dosis), siendo las más comunes: enzimas hepáticas elevadas, linfopenia (<200células/microlito) e infecciones. Un 8,0% discontinuó durante el primer año de tratamiento (4,7% permanentemente).

Conclusión: Fingolimod es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes que cambian desde un tratamiento BRACE, disminuyendo la incidencia de brotes durante los primeros tres años y controlando la progresión de la discapacidad. Financiación: Novartis

INGRESOS HOSPITALARIOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Martínez Yélamos, A. [1]; Matas Martin, E. [1]; Romero Pinel, L. [1]; Bau Vila, L. [1]; Anguix Bricio, M. [1]; Leon Moreno, M.I. [1]; Fernandez Rodriguez, P. [2]; Martínez Yélamos, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Gabinete Técnico. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Analízar la tasa y los motivos de ingreso de los pacientes seguidos en una unidad de Esclerosis Múltiple pertenecientes a su área de influencia directa

Material y métodos: Se seleccionaron los pacientes visitados en la unidad durante el año 2014 que cumplían criterios de McDonald 2010 y se analizaron sus ingresos en el hospital durante los años 2014 y 2015. Los motivos de ingreso se clasificaron como directamente relacionados (DR) con la enfermedad (brotes, efectos secundarios), posiblemente relacionados (PR) (ulceras decúbito, trombosis venosa…) y no relacionados (NR).

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes (Edad 50.5; Mediana EDSS 2.0; Duración enfermedad 17.6 años; 56% en tratamiento). Esta cifra representa más del 90% de la prevalencia esperada. Se documentaron un total de 34 hospitalizaciones en los dos años correspondientes a 27 pacientes (Tasa anualizada de hospitalización de 9.4%). Seis se consideraron DR y 10 PR. Los NR se debieron a intervenciones o procesos comunes. En el análisis multivariante, una menor edad y padecer una forma progresiva de la enfermedad se asoció a un mayor riesgo de ingreso hospitalario. Los pacientes con ingreso PR tuvieron un EDSS mayor (mediana: 6.5 PR vs 2.0 DR, y 3,5 NR con la enfermedad)

Conclusión: En nuestro entorno los ingresos directamente relacionados con la enfermedad fueron muy escasos y difícilmente evitables. Los ingresos evitables (PR) estarían en relación con complicaciones secundarias en los pacientes con EM. Una mejor comunicación con la atención primaria podría contribuir a evitar complicaciones secundarias en los pacientes con EM

SEGUIMIENTO A 12 MESES DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA: MOVILIDAD, CALIDAD DE VIDA, FATIGA Y COGNICIÓN

Higueras Hernández, Y.; Goicochea Briceño, H.; García Domínguez, J.M.; Cuello, J.P.; Romero Delgado, F.; Lozano Ros, A.; Martínez Ginés, M.L.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Evaluar el efecto de fampridina en la movilidad, calidad de vida, fatiga y cognición tras 12 meses de tratamiento

Material y métodos: 28 pacientes con EM fueron evaluados basal, a los 9 y 12 meses de tratamiento con fampyra con las siguientes escalas: Timed 25 foot walk (T25FW), Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12); Multiple Sclerosis Quality of Life questionnaire (MSQoL-54); Multiple Sclerosis Fatigue Impact Scale (MSFIS); la Multiple Sclerosis Fatigue Severity Scale (MSFSS); el Symbol Digit Modality Test (SDMT) y el PASAT 3". Se compararon las tres medidas y se calculó el tamaño del efecto (TE) con la d de Cohen.

Resultados: T25WF a los 12m fue mejor que en basal con un TE pequeño (d=0.35) equivalente al de 9m (d=0.38). El MSWS12 mostró el mayor TE (d=1.05 tras 9m y 1.3 tras 12m), ambas diferentes de la basal. Las medidas a 12m del MSQoL54 físico y mental presentaron mejoría con un TE medio (d=.0.48 y 0.52 respectivamente), igual que ocurría a los 9m (mental d=0.49 y físico d=0.52). El PASAT mostró mejoría a los 12m con un TE medio (d=0.47). En cuanto a fatiga, solo MSFIS mostró mejoría desde basal a 12m, con un TE pequeño en puntuación física (d=0.36)y cognitiva (d=0.26) pero media en psicosocial (d=0.52).

Conclusión: Se mantiene el efecto en movilidad, reflejándose en una mejora de QoL física y mental. En cuanto a fatiga, la mejoría se detecta tras 9m y se mantiene hasta 12m. La mejoría cognitiva conseguida a los 9m se mantiene en atención y función ejecutiva.

LA ACTIVIDAD DIARIA Y SU RELACIÓN CON EL DAÑO ESTRUCTURAL O MICROSTRUCTURAL EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

Sola Valls, N. [1]; Martínez Heras, E. [2]; Solana, E. [3]; Sepúlveda, M. [1]; Prats Galino, A. [4]; Blanco, Y. [1]; Saiz, A. [1]; Llufriu, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Neurología. Institut d'Investigacions Biomè-

diques August Pi i Sunyer (IDIBAPS; 3. Servicio de Neurología. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS); 4. Servicio de Neurología. Universidad de Barcelona.

Objetivos: Determinar la relación entre la actividad diaria (AD) y estructuras cerebrales relacionadas con la marcha en pacientes con EM.

Material y métodos: A 35 pacientes y 19 voluntarios sanos (VS) se les realizó una resonancia magnética (3 Tesla) con secuencias estructural 3D y tensor de difusión (DTI). El tracto corticoespinal (TCE) se reconstruyó mediante tractografía probabilística, y se obtuvieron índices de DTI; se analizó el grosor cortical de áreas relacionadas con el TCE, el volumen del cerebelo, del tronco cerebral (TC) y de la médula espinal (ME, C1-C3). Todos los sujetos llevaron un acelerómetro durante 7 días, y se evaluó la puntuación de la Expanded Disability Status Scale (EDSS) en los pacientes.

Resultados: Los pacientes tenían una mediana de EDSS de 2.0 (rango, 0-6.0), y una duración media (DE) de la enfermedad de 9,9 (8,6) años. El promedio de AD (counts/día) fue menor en los pacientes que en los controles (media [DE]; 495,290 [188,030] vs. 630,832 [199,377], respectivamente; p=0,02). Se hallaron diferencias entre pacientes y VS en los índices de DTI del TCE, el grosor cortical parietal superior bilateral, el volumen cortical cerebeloso izquierdo, y el volumen de TC y ME (p<0,05). En pacientes, la AD se correlacionó con el volumen del córtex cerebeloso bilateral (r=0,6, p<0,001) y del TC (r=0,45, p=0,02), pero no con los índices de DTI del TCE, grosor cortical o volumen de la ME.

Conclusión: La integridad estructural del córtex cerebeloso y del tronco del encéfalo parece ser relevante para mantener la actividad diaria en pacientes con EM.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE COMIENZO TARDÍO EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Gómez Estévez, I.; Alvarez Alvarez, M.; El Berdei Montero, Y.; Fiz San Telesforo, M.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con EM de comienzo tardío (EMCT)

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que presentaron su primer síntoma de la enfermedad por encima de los 50 años.

Resultados: De los 329 pacientes de consulta de EM 19 (5.8%) era una EMCT. La edad media al diagnostico era 59.47. El tiempo medio de evolución es de 6.2 años con un retraso diagnostico de 3.8 años. Los síntomas clínicos de inicio fueron el déficit motor (26.3%) y sensitivo (26.3%), cerebeloso (21%), neuritis óptica (15.8%), y troncoencefálicos (5.2%). El 57.9% presentaba una forma RR al diagnóstico, de los cuales 2 han evolucionado a SP y el 42.1% debutó con una forma progresiva. La EDSS media al diagnosticó fue 2.1 y actualmente es 3.8. El 26.3% han presentado brotes en el tiempo de seguimiento. El 68.4% de los pacientes presentan alteración de marcha, siendo la más frecuente la paraparesia espástica El 42.1% tenían bandas oligoclonales y 5 pacientes presentaban alteraciones en PEV . Los diagnósticos previos erróneos más frecuentes, en los casos en los que hubo, habían sido ictus isquémico (3) y mielopatia espondiloartrosica (3). El 47.4% están en tratamiento inmunomodulador.

Conclusión: La ECMT supone un reto diagnóstico y de manejo en la consulta de neurología, al tratarse de un grupo de población poco estudiado en la bibliografía. Presenta peculiaridades clínicas como una mayor incidencia de formas progresivas y retraso en el diagnóstico El porcentaje de pacientes tratados es menor que en otros grupos de edad.

RETRASO HASTA CONCEBIR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO RETROSPECTIVO CASO-CONTROL

Cuello -, J.P.; Romero Delgado, F.; Garcia Dominguez, J.M.; Lozano Ros, A.; Goicoechea Briceño, H.; Higueras, Y.; Garcia-Tizón Larroca, S.; Leon Luis, J.; de Andrés, C.; Martinez Ginés, M.L.

Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: Los efectos del embarazo en la esclerosis múltiple (EM) han sido investigados en varios estudios, pero carecemos de estudios epidemiológicos que indiquen el retraso en concebir que pueden tener las mujeres con EM. Este asunto es de gran importancia ya que se recomienda suspender los fármacos modificadores del a enfermedad (FME) previo al embarazo.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional. Se analizan datos epidemiólogos de una cohorte de pacientes con EM, embarazadas entre 2007-2012. Se comparan los resultados con una cohorte de pacientes sanas, elegidas al azar de nuestro mismo centro.

Resultados: Pacientes EM: 15, teniendo la forma remitente-recurrente 13 (87%), progresiva con brotes 1 (6%) y secundaria progresiva 1 (6%). EDSS media al embarazo: 1 (0-5). Tasa anualizada de brotes: preembarazo 0,5, durante embarazo 0,3, postembarazo 0,4. Tiempo desde el diagnóstico hasta el embarazo fue de 9,2 años (2-22). Siete pacientes recibieron FME antes del embarazo, con 3 exposiciones prenatales. Media de retraso en concebir 3,6 meses (0-11). Embarazos no deseados 1 (6%). Antecedentes de abortos 4 (26%). Historial reproductivo: 10 primiparas, 3 secundíparas, 2 multíparas. Tratamiento infertilidad 2 (13%). Grupo control 24 mujeres: retraso medio en concebir 3,6 meses (0-24). Embarazos no deseados 5 (20%, P<0,05). Abortos previos 3 (12,5%, p>0,5). Once primíparas, 12 secundíparas, 1 multipara. Tratamiento por infertilidad 2 (8%, p<0,05).

Conclusión: No hubo diferencias en retraso hasta concebir entre mujeres con EM y controles. Hubo mayor incidencia de reproducción asistida e historial de abortos en pacientes con EM, y mayor porcentaje de embarazos no planificados en mujeres sanas.

VOLUMETRÍA CEREBRAL POR SIENAX EN EL SEGUIMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Pérez Sánchez, S.; Eichau Madueño, S.; Domínguez Mayoral, A.M.; Rus Hidalgo, M.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: La medición de la atrofia cerebral se ha convertido en una técnica más del repertorio habitual de técnicas de resonancia magnética en la esclerosis múltiple. Nuestro objetivo es evaluar el papel que tiene la volumetría cerebral en el seguimiento de la EM.

Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes en los que se realizó una volumetría cerebral mediante el software SIENAX: volumen cerebral total, sustancia blanca, sustancia gris, sustancia gris periférica y LCR ventricular. Se realizó un seguimiento recogiendo datos de progresión, brotes y discapacidad.

Resultados: Se obtuvieron datos de 60 pacientes, 42 mujeres y 18 varones. El 80% eran formas remitentes. El tiempo medio de seguimiento fue de 9,07 meses. La edad media fue de 32,52 años. La EDSS al inicio del estudio fue de 2,77 y al final fue de 2,9. El 18,3% presentó brotes y el 28,3% una progresión mantenida en el seguimiento. No encontramos ninguna relación estadísticamente significativa entre la volumetría por SIENAX y la presencia o no de brotes y progresión. Respecto a la discapacidad al final del estudio, encontramos una relación negativa estadísticamente significativa entre la EDSS y el volumen cerebral total (r -0,342, p 0,007), sustancia gris (r -0,287, p 0,026) y sustancia gris periférica (r -0,316, p 0,014).

Conclusión: Aunque la volumetría cerebral realizada en un corte transversal no ha demostrado tanta utilidad como la reali-

zada en estudios longitudinales, nuestros datos ponen de manifiesto que tanto el volumen cerebral total como el volumen de sustancia gris son predictores de discapacidad en EM.

IMPLICACIÓN DEL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO MODIFICABLE EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

Reyes Garrido, V. [1]; Muñoz Ruiz, T. [1]; Urbaneja Romero, P. [2]; Reyes Bueno, J.A. [1]; Sánchez García, J.A. [1]; Guerrero Fernández, M.M. [1]; León Martín, A. [1]; Gallardo Tur, A. [3]; Postigo Pozo, M.J. [4]; Fernández Sánchez, V.E. [4]; Bustamante Toledo, R. [1]; Fernández Fernández, O. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 2. Servicio de Neurología. Instituto IBIMA; 3. Servicio de Neurología. Instituto IBIMA. Hospital Quirón.; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Regional Universitario de Málaga; 5. Servicio de Director de investigación. Instituto IBIMA

Objetivos: El tabaquismo ha emergido como factor de riesgo que aumenta la susceptibilidad al desarrollo de esclerosis múltiple (EM) y que podría condicionar una peor evolución clínica. Investigamos si existen datos de peor pronóstico en una muestra de pacientes con EM remitente recurrente, distribuida en dos grupos: fumadores y no fumadores.

Material y métodos: Incluimos 53 pacientes (17 varones y 36 mujeres): 26 fumadores y 27 no fumadores. Recogimos variables epidemiológicas y clínicas (tasa anual de brotes (TAB), discapacidad medida por EDSS) durante un seguimiento de 3 años tras el diagnóstico. Calculamos, en la resonancia realizada al diagnóstico, mediante software JIM, número y volumen de lesiones en T2, número y volumen de agujeros negros (AN), número de lesiones captantes y número de lesiones medulares. Estimamos también, mediante software FSL, el volumen cerebral total (VCT), volumen de sustancia gris (VSG) y volumen de sustancia blanca (VSB).

Resultados: El grupo de fumadores presentaba mayor TAB al primer, segundo y tercer año; así como mayor puntuación EDSS al diagnóstico, 1, 2 y 3 años. Mostraba también mayor número y volumen de lesiones y AN y mayor número de lesiones captantes y medulares, así como mayor VCT y VSB, pero menor VSG. Ninguna de estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Conclusión: Existe una tendencia a un peor pronóstico en pacientes con EM remitente recurrente fumadores frente a no fumadores. La significación estadística podría alcanzarse con un mayor tamaño muestral. Consideramos estos resultados una razón de peso añadida a las ya conocidas para desaconsejar este hábito perjudicial en pacientes afectos de EM.

LA AMPLITUD DE LAS FLUCTUACIONES DE BAJA FRECUENCIA ESTAN ASOCIADAS CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL EN ESTADO DE REPOSO

Ramió Torrentà, L. [1]; Blasco, G. [2]; Biarnés, C. [2]; Gich, J. [1]; Rivero, M. [1]; Salavedra, J. [1]; Beltrán, B. [1]; Daunis-i-Estadella, P. [3]; Pedraza, S. [2]; Puig, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 3. Departamento de Ciencias de la Computación, Matemática Aplicada y Estadística. Universitat de Girona

Objetivos: Investigar las diferencias en la amplitud de las fluctuaciones de baja frecuencia (ALFF) en RM functional "resting-state" (rs-fMRI) en cohortes de sujetos con esclerosis múltiple (EM) y evaluar la relación de ALFF con ansiedad y depresión

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con síndrome radiológicamente aislado o clínicamente aislado (23), EM primaria o secundaria progresiva (PP/PS) (35), EM remitente-recurrente (24) y 30 controles sanos. Se realizó rs-fMRI con aparato de 1.5T. Se realizó análisis estadístico que incluyó cálculo y normalización de los mapas ALFF, obtención de los valores promedio de las regiones anatómicas de interés automatizadas. Se calcularon los volúmenes totales de la materia blanca y gris. Se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión HAD. Para evitar los efectos de confusión de la edad o la educación sobre el rendimiento cognitivo, usamos los valores residuales no estandarizados de la regresión entre las puntuaciones cognitivas y estos factores para todos los análisis

Resultados: La subescala de depresión de HAD se encontraron diferencias entre EM PP/PS y los controles ($p<0,018$). Las diferencias en las puntuaciones de la subescala de ansiedad de HAD se explicaron por la media de ALFF en el cíngulo posterior izquierdo ($p=0,004$). El mejor modelo ANCOVA para explicar puntuaciones de la subescala de depression de HAD entre los grupos incluía la media de ALFF en corteza cingulada media izquierda ($p=0,029$), gyrus frontal inferior izquierdo ($p=0,011$), gyrus frontal medio izquierdo ($p=0,001$) y gyrus temporal superior derecho ($p=0,033$)

Conclusión: ALFF en rs-fMRI se asocia con puntuaciones de ansiedad y depresión en pacientes con EM

MORBILIDAD PREVIA AL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CLÍNICO AISLADO O ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DESMIELINIZANTES

Vinueza Buitrón, P.R.; Garrido Fernandez, A.; Velázquez Benito, A.; García Fernandez, L.; Iñiguez Martínez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: -Describir las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Clínico Aislado (CIS) y Esclerosis Múltiple (EM) de la consulta monográfica de Desmielinizantes. -Describir las enfermedades existentes previamente al diagnóstico de CIS y EM. -Comparar las enfermedades preexistentes al diagnóstico con la prevalencia de la población general de España.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestreo por conveniencia secuencial en un periodo de Noviembre de 2015 a mayo de 2016 de pacientes con diagnóstico de EM o CIS de la consulta de Desmielinizantes. Se analizaron los antecedentes patológicos personales, y las proporciones se compararon con la prevalencia poblacional Española mediante Chi Cuadrado para una sola proporción.

Resultados: De un total de 239 pacientes el 61.9% de los pacientes son mujeres con una edad media de 34.4 años (IC95% 32.7-36.09). El 38,8% hombres con edad media de 32.7 años (IC95% 30.7-34.7). Se recogieron un total de 145 enfermedades de entre los antecedentes médicos personales, las más frecuentes fueron tabaquismo con un 31.2%, enfermedades psiquiátricas (14.3%), enfermedades osteoarticulares (12.3%), alergias medicamentosas (9.7%), migraña (7.2%). Los antecedentes que se observaron con una proporción mayor estadísticamente significativa con respecto a la prevalencia nacional fueron: trastorno de ansiedad(6.3%), anemia ferropénica(3.8%), diabetes mellitus tipo 1(1.7%), neuralgia del trigémino(0.8%), y neuronitis vestibular(0.4%).

Conclusión: Los antecedentes patológicos de los pacientes con EM o CIS tienes una proporción mayor a la prevalencia nacional en trastornos psiquiátricos, enfermedades autoinmunes y síndromes dolorosos.

SÍNDROME ESPÁSTICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. UTILIDAD DE UNA ENCUESTA PARA LA DETECCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Samaniego Toro, D.M.; Canento Sánchez, T.; Ciurans Molist, J.; Presas Rodriguez, S.; Ramo Tello, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de Síndrome Espástico (SE) (rigidez muscular, espasmos, alteración del sueño, trastornos esfinterianos, dificultad para la marcha y dolor) en una muestra de pacientes con EM. 2. Valorar la utilidad de una encuesta sobre espasticidad. 3. Concordancia entre la percepción del explorador y los resultados de la encuesta.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, de pacientes con EM que acudieron a la consulta de forma consecutiva durante 2 meses. Se estudiaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

Resultados: 91 pacientes, 65% mujeres, edad media 47, evolución de enfermedad 11+/-7 años, EDSS 3.0 (1.5-5.5), 79% EMRR. Anamnesis: 54% presentaban SE (EMRR 49%, EMPP 67%, EMSP 80%), 20% moderada o severa. Exploración: 16% rigidez muscular. Encuesta: 37% espasmos nocturnos, 32% espasmos diurnos, 23% alteración del sueño, 58% disfunción urinaria, 18% dolor relacionado con espasticidad, 34% dificultad para la deambulación, 56% dificultad para actividades de la vida diaria. Los espasmos diurnos, el dolor y la rigidez muscular se asociaron con SE de forma significativa ($p=0.02$, $p<0.001$, $p=0.007$). El SE se relacionó con mayor EDSS ($p<0.001$) y peor calidad de vida ($p=0.014$). El 33% de los pacientes con SE estaban en tratamiento farmacológico sin claro beneficio, un 7% utilizaban terapias alternativas.

Conclusión: La mitad de nuestra muestra de pacientes con EM presentó SE, siendo más prevalente en la EMSP. Los espasmos diurnos, el dolor y la rigidez muscular fueron los síntomas más asociados al SE. La encuesta fue una herramienta útil para la detección de los síntomas.

VARIABLES CLIMÁTICAS EN LA EM. ¿INFLUYEN SOBRE LOS BROTES?

Dotor García-Soto, J.; Meca Lallana, V.; Palmí Cortés, I.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Analizamos la posible influencia de las variables climáticas sobre la evolución de los pacientes con EM en cuanto a número y características de brotes y cambios en discapacidad

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes en seguimiento en nuestra Unidad con EMRR con brotes tratados con corticoides en U.de Medicina Ambulatoria entre julio de 2015-2016. Se recoge tiempo de evolución, tratamiento actual y previos,EDSSpre y postbrote,características del mismo y tratamiento recibido. Así mismo recogemos datos de temperatura(T), presión atmosférica(P), radiación solar(UVB), nubosidad y humedad relativa(HR) procedentes de registro AEMET al día de inicio.

Resultados: Presentamos aquí resultados provisionales a los seis meses. Se obtuvo una n=29(72.4%mujeres) de edad media 38.25(DS±9.37),tiempo medio de evolución de 14.28años(DS±6.73) y tasa de brotes media 0.79(DS±0.94), con 65.5% de pacientes tratados, media de tratamientos previos 1.07(DS±1.13) y media de tiempo con último tratamiento al brote de 9.46años(DS±14.6). Se obtuvo un predominio de brotes en verano coincidiendo con valores máximos de T, UVB y menor HR y P,11 de los mismos en julio($p=0.4$). Así mismo se evidencia asociación de los mismos en noviembre, mes de máxima variación de P con diferencias diarias de hasta 40 décimas de hectopascal y mínimos niveles de UVB, no encontrandose relación significativa de las restantes variables recogidas(gravedad,clínica,discapacidad,respuesta a tratamiento...).

Conclusión: En los seis primeros meses encontramos relación en cuanto a número de brotes presentados en los meses más cálidos así como en aquellos con mayores variaciones de la P. Consideramos necesario futuros estudios para una mejor caracterización de dicha relación así como otros posibles factores relacionados intercurrentes.

PREFERENCIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE QUE OPTAN POR UN TRATAMIENTO INYECTABLE MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD

Vera Monge, V.A. [1]; Berdei Montero, Y. [2]; Dominguez Diez, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Describir los factores asociados a la elección del tratamiento de primera línea en pacientes con esclerosis múltiple.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 320 pacientes del registro de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario de Salamanca. Se estudió la preferencia en aquellos que cumplían criterios para elegir su propio tratamiento inyectable de primera línea. Se recogieron los motivos de su elección, datos de eficacia, seguridad y cambio de tratamiento.

Resultados: Se identificaron 209 pacientes con tratamiento activo, 34 de ellos cumplieron criterios para elegir voluntariamente entre 4 fármacos inyectables (Avonex©, Rebif©, Betaferon© y Copaxone©). En 32(94,4%) la forma de enfermedad era la remitente recurrente, 29(82,9%) eran mujeres. 24(68,6%) optaron por los interferones y 11(31,4%) por el Acetato de Glatiramer. Entre los motivos de su elección se objetivó que 20(57,1%) consideraba que la baja frecuencia de efectos adversos era la razón principal de su elección, en 16(45,7%) fueron los datos sobre la eficacia del medicamento, en 15(42,9%) la frecuencia de administración y en 6(17,1%) fue la comodidad de la administración; posteriormente 14(40%) precisaron cambio de medicación, 9(25,7%) por respuesta subóptima, 4(11,4%) por la presencia de efectos adversos; y 1(2,9%) por embarazo.

Conclusión: La baja tasa de efectos adversos fue la razón más valorada por los pacientes a la hora de elegir un tratamiento, por encima de la frecuencia de administración. La causa más frecuente de cambio fue la respuesta subóptima. Es de esperar que la introducción de nuevos fármacos orales y factores económicos cambien las preferencias de tratamiento.

Enfermedades Neuromusculares I

INHIBIDORES DE TIROSÍNQUINASA COMO NUEVO AGENTE TERAPÉUTICO PARA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: ESTUDIOS PRECLÍNICOS IN VITRO E IN VIVO

Piñol Jurado, P. [1]; Gallardo Vigo, E. [1]; de Luna Salvà, N. [1]; Lleixà Rodríguez, C. [1]; Gómez Gálvez, P. [2]; Escudero Cuadrado, L.M. [2]; de la Oliva Muñoz, N. [3]; Martínez Muriana, A. [3]; Navarro Acebes, X. [3]; Illa Sendra, I. [1]; Díaz Manera, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Departamento de Biología Celular, Universidad de Sevilla and Instituto de Biomedicina de Sevilla (IB. Hospital Virgen del Rocío; 3. Instituto de Neurociencias y Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. UniversitatAutònoma de Barcelona

Objetivos: El proceso de fibrosis muscular en la distrofia muscular de Duchenne (DMD) es complejo y está influenciado por diversas citoquinas y factores de crecimiento. Los fármacos anti-

tirosínquinasa han demostrado efectividad en enfermedades fibróticas crónicas como la fibrosis pulmonar primaria. Estudiamos si uno de estos fármacos podría ser efectivo ralentizando la fibrosis en DMD.

Material y métodos: Estudiamos la influencia del fármaco en la proliferación, quemotaxis y expresión génica de fibroblastos humanos realizando curvas de crecimiento, ensayos de migración celular y Real Time PCR. Estudiamos el efecto del fármaco en la función y estructura muscular en ratones mdx de 10 meses de edad tratados durante un mes y lo comparamos con ratones mdx no tratados y ratones control C57BL/6N de la misma edad utilizando DigiGait, electromiografía y estudios histológicos computarizados. Utilizamos la prueba de t-Student considerando significativas $p<0.05$.

Resultados: El fármaco bloqueó significativamente la proliferación y la quemotaxis de los fibroblastos humanos in vitro. Observamos un descenso en la expresión de colágeno-I por parte de los fibroblastos tratados comparados con los controles. No se observaron diferencias en la función muscular del ratón en los estudios de DigiGait, pero el EMG detectó una mejoría en las características de los PUM en los animales tratados. Estudios histológicos mostraron una reducción significativa de infiltrados inflamatorios y de área de tejido fibrótico en secciones de diafragma ($p<0.001$) y cuádriceps($p=0.03$) de animales tratados comparados a no tratados.

Conclusión: Los inhibidores de la tirosínquinasa podrían ser un fármaco efectivo en la distrofia muscular de Duchenne interfiriendo en el proceso de fibrosis tisular.

DISTROFINOPATÍA EN ADULTOS: ANÁLISIS FENOTÍPICO Y MOLECULAR

Pardo Galiana, B. [1]; Macías, D. [1]; Ávila Polo, R. [2]; Cabrera Serrano, M. [1]; Rivas Infante, E. [2]; Paradas López, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Las distrofinopatías son las distrofias musculares más frecuentes en la infancia manifestándose con fenotipo grave o Duchenne. En la población adulta tienen una expresión fenotípica muy variable, soliendo guardar relación al tipo de mutación y grado de expresión de la proteína, aunque están describiéndose nuevos factores modificadores relacionados con la vía Notch. Nuestro objetivo es analizar la relación entre fenotipo y genotipo en un grupo de distrofinopatías en adultos.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes adultos diagnosticados de distrofinopatía en nuestra Unidad de Enfermedades Neuromusculares. Recogemos información sobre fenotipo clínico, biopsia muscular, expresión de proteína, y tipo de mutación en gen DMD.

Resultados: Incluimos 48 pacientes recogidos en nuestra base de datos, 87.5% hombres y 12.5% mujeres, constituyendo el 7.9% de los pacientes con enfermedades musculares. La distribución fenotípica fue 52.4% Becker(BMD), 23.8% Duchenne, 12% pseudometabólico, 9.5% hiperCKemia y 2.3% miocardiopatía aislada. Del grupo BMD, 50% presentaba únicamente debilidad proximal en miembros inferiores. De aquellos con fenotipo pseudometabólico o hiperCKemia(21.5%), 3 presentaban exploración normal(7.2% de la cohorte), y 5 únicamente hipertrofia de pantorrillas. Destacamos que de estos 8 pacientes sin debilidad con edad media 19 años(rango 17-63) y evolución media desde el diagnóstico 13 años(rango 6-26), 4 portaban una mutación out of frame.

Conclusión: Los pacientes adultos con distrofinopatías presentan amplia variabilidad fenotípica, pudiendo dar lugar a retraso diagnóstico. En nuestra serie encontramos pacientes con fenotipo más leve del esperado atendiendo al tipo de mutación que portan. Estos pacientes constituyen la población ideal para estudiar factores modificadores de fenotipo, aplicables en futuros estudios terapéuticos.

ESTUDIO DEL PATRÓN DE AFECTACIÓN MUSCULAR MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN UN COHORTE DE 181 PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR POR DÉFICIT DE DISFERLINA PARTICIPANTES EN EL COS STUDY

Díaz Manera, J. [1]; Fernández Torrón, R. [2]; Llauger Rosello, J. [3]; James, M. [2]; Mayhew, A. [2]; Smith, F. [4]; Rufibach, L. [5]; Jacobs, M. [6]; Consorcio, T.J.C.C. [7]; Bushby, K. [2]; Straub, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Institute of Genetic Medicine. The John Walton Muscular Dystrophy Research Centre; 3. Servicio de Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 4. Servicio de Radiology. International Centre for life; 5. Servicio de Jain Foundation. Jain Foundation; 6. Servicio de Division of Biostatistics and Study Methodology. Children's National Health System; 7. Servicio de Neurology. Jain Foundation

Objetivos: Mutaciones en el gen DYSF son responsables de diversos fenotipos musculares incluyendo la distrofia muscular de cinturas 2B y la miopatía distal de Miyoshi. No se conoce con exactitud cuál es el patrón de afectación muscular por RM de cuerpo entero en pacientes con esta enfermedad ni su posible relación con factores genéticos, demográficos o funcionales motores.

Material y métodos: El estudio COS es un estudio internacional multicéntrico prospectivo que incluye 181 pacientes con mutaciones en el gen DYSF. Se ha realizado seguimiento clínico y mediante resonancia magnética por un período de 4 años. Presentamos el análisis de la secuencia T1 de la RM muscular de la visita basal y analizamos mediante heatmaps los músculos más frecuentemente afectos en la cohorte.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 181 pacientes con diagnóstico de disferlinopatía. Se analizaron los músculos por secciones. Los músculos más frecuentemente afectos fueron los siguientes: en brazos, el bíceps y flexor de los dedos; en zona escapular: subescapular, infraespinoso, supraespinoso y romboides; en tronco, musculatura paraespinal y en extremidades inferiores: tensor de la fascia lata, grupo posterior de los muslos, gemelos y soleo. No encontramos correlación entre el fenotipo clínico, el tipo de mutación o la raza y el patrón de afectación muscular. Sí encontramos correlación entre el grado de afectación muscular y las pruebas funcionales musculares (Pearson, $p<0.001$).

Conclusión: El estudio COS ha permitido definir el patrón de afectación por RM muscular en pacientes con mutaciones en DYSF. Hemos encontrado una buena correlación entre la RM muscular y las pruebas funcionales realizadas.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MUSCULAR EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE POMPE DEL ADULTO TRATADOS CON TERAPIA ENZIMÁTICA SUBSTITUTIVA

Belmonte Jimeno, I. [1]; Pedrosa Hernández, I. [1]; Figueroa Bonaparte, S. [2]; Segovia Simon, S. [2]; Bascuñana Ambrós, H. [3]; Cuartero Archs, J. [1]; Illa Sendra, M. [2]; Díaz Manera, J. [2]

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación-Fisioterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La enfermedad de Pompe de inicio tardío (LOPD) es una enfermedad genética caracterizada por una debilidad muscular esquelética y respiratoria lentamente progresiva. Desde hace

años disponemos de una terapia enzimática substitutiva (ERT), sin embargo no se conoce de forma exacta si el tratamiento modifica o mantiene la función muscular de los pacientes a largo plazo.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes LOPD tratados con ERT y seguidos durante 3 años mediante balance muscular manual, miometría, pruebas funcionales motoras y escalas de actividades de la vida diaria. El análisis estadístico se ha realizado mediante estudio de ANOVA considerando significativos $p<0.05$.

Resultados: Hemos incluido 14 pacientes (68% mujeres) con una edad media de 50,2 años y un tiempo medio de tratamiento de 5,5 años (rango 1-10 años). No hemos observado diferencias significativas en ninguno de los test motores realizados en los tres años de seguimiento de los pacientes incluyendo 6 minutes walking test, time up and go, motor function measure, time to climb and to descend 4 steps y Activlim. Evidenciamos un descenso significativo de la CVF en los pacientes tratados durante los tres años de seguimiento (p: 0.004). No obstante ninguno de los pacientes debió iniciar soporte ventilatorio durante el seguimiento

Conclusión: El tratamiento con ERT es eficaz en mantener la fuerza muscular y la función motora de pacientes con LOPD en un estudio a largo plazo. Hemos evidenciado no obstante una caída de la función respiratoria a pesar del tratamiento con ERT en nuestra serie.

SERIE DE 4 PACIENTES CON MUTACIÓN EN ANO5 CON HIPERCKEMIA ASINTOMÁTICA

Ivánovic Barbeito, Y.P. [1]; Domínguez González, C. [2]; Cantero Montenegro, D. [2]; Gonzalo Martínez, J.F. [2]; Hernández Laín, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La HiperCKemia asintomática es motivo de consulta frecuente en unidad de patología neuromuscular.

Material y métodos: Una vez descartadas las causas sistémico-metabólicas, tóxicas, o la existencia de MacroCK; cabe considerar etiologías neuromusculares que puedan justificar una hiperCKemia asintomática o paucisintomática: Distrofias, miopatías metabólicas, miopatías congénitas e inflamatorias.

Resultados: Describimos una serie de 4 pacientes, 2 mujeres de 55 y 46 años y 2 hombres de 52 y 39 años en estudio por hiperCKemia asintomática. Las cifras de CPK en estos 4 pacientes tenían un rango entre 600 y 6000 UI/l. En los cuatro todos los estudios complementarios fueron normales, incluyendo exploración neurológica, EMG y RMN muscular. Las biopsias musculares fueron normales o mostraron cambios inespecíficos, salvo en 1 paciente con datos de miopatía inflamatoria que fue tratado con corticoides sin existir disminución de la cifra de CPK. En el estudio genético realizado mediante un panel de genes dirigido a miopatías se identificaron mutaciones patogénicas en homocigosis o en heterocigosis compuesta en el gen ANO5 en los 4 pacientes.

Conclusión: Las mutaciones en ANO5 son responsables de distrofias de cinturas recesivas (LGMD2L), 70%, Distrofias musculares distales (MMD3) 20%, y más raramente de hiperCkemias asintomáticas <10%. Mutaciones en este gen son responsables de casi un 50% de LGMD2 no filiadas y >90 % de MMD no filiadas. Finalmente, las Anoctaminopatías son también una causa potencialmente frecuente de hiperCPKemia asintomática y que por tanto deben considerarse precozmente en el diagnóstico diferencial en estos pacientes.

EFICACIA DEL TRATAMENTO EN PACIENTES CON MIASTENIA CON ANTICUERPOS ANTI-MUSK

Cortés Vicente, E.; Rojas García, R.; Díaz Manera, J.; Querol Gutiérrez, L.A.; Illa Sendra, I.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Estudiar la respuesta al tratamiento en nuestra serie de pacientes con Miastenia Gravis (MG) anti-MuSK.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes con MG anti-MuSK. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), clínicos basales (MGFA, título de MuSK, tratamiento y dosis) y de seguimiento (PIS, título de MuSK y tratamiento en la última visita, necesidad de reinfusión).

Resultados: Identificamos 19 pacientes con MG anti-MuSK. La edad media de debut fue 43.7 años, el 84.2% eran mujeres. 16 pacientes (84.2%) debutaron con clínica bulbar, 3 pacientes (15.8%) presentaban clínica ocular al debut. 7 pacientes (36.8%) presentaron durante la evolución una situación de riesgo vital (MGFA IVB o V). El tratamiento eficaz fue la prednisona en 5 pacientes (26.3%) y la prednisona junto con otro inmunosupresor en dos (10.5%). Una paciente presentó únicamente síntomas oculares y no requirió inmunosupresión. De 11 pacientes farmacoresistentes, 8 respondieron a rituximab (72.7%), dos a ciclofosfamida (18.2%), una paciente rechazó ambos tratamientos. Uno de los pacientes tratados con rituximab requirió una reinfusión por empeoramiento clínico. Ningún paciente presentó efectos adversos graves. En la última visita, 9 pacientes estaban en remisión completa estable (CSR), 4 en remisión farmacológica (PR), 5 en manifestaciones mínimas (MM) y uno sin cambios (U). 5 pacientes negativizaron anticuerpos (1 prednisona, 3 rituximab, 1 ciclofosfmida).

Conclusión: El 36.8% de los pacientes con MG anti-MuSK presentaron buena respuesta clínica a prednisona sola o con un segundo inmunosupresor. Todos los pacientes farmacoresistentes presentaron una excelente respuesta a rituximab o ciclofosfamida, sin presentar efectos adversos graves.

EXPOSICIÓN A FÁRMACOS ASOCIADOS A AGRAVAMIENTO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

Such Díaz, A. [1]; Díaz Marín, C. [2]; Sánchez Pérez, R. [2]

1. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Leonor; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Estimar la exposición a fármacos relacionados en literatura con agravamiento de síntomas (FRA) en miastenia gravis (MG) y episodios de agravamiento (EA) en una cohorte de pacientes de MG. Explorar posibles relaciones entre la aparición de EA y las variables recogidas.

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva de todos los pacientes con MG seguidos en consulta de Neurología hospitalaria (seguimiento 01/08/2012 a 31/08/2015). Realizamos una revisión bibliográfica elaborando una lista de FRA. Revisamos las historias clínicas recogiendo edad, sexo, diagnóstico, fecha diagnóstico, estadio Osserman máximo alcanzado ≤IIa (OMAIIa) y en última consulta (OCIIa), timectomía, medicamentos prescritos ambulatoriamente y periodo prescripción, EA corroborados por neurólogo y fecha aparición. Para explorar posibles relaciones de las variables con EA se construyó un modelo de eventos múltiples y analizó con el método Andersen-Gill.

Resultados: 57 pacientes con MG, 43,9% mujeres, edad media 62,93 (15,59) años, 49,1% con MG ocular, 56,1% OMAIIa, 87,7% OCIIa, 22,8% con timectomía, 31,6% al menos un ingreso por cualquier causa. 54,39% tuvo al menos un EA. 81 EA contabilizados. Tasa de EA por persona y año de 0,55. 85,96% recibió al menos 1 FRA. Modelo Andersen-Gill: HR para FRA 2,33 (1,13-4,81), diagnóstico HR 0,44 (0,27-0,72), OMAIIa HR 6,13 (2,81-13,38), timectomía HR 0,30 (0,20-0,47) ($p<0,05$). No encontramos relación con el resto de variables.

Conclusión: Mayoría de pacientes estuvieron expuestos a FRA. En esta cohorte estar expuesto a FRA, tener MGG, Osserman má-

ximo mayor de IIa y no estar timectomizado se relacionó con mayor probabilidad de sufrir un EA.

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PACIENTES CON ENFERMEDAD DE POMPE EN EL ADULTO

Segovia Simón, S. [1]; Figueroa Bonaparte, S. [1]; Belmonte Jimeno, I. [2]; Pedrosa Hernández, I. [2]; Escola Lafontana, C. [1]; Lleixà Rodríguez, M.C. [1]; Illa Sendra, I. [1]; Díaz Manera, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Fisioterapia y Rehabilitalción. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La enfermedad de pompe de inicio tardío (LOPD) se caracteriza por debilidad muscular progresiva. "Patient reported outcome mesures" son útiles para valorar el efecto del tratamiento y progresión de la enfermedad en calidad de vida y actividades de la vida diaria. Estudiamos la calidad de vida percibida en una cohorte de LOPD.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes LOPD seguidos durante 3 años. Se contestaron dos cuestionarios de calidad de vida: Individualized Neuromuscular Quality of Life Questionnaire (INQOL-puntuación 0-100; mayor puntuación, peor calidad de vida) y el cuestionario Short-Form Health survey (SF-36, puntuación 0-100; mayor puntuación, mejor calidad de vida). Realizamos el análisis estadístico mediante estudio de T de Student, S de Spearman y ANOVA considerando significativos $p<0.05$.

Resultados: Incluimos 29 pacientes de los que 18% eran presintomáticos. La mediana de puntuación total del InQoL fue de 33,61, del SF-36 componente físico fue de 53,75 y del componente mental fue de 65,39. Encontramos diferencias significativas entre sintomáticos y presintomáticos en ambas escalas. Existiendo una buena correlación entre el resultado de los cuestionarios y la función motora de los pacientes. No encontramos diferencias en el análisis prospectivo de los datos en el 2º y 3er año de seguimiento.

Conclusión: Este estudio ha permitido conocer qué percepción tienen los pacientes del modo en que la enfermedad les afecta en diferentes aspectos de la vida diaria. Hemos observado que la enfermedad influye en los aspectos físicos de la vida diaria, pero también a las relaciones sociales, las emociones, el estado anímico o la vitalidad de los pacientes.

MIASTENIA GRAVIS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 102 PACIENTES

Rodríguez de Rivera Garrido, F.J.; Fernandez-Fournier Fernandez, M.; Tallon Barranco, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune adquirida que produce fatigabilidad muscular focal o generalizada por el bloqueo de la unión neuromuscular. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes de MG atendidos en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de Miastenia Gravis atendidos en nuestro hospital durante 2015. Se valoran datos de sexo, edad, grado de afectación según la escala de Osserman, el tipo de afectación autoinmune y el tratamiento recibido.

Resultados: 102 pacientes fueron atendidos durante 2015 (M 58 / H 44) con una edad media de 56,86 años. El tiempo medio de seguimiento de estos enfermos era de 2061,77 días. 91 (89,21%) pacientes tenían Ac anti RAch (14,57 nmol/L de media) y 2 (1,96%) Ac anti MUSK. En el momento de corte 18 (17,64%) estaban asintomáticos, el resto se encontraban según la escala de Osserman en grado de afectación I (35 / 34,31%), IIA (23 / 22.54%), IIB (17 / 16.66%), III (4 / 3,92%) o IV (5 / 4,9%). El tratamiento más utilizado es la piridostigmina (81 / 79.41%), seguido de los inmunosupresores (34 / 33.33%. 23 de ellos azatioprina) y los corticoides orales (33 / 32.35%). En 5 (4,9%) casos se habían usado Inmunoglobulinas y en 12 (11,76%) la Timectomía. 19 (18,62%) pacientes ya no recibían tratamiento.

Conclusión: Las características clínicas, inmunológicas y terapéuticas son similares a las descritas en la literatura aunque destaca el alto porcentaje de pacientes con síntomas exclusivamente oculares o asintomáticos.

CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ELA DE DEBUT PRECOZ Y TARDÍO

García Molina, E. [1]; Espinosa Oltra, T. [2]; Paipa Merchan, A. [3]; Dominguez Rubio, R. [3]; Turón Sans, J. [3]; Povedano Panadés, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La aparición de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es más frecuente en la sexta década de vida, pero puede aparecer en cualquier momento de la edad adulta. Nuestro objetivo es describir pacientes con debut en jóvenes y ancianos, y buscar diferencias en fenotipo y supervivencia.

Material y métodos: 221 pacientes de nuestra unidad de ELA que cumplían Criterios del Escorial para ELA probable o definitiva. Media edad 68. Seleccionamos un grupo de debut en jóven (<50 años), y otro grupo de debut tardío (>75 años).

Resultados: En general predominio masculino (58,4 %) e inicio espinal (68,3%). La media del retraso diagnóstico fue de 11,9 meses, con una supervivencia media de 40 meses. De inicio joven 35 pacientes: debut espinal 84,6 %, retraso diagnóstico más corto (media 8,3 meses, p 0,043), y supervivencia media de 39 meses. Grupo de inicio tardío 41 pacientes: debut bulbar (41,4 %), media del retraso diagnóstico 9,8 meses y supervivencia 31 meses. Los pacientes jóvenes recibieron con mas frecuencia ventilación mecánica y gastrostomía, sin embargo, el menor retraso diagnóstico, fue el único factor relacionado con una progresión más rápida de la enfermedad en el análisis multivariante de Cox (HR 1,96, p> 0,001). Demostramos una mutación SOD en un paciente de inicio joven y 7 pacientes tenían mutaciones C9.

Conclusión: La edad de inicio se relaciona con la presentación fenotípica con consecuencias en términos de diagnóstico genético, tratamiento de soporte y pronóstico. El retraso diagnóstico es el indicador más robusto de progresión de la enfermedad, sin embargo deben tenerse en cuenta otros factores.

ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN EL HOSPITAL LA PAZ-CARLOS III. COMPARACIÓN CON LA LITERATURA

Álvarez Fraga, J.; Hernández Barral, M.; Rodríguez de Rivera Garrido, F.J.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz

Objetivos: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa de las motoneuronas que produce una debilidad progresiva de la musculatura esquelética. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes con ELA atendidos en nuestra área para determinar si reproducen los datos descritos en la literatura.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con criterios de ELA probable o definida recogiéndose datos de sexo,

edad de inicio, subtipo, antecedente de tabaquismo, historia familiar, utilización de BIPAP, traqueotomía o gastrostomía, desarrollo de demencia y éxitus, estudio de relación entre variables, así como estudio promediado de la velocidad de deterioro de la escala funcional ALSFRS-R y la capacidad vital forzada.

Resultados: Se analizaron 286 pacientes, un 62% hombres y un 37% mujeres con una edad media de inicio de 56 años, con síntomas espinales en un 69,2%, 26,2% bulbares y 1,4% respiratorios, siendo un 4,2% de los casos familiares. Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y el inicio bulbar al igual que entre los pacientes más jóvenes y la afectación espinal. Un 5,6 % presentaba demencia siendo ésta más frecuente en aquellos con un inicio bulbar. El deterioro en la escala ALSFRS-R y en la CVF fue mayor durante los primeros 24-36 meses con una progresión más lenta posteriormente.

Conclusión: Los resultados de nuestra muestra son similares a los publicados en la literatura en relación a las variables principales, relación entre ellas y progresión del deterioro aunque con una edad de inicio discretamente más temprana y mayor incidencia en hombres.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DE NEUROIMAGEN Y PATRÓN DE PROGRESIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Vázquez Costa, J.F. [1]; León Fabregas, M. [2]; Domenech Clar, R. [2]; Baquero Toledo, M. [1]; Sevilla Mantecón, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neumología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Recientemente se ha descrito la existencia de un fenotipo motor concreto asociado al diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica y demencia frontotemporal (ELA-DFT). Nuestro objetivo es estudiar las características clínicas y de neuroimagen y el patrón de progresión de una serie de pacientes con ELA-DFT.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo. Se incluyó pacientes con diagnóstico de ELA-DFT visitados por primera vez en nuestro hospital entre 2011 y 2016. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de neuroimagen.

Resultados: 12 de 182 (6,6%) pacientes fueron diagnosticados de ELA-DFT. Ocho eran varones y los síntomas iniciaron a una edad media de 65 años. Sólo 5 pacientes mostraron atrofia cerebral prominente en lóbulos frontales o temporales. El síntoma de comportamiento predominante fue la apatía. En 4 pacientes el inicio fue con síntomas motores. En 8 pacientes el síntoma de inicio fue cognitivo o de comportamiento y en todos ellos menos uno la afectación motora comenzó en miembros superiores y progresó con afectación respiratoria precoz y grave. De esos 8 pacientes, 6 han requerido inicio de ventilación y sólo uno PEG. Seis de los 8 fallecieron por insuficiencia respiratoria y en ese momento cinco de ellos conservaban la deglución y cuatro de ellos todavía deambulaban. En los 4 pacientes con debut motor, la evolución dependió del lugar de inicio de los síntomas.

Conclusión: La ELA-DFT es más frecuente en varones y parece seguir un patrón de afectación motora característico en los casos en los que se inicia con síntomas cognitivos, como se ha descrito previamente.

ELA BULBAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATRÓN DE PROGRESIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS

Vázquez Costa, J.F. [1]; Segura Cerdá, A. [2]; Frasquet Carrera, M. [1]; Sevilla Mantecón, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurología. Universitat de València

Objetivos: Estudiar las características clínicas, el patrón de progresión y los factores que determinan el pronóstico de la ELA bulbar

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo. Se incluyó pacientes con ELA de inicio bulbar visitados en nuestro hospital entre 2010 y 2016. Se analizaron variables demográficas y clínicas. Se consideró parálisis bulbar progresiva (PBP) a aquellos pacientes que al diagnóstico presentaban afectación clínica o neurofisiológica exclusivamente de la región bulbar.

Resultados: 47 de 201 pacientes presentaron un inicio bulbar. Cuatro pacientes fueron excluidos por datos insuficientes. De los 43 restantes (24 mujeres, edad de presentación 64 años), 13 fueron diagnosticados de PBP (30,2%). 35 pacientes presentaban al diagnóstico signos clínicos o neurofisiológicos de motoneurona inferior y superior, mientras que 7 presentaban sólo de motoneurona superior y uno sólo de motoneurona inferior. Con la evolución, en todos los pacientes menos uno, se afectó una segunda región (cervical -72%-, lumbar -28%-). Cuando la enfermedad progresó a la región cervical, lo hizo con más frecuencia al lado dominante, mientras que en la región lumbar no se observaron diferencias. La supervivencia mediana libre de traqueotomía fue de 34 meses, siendo superior en aquellos categorizados como PBP al diagnóstico.

Conclusión: La ELA de inicio bulbar constituye un 25% de las formas de presentación y presenta edad más avanzada, mayor frecuencia en sexo femenino y peor pronóstico que la ELA espinal. Parece existir una progresión preferente al hemisferio dominante cuando la segunda región es la cervical. Aunque la PBP presenta mejor pronóstico, termina generalizando inexorablemente.

¿CÓMO Y DÓNDE FALLECEN LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA?

Rodríguez de Rivera Garrido, F.J. [1]; Varela Cerdeira, M. [2]; Sanz Peces, E.M. [2]; Gainza Miranda, D. [2]; Alonso Babarro, A. [2]; Hernández Barral, M. [3]; Mascias Cadavid, J. [3]; Chaverri Rada, D. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Neurología. Hospital Carlos III

Objetivos: La fase final de los enfermos con ELA ha sido objeto de pocos estudios. Nuestro objetivo principal ha sido describir cómo y dónde fallecen los enfermos seguidos por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ELA seguidos por ESAD (2002-2015), integrado en una Unidad Multidisciplinar de ELA .

Resultados: 68 pacientes (60 habían fallecidos al cerrar el estudio). La edad media fue 71 años (DE 12,5). Índice de Barthel al inicio 25. Instrucciones previas el 77% (52). En el 47% de los pacientes se colocó una gastrostomía, el 56% utilizaron ventilación mecánica no invasiva y el 9% ventilación mecánica invasiva. El 71% estaban tomando riluzol. La mediana de días de seguimiento fue 320 días (IC 95% 215-424). La media de visitas fue de 14 (DE 12). Un 52% no requirieron ningún ingreso hospitalario. La mediana de supervivencia de 23 meses (IC 95% 16,3-29,69). La mediana de supervivencia desde inicio de nutrición enteral de 7 meses (IC95% 0-16,2), desde inicio de ventilación mecánica no invasiva 13 meses (IC 95% 5,76-20,33) y desde inicio de ventilación invasiva 12 meses (IC95% 4,79-19). El 64% falleció en domicilio, 19% en UCP y 17% en urgencias o servicios generales del hospital. Causas de fallecimiento: insuficiencia respiratoria 47%, infección respiratoria 16%, durante el sueño 15% y rechazo de tratamiento 15%.

Conclusión: Los pacientes seguidos por un ESAD precisaron frecuentes visitas domiciliarias. La mayoría de los pacientes fallecieron en domicilio. La causa más frecuente de muerte fue la insuficiencia respiratoria.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: ¿UNA ENFERMEDAD DE "RICOS"? ESTUDIO EN ESPAÑA ENTRE 2000 Y 2011

Riancho Zarrabeitia, J. [1]; López Delgado, L. [2]; Villar, A. [3]; Santurtun Zarrabeitia, A. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Consultor independiente. TICNOR; 4. Unidad de Medicina Legal. Universidad de Cantabria

Objetivos: Las teorías patogénicas más aceptadas en la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) postulan que genes y ambiente (tóxicos, hábitos de vida etc…) interactúan originando la enfermedad en los individuos predispuestos. Hasta la fecha, la influencia de la riqueza en la ELA no ha sido estudiada. En este estudio analizamos la relación entre el producto interior bruto (PIB) y las muertes por ELA en España entre los años 2000-2011.

Material y métodos: Los datos de mortalidad por ELA, así como el PIB per cápita de cada provincia, fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Para el análisis, se calculó la tasa anual media de mortalidad (TAMM) por ELA en cada provincia. La relación entre la TAMM y el PIB per capita se estudiaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente se completó el análisis estratificando por cada uno de los sectores económicos principales (agricultura, industrial, servicios).

Resultados: El análisis mostró una marcada correlación entre la frecuencia de ELA y el PIB per cápita ($r=0,73$; $p<0,00003$). La estratificación por sectores evidenció una correlación negativa entre los casos de ELA y el desarrollo del sector primario ($r=-0,415$; $p<0,0001$). Contrariamente, se observó una pronunciada correlación positiva con el desarrollo del sector industrial ($r=0,727$; $p<0,0001$) y débilmente positiva con el sector servicios.

Conclusión: Este es el primer estudio que evalúa la relación entre riqueza y ELA. Nuestros resultados evidencian la importancia de los factores ambientales en la ELA y sugieren que deben existir factores económico-dependientes (tanto directos, como indirectos a través de cambios epigenéticos) importantes en el desarrollo de la enfermedad.

Enfermedades Neuromusculares II

MUTACIONES DE GDAP1 EN ESPAÑA

Sivera Mascaró, R. [1]; Marina, F. [2]; Barreiro, M. [3]; García-Sobrino, T. [4]; Pardo, J. [4]; Fernandez, R. [5]; Lopez-de-Muniain, A. [6]; Marquez, C. [7]; Rojas, R. [8]; Segobia, S. [8]; Illa, I. [8]; Lia, A. [9]; Nascimento, A.E. [10]; Ortez, C.I. [10]; García-Romero, M.D.M. [11]; Pascual, S.I. [11]; Berciano, J. [12]; Lara, A. [12]; Guerrero, A. [13]; Casasnovas, C. [14]; Esteban, J. [15]; Diaz, C. [16]; Camacho, A. [17]; Chumillas, M.J. [18]; Vazquez, J.F. [2]; Vilchez, J.J. [2]; Lupo, V. [19]; Palau, F. [20]; Espinos, C. [19]; Sevilla, M.T. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Francesc de Borja de Gandia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 4. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 5. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 6. Servicio de Neurociencias. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 7. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; 8. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 9. Servicio de Neuropediatria. Hospital de Sant Joan de Déu; 10. Servicio de Neuropediatría. Hospital de Sant Joan de Déu; 11. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario La Paz; 12. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 13. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 14. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 15. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 16. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 17. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos; 18. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 19. Servicio de Genética. Centro de Investigación Principe Felipe; 20. Servicio de Genética. Hospital de Sant Joan de Déu

Objetivos: Las mutaciones en el gen GDAP1 son una causa frecuente de síndrome de Charcot-Marie-Tooth en España y otros países de la cuenca mediterránea. El objetivo es describir la distribución de dichas mutaciones en España, profundizar en el fenotipo clínico y establecer una correlación fenotipo-genotipo.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo que incluye todos los pacientes con mutaciones en GDAP1 evaluados en 15 centros durante los años 2000-2016. Se analizan datos clínicos y neurofisiológicos, comparándolos según el patrón de herencia y el genotipo.

Resultados: Se recoge información sobre 95 pacientes (45 familias) distribuidas por todo el territorio nacional, especialmente en la costa mediterránea, País Vasco, León y Galicia. Las mutaciones más frecuentes son p.R120W en pacientes con herencia dominante-AD (46/53) y p.Q163X/p.Q163X en pacientes con herencia recesiva-AR (20/42), debido a un efecto fundador. Una mutación AD detectada en 2 familias de Galicia es novel. Se demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con herencia AD y AR en cuanto a gravedad y a la presencia de disfonía e insuficiencia respiratoria. Las diferencias clínicas entre genotipos son menores. Existe una variabilidad clínica muy importante en las familias con herencia AD, explicada en 2 de ellas por mutaciones concomitantes en la el gen juntophilin-1. Neurofisiológicamente todos los estudios son compatibles con una polineuropatía axonal, siendo la reducción de amplitudes proporcional a la gravedad del cuadro.

Conclusión: Las mutaciones en GDAP1 están distribuidas por toda España y las características clínicas dependen del patrón de herencia, pero también existe una variabilidad intrafamiliar importante.

ESTUDIO LONGITUDINAL CLINICO-ELECTROFISIOLÓGICO Y DE RM DE MUSCULATURA DE EXTREMIDADES INFERIORES A 10 AÑOS EN LA ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1A (CMT1A) CON DUPLICACIÓN

Pelayo Negro, A.L. [1]; Gallardo Agromayor, E. [2]; García García, A. [3]; Alvarez Paradelo, S. [4]; Berciano Blanco, J.Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Previamente, realizamos un estudio longitudinal durante 2 años con 14 pacientes y 14 controles emparejados por edad y sexo que mostró progresión leve pero no significativa. Sin embargo, determinar la evolución en una enfermedad lentamente progresiva como CMT1A en 2 años puede no ser suficientemente preciso. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de esta enfermedad esta vez en 10 años.

Material y métodos: Realizamos un estudio longitudinal a 10 años en pacientes CMT1A.

Resultados: Participaron 11 pacientes, 5 (45%) varones y 6 (55%) mujeres, con fenotipo leve-moderado según la CMTNS y la FDS. Las edades oscilaron entre 9-62 años. Las manifestaciones reseñables en la evaluación inicial incluyeron pies cavos, arreflexia, debilidad en las piernas e hipopalestesia en pies. La electrofisiología reveló un enlentecimiento marcado de la velocidad de conducción y reducción variable de los CMAPs sin cambios sig-

nificativos 10 años después. En la RM, como observamos en el estudio previo, el compartimento antero-lateral de la pierna fue el más afectado, objetivándose incremento de la infiltración grasa en 7 pacientes, en los siguientes músculos: tibialis anterior (p=0,008), extensor hallucis longus (p=0,011), extensor digitorum comunis (p=0,008) y peroneos (p=0,023). Igualmente, también aumentó, aunque no significativamente, en los compartimentos posteriores de la pierna en 3 pacientes. No pudimos demostrar relación entre el edema y la posterior aparición de infiltración grasa.

Conclusión: Concluimos que en un periodo de 10 años, los pacientes CMT1A presentaron una progresión leve aunque significativa, principalmente en aquellos más afectados, con buena concordancia entre los hallazgos clínico-electrofisiológicos y de imagen (r=-0,636, p=0,034).

POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR. DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SERIE VASCO-NAVARRA

Kapetanovic Garcia, S. [1]; fernandez torron, R. [2]; Poza Aldea, J.J. [2]; Lopez de Munain Arregui, A. [2]; Jerico Pascual, I. [3]; Torné Hernandez, L. [3]; Gonzalez Chinchón, G. [4]; Martinez Arroyo, A. [5]; Barcena Llona, J.E. [6]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 2. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; 5. Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: La polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) es una neuropatía sensitivo-motora y autonómica grave, causada por una mutación en el gen que codifica la proteína transtirretina (TTR). Aunque previamente se limitaba a zonas de alta prevalencia, actualmente se describe más fuera de estas regiones, con características clínicas diferentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de todos los casos con PAF-TTR detectados en la red de salud pública Vasco-Navarra entre 1996-2016

Resultados: Se recogen 47 casos con mutación en TTR (Val30Met 87%), 27 sintomáticos y 20 portadores asintomáticos,31pacientes de origen vasco-navarro,6 de zonas endémicas.Predominan varones (32:15). Los síntomas iniciales son tardíos (media:58 años), mayoritariamente en forma de parestesias y dolor neuropático en pies (64%). La media de retraso de tiempo al diagnóstico fue 3.32 años. Todos los pacientes desarrollaron polineuropatía sensitivo-motora axonal severa salvo uno. La afectación cardiológica fue muy frecuente (75%) en forma de miocardiopatía hipertrofia/restrictiva en todos los casos, asociando trastornos del ritmo en 5(18%). Sólo 54% desarrollaron disautonomía y tardíamente (edad media 65), salvo en casos endémicos importados donde fue precoz. La afectación ocular y renal fue escasa. El depósito de amiloide se detectó fundamentalmente en biopsias de nervio sural (sensibilidad 74%), la biopsia de grasa subcutánea fue escasamente rentable. 12 pacientes siguen tratamiento con trasplante hepático autólogo (5), tafamidis (5) o diflunisal (2).

Conclusión: La región vasco-navarra presenta numerosos casos de PAF-TTR,con características similares a las zonas no endémicas y alta frecuencia de cardiopatía. Recordamos incluir este diagnóstico en el estudio de polineuropatías progresivas,y mejorar así en su detección precoz en fases tratables.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POLINEUROPATÍA EN UNA FAMILIA CON MUTACIÓN GLU89LYS EN EL GEN TTR

Cortés Vicente, E.; Illa Sendra, I.; Rojas García, R.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La polineuropatía amiloidótica familiar es una neuropatía hereditaria causada por mutaciones en el gen TTR (PAF-TTR). Se presenta característicamente como una polineuropatía de fibra fina con disautonomía. Describimos una familia procedente de un área no endémica con una presentación atípica con implicación de fibra gruesa y cardiopatía.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo de una familia con la mutación Glu89Lys en el gen TTR. La paciente índice (II4) debutó con miocardiopatía precisando trasplante cardiaco a los 49 años. Se identificó la mutación en otros cuatro miembros de la familia (II6, III4, III6, III7). Se ha realizado un seguimiento durante 4-10 años recogiendo datos demográficos (sexo, edad), clínicos, semiológicos y estudios de conducción nerviosa (ECN).

Resultados: La exploración neurológica demostró en II4 disminución de la sensibilidad vibratoria y arreflexia, con ECN compatibles con polineuropatía axonal sensitivo-motora al diagnóstico, en ausencia de síntomas. Estos fueron los hallazgos tempranos durante el seguimiento en la paciente II6, asintomática durante 7 años, III6 y III7, asintomáticos en el momento de la última visita. En la paciente III4 la exploración y los ECN han sido normales tras 7 años de seguimiento. Únicamente II4 ha desarrollado síntomas de disautonomía tras 10 años de seguimiento, ninguno de los pacientes ha desarrollado síntomas de implicación de fibra fina.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren considerar la posibilidad de TTR-FAP en el diagnóstico etiológico de una polineuropatía axonal incluso en casos en los que se trate de un hallazgo incidental. Las alteraciones electrofisiológicas pueden estar presentes mucho antes de la aparición de los síntomas.

NEUROPATÍA SENSITIVOMOTORA AXONAL POR IGHMBP2: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

García Romero, M.D.M. [1]; Lupo, V. [2]; Espinós Armero, C. [2]; Pascual Pascual, S.I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Unidad de Genética y Genómica de Enfermedades Neuromusculares y Neurodegenerativas. Centro de Investigación Príncipe Felipe

Objetivos: Describir las características y evolución de 3 pacientes diagnosticados de enfermedad de Charcot Marie Tooth axonal por mutación en IGHMBP2

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que analizamos los parámetros clínicos y pruebas complementarias de estas tres pacientes, y el modo en que llegamos al diagnóstico genético.

Resultados: El caso inicial es una paciente de 40 años, estudiada desde los 5 años de edad por hipotonía, arreflexia y marcha en steppage. Tanto el estudio neurofisiológico como la biopsia de nervio sural demostraron la existencia de neuropatía axonal. Ha presentado un empeoramiento progresivo, con incapacidad para la marcha actualmente. Las otras dos pacientes son dos hermanas, de 23 y 5 años. La mayor de ellas había sido diagnosticada previamente de neuropatía sensitivomotora. Al explorarla por primera vez encontramos, además, signos de afectación piramidal leve (signo de Babinski). La hermana pequeña presentaba inicialmente espasticidad con hiperreflexia. En exploraciones posteriores hemos observado cómo la espasticidad ha ido desapareciendo, predominando en la actualidad los signos de neuropatía, con una gran hipotonía muscular. En los 3 casos, el análisis genético mediante panel de genes (caso inicial) y secuenciación de exoma (las dos hermanas) ha permitido el diagnóstico genético: mutación en heterocigosis compuesta del gen IGHMBP2. Se han estudiado también familiares sanos, que se han descubierto como portadores en heterozigosis o sin mutaciones en este gen.

Conclusión: El gen IGHMBP2, conocido previamente como causante de atrofia muscular espinal tipo SMARD1, ha de ser te-

nido en cuenta en el diagnóstico de pacientes con Charcot-Marie-Tooth axonal.

DESCRIPCIÓN DE UN PACIENTE AFECTO DE SÍNDROME PHARC (POLYNEUROPATHY, HEARING LOSS, ATAXIA, RETINITIS PIGMENTOSA AND CATARACT) CON NUEVA MUTACIÓN EN HOMOZIGOSIS EN EL GEN ABHD12

Frasquet Carrera, M. [1]; Lupo, V. [2]; Soler Algarra, S. [3]; Espinós Armero, C. [2]; Sevilla Mantecón, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurogenética. Centro de Investigacion Principe Felipe (CIPF); 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Mutaciones en el gen ABHD12 pueden causar el síndrome PHARC: polineuropatía con pérdida de audición, ataxia, retinitis pigmentaria y cataratas. Es una entidad poco frecuente de transmisión autosómica recesiva. El objetivo es describir un paciente con síndrome PHARC portador de una nueva mutación en homozigosis en el gen ABHD12.

Material y métodos: Se estudió una familia con dos individuos afectos, el probando y un hermano. Describimos el fenotipo clínico y resultados genéticos.

Resultados: El probando es un varón de 42 años afecto de sordera neurosensorial desde los 30 años, cataratas de ambos ojos, pérdida de agudeza visual y pies cavos. Presenta una neuropatía desmielinizante poco sintomática. Tiene dos hermanos, uno de ellos asintomático y otro con un fenotipo similar al suyo. No existe consanguinidad en la familia. La duplicación del gen PMP22 fue negativa. La determinación de ácido fitánico y ácidos grasos de cadena muy larga en suero fue normal. El estudio oftalmológico mostró una retinopatía pigmentaria paucipigmentaria. El fenotipo condujo al estudio del gen ABHD12, mediante secuenciación Sanger, con identificación en homozigosis del cambio c.210_223del. Esta variante podría conducir a una alteración de la pauta de lectura de la proteína y a la generación de un codón de parada prematuro (p.Arg71Tyrfs*25). El hermano afecto presentaba el mismo cambio en homozigosis, la madre era portadora de la mutación en heterozigosis y el hermano sano no presentaba la mutación

Conclusión: El síndrome PHARC es una entidad poco frecuente, pero se debe considerar en pacientes que presenten un fenotipo característico.

LA INFUSIÓN AGUDA DE LCR DE PACIENTES CON ELA EN RATAS PROVOCA ALTERACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS E HISTOLÓGICAS SIMILARES A LAS OBSERVADAS EN LA PATOLOGÍA HUMANA

Gómez Pinedo, U.A. [1]; López de Sá, A. [1]; Lopez Carbonero, J.I. [1]; López Sosa, F. [2]; Lendinez Gonzalez, C. [1]; Pytel, V. [3]; Benito Martin, M.S. [1]; Torre Fuentes, L. [1]; Gómez Graña, A. [1]; Arranz Tagarro, J.A. [4]; Matias-Guiu Atem, J. [5]; Garcia Garcia, A. [4]; Barcia, J.A. [6]; Aguilar, J. [7]; Matias-Guiu Guia, J. [5]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico San Carlos; 2. Centro de Tecnología Biomédica. Universidad Politecnica de Madrid; 3. Servicio de Medicina. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Neurociencias. Teófilo Hernando's Institute and Departament of Pharmacology and Therapeutics, Universidad Autónoma; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 6. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico San Carlos; 7. Laboratorio de Neurofisiología Experimental. Hospital Nacional de Parapléjicos - Fundación

Objetivos: Es bien conocido que el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) esporádica muestra citotoxicidad selectiva in vitro contra las motoneuronas. La administración intracerebroventricular sostenida por 14 días de LCR procedente de pacientes con ELA esporádica en animales de experimentación puede ser el primer modelo experimental específico de esta enfermedad.

Material y métodos: Mediante cirugía estereotáctica se realizó el implante de bombas osmóticas intracerebroventriculares en dos grupos de animales: uno recibió LCR-ELA citotóxico y el otro LCR no citotóxico. Se realizó seguimiento clínico y electrofisiológico antes de la implantación y hasta 28 días postimplante. El estudio electrofisiológico consistió en el análisis la onda M y el reflejo H en extremidades posteriores. Posteriormente los animales fueron sacrificados y perfundidos para su posterior estudio de la expresión inmunohistoquímica de GFAP, IBA-1, NeuN y TDP43 a nivel cortical y medular.

Resultados: Los parámetros electrofisiológicos, se observan alteraciones significativas en las ondas H y M en el grupo infundido con LCR citotóxico, que se relaciona con el tiempo de administración. El análisis histológico revela gliosis y activación microglial e incremento de inclusiones citoplasmáticas TDP43 positivas a nivel medular.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que la administración ICV sostenida de LCR-ELA citotóxico provoca variaciones en los potenciales H y M, que indican alteraciones en la velocidad de conducción y en el pool de neuronas reclutadas. Este modelo podría ser una fuente de información para la investigación de la forma esporádica de ELA.

APORTACIÓN DEL ANÁLISIS MEDIANTE NGS EN LAS HIPERCKEMIAS

Marti Martinez, P. [1]; Muelas Gomez, N. [1]; Jaijo, T. [2]; Millan, J. [2]; Azorin Villena, I. [3]; Vilchez, J.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari La Fe. CIBERNED

Objetivos: El estudio genético mediante técnicas de nueva generación (NGS) es una herramienta que se está empleando cada vez más en el diagnóstico de las miopatías. Sin embargo, no se conoce su utilidad en las hiperCKemias (HCK). El objetivo es evaluar el rendimiento diagnóstico y obtener un diseño específico con los genes implicados en las HCK.

Material y métodos: Realizamos el estudio en 114 pacientes con HCK pauci o asintomática sin diagnóstico etiológico, seleccionados de una serie de 367 pacientes estudiados mediante el método clásico basado en la biopsia y secuenciación dirigida gen a gen y que aceptaron realizarse este estudio. Para la secuenciación empleamos tecnología Ion Torrent seleccionando un panel de 40 genes (LGMD/miofibrilares/glicosilación, diseño in-house), que permite estudiar mediante NGS las regiones codificantes e intrónicas flanqueantes.

Resultados: En el 69% de los pacientes detectamos cambios con significación patológica, el 29% corresponden a homocigotos o doble heterocigotos de cambios patológicos, ya descritos o por análisis in-silico; del 40% con una sola mutación, el 11% corresponde a mutaciones de genes conocidos de herencia dominante y el 29% a portadores de mutaciones recesivas. Del conjunto de 367 pacientes con HCK se había diagnosticado a un 27%, mediante el algoritmo clásico de la EFSN, añadiendo esta metodología se consigue diagnosticar un 48% de pacientes.

Conclusión: Este estudio prueba que el empleo de NGS puede cambiar radicalmente el planteamiento del estudio de las HCK ya que aumenta netamente el rendimiento diagnóstico, es incruento y mas económico, dado que sólo se necesita una muestra de sangre para obtener el ADN.

ESTUDIO ABIERTO DE EXTENSIÓN EN FASE II CON PATISIRÁN, UN ARNI TERAPÉUTICO EN FASE DE INVESTIGACIÓN PARA LA AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TTR CON POLINEUROPATÍA (AHTTR-PN). RESULTADOS A LOS 18 MESES

Buades Reines, J. [1]; Coelho, T. [2]; Suhr, O. [3]; Conceicao, I. [4]; Waddington-Cruz, M. [5]; Schmidt, H. [6]; Adams, D. [7]; Pouget, J. [8]; Berk, J. [9]; Falzone, R. [10]; White, L. [10]; Bettencourt, B. [10]; Cehelsky, J. [10]; Nochur, S. [10]; Vaishnaw, A. [10]; Gollob, J. [10]; DeFrutos, R. [10]; Campistol, J. [11]; DeFrutos, R. [10]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer; 2. Unidad Cínica de Amiloidosis. Hospital de Santo Antonio; 3. Departamento de Sanidad Pública y Medicina Clínica. Umeå Universitet; 4. Centro Hospitalario Lisboa Norte. Hospital de Santa Maria; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clementino Fraga Filho; 6. Departamento de trasplantes Albert-Schweitzer. UniversitätsklinikumMünster; 7. Servicio de Neurología. Centro Paris-Sud, AP-HP HôpitalBicêtre; 8. Servicio de Neurología. Centro de Referencia de Enfermedades Neuromusculares y de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, Hôpital; 9. Centro de Amiloidosis. Boston University; 10. Departamento Clínico. Alnylam Pharmaceuticals; 11. Servicio de Nefrologia. Hospital Clinic

Objetivos: La polineuropatía amiloidótica familiar o amiloidosis hereditaria por transtirretina (AhTTR-PN) está causada por depósitos de transtirretina (TTR) mutante y salvaje. Patisirán es un ARN de interferencia que inhibe la síntesis de TTR hepática. El objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia de patisirán, a los 18 meses.

Material y métodos: Estudio abierto en fase II con patisirán, dosis 0.3 mg/Kg IV cada 3 semanas. Efecto sobre la seguridad y tolerabilidad, niveles séricos de TTR, puntuaciones de la afectación neuropática (mNIS+7, NIS) y calidad de vida. Se cuenta con la aprobación de los comités éticos de los centros participantes y el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes; mediana de edad 64 años. Cinco experimentaron efectos adversos graves no relacionados con el fármaco. El rubor (22,2%) y las reacciones relacionadas con la perfusión (18,5%) fueron los más frecuentes, de intensidad leve sin originar discontinuidad. Se demostró una reducción mantenida de los niveles de TTR séricos ~80% (promedio máximo: 92%). Las escalas mNIS+7 y NIS se mantuvieron estables (incremento medio, -0,8 y 2,6 puntos). Se observó un aumento en la densidad de fibras nerviosas de la glándula sudorípara del muslo distal de mediana 4,5 m/mm3 (Δ~77% respecto al inicio; $p < 0,001$).

Conclusión: La administración prolongada de patisirán fue bien tolerada mostrando un descenso mantenido de la TTR sérica, estabilización de los parámetros neurológicos y calidad de vida, respaldando la hipótesis de que la inhibición de la producción de la TTR podría detener la progresión de la neuropatía.

ESTUDIO TRANSVERSAL DEL TEST DE RESPUESTA SIMPÁTICO-CUTÁNEA (RSC) PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE FABRY EN PACIENTES CONFIRMADOS

Goizueta San Martín, G. [1]; Arriba, G. [2]; Corchete, E. [3]; García Díaz, J.D.D. [4]; García Pavía, P. [5]; García Robles, J.A. [6]; Herrero, J. [7]; Goicoechea, M. [8]; Gutiérrez Gutiérrez, G. [9]; Patier, J.L. [10]; Mingorance Goizueta, B. [1]; Gutiérrez Rivas, E. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Santa Cristina; 2. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Guadalajara; 3. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Leonor; 4. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 5. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 6. Servicio de Cardiología. Hospital General Gregorio Marañón; 7. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico San Carlos; 8. Servicio de Nefrología. Hospital General Gregorio Marañón; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 10. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la RSC en pacientes con enfermedad de Fabry, comparándola con la respuesta de 100 sujetos control, con el fin de determinar si la afectación del Sistema Nervioso Autonómico Simpático (SNAS) se puede utilizar como una herramienta de diagnóstico precoz de la enfermedad

Material y métodos: Estudio clínico y Neurofisiológico en 12 pacientes con enfermedad de Fabry y 7 mujeres portadoras del gen asintomáticas. Se ha realizado la RSC, estudio de Conducción motora y sensitiva, respuestas F, reflejos H y Electromiograma en todos. Comparación con grupo control. Consentimiento informado. Certificado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HU La Princesa

Resultados: Grupo 1 (12 pacientes), 11 hombres y una mujer con edades comprendidas entre 24 y 68 (media 46,4); en 8 pacientes con síntomas del SNAS la RSC está alterada en todos. En 3 pacientes con síntomas sensitivos pero no del SNAS, se objetiva una falta de habituación de la respuesta. Grupo 2: 7 portadoras asintomáticas con edades comprendidas entre 22 y 79 años (media: 47,5), en todas se objetiva una falta de habituación de la RSC

Conclusión: El test de RSC debería de realizarse en estos pacientes de forma rutinaria; puede ser muy útil en estadios iniciales de la enfermedad para un diagnóstico precoz ya que los síntomas del SNAS pueden aparecer antes de los cinco años de edad. Es un test fiable, reproducible y no molesto para el paciente y puede ser útil también para evaluar la eficacia del tratamiento

DISFONÍA COMO SÍNTOMA REVELANTE EN DIVERSAS PATOLOGÍAS NEUROMUSCULARES. UTILIDAD DE LA ELECTRONEUROMIOGRAFÍA LARÍNGEA

Goizueta San Martín, G. [1]; Baron Sanchez, J. [1]; Gorriz Gil, C. [2]; Escamilla Crespo, C. [3]; Viceira Rodriguez, E. [4]; López Lozano, J.J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Santa Cristina; 2. Servicio de ORL. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 4. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Evaluación Clínica, Laringológica y Neurofisiológica de 17 pacientes que acuden a la consulta con el síntoma de Disfonía, remitidos fundamentalmente por el Servicio de ORL

Material y métodos: Se estudian diecisiete pacientes, 14 mujeres y 3 hombres con edades comprendidas entre 22-63 años (media 47,4). En la exploración clínica objetiva una disfonía en todos ellos y mediante estudio Laríngeo una hipomovilidad de cuerda vocal uni o bilateral. Para el estudio Neurofisiológico se le explica detenidamente al paciente la prueba que se va a realizar y se coloca adecuadamente. La Electromiografía (EMG) de músculos laríngeos (Cricotiroideo y Tiroaritenoideo) se realiza con electrodo concéntrico de aguja mediante abordaje externo. El Electroneurograma (ENG): valores de conducción motora en N. Recurrente con registro mediante electrodo concéntrico de aguja y Laríngeo superior con electrodo de superficie. La estimulación cutánea paratraqueal en ambos. En el caso de disfonía fluctuante o fatigabilidad también se ha realizado estimulación repetitiva

Resultados: Hemos estudiado 17 pacientes con disfonía y con alteración en la movilidad de las cuerdas vocales objetivada mediante Estroboscopia en todos ellos. En total la afectación generalizada neuromuscular se demostró en 11 pacientes (64,7%), en

5 (29,4%) una alteración localizada de nervios laríngeos y en 1 (5,8%), no se objetivó patología de nervio o músculo.

Conclusión: El alto porcentaje de alteraciones (miopáticas o neurógenas) generalizadas (61.5%) obtenidas en nuestros pacientes y en los que el primer síntoma fue la disfonía (síntoma revelante), indica la necesidad de realizar estudios neurofisiológicos laríngeos para llegar a un diagnóstico

ESTADOS SECUELARES TARDÍOS DE LA POLIOMELITIS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 11 PACIENTES

Rodríguez de Rivera Garrido, F.J. [1]; Olivan Palacios, J. [2]; Chaverri Rada, D. [3]; Santiago Pérez, S. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Neurología. Hospital Carlos III

Objetivos: Las secuelas tardías de la poliomelitis son estados de debilidad y dolores musculares de aparición en edades avanzadas. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes con secuelas tardías de poliomelitis atendidos en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados secuelas tardías de poliomelitis atendidos en nuestro hospital durante 2015. Se valoran datos de sexo, edad, síntomas clínicos y características neurofisiológicas.

Resultados: 11 pacientes atendidos durante 2015 (M 5 / H 6) con edad media de 58.45 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 563.54 días. 3 (27,27%) de los pacientes sufrieron una poliomelitis generalizada, el resto solo de miembros inferiores. 3 pacientes caminaban con bastón, 5 con muletas y 3 silla de ruedas. El síntoma fundamental era la fatiga y debilidad muscular en 10 de los enfermos, con calambres y mialgias en 5. En el estudio electromiográfico no se encontraron datos de denervación activa, objetivándose una afectación motora crónica salvo en dos enfermos que asociaban rasgos sensitivos. En 4 pacientes coexistían atrapamientos de nervios periféricos y en 6 patología osteoarticular importante en caderas y MMII. En 8 existía un trastorno emocional reactivo que precisó de tratamiento. El tratamiento rehabilitador se implantó en 9 pacientes observando beneficios motores.

Conclusión: Las características de las secuelas tardías de la poliomelitis son similares a las descritas en la literatura sin datos de progresión activa de la enfermedad. Otras patologías osteoarticulares y los estados emocionales reactivos condicionan la evolución de los pacientes por lo que un tratamiento multidisciplinar estaría indicado.

CREACIÓN EXPERIMENTAL DE PUNTOS GATILLO MIOFASCIALES EN RATONES

Ortiz Castellón, N. [1]; Margalef, R. [2]; Sisquella, M. [2]; Bosque, M. [2]; Mayoral, O. [3]; Romeu, C. [2]; Monterde, S. [4]; Priego, M. [2]; Tomas, J. [2]; Santafè, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus; 2. Unidad de Histología y Neurobiología, Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Facultad de Medicina. Universitat Rovira i Virgili; 3. Unidad de Terapia Física. Hospital Provincial de la Misericordia; 4. Unidad de Fisioterapia, Departamento de Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina y Ciencias de la Sa. Universitat Rovira i Virgili

Objetivos: Los "puntos gatillo miofasciales" son la base del diagnóstico del dolor miofascial. Estos puntos, formados por nodos de contracción, parecen estar asociados a una liberación anormal de acetilcolina (ACh) que produciría un aumento localizado del grosor de las fibras musculares por debajo de la sinapsis neuromuscular. En este trabajo hemos evaluado si el aumento de la acetilcolina en la hendidura sináptica en los músculos de ratones genera nodos de contracción comparables a los descritos en los seres humanos.

Material y métodos: Hemos utilizado neostigmina y estimulación repetida del nervio ciático para aumentar la de ACh en la hendidura sináptica y poder estudiar la neurotransmisión espontánea (mediante registro intracelular) y el ruido de placa. También se han realizado estudios morfológicos de placa motora con α-bungarotoxina rodaminada y estudio de glicosaminoglicanos con la técnica de PAS-Alcian.

Resultados: Tanto la neoestigmina como la estimulación repetida del nervió ciático han provocado un aumento duradero de la neurotransmisión espontánea y del ruido de placa en los músculos explorados. Con α-bungarotoxina rodaminada observamos abundantes contactos sinápticos contracturados. Con la técnica de PAS-Alcian hemos obtenido imágenes de nodos de contracción ricos en GAG.

Conclusión: Creemos que los ratones tratados con una sola inyección subcutánea de neostigmina pueden ser un buen modelo para el estudio de los puntos gatillo miofasciales, ya que estos podrían ser explicados por el aumento en la liberación de ACh espontánea, del ruido de placa y la existencia de nudos de contracción.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CUANTITATIVA EN ENFERMEDAD DE POMPE DEL ADULTO: ESTUDIO LONGITUDINAL DE 31 PACIENTES

Figueroa Bonaparte, S. [1]; Llauger, J. [2]; Segovia, S. [1]; Belmonte, I. [3]; Pedrosa, I. [3]; Illa Sendra, I. [1]; Díaz Manera, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Fisioterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La enfermedad de Pompe del adulto (LOPD) es una enfermedad caracterizada por una debilidad progresiva producida por una lenta degeneración de la musculatura de las extremidades y respiratoria. Pretendemos estudiar la progresión del infiltrado graso de la musculatura de pacientes con LOPD utilizando secuencias cuantitativas y semicuantitativas en resonancia muscular.

Material y métodos: Estudio longitudinal de RNM muscular mediante secuencias 3 punto Dixon y T1W en una visita basal y al año, a nivel de muslo y músculos paravertebrales. Se valoró la fuerza muscular mediante la escala MRC, así como mediante miometría y pruebas funcionales.

Resultados: 31 pacientes fueron reclutados: 5 pacientes asintomáticos (23,8 años; rango 8–49) y 26 pacientes sintomáticos (50,2 años; rango 31-66). No encontramos diferencias significativas en la infiltración grasa en la musculatura de los pacientes asintomáticos. En pacientes sintomáticos tratados, detectamos incremento del porcentaje de grasa en el semimembranoso (SM) (+2,73% ; p=0,02) y en aductor largo (+2,28% ; p=0,15). No hubo cambios significativos a nivel de muslo total (p=0,09). En los 4 pacientes sintomáticos no tratados, hallamos un incremento significativo a nivel del SM (+4,5% ; p=0,039). No se observaron cambios significativos en la secuencia T1W en ningún grupo, ni en las pruebas funcionales musculares.

Conclusión: 3 punto Dixon es una secuencia sensible para detectar cambios en la progresión de la degeneración grasa del músculo que la secuencia T1 y que las mediciones de fuerza en pacientes con LOPD. Pudimos demostrar una estabilidad en el grado de infiltración grasa en pacientes que recibían ERT tras un año de seguimiento.

ENFERMEDAD DE POMPE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 8 CASOS

García Romero, M.D.M. [1]; Martínez Moreno, M. [2]; Albajara Velasco, L.A. [3]; Gómez Andrés, D. [4]; Fiz Pérez, L. [5]; Pascual Pascual, S.I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 5. Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba

Objetivos: Nuestro objetivo es describir las características principales de los 8 pacientes diagnosticados de enfermedad de Pompe que seguimos en nuestro Servicio.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que analizamos los datos relevantes de 8 pacientes con enfermedad de Pompe.

Resultados: La enfermedad de Pompe o glucogenosis tipo II es una enfermedad lisosomal en la que se acumula glucógeno principalmente en tejido muscular. El tratamiento enzimático sustitutivo mejora en gran medida la sintomatología. De los 8 pacientes seguidos, 7 padecen la forma tardía, y 1 la forma clásica. El paciente con la forma clásica se diagnosticó al nacimiento por presentar miocardiopatía hipertrófica grave. Asintomático desde el punto de vista muscular, la afectación respiratoria agravada por su cardiopatía ha hecho necesario el inicio temprano de tratamiento. Los 7 pacientes con forma tardía se diagnosticaron entre los 7 meses y los 10 años de edad. 4 de ellos se mantienen asintomáticos, y por tanto no precisan tratamiento, y 3 precisan terapia de sustitución enzimática. De los 4 asintomáticos, 3 se diagnosticaron de forma casual por aumento de CPK y 1 al ser hermano de otro afecto. Los 3 sintomáticos presentaban clínica compatible que generó la sospecha. Los 3 tratados han mejorado la sintomatología, hasta el punto de haberse podido retirar en una de ellas la cánula de traqueostomía que necesitaba por insuficiencia respiratoria.

Conclusión: La enfermedad de Pompe se puede diagnosticar de una forma sencilla y rápida, por lo que debe descartarse ante la mínima sospecha, ya que está disponible su tratamiento sustitutivo.

Epilepsia I

CRISIS DANZANTES (DANCING SEIZURES) DE INICIO PARIETAL PARASAGITAL: UN ESTUDIO MEDIANTE SEEG

Lin, Y.; Principe, A.; Álvarez Guerrico, I.; Ley, M.; Rocamora, R.

Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología y Neurofisiología. Hospital del Mar

Objetivos: La semiología de crisis epiléptica en forma de baile (ictal dancing) es excepcional. Se ha asociado con epilepsias focales, frontales o temporales, con lesión subyacente en RMN y actividad irritativa coincidente en EEG. No se han reportado casos con estudios por SEEG y SPECT.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 36 años con crisis discognitivas y baile ictal desde los 14 años de edad, con más de 10 crisis diarias actualmente, fármaco-resistente. Los EEGs seriados mostraron actividad irritativa interictal en cuadrantes posteriores. La RMN reveló polimicrogiria parietal bilateral. Se realizaron vídeo-EEG, SEEG y SPECT como estudio prequirúrgico.

Resultados: Se registraron un total de 64 crisis consistentes en muecas faciales estereotipadas, distonía de la extremidad superior derecha y movimientos rítmicos axiales y de las 4 extremidades, objetivándose aumento de la frecuencia cardíaca al inicio. El SPECT ictal reveló hiperperfusión extensa en regiones temporo-occipitales. Tras la implantación de los electrodos intracraneales, la SEEG objetivó actividad ictal e interictal parietal mesial izquierda con rápida propagación local y occipito-parietal contralateral. Se propone una resección de la lesión malformativa izquierda.

Conclusión: El estudio exhaustivo mediante SPECT y SEEG permite un mayor conocimiento sobre las áreas cerebrales y mecanismos implicados en la generación de crisis, planteando nuevas opciones terapéuticas. Los pocos casos de baile ictal descritos en la literatura han sido asociados con lesiones focales fronto-temporales, cuando se hipotetizó una relación. Reportamos que, epilepsias focales parietales pueden generar crisis danzantes, muy probablemente a través de la propagación al área motora suplementaria.

CRISIS UNCINADAS: ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Vilella Bertran, L. [1]; Toledo Argany, M. [1]; Santamarina Pérez, E. [1]; González Cuevas, M. [1]; Martí Andrés, G. [1]; Abraira Del Fresno, L. [1]; García-Tornel García-Camba, Á. [1]; Vila Sala, C. [1]; Sueiras, M. [2]; Guzmán, L. [2]; Salas Puig, J. [1]; Álvarez Sabin, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Pretendemos describir las características clínicas de los pacientes con crisis uncinadas, definidas como crisis olfativas y/o gustativas.

Material y métodos: Recogida prospectiva de los datos de pacientes consecutivos con crisis uncinadas en consultas externas.

Resultados: Recogimos 15 pacientes, 66,6% (n=10) varones, con edad media de inicio de 50,3+/-18,7 años. Las crisis olfativas constituyeron el 73.3% (n=11) y 20 % (n=3) gustativas, presentando un paciente ambos tipos de crisis. La causa sintomática fue 73,3%, siempre asociada a lesiones del uncus del lóbulo temporal. Un 26.6% de casos tenían síntomas vegetativos asociados. Previamente al tratamiento, 5 de de los pacientes tenían exclusivamente crisis parciales simples (CPS), 6 presentaban crisis parciales complejas (CPC) y 4 presentaban ambos tipos. Únicamente 2 de los pacientes habían presentado generalización secundaria. El EEG mostró actividad epileptiforme intercrítica en 33.3% (n=5) de los pacientes.El tratamiento antiepiléptico permitió controlar las crisis en 50% de los pacientes, el 46.6% persistían con CPS y ninguno sufrió generalización.

Conclusión: Las crisis uncinadas suelen aparecer tardíamente en adultos y asociadas a lesiones en el uncus del lóbulo temporal. La semiología más frecuente es la olfativa, excepcionalmente coexisten gustativas y olfativas, y las alteraciones epileptiformes en EEG son poco frecuentes. El tratamiento antiepiléptico consigue controlar otros tipos de crisis que con frecuencia se asocian a las crisis uncinadas, sin embargo éstas solo se controlan en aproximadamente la mitad de los pacientes.

¿QUIEN CANTA, SU MAL ESPANTA? TARAREO ICTAL: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS FOCALES

Rivero de Aguilar Pensado, A. [1]; Seijo Raposo, I.M. [1]; Figueroa, A. [2]; Pérez Lorenzo, G. [1]; Pardellas Santiago, E. [3]; López González, F.J. [1]; Rodríguez Osorio, X. [1]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: El tarareo ictal es una manifestación crítica infrecuente. Se postula la activación de una red cortical que involucra al córtex prefrontal, al giro temporal superior y al giro angular. Describimos las características de 3 pacientes con esta semiología, registrada durante monitorización vídeo-EEG no invasiva.

Material y métodos: Son tres varones con epilepsia focal refractaria en evaluación prequirúrgica, que incluyó monitorización vídeo-EEG prolongada y RM3T con protocolo de epilepsia. Ninguno manifestaba habilidades musicales específicas.

Resultados: Caso 1: varón con epilepsia secundaria a displasia cortical dorsolateral frontal izquierda. El canturreo era breve y se producía inicialmente, siendo la única manifestación en algunas crisis. Tras la cirugía permaneció libre de episodios. Caso 2: una de las crisis se presentó con aura visual inicial seguida de desconexión, automatismos manuales de golpeteo rítmico y canturreo prolongado. El EEG crítico mostraba una actividad crítica témporo-occipital izquierda con propagación anterior. La RM mostró una lesión occipital izquierda. Está pendiente de intervenirse. Caso 3: presentaba crisis parciales complejas y EEG típicos de regiones témporo-mesiales izquierdas, una acompañada de tarareo en el curso de la crisis. La RM mostró una esclerosis mesial temporal izquierda, intervenida y prácticamente libre de crisis tras la cirugía.

Conclusión: En el caso 1 el tarareo inicial, con una lesión circunscrita, permite postular que la región prefrontal está implicada precozmente en esta manifestación. En los otros dos casos probablemente se produzca por propagación a regiones temporales neocorticales. El conocimiento de la semiología y las redes epileptógenas implicadas es fundamental en la evaluación prequirúrgica.

PREDICCIÓN DE GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DEL ESTATUS EPILÉPTICO: COMPARACIÓN ENTRE ESCALAS PRONÓSTICAS

Calle de Miguel, C.A.; Diaz de Terán Velasco, F.J.; Rodriguez Pardo de Donlebun, J.; Frade Pardo, L.; Alonso Singer, P.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Existen dos escalas para predecir mortalidad intrahospitalaria (MI) en estatus epiléptico (EE): Status Epilepticus Severity Score (STESS) y Epidemiology-based Mortality Score in Status Epilepticus (EMSE). Objetivo: Estudiar la utilidad de estas escalas para predecir tanto MI como pronóstico a largo plazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de EE entre enero/2014 y diciembre/2015. Analizamos: características clínicas, tipo de EE, puntuación STESS, EMSE, MI y pronóstico a los 3 meses (mediante Glasgow Outcome Scale (GOS)).

Resultados: 85 pacientes, 58 varones (68.2%). Edad media (DE) 60.7 años (18.8). 17.6% MI. 62.4% EE de novo. 71.8% EE convulsivos. 42.3% puntuación de 1-3 en GOS (mal pronóstico). STESS: Curva ROC para MI y pronóstico, área bajo la curva (AUC) 0.762 y 0.760 respectivamente, punto de corte >2 (sensibilidad 100/86%, especificidad 48/57% respectivamente). Las mejores combinaciones predictoras de la EMSE en nuestra muestra fueron nivel de conciencia, duración y etiología (CDE) y edad, nivel de conciencia, duración y etiología (E-CDE). CDE: AUC para MI y pronóstico: 0.822 y 0.779. Sensibilidad 73/69%, especificidad 89/76% respectivamente. E-CDE: AUC para MI y pronóstico: 0.822 y 0.772. Sensibilidad 73/83%, especificidad 86/61% respectivamente. EE de novo presentan 25% MI y 53% mal pronóstico respecto a pacientes con epilepsia previa (6 y 25% respectivamente), $p < 0.03$

Conclusión: En nuestra muestra, EMSE presentan una mejor combinación de sensibilidad y especificidad para predecir la MI y el pronóstico a los 3 meses, que la escala STESS. Existen diferencias significativas en mortalidad y pronóstico a 3 meses entre pacientes con diagnóstico de epilepsia previa y EE de novo.

EPILEPSIA FOCAL DEL LÓBULO TEMPORAL. IMPORTANCIA DE LA LATERALIZACIÓN DE LA LESIÓN EN EL PRONÓSTICO Y EN LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA

Nieto Fernández, Z.; Falip Centellas, M.M.; Santurino Plaza, M.M.; Miró Lladó, J.; Juncadella Puig, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Investigar si la variable "lateralización de la lesión" de la ELT (epilepsia del lóbulo temporal) unilateral fármacorresistente influye en el pronóstico neuropsicológico, psicológico, neurológico y, por ende, en la calidad de vida de los pacientes intervenidos mediante cirugía resectiva.

Material y métodos: 39 pacientes diagnosticados de ELT unilateral fármacorresistente e intervenidos quirúrgicamente. Del total de la muestra, 18 pacientes presentaban ELT D (derecho) y 21 ELT I (izquierdo). A todos los pacientes se les realizó una evaluación neuropsicológica pre-IQ (pre-quirúrgica) entre 6-18 meses antes de ser intervenidos y entre 4-8 meses tras la intervención (valoración post-IQ). También se valoró la función psicológica, neurológica y la calidad de vida postoperatoria de estos pacientes.

Resultados: El rendimiento neuropsicológico estuvo influenciado por la variable "lateralización de la lesión" tanto en el pre-IQ como en el post-IQ. La muestra global manifestó un declive en las puntuaciones de las pruebas de lenguaje tras la intervención, pero el pronóstico neuropsicológico fue peor en el grupo I. Respecto al pronóstico psicológico y neurológico, no se evidenciaron diferencias entre los grupos. La calidad de vida post-IQ fue peor en el grupo D.

Conclusión: La variable "lateralización de la lesión" de la ELT unilateral fármacorresistente puede influir en parte de los indicadores pronósticos esenciales para preservar y/o mejorar la calidad de vida tras la cirugía.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE ESTATUS EPILÉPTICOS NO CONVULSIVOS

Gutiérrez Viedma, Á. [1]; Parejo Carbonell, B. [2]; García García, M.E. [2]; Abarrategui Yagüe, B. [2]; del Prado González, N. [3]; Marcos Dolado, A. [1]; Parees, I. [1]; Porta Ettesam, J. [1]; Ortuño Anderiz, F. [4]; Álvarez González, M. [4]; García Morales, I. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Neurología. Unidad de Epilepsia. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, electroencefalográficos y evolutivos, de una serie de pacientes con estatus epiléptico no convulsivo (EENC) ingresados en un hospital terciario entre enero de 2014 y mayo de 2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínicas, electroencefalográficas, terapeúticas y temporo-evolutivas de una cohorte de pacientes con EENC.

Resultados: 38 episodios de EENC en 37 pacientes (57,9% mujeres, edad media 71,45 años). El 39,5% tenían antecedente de epilepsia. Etiología: 28,9% desconocida, 34,2% cerebrovascular. Diagnóstico: el 68,4% cursaron como estatus focal con alteración del nivel de conciencia. Se realizó monitorización video-electroencefalográfica continua en el 52,6%, con un tiempo mediana de monitorización de 8,83 horas. Tratamiento: benzodiacepinas de inicio en el 63,2%; primer fármaco antiepiléptico (FAE) no-benzodiacepina: levetiracetam (71,1%), valproico (23,7%), y fenitoína (5,3%); con tiempo mediana "debut-inicio tratamiento" de 5 horas. Número medio FAEs/paciente 4,14. Evolución: Control del estatus en 84% de los pacientes. Hubo correlación directa entre el tiempo debut-inicio tratamiento con el tiempo hasta control de EENC. 28,9% requirió UCI. Mortalidad global 21,1% (44,4% en

UCI; 14,8% en planta); 71,1% tuvo complicaciones (81,8% en UCI; 66,6% en planta); el 33,3% de los supervivientes tuvieron secuelas.

Conclusión: Nuestra serie muestra cómo existe un retraso significativo en el diagnóstico y tratamiento del EENC, que se asocia con mayor tiempo hasta su control. Casi un tercio requirió un manejo multidisciplinar en UCI, presentando una morbimortalidad superior en este caso. Los FAEs de nueva generación se emplearon en un alto porcentaje de los pacientes.

TRASTORNOS DEL SUEÑO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPERCUSIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA

Frade Pardo, L.; Calle De Miguel, C.; Naranjo Castresana, M.; Díaz de Terán Velasco, F.J.; Alonso Singer, P.; Iváñez Mora, V.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Los pacientes con epilepsia frecuentemente asocian trastornos del sueño, que pueden repercutir de forma negativa en el control de las crisis y en su calidad de vida. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas, los fármacos usados, los síntomas, los hallazgos en polisomnografía y el trastorno del sueño en pacientes con epilepsia, en los que se sospechaba patología de sueño asociada.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Incluimos pacientes en seguimiento en la Unidad de Epilepsia Refractaria hasta el 30/04/2016 con sospecha clínica de trastornos del sueño (TS). Analizamos: antecedentes, síndrome epiléptico, tratamiento con FAE, clínica de TS, resultados del videopolisomnograma, necesidad de tratamiento y respuesta a tratamiento, mejoría de crisis tras tratamiento del TS.

Resultados: 57 pacientes: 30 mujeres (54.5%). Edad media: 53 años (22-77 años). 59.3% no fumadores, 21.8% obesidad (10.9 % tipo 1). 45.5 % epilepsia lóbulo temporal (25 pacientes). 41.8% epilepsia no lesional. 50.9% en tratamiento con 1 FAE, 46.3% libres de crisis en el último año. Diagnóstico de TS: 54.38% (31). 45.6% (26) SAHS: 42.1% SAHS obstructivo. IAH medio 14.1 (2.7-51.80). 2) 15.8% (9) TS de tipo motor: 33.3% SPI, 66.66% MPPS (IMMPS medio 48.16), Tras inicio de tratamiento de TS: libres de crisis. 8.7% (5), reducción de crisis>50 %: 7%(4).

Conclusión: Los trastornos de sueño son una comorbilidad muy frecuente en los pacientes con epilepsia y puede ocasionar un control inadecuado de ésta. El diagnóstico de los TS y la instauración de tratamiento puede influir de forma favorable en el control de las crisis.

PRONÓSTICO DEL ESTADO EPILÉPTICO (EE) DE CAUSA VASCULAR: DIFERENCIAS SEGÚN EL TIEMPO ICTUS - EE

Santamarina Pérez, E. [1]; Gonzalez, M. [1]; Quintana, M. [1]; Sueiras Gil, M. [2]; Guzmán, L. [2]; Toledo Argany, M. [1]; Abraira, L. [1]; Alvarez Sabín, J. [1]; Salas Puig, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El pronóstico del estado epiléptico(EE) teniendo en cuenta el tiempo ictus-EE no está claramente descrito. Analizamos la evolución del EE post-ictus y factores relacionados con pronóstico y epileptogénesis.

Material y métodos: Entre Septiembre'11-Mar'16 seleccionamos EE post-ictus. Recogimos datos demográficos, epilepsia previa, tipo de EE, nivel de conciencia, mSTESS, duración, tiempo ictus-EE, refractariedad; pronóstico al alta, en el seguimiento y aparición de epilepsia en no epilépticos

Resultados: Evaluamos 95 EE. 40(42,1%) mujeres, con edad media:72,7+/-13,56. 33(34,7%) tenían epilepsia previa. 49(51,6%) necesitaron>2 FAEs, 27(28,4%) sedación. La duración media fue 12h(4-48). El tiempo ictus-EE fueron 15 días (0-532). Al alta, 34(35,8%) se recuperaron completamente, 44(46,3%) mostraron empeoramiento funcional y 17(17,9%) fallecieron. Entre los supervivientes, el 32,7% de los no epilépticos desarrollaron EPI (seguimiento medio=422 días). Al alta, la aparición de EE <72h post-ictus (p=0,003) y mSTESS (p=0,010) permanecieron como predictores de mortalidad. Respecto al estado funcional, las mujeres (p=0,019), un bajo nivel de conciencia (p=0,051), la aparición de EE<90 días post-ictus (p=0,0001) y una duración>12h (p=0,011) se relacionaron con peor pronóstico. A largo plazo, el EE<72h (p=0,0001), mSTESS (p=0,012) y la duración (p=0,004) afectaron a la mortalidad. Entre los supervivientes, solamente la recurrencia (p=0,037) y la aparición del EE >15 días post-ictus (p=0,05) se asociaron al desarrollo de EPI.

Conclusión: El pronóstico del EE post-ictus difiere según tiempo ictus-EE: - <72h se asocia a mortalidad - < 3 meses se mantiene riesgo de empeoramiento funcional. - >15 días se asocia a epileptogénesis. mSTESS y duración del EE afectan al pronóstico al alta y a largo plazo.

ESTADO POSTCRÍTICO PROLONGADO. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

Alpuente Ruiz, A. [1]; Sarria-Estrada, S. [2]; Lorenzo Bosquet, C. [3]; Bermell Campos, P. [1]; Lucas Del Pozo, S. [1]; Gonzalez Cuevas, M. [1]; Toledo Argany, M. [1]; Salas Puig, X. [1]; Alvarez Sabin, J. [1]; Santamarina Perez, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El período post-crítico es el conjunto de manifestaciones reversibles que suceden a una crisis epiléptica, causado por una alteración funcional neuronal. El fenómeno por el cual estos síntomas neurológicos se producen no queda aclarado. Nuestro objetivo es describir características clínicas que se producen en el estado post-crítico de más de 24h.

Material y métodos: Recogimos retrospectivamente los casos en los que se detectó focalidad neurológica de más de 24h de duración en pacientes atendidos en Hospital Universitario Vall d'-Hebrón que consultaron por crisis epilépticas en los últimos 2 años. Se recogieron datos clínicos, electroencefalográficos y de neuroimagen (TC multimodal, RM craneal, PET), además del pronóstico.

Resultados: Recogimos un total de 16 pacientes, con edad media 66,4años (53,7% hombres, 56,2% mujeres). El 56,2% presentaba epilepsia. Con respecto al origen, era remoto en el 100%, sin lesión aguda. Del 25% de aquellos con neuroimagen funcional, en el 18,7% se documentaron hallazgos (tanto en perfusión como en metabolismo), con un 100% de lentificación en el EEG. Semiológicamente, el 42,8% fueron crisis focales, 35,7% generalización secundaria, 21,4% generalizadas y el 25% debutó con estatus epiléptico. En cuanto al pronóstico, un 36,4% padeció un empeoramiento clínico (según GOSEscale, mediana=7).

Conclusión: La totalidad de los pacientes con estado post-crítico prolongado presentan un origen remoto, sin lesiones agudas, con causa lesional de su epilepsia. Se hallan cambios de neuroimagen, documentando alteraciones a nivel del lóbulo temporal en la totalidad. La influencia que estos cambios ejercen en el pronóstico es importante, pues muchos sufren un empeoramiento de su estado funcional.

ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO: POTENCIALES FACTORES PRONÓSTICOS Y ESTADO FUNCIONAL AL ALTA

González Cuevas, G.M. [1]; Satamarina Pérez, E. [1]; Quintana, M. [1]; Toledo Argany, M. [1]; Suieras Gil, M. [2]; Guzman, L. [2]; Salas Puig, X. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Identificar factores predictores de refractariedad en el estatus epiléptico (EE) y factores que influyen en el pronostico al alta en los EE refractarios (EER).

Material y métodos: Incluimos pacientes >16 años con diagnóstico de EE entre febrero-2011 y diciembre-2015. Se excluyeron pacientes con datos clínicos incompletos y con EE post-anóxico. Analizamos datos clínicos, situación funcional basal, etiología y pronóstico al alta. Comparamos los EER con los EE no refractarios (EENR). Realizamos análisis multivariable para identificar los factores predictores del pronóstico al alta en los EER Evaluamos el pronóstico funcional al alta mediante la escala-Rankin-modificada(mRS). Definimos como buen pronóstico cuando los pacientes en EER no empeoraron su mRS basal o cuando tenían un mRS<=2.

Resultados: 226 pacientes. Edad media: 63,26±18,02[18-96].55,1% hombres.44,2% fueron EER La regresión logística mostró que un EE no convulsivo en coma (p=0,02) y una etiología potencialmente mortal (p=0,003) eran predictores independientes de refractariedad. Los EER mostraron un peor pronóstico que los EENR (29% vs 14,3% para la mortalidad[p=0,005] y 51% vs 73% para buen pronostico funcional al alta [p=0,001]) De los EER, 49% tuvieron mal pronóstico. El análisis multivariado reveló que la edad (p=0,008), una alteración importante del nivel de conciencia(p<0,001), y una etiología potencialmente mortal (p=0,004), se relacionaron de forma independiente con un peor pronóstico funcional.

Conclusión: Un EE no convulsivo en coma y una etiología potencialmente mortal establecen un riesgo precoz de la progresión a un EER. Además, la edad, una alteración importante del nivel de conciencia, y la etiología impactan en el pronostico funcional a corto plazo de los EER.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO CON INICIO INTRAHOSPITALARIO

Gutiérrez Viedma, Á. [1]; Parejo Carbonell, B. [2]; Abarrategui Yagüe, B. [2]; García García, M.E. [2]; del Prado González, N. [3]; Cuadrado, M.L. [1]; García Morales, I. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Neurología. Unidad de Epilepsia. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas, temporales y evolutivas de una serie de pacientes con estatus epiléptico no convulsivo (EENC) según su inicio intrahospitalario (EENC-IH) o extrahospitalario (EENC-EH),valorados en un hospital terciario entre 1/enero/2014-31/mayo/2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínicas y temporo-evolutivas de una cohorte de pacientes con EENC

Resultados: 38 episodios de EENC en 37 pacientes. 36,8% fueron EENC-IH. Comparando ambos grupos no hubo diferencias en edad (mediana 78 años), sexo (57,9% mujeres), o proporción con etiología desconocida (28,9%, en conjunto).Los EENC-IH cursaron en mayor medida como estatus focal con alteración del nivel de conciencia (100% versus 50%); presentando menos antecedentes de epilepsia (13,3% versus 52,2%), mayores tiempos desde el inicio hasta la atención por Neurología (12h versus 3,5h) y hasta la instauración de tratamiento (12h versus 4,25h), así como más ingresos en UCI (50% versus 16,7%).El tiempo debut-inicio tratamiento se correlacionó directamente con el tiempo hasta el control del EENC.El EENC-IH se asoció con una mayor morbimortalidad: 28,6% fallecieron (16,7% EENC-EH), 50% empeoramiento en la escala de Rankin modificada (15% EENC-EH), y 70% tuvieron secuelas (15% EENC-EH).

Conclusión: En nuestra experiencia,el EENC-IH se asocia a un retraso diagnóstico y peor pronóstico.Los factores que pueden influir en esto son el debut de novo, situación basal, cursar como estatus focal con alteración del nivel de conciencia, mayor retraso hasta la valoración por Neurología e inicio del tratamiento, así como más ingresos en UCI.Es fundamental una elevada sospecha clínica así como realizar una educación a nivel hospitalario para favorecer su diagnóstico y tratamiento precoz.

RM FUNCIONAL DEL LENGUAJE MEDIANTE EL USO DE ESTÍMULOS AUDITIVO Y VISUAL EN LA ELT (EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL): LOCALIZACIÓN DE ÁREAS TEMPORALES

González González, G.; Haag, A.; van Graan, L.A.; Koepp, M.J.; Thompson, P.J.; Duncan, J.S.

Department of Clinical and Experimental Epilepsy, UCL Institute of Neurology. Epilepsy Society MRI Unit, Chalfont St Peter

Objetivos: Desarrollar paradigmas usando estímulos visuales y auditivos que activen mejor las áreas del lenguaje resecadas tras la RALT (resección anterior del lóbulo temporal), que la tarea de FV (fluencia verbal) que activa primordialmente el lóbulo frontal.

Material y métodos: 23 controles y 33 pacientes (20 con ELTI (ELT izquierdo)) realizaron tres tareas mediante RM funcional: NA (Nombramiento auditivo) de objetos usando un DR (discurso al revés); ND (Nombramiento de dibujos) con IC (imágenes codificadas) y CB (caras borrosas); y FV.

Resultados: En los pacientes NA activó el GTS o GTM (giro temporal superior o medio) con mayor frecuencia que FV (ELTI): izquierdos/derechos 93%/67%; ELTD (ELT derecho): 92%/58%; controles: 78%/57%). Utilizando la CC (condición control) para el sonido (NA-DR) se obtuvo una lateralización izquierda de las activaciones, mayormente en el GTM (ELTI: izquierdo/derecho 60%/13%; ELTD: 33%/17%; controles: 43%/9%). Con ND las activaciones temporales fueron menos frecuentes que con NA (ELTI: izquierdos/derechos: 70%/65%; ELTD: 62%/23%; controles: 35%/39%). Con la CC visual (ND–(IC+CB)) se obtuvo similar lateralización izquierda en las activaciones que con NA–DR. FV activó áreas frontales mas que GTS o GTM (ELTI: GTS izquierdo/derecho 20%/15%, GTM 25%/10%, GTS y M 35%/20%; ELTD: GTS 31%/0%, GTM 8%/8%, GTS y M 38%/8%; controles: GTS 35%/13%, GTM 22%/9%, GTS y M 48%/17%).

Conclusión: Las áreas temporales, reseccionadas tras RALT, se activan más frecuentemente con las tareas NA y ND que con FV. Estas tareas podrían ser mas predictivas de déficit del lenguaje tras la cirugía que FV. Gloria G. Gonzálvez agradece una beca a la Fundación Alfonso Martín Escudero.

ACTIVIDAD PERIÓDICA LATERALIZADA ASOCIADA A DESCARGAS RÁPIDAS. REVISIÓN DE 23 CASOS

Ostos Moliz, F.; Barragán Martínez, D.; Simarro Díaz, A.; Blanco Palmero, V.A.; Sánchez Tornero, M.; González de la Aleja Tejera, J.; Saíz Díaz, R.A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La actividad periódica lateralizada (APL, antes conocida como PLEDS) es un patrón electroencefalográfico que se observa en lesiones agudas cerebrales y que también puede traducir actividad

epileptiforme. Su asociación a descargas rápidas (DR) o PLEDS-plus, aumenta la probabilidad de presentar crisis epilépticas.

Material y métodos: Se han analizado retrospectivamente los diagnósticos de 27.168 electroencefalogramas realizados entre 2008-2016. Se seleccionaron aquellos que presentaran APL-DR en el registro electroencefalográfico.

Resultados: Se encontraron 36 registros correspondientes a 23 pacientes con APL-RS: 56% varones, mediana de edad 68 (intervalo 3-90 años). 8 de los pacientes tenían diagnóstico de epilepsia previamente (7 asociada a etiología estructural), el resto de casos presentaban lesiones agudas. 22 de 23 pacientes tuvieron clínica comicial: la presentación más frecuente fue la alteración del nivel de consciencia (17 pacientes), y 11 tuvieron crisis secundariamente generalizadas en su evolución. Las etiologías más frecuentes son la vascular isquémica (5 pacientes) y la tumoral (5), seguidas de vascular hemorrágica (4) y PRES (2). En el 69,5% el registro fue interpretado como un estatus epiléptico. En función de los hallazgos electroencefalográficos, se inicio tratamiento antiepiléptico en 14 pacientes y en 8 se añadió un nuevo fármaco o se incrementó dosis de previos, siendo los más utilizados levetiracetam, lacosamida y fenitoína. En cuanto al pronóstico, el 26% fallecieron, 26% presentaron secuelas graves y 30,4% se recuperaron completamente.

Conclusión: El hallazgo de APL- RD en el EEG tiene una fuerte asociación con cuadros comiciales, especialmente con el estatus epiléptico en el contexto de lesiones cerebrales agudas. Su presencia implica un mal pronóstico.

MODULACIÓN PERIICTAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA EPILEPSIA FOCAL

Hampel, K.; Jahanbekam, A.; Elger, C.; Surges, R.

Klinik für Epileptologie. Universitätsklinikum Bonn

Objetivos: Las alteraciones de la función cardiorespiratoria son frecuentemente observadas en crisis epilépticas y pueden dar lugar a síncope y muerte súbita en epilepsia. Mientras que la mayoría de las investigaciones anteriores se ha centrado en el control de la actividad del corazón y la respiración, se sabe poco acerca de la regulación de la presión arterial (PA) periictal. Hemos investigado si la modulación periictal de la PA depende de las características de las crisis.

Material y métodos: La Presión arterial media (PAM), la frecuencia cardíaca (CF) y la saturación de oxígeno capilar periférica (SaO2) fueron monitorizadas de forma continua y no invasiva utilizando el dispositivo ccNexfin en personas con epilepsia focal durante vídeo-EEG telemetría.

Resultados: Se incluyeron 46 crisis epilépticas en 38 pacientes. En las crisis focales (n=36), la PAM aumentó en un 33±34% y la CF en un 53±43%, mientras que la SaO2 no sufrió modificaciones. Los aumentos de la PAM y la FC fueron significativamente mayores en las crisis parciales complejas que en las crisis parciales simples. En el caso de crisis generalizadas secundarias (n=10), todas las grabaciones ictales se vieron comprometidas por los artefactos. Sin embargo, 2 minutos después de la terminación de crisis la PAM fue elevada por sólo el 16±14% y se redujo ligeramente por debajo de los niveles preictales después de 5 minutos, mientras que la CF fue aumentada por 77±33% y se mantuvo elevada durante toda la fase postictal.

Conclusión: La regulación de la PA y la CF muestra patrones distintos dependiendo del tipo de crisis.

ANÁLISIS ESPECTRAL DE SEEG PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ZONA EPILEPTOGÉNICA

Principe, A. [1]; Vila Vidal, M. [2]; Tauste Campo, A. [2]; Ley Nacher, M. [1]; Rocamora Zuñiga, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Neurociencias computacionales. Hospital del Mar - IMIM

Objetivos: La resección quirúrgica es una solución viable para los pacientes con epilepsia focal resistente al tratamiento farmacológico. El éxito de la cirugía depende de la correcta identificación de la zona epileptogénica (EZ), que actualmente se lleva a cabo mediante inspección visual de la actividad eléctrica de superficie e intracranial. Nuestro objetivo es desarrollar técnicas analíticas que permitan mejorar la precisión del procedimiento diagnóstico.

Material y métodos: Se utilizan electrodos estereotácticos (SEEG) para registrar la actividad eléctrica de las estructuras subcorticales que se sospecha que puedan estar implicadas en la generación o propagación de las crisis. Mediante una técnica basada en la transformada de Hilbert, se analiza la dinámica espectral de cada canal, y se define un índice de activación para cada canal en función del tiempo.

Resultados: Esta técnica se ha evaluado en cuatro pacientes que fueron operados satisfactoriamente y con un follow-up de por lo menos 12 meses. Los resultados muestran un alto porcentaje de sensibilidad y especificidad con respecto a la zona que fue intervenida.

Conclusión: La técnica introducida se presenta como un análisis complementario a la inspección visual y que podría ayudar al procedimiento diagnóstico en la determinación de epileptogenicidad de las áreas registradas.

Epilepsia II

MALFORMACIÓN LEVE DEL DESARROLLO CORTICAL CON HIPERPLASIA OLIGODENDROGLIAL EN EPILEPSIA DEL LÓBULO FRONTAL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE UNA ENTIDAD DE RECIENTE DESCRIPCIÓN

Aledo Serrano, A. [1]; Toledano Delgado, R. [1]; García Morales, I. [2]; Espinosa Jovel, C. [1]; Álvarez-Linera Prado, J. [1]; Gil-Nagel Rein, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La Malformación Leve del Desarrollo Cortical con Hiperplasia Oligodendroglial en Epilepsia del Lóbulo Frontal (MOGHE, por su acrónimo en inglés) es una entidad clínico-patológica de reciente descripción asociada a epilepsia farmacorresistente. En esta comunicación presentamos los rasgos clínicos y pronósticos de los pacientes diagnosticados en nuestra unidad, que constituyen la serie más numerosa de un sólo centro hasta la fecha.

Material y métodos: Presentamos 5 pacientes tratados mediante cirugía de epilepsia en la unidad de Epilepsia del Hospital Ruber Internacional entre junio de 2012 y marzo de 2016 con diagnóstico histológico de MOGHE.

Resultados: Se trata de 5 pacientes con epilepsia focal frontal, 3 en lado derecho y 2 en izquierdo, con afectación cognitiva asociada (trastorno de atención y de expresión verbal, n=5; rasgos autistas, n=3). Todos fueron diagnosticados de probable displasia cortical en neuroimagen. En comparación con la serie publicada por Blümcke et al, nuestros pacientes tuvieron, tanto el inicio de la epilepsia, como el tratamiento quirúrgico más precoces (mediana de 1,5 frente a 4 años para inicio de la epilepsia, y 6,5 frente a 16 años para cirugía). Esto puede explicar el mejor pronóstico en nuestra serie (40% de Engel I frente a 27%). En todos los casos de nuestra serie hubo mejoría cognitiva postcirugía.

Conclusión: La MOGHE es una entidad clínico-patológica de reciente caracterización asociada a epilepsia farmacorresistente y discapacidad intelectual. A la espera de series más extensas, el tra-

tamiento quirúrgico precoz parece incidir de manera importante en el control de la epilepsia y la evolución cognitiva de estos pacientes.

UN NUEVO SÍNDROME EPILÉPTICO Y SU DIFÍCIL CONTROL

Juliá Palacios, N. [1]; Raspall Chaure, M. [1]; Sanchez Montañez, A. [2]; macaya, A. [1]; vicente, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La encefalopatía epiléptica siguiendo a una encefalitis límbica post-trasplante (PALE) por virus del herpes humano tipo 6 (HHV6) es una complicación que ha sido recientemente descrita en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Se presentan 2 niños con neutropenia congénita sometidos a trasplante de sangre de cordón umbilical a los 4 y 6 años de edad que presentaron PALE asociada a HHV6 al mes del trasplante.

Resultados: Recibieron tratamiento con gangiclovir y mostraron una recuperación neurológica ad integrum y negativización de PCR de HHV6 en pocos días. Tras unos meses asintomáticos, ambos inician espasmos epilépticos y regresión cognitiva. El EEG muestra un trazado de base desorganizado con anomalías epileptiformes generalizadas y multifocales muy incidentes. En la resonancia magnética se observa una esclerosis hipocampal bilateral. Las PCRs víricas y los anticuerpos antineuronales han sido repetidamente negativos tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo. Ambos han evolucionado hacia un trastorno del espectro autista grave y diversos tipos de crisis incluyendo espasmos, crisis tónicas y ausencias atípicas que se siguen presentando múltiples veces al día a pesar de múltiples combinaciones de fármacos antiepilépticos. No han respondido tampoco al tratamiento inmunomodulador (corticoides, inmunoglobulinas y rituximab) o antiviral (foscarnet y valganciclovir).

Conclusión: Confirmamos la existencia de un nuevo síndrome epiléptico específico del niño con PALE asociado al HHV6. Su fisiopatología es desconocida y no existen marcadores inmunológicos ni microbiológicos asociados. La presentación con espasmos y evolución hacia una grave encefalopatía epiléptica con crisis generalizadas son características y muy diferentes a lo observado en los adultos con epilepsias postencefalíticas.

MAPEO FUNCIONAL DE LA CORTEZA INSULAR: CONSECUENCIAS CLÍNICAS EN LA CIRUGÍA DE EPILEPSIA

Rocamora Zuñiga, R. [1]; Principe, A. [1]; Ley, M. [1]; Sánchez, A. [1]; Aznar, G. [2]; Linder-Lucht, M. [2]; Serrano, L. [3]; Conesa, G. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar; 3. Servicio de Neurocirugía. Hospital del Mar

Objetivos: La corteza insular es una causa potencial de fracasos quirúrgicos. Por su complejidad y riesgo es una región generalmente no explorada del cerebro. El objetivo de este trabajo es presentar por primera vez en España la metodología de mapeo funcional insular y sus consecuencias sobre el diagnóstico prequirúrgico.

Material y métodos: Desde mayo/2015 a junio/2016, 15 pacientes han sido implantados en la ínsula mediante estéreotaxia asistida por robot. Su localización se determinó mediante fusión y normalización de RNM pre-implantación con TAC post-implantación. Cada contacto fue estimulado en forma bipolar utilizando un protocolo ad-hoc.

Resultados: No se registraron complicaciones neurológicas. Un paciente presentó un hematoma subdural laminar asintomático. La estimulación se realizó en todos los pares de contactos. El mapeo funcional desencadenó las siguientes respuestas insulares: aura epigástrica, auditiva contralateral, sensaciones somatosensoriales contralaterales segmentarias, constricción laríngea, sensaciones cinestésicas y somatoestésicas contralaterales. Los resultados fueron obtenidos con estimulaciones de muy baja intensidad (1-2 mA). No se generaron crisis durante los estímulos. De los 15 pacientes implantados, en 3 se comprobó una participación de la ínsula en la generación de crisis (20%).

Conclusión: Nuestros datos confirman el rol somatosensorial de las funciones insulares pero también de respuestas menos frecuentes como las alucinaciones auditivas simples, las sensaciones vestibulares cinéticas, el aura epigástrica y la constricción laríngea. Se demuestra una alta densidad de funciones cerebrales complejas en la ínsula y la necesidad de estímulos de muy baja amplitud para evitar propagación a distancia. La implantación insular permitió un diagnóstico preciso de la epilepsia en 20% de los pacientes.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL SOBRE EL EMPLEO DE FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS EN DISTINTAS SITUACIONES CLÍNICAS DE LA EPILEPSIA

Mercadé, J.M.1; Serrano Castro, P.J.2; López, F.G.3; en representación del Grupo de Estudio de Epilepsia de la SEN

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya ; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; 3. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer el empleo de los FAEs en distintas situaciones clínicas de la enfermedad en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. La muestra se compone de 559 pacientes mayores de 14 años con epilepsia y en tratamiento con FAEs recogidos en consulta ambulatoria por 51 neurólogos de 15 CCAA, de forma aleatorizada y en número proporcional a la población total de la CCAA correspondiente, durante 2 semanas consecutivas de abril. Se realiza un análisis descriptivo de las variables tanto cualitativas como cuantitativas. El nivel de significación se establece en el 5%. Todos los análisis utilizan el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Edad media 42,7 años. 54,6% de los pacientes son mujeres. 59,2% presentan comorbilidad asociada. Tiempo mediano de tratamiento con FAEs es 14 años. 51,5% etiología sintomática. 75,7% presentan crisis parciales. 32,4% con epilepsia fármaco resistente. 40,6% de los pacientes están en monoterapia. El número mediano de FAEs es de 2. El FAE utilizado más frecuentemente es LEV (42,6% de los pacientes), seguido de VPA (25,4%), LTG(19,5%), CBZ (17,9%) y LCM (17,5%). Politerapia: las dosis administradas son estadísticamente superiores que en monoterapia. 35,6% no ha tenido ninguna crisis en el último año.

Conclusión: La mayoría de los FAEs se emplean más en politerapia y a mayor dosis que en monoterapia pero la frecuencia de utilización, se mantiene. Los pacientes farmacoresistentes emplean un mayor número y dosis de FAEs, y sin diferencia en el tipo de FAEs empleados y frecuencia con el resto de pacientes.

ESTEREO-ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA: RESULTADOS TRAS 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Gómez Ibáñez, A. [1]; Pérez Borreda, P. [2]; Conde Sardón, R. [2]; Garcés Sánchez, M. [1]; Gutiérrez Martínez, A. [2]; Villanueva Haba, V. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: La cirugía es un tratamiento efectivo para pacientes con epilepsia refractaria. En ocasiones es necesario estudiarlos con estereo-electroencefalografía (S-EEG) para localizar el área epileptógena. El objetivo es analizar los resultados quirúrgicos de los pacientes estudiados mediante S-EEG en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo basado en historias clínicas de pacientes estudiados mediante S-EEG en el Programa de Cirugía de Epilepsia del Hospital La Fe (2007-2016).

Resultados: Identificamos 53 pacientes (29 varones, 24 mujeres). En 27 realizamos S-EEG con electrodos profundos, en 21 electrodos subdurales y 5 fueron estudios mixtos. En total, han sido colocados 316 electrodos profundos y 65 subdurales. Las localizaciones más frecuentes fueron el lóbulo temporal (39 pacientes), seguido del frontal (32 pacientes); en 6 pacientes registramos la ínsula. La edad media durante el S-EEG fue 34,1 años (13-60) y la evolución de la epilepsia 24 años (6-59). En 37 pacientes (69,8%) el EEG de superficie no era localizador. El 22,6% (12) eran no lesionales. Se ha realizado cirugía resectiva a 45 pacientes (20 profundos, 21 subdurales y 4 mixtos). El seguimiento medio fue 33 meses (17 en profundos, 50 en subdurales y 13 en mixtos). El 53,3% tuvo buena evolución (15 Engel I; 9 Engel II); esta cifra ascendió al 81% en aquellos con profundos o mixtos. Tres pacientes tuvieron infección de electrodos, todas resueltas sin secuelas.

Conclusión: La S-EEG es útil para la localización y posterior resección del área epileptógena en pacientes con epilepsia refractaria focal cuyo resultado tras pruebas no invasivas no es concluyente

CIRUGÍA DE EPILEPSIA REFRACTARIA REALIZADA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES

Gómez Ibáñez, A. [1]; Garcés Sánchez, M. [1]; Conde Sardón, R. [2]; Pérez Borreda, P. [2]; Gutiérrez Martínez, A. [2]; Villanueva Haba, V. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: La cirugía puede ser un tratamiento efectivo para pacientes con epilepsia refractaria. Las series publicadas son mayoritariamente de adultos jóvenes, pero hay pocos datos sobre adultos mayores. El objetivo del estudio es evaluar resultados quirúrgicos de pacientes adultos mayores operados por epilepsia refractaria

Material y métodos: Estudio retrospectivo basado en historias clínicas de pacientes intervenidos con 50 años o más en el Programa de Cirugía de Epilepsia del Hospital La Fe (2006-2016).

Resultados: Identificamos 37 pacientes (20 varones, 17 mujeres) de 290 intervenidos (12,8%); 4 (1,4%) tenían 65 años o más. La edad media al operarse fue 55,9 años (50-69) y la evolución de la epilepsia 42,3 años (4-68), con un retraso medio hasta la cirugía de 40 años (3-66). La media de crisis fue 9,3/mes. El 91,9% tenían lesiones focales, destacando esclerosis mesial temporal (23). Obtuvimos datos neuropsicológicos prequirúrgico en 23 pacientes: 21 presentaban algún déficit (91,3%), mayoritariamente de memoria verbal y/o visual (17). Se realizó lobectomía con amigdalohipocampectomía en 23 pacientes, lesionectomía en 7, lobectomía en 3, lobectomía con amigdalectomía en 1 y colocación de estimulador vagal a 3 (con posterior callosotomía a 1). El seguimiento medio fue 43,5 meses (0-106). El 83,8% tuvo buena evolución (25 Engel I; 6 Engel II); ninguno con estimulador vagal mejoró significativamente. Nueve aquejaron pérdida de memoria, 6 desarrollaron depresión y 1 hemiparesia transitoria tras la cirugía.

Conclusión: La cirugía resectiva en adultos mayores con epilepsia refractaria focal de larga evolución es eficaz en casos seleccionados, siendo los déficits cognitivos la principal potencial secuela

INFLUENCIA DEL ESTIMULADOR DEL NERVIO VAGO EN LA CONDUCTA DE LOS PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA EPILÉPTICA

Ruiz Tornero, A.M. [1]; García Pallero, M. [2]; de Toledo Heras, M. [1]; Gago Veiga, A. [1]; Villacieros Álvarez, J. [1]; García Navarrete, E. [2]; Navas García, M. [2]; Torres Díaz, C. [2]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Los pacientes con encefalopatía epiléptica (EE) ocasionalmente presentan trastornos de conducta de difícil manejo. Nuestro objetivo es analizar si la implantación del estimulador del nervio vago(ENV) puede contribuir a mejor control del comportamiento en dichos pacientes.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias de pacientes a los que se colocó ENV entre 2005-2014(n=85), seleccionando aquellos con encefalopatía epiléptica. Se utilizaron dos cuestionarios validados respondidos por familiares cercanos para medir alteraciones conductuales, ICAP y NPQ-I.

Resultados: Se encontraron 34 pacientes(40%)que presentaban EE+ENV, de los cuales se pudo contactar con 19(56%) para completar los cuestionarios. La edad media era de 35,3 años(DE9,72). 79% afirmaba tener problemas de conducta antes de la colocación del ENV,destacando heteroagresividad(31,6%),conducta disruptiva(31,6%),retraimiento(42,1%), conducta no colaboradora(36,8%) y conducta social ofensiva(21%). En cuestionario ICAP, los problemas de agresividad mejoraron en 2/6 pacientes(33%,y 1 de ellos con mejoría añadida de conducta disruptiva)y empeoró en 1/6 (17%). La conducta social ofensiva mejoró en 1/4(25%) y el retraimiento en 1/8 (13%). La conducta disruptiva mejoró en 1/7 y empeoró en 1/7(14%). Los cambios no se relacionaron con modificaciones en frecuencia de crisis.No se objetivaron cambios conductuales en 79%. En NPQ-I la puntuación media global antes de colocar ENV fue 3,05puntos sobre 33(DE3,15), y después 3,21(DE3,05).En los ítems de ánimo y ansiedad, 1 paciente mejoró(5,6%). En 1caso empeoró la apatía. No se objetivaron cambios en 68,4%.

Conclusión: En nuestro estudio no se han objetivado cambios significativos en conducta de pacientes con EE tras colocación del ENV,aunque sí una tendencia a menor heteroagresividad en pacientes que previamente la presentaban.

CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA FOCAL CON CRISIS REFLEJAS: ESTUDIO COMPARATIVO

Adell Ortega, V.; Arroyo Pereiro, P.; Vélez Santamaria, P.V.; Jaraba, S.; Miro Llado, J.; Juncadella Puig, M.; Mora Salavado, J.; Rodriguez Bel, L.; Castañer, S.; Plans Ahicart, G.; Falip Centelles, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Estudiar las características electroclínicas de los pacientes con epilepsia focal y crisis reflejas (CR) y compararlo con un grupo de pacientes con epilepsia focal fármaco resistente sin crisis reflejas (EF)

Material y métodos: Se compara pacientes con epilepsia focal y crisis reflejas con pacientes con epilepsia focal monitorizados en nuestra unidad de epilepsia desde Mayo 2014- Mayo 2016. Se revisa historia clínica, EEG crítico, estudio de neuroimagen (SPECT, RM, PET), farmacoresistencia y cirugía de la epilepsia y/o VNS.

Resultados: Se seleccionaron 61 pacientes, 14 (23%) con CR y 47 (77%) EF con crisis no provocadas. Todos los pacientes con

CR además asocian crisis focales no provocadas. De las CR 4 (30%) por estímulos auditivos (1 hablar por teléfono y 3 musicogénicas), 3 (23%) por estímulos visuales (1 fotosensible, 1 al abrir-cerrar ojos, 1 ver la TV), 3 (23%) startle, 3 (15%) relacionadas con la comida, 1 (7%) olfatoria. Tenían epilepsia temporal 6/14 (42%) de las CR comparado con 24/47 (51%) EF. Fueron lesionales 4/13 (30%) para las CR y 30/48 (62%) para las EF, (p 0.028). De éstos, fueron candidatos quirúrgicos 3/14 CR respecto 27/47 CE (p 0.031). Se sometieron a cirurgía resectiva los 3/14 pacientes con CR (21%) y 17/47 de EF (36%).

Conclusión: Diversos tipos de crisis reflejas pueden observarse en pacientes con epilepsias focales farmacoresistentes. En caso de presentar crisis reflejas estos pacientes van a ser peores candidatos quirúrgicos pudiendo ser su etiología específica en algunos casos.

EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN EXTERNA DEL NERVIO TRIGÉMINO A LARGO PLAZO

Olivié García, L.; Gónzalez Giráldez, B.; Serratosa Fernández, J.M.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: La estimulación externa del nervio trigémino (EENT) es una nueva forma de tratamiento para pacientes con epilepsia fármaco-resistente. El objetivo de este estudio es describir la efectividad de la EENT en la práctica clínica habitual en 17 pacientes durante un periodo de hasta 3 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de todos los pacientes con epilepsia fármaco-resistente tratados con EENT en nuestro centro, analizándose la tasa de respondedores (>50% de reducción de la frecuencia de crisis) a los 6, 12, 24 y 36 meses, los efectos secundarios y la tasa de retención.

Resultados: La duración del tratamiento fue de 4-37 meses. A los 6 meses, 9 pacientes interrumpieron la EENT por falta de eficacia y tras 12 meses, 8/17 pacientes (47%) continuaron con la misma, de los cuales 5 (29%) se trataron durante más de 2 años. Las tasas de respondedores fueron: 6 meses 29%, 12 meses 29%, 24 meses 18% y 36 meses 18%. De los pacientes que continuaron el tratamiento durante más de un año, el 25% fue por mejoría en la frecuencia de crisis, y el 75% por disminución en la intensidad o duración de las crisis. Los efectos adversos (parestesias y cefalea) fueron muy leves y transitorios.

Conclusión: La EENT es un tratamiento con efectividad similar a la de algunos nuevos fármacos con tasas de retención de 47% en el primer año y de 29% a los 3 años.

REGISTRO INVASIVO Y CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA BASADO EN POSTPROCESAMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y NEURONAVEGACIÓN. ABORDAJE MULITMODAL EN PACIENTES NO LESIONALES

Martinez Quesada, C. [1]; Delev, D. [2]; Grote, A. [2]; Bostroem, J.P. [2]; Elger, C. [1]; Vatter, H. [2]; Surges, R. [1]

1. Servicio de Epileptologia. Universitätsklinikum Bonn; 2. Servicio de Neurocirugía. Universitätsklinikum Bonn

Objetivos: La cirugía resectiva debe siempre ser contemplada en pacientes con epilepsia refractaria de causa estructural. Los avances en postprocesamiento de imagenes de resonancia magnética (RM) pueden ayudar a detectar la zona epileptógena en pacientes con RM normal. Describimos la metodología de trabajo en nuestro centro para pacientes que requieren estudio invasivo previo a una cirugía resectiva.

Material y métodos: 14 pacientes consecutivos con epilepsia no lesionales fueron incluidos. El flujo de trabajo en estos pacientes incluye el postprocesamiento de imágenes potenciadas en T1 y FLAIR y la posterior creación de regiones de interés (RDI) a partir de las mismas. Dichas RDI serán transferidas al neuronavegador para una precisa implantación de electrodos (habitualmente 2 electrodos profundos) y serán modificadas y de nuevo usadas como guía para la resección. 9 pacientes fueron evaluados mediante SPECT ictal/interictal.

Resultados: La reevaluación de la RM teniendo en cuenta el postprocesamiento permitió la identificación de una lesión en 11 pacientes. En los 3 pacientes restantes el SPECT y nueva revisión permitieron identificar una posible lesión. En todos los pacientes se realizó un estudio invasivo con implantación guiada por RDI y neuronavegación. La misma técnica fue empleada para la resección en 13 pacientes. En 9 pacientes la histología demostró una displasia focal cortical. Tras al menos un año, 8 pacientes (57 %) permanecían libres de crisis.

Conclusión: Describimos la métodología de trabajo para el estudio invasivo de pacientes no lesionales en nuestro centro. El postprocesamiento de imágenes y la neuronavegación permiten estudios mínimamente invasivos así como resecciones ajustadas con buenos resultados postoperatorios.

EFECTOS DEL PERAMPANEL SOBRE LA ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL

Álvarez Guerrico, I. [1]; Rocamora Zúñiga, R. [2]; Ley, M. [2]; Principe, A. [2]

1. Unidad de Sueño. Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología y Neurofisiología. Hospital del Mar; 2. Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología y Neurofisiología. Hospital del Mar

Objetivos: Los mecanismos de acción de los fármacos antiepilépticos pueden modificar la arquitectura del sueño. Asimismo, el sueño modula la actividad epiléptica mediante diversos mecanismos de sincronización cerebral. La calidad y cantidad de sueño suelen encontrarse alteradas en la población epiléptica. El perampanel, por su efecto bloqueante de la actividad excitatoria glutaminérgica, podría interferir en la regulación del sueño y, secundariamente, condicionar el control de la epilepsia.

Material y métodos: Presentamos un estudio prospectivo con 15 pacientes diagnosticados de epilepsia focal refractaria evaluados mediante vídeo-polisomnografía nocturna (VPSGN) antes y después del inicio del tratamiento con perampanel. Previo a cada VPSGN los pacientes cumplimentaron el "Inventario de Calidad de Sueño de Pittsburgh" (PSQI) y la "Escala de Somnolencia de Epworth" (ESS).

Resultados: Trece pacientes (7 mujeres; edad 23-47 años) completaron el estudio. Inicialmente, cinco pacientes refirieron baja calidad de sueño en PSQI y un paciente mostró excesiva somnolencia diurna en ESS; la VPSGN reveló un aumento de la latencia a sueño en seis y baja eficiencia en cinco pacientes. Tras tres meses de tratamiento con perampanel, globalmente no se observaron cambios en PSQI y se normalizó ESS; la VPSGN objetivó mejoría significativa de la latencia a sueño y un aumento de la eficiencia, únicamente en el grupo de pacientes con alteraciones en la primera VPSGN.

Conclusión: El tratamiento con perampanel muestra una modulación del sueño favorable en pacientes con estructura del sueño alterada previamente al tratamiento. Además, la mejoría de los parámetros del sueño no parecen estar asociados con excesiva somnolencia diurna.

¿AHORRAMOS ESTATINAS AL UTILIZAR FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS NO INDUCTORES? SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO ESL-LIPID

Iglesias Espinosa, M. [1]; Fernández Pérez, J. [1]; López González, J. [2]; Toledo Argany, M. [3]; Estevez María, J.C. [4]; Arjona Padillo, A. [1]; Bertol Alegre, V. [5]; Mauri Llerda, J.Á. [6]; Tortosa Conesa, D. [7];

Ruiz Gimenez, J. [8]; Querol Pascual, R. [9]; García Martínez, A. [10]; Moltó Jordà, J.M. [11]; Payán Ortiz, M. [1]; Perea Justicia, P. [1]; Galván Espinosa, J. [12]; Serrano Castro, P.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Santiago; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Reina Sofía; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 6. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 8. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; 9. Servicio de Neurología. Hospital de Badajoz; 10. Servicio de Neurología. Hospital Central de Asturias; 11. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios; 12. Servicio de Fundación Investigación Biosanitaria Andalucía Oriental (FIBAO). Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Objetivos: Determinar si la necesidad de tratamiento hipolipemiante es mayor en pacientes tratados con fármacos antiepilépticos (FAEs) inductores del citocromo P450 (CYP) vs no inductores.

Material y métodos: Usamos la cohorte del estudio ESL-Lipid para comparar de forma retrospectiva un grupo de pacientes epilépticos tratados en la práctica clínica con FAEs inductores CYP durante al menos 2 años con otra cohorte de pacientes tratados con ESL en monoterapia o politerapia con FAEs no inductores. La variable dependiente es la prevalencia de tratamiento hipolipemiante. Se miden otras variables bioquímicas y ultrasonográficas relacionadas con riesgo vascular.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (84 grupo CYP; 71 grupo No-CYP) reclutados de 11 Unidades de Epilepsia de España. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a datos demográficos y otros factores de riesgo vascular. El 15,5% de los pacientes del grupo No-CYP precisaron tratamiento hipolipemiante, frente al 38,1% de los pacientes del grupo CYP (P<0,02).No se encontraron diferencias significativas en parámetros bioquímicos de riesgo vascular (Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos y Homocisteína), pero sí en la medición del Grosor Intima-Media (0,668 mm en el grupo CYP vs 0,621 mm en el grupo No-CYP; p=0,05).

Conclusión: Los pacientes tratados con FAEs inductores precisan más frecuentemente la asociación de fármacos hipolipemiantes que los tratados con FAEs no inductores. Aunque el tratamiento elimina las diferencias en niveles plasmáticos de lípidos, sigue existiendo un peor comportamiento en los parámetros ultrasonográficos de riesgo vascular en el grupo de Inductores. Se discuten las implicaciones farmacoeconómicas y fisiopatológicas de los hallazgos.

ACETATO DE ESLICARBAZEPINA Y GROSOR DE INTIMA MEDIA EN VARONES: RESULTADOS DEL ESTUDIO ESL-LIPID

Fernández Pérez, J. [1]; Serrano Castro, P.J. [1]; López González, F.J. [2]; Toledo Argany, M. [3]; Estévez María, J.C. [4]; Arjona Padillo, A. [5]; Bertol Alegre, V. [6]; Mauri Llerda, J.Á. [7]; Tortosa Conesa, D. [8]; Ruiz Giménez, J. [9]; Querol Pascual, R. [10]; García Martínez, A. [11]; Moltó Jordá, J.M. [12]; Payán Ortiz, M. [5]; Perea Justicia, P. [1]; Iglesias Espinosa, M. [1]; de la Torre, J.D.D. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Torrecárdenas; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 7. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 9. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; 10. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 11. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 12. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios

Objetivos: El poder inductor sobre Citocromo P-450 (CYP) del acetato de eslicarbazepina (ESL) es menor que el del resto de carboxamidas y otros fármacos antiepilépticos (FAEs) de primera generación. Su uso evitaría la interacción con la ruta de síntesis del colesterol con la consiguiente disminución del riesgo vascular. El objetivo principal fue determinar la influencia de ESL en los marcadores de riesgo vascular medidos ultrasonográficamente en comparación con el uso de FAEs inductores.

Material y métodos: Finalizado el reclutamiento del estudio ESL-Lipid, análisis transversal comparando dos grupos de pacientes con epilepsia focal y edades entre 18-75años. Grupo-CYP: tratados con FAEs inductores durante un mínimo de dos años. Grupo-ESL: tratados con ESL sin FAEs inductores en los últimos dos años. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y ultrasonográficas medidas mediante el grosor de intima media (GIM) según protocolo de Mannheim.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (84 del Grupo-CYP y 71 del Grupo-ESL) de 11 unidades de epilepsia. No se encontraron diferencias clínicas, demográficas ni analíticas. El valor medio del GIM fue mayor en el Grupo-CYP vs Grupo-ESL (0.668 mm vs.0.621; p=0.05). Al estratificar el análisis por genero, no encontramos diferencias en mujeres (0.634 mm vs.0.616 mm; NS) pero sí en hombres (0.700 mm vs.0.624 mm; p=0.02).

Conclusión: El GIM en hombres con FAEs inductores fue mayor sin presenter diferencias en los parámetros bioquímicos de riesgo vascular. Algunos estudios han mostrado que los FAEs inductores generan una situación de hipoandrogenismo que se correlaciona con valores elevados de GIM. Discutimos el posible mecanismo hormonal que pudiera explicar nuestros resultados.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL EFECTO DE LAS DIBENZAZEPINAS CARBOXAMÍDICAS SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO, HEMOGRAMA, NATREMIA Y PERFIL HEPÁTICO

Ley Nácher, M.; Principe, A.; Rocamora Zúñiga, R.A.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Las dibenzazepinas carboxamídicas son un grupo de FAEs utilizado en el tratamiento de la epilepsia focal. Como grupo farmacológico es conocido, entre otros, por el efecto deletéreo que pueden provocar sobre el perfil lipídico, hemograma, natremia y perfil hepático. El objetivo de nuestro estudio es comparar el efecto de carbamazepina (CBZ), oxcarbazepina (OXC) y eslicarbazepina (ESL) sobre estos parámetros en nuestra serie de pacientes con epilepsia focal.

Material y métodos: Estudio restrospectivo de pacientes tratados con dibenzazepinas carboxamídicas en nuestro centro durante el menos 3 meses entre 2010 y 2015. Se excluyó del análisis a los pacientes en tratamiento con otros inductores enzimáticos (PHT, PHB) o cuyo tratamiento para la dislipidemia fue modificado durante el periodo de estudio.

Resultados: 306 pacientes fueron incluidos en el análisis. Los valores del perfil lipídico fueron significativamente más altos en los pacientes en tratamiento con CBZ que en el grupo de tratamiento con OXC o ESL, así como en el grupo de OXC al compararlo con el grupo ESL. Se reporta la frecuencia de leucopenia e hiponatremia en los 3 grupos.

Conclusión: El impacto negativo de CBZ sobre el perfil lipídico es significativamente superior al de OXC o ESL, mientras que en el caso de OXC es superior al de ESL. Las dibenzazepinas carboxamídicas presentan perfiles metabólicos diferentes que determinan su uso en diferentes grupos de pacientes de riesgo.

VALOR AÑADIDO DEL INICIO DEL TRATAMIENTO CON ESLICARBAZEPINA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO ATEROGÉNICO EN PACIENTES EPILÉPTICOS

Ortega Hernández, O.D.; de Lera Alfonso, M.; Juanatey García, A.; Blanco García, L.; Navarrete Pérez, J.J.; José Nery, M.; Campos Blanco, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Estudios previos sugieren que el tratamiento con acetato de eslicarbazepina(ESL) podría mejorar el perfil lipídico de los pacientes. Se describe el efecto del inicio del tratamiento con ESL sobre el perfil lipídico de pacientes epilépticos en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se registraron edad, género, FAEs previos y duración del tratamiento con ESL. También el perfil lipídico antes y después del inicio del tratamiento; incluyendo colesterol-total, HDL, LDL, triglicéridos, e índices de riesgo aterogénicos.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes. Edad 56±18.3 años. 51% mujeres. El intervalo medio entre los dos registros del perfil lipídico fue 23.38±22.24 meses. El tiempo medio desde el inicio de ESL hasta la fecha del último perfil lipídico fue de 23.5±12.04 meses. Hubo un aumento de las cifras de colesterol-total (188.67±38.55 vs 195±45.89; P=<0.001), con incremento de las cifras de HDL (55.17±21.96 vs 62.41±18.00; P=<0.001); y disminución significativa de las cifras de LDL y triglicéridos (P=<0.001). En relación con los índices de riesgo aterogènico (Colesterol-total/HDL y HDL/LDL), igualmente se observó disminución significativa (3.89±1.79 vs 3.31±1.07; P=<0.001 y 2.3±1.54 vs 1.93±0.85; P=<0.001).

Conclusión: Aunque se observó un incremento en las cifras de colesterol total, este fue compensado por el incremento en cifras de HDL, y el descenso del LDL disminuyendo así los índices de riesgo aterogénico. Observándose también disminución de las cifras de triglicéridos. Estos resultados sugieren un potencial efecto beneficioso del tratamiento con ESL en el perfil lipídico de nuestros pacientes. Estas diferencias deberían ser verificadas en estudios de cohortes.

EXPERIENCIA CON ACETATO DE ESLICARBAZEPINA Y LACOSAMIDA EN MONOTERAPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

Garamendi Ruiz, I.; Matute Nieves, A.; Almeida Velasco, J.; Lloret Villas, M.I.; Agúndez Sarasola, M.; Fernández Valle, T.; Acera Gil, M.A.; Gómez Esteban, J.C.; Pérez Concha, T.; Marinas Alejo, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Acetato de eslicarbazepina (ESL) y lacosamida (LCM) están aprobados como terapia añadida para tratamiento de crisis parciales con o sin generalización. Ocasionalmente se utilizan en monoterapia. Se presenta la experiencia con estos fármacos en monoterapia en una consulta especializada de epilepsia.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo, revisando los pacientes atendidos en las consultas de Epilepsia de nuestro centro entre 2009 y 2015. Se incluyeron aquellos pacientes tratados con ESL o LCM en monoterapia, con al menos 6 meses de seguimiento. Se recogieron datos basales, como etiología, número de crisis, número de fármacos antiepilépticos (FAEs) previos, así como la respuesta (definida como una reducción de crisis igual o mayor del 50%) y efectos adversos durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes tratados con ESL y 24 con LCM en monoterapia. 4/51 pacientes con ESL y 10/24 con LCM realizaron biterapia transitoria. 15/51 recibieron ESL como primer fármaco, y 1/24 en el caso de LCM. La media de FAEs previos al tratamiento con ESL o LCM fue de 1,14 y 2 respectivamente. La mediana de dosis fue de 1200 mg para ESL, y 300 mg para LCM. La tasa de respondedores fue 70,6% para ESL y 69,5% para LCM. 21/51 (41,2%) y 10/24 (41,7%), respectivamente, permanecieron libres de crisis. 5/51 pacientes (9,8%) comunicaron efectos adversos con ESL (el más frecuente mareo), y 3/24 (12,5%) con LCM.

Conclusión: Eslicarbazepina y lacosamida demostraron buena eficacia y tolerabilidad utilizados en monoterapia. La fácil posología de ESL probablemente motive que se use con mayor frecuencia.

Epilepsia III

¿PREDICE LA EDAD DE INICIO DE LA EPILEPSIA EL CONTROL FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MESIAL TEMPORAL (EMT)?

Martinez Velasco, E. [1]; Abete Arribas, M. [2]; Blanco García, L. [1]; de Lera Alfonso, M. [1]; Avellón Liaño, H. [1]; Neri Crespo, M.J. [1]; Campos Blanco, D.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Algunos estudios señalan que la edad de inicio más tardía predice un mejor pronóstico en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal temporal en relación con EMT. Analizamos nuestra serie de pacientes con EMT no sometidos a cirugía para corroborar este dato.

Material y métodos: Incluimos 58 pacientes con EMT en tratamiento farmacológico. Recogimos características demográficas y de tratamiento. El ratio hombre: mujer fue de 3:2, y la edad media de inicio de las crisis de 23.62±18.1. Clasificamos a los pacientes en tres grupos: (I) pacientes libres de crisis, (II) pacientes con solo auras o hasta tres crisis parciales complejas/año y, (III) pacientes con crisis más frecuentes. Se compararon estadísticamente los tres grupos.

Resultados: Veintidós pacientes estaban libres de crisis (37.9%), 6 (10,3%) pertenecían al grupo II, y 28 (48,27%) al grupo II. La edad de inicio de las convulsiones en el grupo I fue de 26,9±20,5 años, en el grupo II fue de 26,6 ± 18,6 años y en el grupo III de 20,38±15.8. Estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. De los pacientes sin crisis, el 13.6% se controlaron con el primer fármaco y el 45.5% con el segundo, mientras que en el en el grupo III el 65.5% habían probado tres fármacos o más. Estas diferencias si resultaron estadísticamente significativas.

Conclusión: Se detectaron diferencias entre los tres grupos en relación al número de fármacos ensayados; no así en cuanto a la edad de inicio, sexo o alteraciones en el electroencefalograma. Son necesarios estudios poblacionales para establecer un pronóstico más preciso de la EMT.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON PERAMPANEL: EFICACIA Y TASA DE EFECTOS ADVERSOS

Villa Benito, B. [1]; Morales Hernández, C. [2]; Paniagua de Diego, J. [1]; Mota Balibrea, V. [2]; Alonso Pérez, J. [2]; Gutiérrez Naranjo, J. [2]; González Pérez, A. [2]; Henao Ramírez, M. [2]; Rodríguez Álvarez-Cienfuegos, J. [2]; Hernández Tost, H. [2]; Crisostomo Pardillo, J.[2]; Flores Galdo, J.M. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Objetivos: Evaluar el perfil de seguridad de Perampanel y causas de retirada en una cohorte de pacientes durante el primer año de tratamiento. Objetivo secundario: Evaluar mejoría clínica en base al número de crisis en los tres meses previos a cada visita.

Material y métodos: Se obtuvieron los datos recogidos en la historia clínica de 43 pacientes con epilepsia refractaria (edad, sexo, año de inicio de epilepsia, número de crisis, etiología, comorbilidades psiquiátricas, número de fármacos antiepilépticos (FAEs) y tratamientos previos) a los tres, seis y doce meses, evaluando en las posteriores visitas los efectos secundarios de Perampanel.

Resultados: La media de edad fue 40 años. La mediana del número de crisis en los tres meses previos al inicio de Perampanel fue 14, el 74.41% de los pacientes estaba con 3 o más FAEs y el 22.5% presentaba comorbilidad psiquiátrica. Las reacciones adversas más frecuentes fueron irritabilidad (20.93%), somnolencia (16.28%) y mareos (13,95%). A los tres meses, ocho pacientes (18.60%) tuvieron una reducción mayor del 50% y tres pacientes (6,97%) se encontraba libres de crisis. Se retiro Perampanel en nueve pacientes (20.93%), cinco por efectos adversos y cuatro por falta de eficacia.

Conclusión: Los efectos secundarios más frecuentes e importantes de Perampanel son psiquiátricos, sobre todo alteraciones conductuales e irritabilidad, aunque en la mayoría de los casos son de carácter leve. A pesar de ser pacientes con epilepsia refractaria a otros tratamientos, casi una cuarta parte de ellos tienen una buena tasa de respuesta a los tres meses de tratamiento.

DISPLASIAS CORTICALES Y PRONÓSTICO POSTQUIRÚRGICO: REVISIÓN DE UNA SERIE HOSPITALARIA

Perez Lorenzo, G. [1]; Rodríguez Osorio, X. [1]; Fernández Lebrero, A. [1]; Castiñeira Mourenza, J.A. [1]; Cortés Hernández, J. [2]; Peleteiro Fernández, M. [1]; Prieto González, Á. [1]; López González, F.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: Las displasias corticales focales (DCF) constituyen un trastorno de la migración neuronal con características radiológicas e histólogas específicas que causan habitualmente epilepsia refractaria. Nuestro objetivo es analizar los resultados de cirugía de epilepsia por DCF intervenidas en nuestro centro.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes >16 años con > 1 año de seguimiento postquirúrgico. Correlacionamos el pronóstico (escala de Engel) con el tipo de displasia (tipo I, II, y III con mención especial para las displasias de fondo de surco).

Resultados: Se incluyeron N=13 pacientes entre 18 y 54 años de edad. El 69.2% (N=9) mostraron displasias frontales; el 23% (N=3), temporales; y N=1, occipitales en la RM3T. N=8 pacientes presentaban DCF-II y, de ellos, N=6 (46%) correspondían a displasias de fondo de surco. N=3 correspondían a DCF-II y N=2 a DCF-III. Un año después de la cirugía el 78% (N=10) seguían libres de crisis (Engel IA), incluyendo los 6 pacientes con DCF II tipo fondo de surco. De los 3 pacientes con persistencia de crisis postcirugía, N=2 pacientes fueron reintervenidos, quedando después libres de crisis. N=2 pacientes presentaron secuelas postcirugía por situarse las displasias en áreas funcionales (paresia extremidad inferior que permite deambulación autónoma y déficit campimétrico, ambos libres de crisis).

Conclusión: Nuestra serie evidencia el excelente pronóstico quirúrgico de esta patología. Por ello es fundamental no demorar la evaluación prequirúrgica y poder ofrecer la posibilidad de cirugía a pacientes con epilepsia refractaria por DCF.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS CON SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT

Acosta Chacin, A.; Bermejo, P.

Servicio de Neurología. Fundación Instituto San José

Objetivos: El síndrome de Lennox Gastaut (SLG) es un síndrome epiléptico propio de niños, con poca experiencia en adultos. Nuestro objetivo es describir las características de un grupo de pacientes adultos institucionalizados con SLG.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, de la situación global de los pacientes, evaluando variables como sexo, edad, nivel de discapacidad física según escala de Barthel, nivel de discapacidad intelectual según subescalas de destrezas adaptativas y nivel de servicio del ICAP, edad de inicio de crisis, diagnósticos justificantes en los SLG sintomáticos, y tratamiento actual e histórico en los últimos diez años.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (12 hombres y 11 mujeres), con edades entre 20 y 59 años (43,5 años promedio). Siete pacientes padecían SLG idiopático (30,4%) y 16 sintomático (69,6%). En estos la causa más frecuente fue hipoxia perinatal (37,5%). La puntuación promedio en la escala Barthel fue 45,4 (dependencia moderada). En ICAP el promedio de edad según destrezas adaptativas fue 4,91 años, y el promedio de nivel de servicio 5,6 (periódica atención y/o frecuente supervisión). La edad de inicio de crisis estuvo comprendida entre menos de 1 y 98 meses (24,5 promedio). El número de fármacos por paciente fue de 2 a 5 actuales, y de 2 a 12 en diez años, siendo el Valproico y la Lamotrigina, solos o combinados, los más frecuentes (80,9%).

Conclusión: Con una estrategia multidisciplinar estructurada, se puede conservar, e incluso mejorar, la calidad de vida de la mayoría de estos pacientes a largo plazo.

PERAMPANEL: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EPILEPSIA REFRACTARIA

Blanco García, L.; Danilo Ortega, O.; Martínez Pias, E.; Trigo Lopez, J.; Juanatey Garcia, A.; Neri Crespo, M.J.; Campos Blanco, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Describir tolerabilidad y eficacia en el control de crisis tónico-clónicas generalizadas(CTCG) con Perampanel(PER) como fármaco asociado en epilepsia refractaria(ER) en práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en una consulta de ER que recibieron PER. Se describe la eficacia en aquellos con seguimiento >6meses. La tolerabilidad se evaluó en relación con los efectos adversos (EAs).

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes. 47% mujeres, edad media 46±17años, tiempo desde el diagnóstico de epilepsia 29±15años, mediana de fármacos previos al uso de PER 6[2-15]. Se retiró el fármaco en 35pacientes, causas: falta de eficacia: 10pacientes (29%), efectos adversos: 21 pacientes (60%) y por ambos: 4 pacientes(11%). El 95% de los EAs ya aparecían con dosis ≤4mg. Continuaron con PER(38pacientes), el 61% presentaba crisis parciales y el 39% crisis parciales secundariamente generalizadas(CPSG). Se excluyeron del análisis de eficacia los pacientes con seguimiento <6m(8pacientes). El 5%(2pacientes) se quedaron libres de crisis, el 8%(3pacientes) disminuyeron < 90% el número de crisis y el 42%(16pacientes) tuvieron una reducción >50%. Entre los pacientes que presentaban CPGS (16pacientes) fuesen o no respondedores, el 50%(8pacientes) no volvió a presentar (CTCG).

Conclusión: En nuestra serie, la eficacia y seguridad del PER fue similar a la de los ensayos clínicos. Los Eas cuando aparecen,

lo hacen ya con dosis bajas(≤4mg). Se observó una eficacia adicional para el control de CTCG en pacientes con CPGS. Son necesarios más estudios que incluyan mayor número de pacientes para comprobar estos datos.

EXPERIENCIA CON PERAMPANEL EN NUESTRO HOSPITAL

Romero Crespo, F.; Reyes Bueno, J.A.; Muñoz Novillo, J.; Villagran, M.; Moreno Arjona, M.P.

Servicio de Neurología. Hospital General (Málaga)

Objetivos: El Perampanel es un fármaco de 3º generación que ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de las crisis parciales con o sin generalización secundaria en terapia añadida. Evaluar la eficacia del perampanel en pacientes con epilepsia focal con o sin refractariedad.

Material y métodos: Hemos evaluado 95 pacientes a los cuales se le añadió Perampanel (tratamiento coadyuvante) en el control de las crisis parciales con o sin generalización secundaria. Analizamos variables clínicas, demográficas, tipo de crisis y frecuencia, años de evolución de epilepsia, número de fármacos antiepilépticos y dosis de Perampanel y evolución de las crisis con el tratamiento (mejoría con reducción de crisis, resolución completa de las mismas, o empeoramiento, así como efectos adversos).

Resultados: Un 15% de pacientes quedaron libre de crisis y se trataba de pacientes farmacorresistentes. 3 pacientes quedaron libres de crisis pero presentaron trastorno psiquiátrico, motivo por el cual tuvo que ser suspendido el perampanel con reinicio de las crisis. En 2 casos Perampanel quedo en monoterapia al quedarse libre de crisis y suspendiéndose el primer fármaco que tenían prescrito, evitando los efectos secundarios. En aproximadamente un 40% de pacientes tratados con Perampanel redujeron las crisis en más de 50%.

Conclusión: En nuestra experiencia, el porcentaje de éxito en el control de crisis se ajusta a lo publicado en pacientes con epilepsia refractaria o no. En un porcentaje menor de pacientes han presentando trastorno psiquiátricos que han obligado a la suspensión del fármaco con el reinicio de crisis.

EPILEPSIAS GENERALIZADAS IDIOPÁTICAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y FACTORES ASOCIADOS A FARMACORRESISTENCIA

Viloria Alebesque, A.; Bellosta Diago, E.; López Bravo, A.; García Arguedas, C.; Santos Lasaosa, S.; Mauri LLerda, J.Á.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con diagnóstico de epilepsia generalizada idiopática (EGI), y evaluar factores asociados a farmacorresistencia.

Material y métodos: Se realizó una revisión de historias clínicas de 75 pacientes con diagnóstico de EGI, recogiéndose las siguientes variables: sexo, edad, edad de inicio de la epilepsia, antecedente familiar de epilepsia, tipo de EGI, tipos de crisis y edad de aparición, datos de RM cerebral y EEG, tratamientos FAE actuales y previos, farmacorresistencia, intento de suspensión de tratamiento y eficacia del mismo, desarrollo de estado epiléptico y comorbilidad psiquiátrica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados: La edad media fue de 40,49 años (DE 14,483), y un 46,7% de los casos eran varones. La edad media de inicio de crisis fue 16,64 años (DE 8,61), y el tiempo medio de evolución de la epilepsia 23,81 años (DE 15,61). Un 64% de los pacientes tratados estaba en monoterapia, siendo el FAE más utilizado el VPA (62,7%). El 22,7% de los casos cumplían criterios de farmacorresistencia, siendo la epilepsia ausencia juvenil el síndrome con más casos refractarios (6/8). Tanto la presencia de comorbilidad psiquiátrica como de más de un tipo de crisis se asoció de forma significativa con farmacorresistencia.

Conclusión: Las EGI presentan habitualmente un buen control de crisis, con un alto porcentaje de pacientes en monoterapia. La EGI refractaria se relaciona con la presencia de comorbilidad psiquiátrica y de más de un tipo de crisis.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON ESTATUS EPILÉPTICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

Hidalgo de la Cruz, M. [1]; Miranda Acuña, J.A. [1]; Lozano Ros, A. [1]; Luque Buzo, E. [1]; Chavarria Cano, B. [1]; Vales Montero, M. [1]; Redondo Ráfales, N. [1]; Salgado Cámara, P. [1]; Simón Campo, P. [1]; Martín Gómez, M.A. [1]; Esteban De Antonio, E. [1]; Prieto Montalvo, J. [2]; Galiano Fragua, M.L. [1]; Massot Tarrus, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Analizar las características, manejo y pronóstico de los pacientes con status epiléptico en un Hospital Terciario de Madrid

Material y métodos: Entre los pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el Hospital Gregorio Marañón entre enero 2014 y mayo 2015, se seleccionaron aquellos que cumplían criterios clínicos o EEG de status epiléptico. Analizamos retrospectivamente sus características, manejo y evolución.

Resultados: Se identificaron 93 status epilépticos en 75 pacientes (41 hombres), con media de edad 56,9±19 años. El 42% eran crisis de debut y 68.5% epilepsias sintomáticas; 25,3% tomaban 3 o más FAEs. La causa del estatus fue infecciosa en el 18,25%, ictus en 15%, neoplasias primarias en 14% y olvido de FAEs en 11,8%. El 44.1% fueron status convulsivos, 33.3% focales simples motores y 20.4% focales complejos. El 49,5% de los casos requirieron de 1-2 FAEs i.v., siendo los más utilizados levetiracetam 44,1%, clonazepam 33,3%, diazepam 28%, ácido valproico 23,7%, fenitoína 22,6% y lacosamida 7,5%. El 33,3% de los casos precisó de inducción anestésica. 32,3% presentaron complicaciones: 23,7% infecciosas, 14% metabólicas, 6,4% cardiológicas, 5,4% respiratorias. La mortalidad fue del 16,1%. Se identificaron como factores asociados: etiología postanóxica, infecciosa, presencia de complicaciones cardiorespiratorias y necesidad de ingreso en UCI ($p<0,05$). 5 (5,4%) pacientes presentaron déficits neurológicos permanentes.

Conclusión: Los status epilépticos en nuestro hospital son predominantemente convulsivos, secundarios a infecciones, tumores cerebrales e ictus, y se controlan con 1-2 FAEs i.v., siendo levetiracetam el más empleado. La mortalidad fue del 16.1%, asociándose a etiología postanóxica, infecciosa, presencia de complicaciones cardiorespiratorias y necesidad de ingreso en UCI.

FACTORES RELACIONADOS CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL DEL LÓBULO TEMPORAL MEDIAL NO TRATADOS CON CIRUGÍA

Grau López, L. [1]; Corella, R. [2]; Ciurans, J. [2]; Jimenez Gonzalez, M. [2]; Caceres, C. [2]; Becerra Cunyat, J.L. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la respuesta a fármacos antiepilépticos (FAE) en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal medial y esclerosis del hipocampo (ELTM-HS) no tratados quirúrgicamente

Material y métodos: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de 52 pacientes con ELTM-HS no tratados con cirugía (por distintos motivos. La respuesta al tratamiento se definió como "buen control" en aquellos pacientes sin crisis o con reducción del ≥ 50% tras el inicio de los fármacos antiepilépticos y "mal control" en pacientes sin reducción significativa de crisis (<50%, sin cambios o aumento de crisis). Se compararon variables clínicas, neuropsicológicas, de neuroimagen y neurofisiológicas entre ambos grupos. Se consideraron variables pronósticas las medidas antes del inicio de los FAE y variables asociadas las realizadas según las que se recogieron con posterioridad.

Resultados: Incluimos 52 que cumplían criterios de inclusión (ELTM-HS tratados exclusivamente con fármacos antiepilépticos) 32 (61%) tuvieron mal control de crisis y 20 (38%) buen control. En el análisis multivariante se asoció a mal control de crisis, la presencia de > 2 crisis/mes previo al inicio de tratamiento (OR 3.2 [1.2-4.8], p=0.04), el deterioro cognitivo moderado-grave (OR 2.1 [1.8-7.6], p=0.02) y tener más de 2 funciones neuropsicológicas alteradas (OR 2.88 [2-6.6], p=0.04).

Conclusión: La presencia de > de 2 crisis/mes previo al inicio de FAE es un factor de mal pronóstico en pacientes con ELTM-HS no tratados con cirugía. La presencia de más de dos funciones neuropsicológicas alteradas y de deterioro cognitivo moderado-grave se asocia a una peor respuesta al tratamiento farmacológico

EPILEPTOGENICIDAD DE LOS TUMORES GLIALES DE MORFOLOGÍA MIXTA SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE 2016

Abraira del Fresno, L.; Martí, G.; Ramos, I.; Toledo Argany, M.; Santamarina Pérez, E.; Quintana, M.; Salas-Puig, J.; Martínez-Ricarte, F.; Auger, C.; Rodon, J.; Madonado, X.; Martínez-Saez, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La clasificación de tumores del SNC de la OMS-2016 divide los antiguos oligoastrocitomas en oligodendrogliomas (codeleción-1p/19q), astrocitomas (mutación- ATRX), gliomas no especificados y oligoastrocitomas (mutación-ATRX y codeleción-1p/19q). Estudiamos la frecuencia de epilepsia en estos tumores.

Material y métodos: Revisamos las muestras histológicas de los tumores gliales mixtos diagnosticados entre 2009 y 2015. Estudiamos la presencia de mutaciones IDH1/2, ATRX y la codeleción 1p/19q,reclasificándolos según la OMS-2016. Revisamos datos demográficos y clínicos, centrándonos en las crisis epilépticas. Para el análisis comparativo, la epileptogenicidad se determinó en base al debut del tumor con crisis epilépticas.

Resultados: Recogimos 26 pacientes con edad media de 40 años y 57,7% hombres. El seguimiento medio fue de 41,12 meses (±29,04) y el 28% fueron éxitus. Se reclasificaron en 9 astrocitomas (5 grado-II y 4 grado-III), 6 oligodendrogliomas (1 grado-II y 5 grado-III) y 4 glioblastomas, 6 gliomas no específicos y 1 oligoastrocitoma. El 65,4% presentó crisis epilépticas de debut (83,3% oligodendrogliomas, 55,6% astrocitomas y 50% glioblastomas). Todos los que debutaron con epilepsia presentaron crisis durante el seguimiento. El tipo de crisis más frecuente fue la secundariamente generalizada (75%). De los que no presentaron crisis, el 44,4% eran astrocitomas. No se encontraron diferencias clínicas significativas que puedan orientar hacia un diagnóstico histopatológico precoz.

Conclusión: Las crisis epilépticas son la clínica de debut más habitual en los gliomas de morfología mixta. Los oligodendrogliomas son los que más frecuentemente debutan con crisis epilépticas. Por el contrario los astrocitomas y los glioblastomas son los que menos tendencia tienen a presentarlas.

FORMA CLÚSTER DE SÍNDROME DE DRAVET CON MUTACIÓN DEL GEN STXBP1: "LA RECOMPENSA DE DESOBEDECER UN POCO"

Alvarez Bravo, G.; Sánchez Heran, I.; Yusta Izquierdo, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Reconocer formas poco conocidas del síndrome de Dravet en pacientes sin mutación en el gen SCN1A.

Material y métodos: Mujer de 19 años, antecedentes de epilepsia desde la infancia con mala respuesta a diversas terapias anticonvulsivantes. Presentó buen desarrollo psicomotor hasta el inicio de las crisis a los seis meses, la cual coincidió con fiebre y se acompañó de focalidad motora; dos años después realiza episodios de desconexión con pérdida del tono cefálico y cambio en la expresión facial, en múltiples ocasiones durante el día; a partir de los 6 años registra crisis generalizadas que se repiten durante 12 a 13 veces al día, mas crisis tónicas nocturnas con chupeteo, de frecuencia variable. Desde los 13 años asocia crisis reflejas tras estímulos sonoros y táctiles. Durante el estudio de su epilepsia se realizan diversos test genético-metabólicos siendo negativos, incluyendo la mutación para el gen SCN1A. Actualmente realiza 3 tipos de crisis: tónico-clónicas generalizadas, atónicas y tónicas nocturnas. En el último año presenta bradicinesia marcada, precisando silla de ruedas, cambios de humor e impulsividad asociada a conducta heteroagresiva verbal y alucinosis visuales.

Resultados: Ante la sospecha clínica se solicita secuenciación completa del exoma, encontrándose la mutación en el gen STXBP1. Se sugiere iniciar tratamiento con cannabidiol, consiguiendo reducción considerable del número de crisis.

Conclusión: Demostramos que la mutación del gen STXBP1 constituye una causa de síndrome de Dravet en aquellos pacientes con negatividad para la mutación del gen SCN1A. Además de la probable buena respuesta al tratamiento con cannabidiol.

¿CÓMO SON LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA (EGI)?

Ramírez García, T.; Serrano Castro, P.J.; Iglesias, M.; Perea, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Objetivos: Aunque la EGI es el tipo de epilepsia que más respeta las funciones superiores, existen diversos estudios en la literatura que advierten sobre sutiles déficits en estos enfermos que afectan fundamentalmente a funciones ejecutivas e impulsividad que, en ocasiones afectan a su integración social. El objetivo de nuestro estudio es delinear un perfil neuropsicológico diferencial en estos enfermos con especial atención a áreas cognitivas frontales y funciones ejecutivas

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de un grupo de 24 pacientes con EGI frente a un grupo control de 20 sujetos. Se aplicó una batería de test neuropsicológicos que analizó: memoria verbal y visual a corto y largo plazo, atención selectiva y dividida, inhibición, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo verbal y visual, planificación, flexibilidad cognitiva, capacidad de abstracción, fluencias, praxias visuoconstructivas y escalas emocionales que recogían datos sobre el estado ansioso depresivo de los sujetos y apatía.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas en memoria a corto y largo plazo tanto para material verbal ($p<0,006$) como visual ($p<0,005$), aprendizaje ($p<0,002$), atención selectiva y alternante ($p<0,009$), memoria de trabajo visual ($p<0,005$), programación motora, flexibilidad cognitiva ($p<0,004$), fluencias ($p>0,001$), velocidad de procesamiento ($p<0,018$), alternancia ($p<0,001$), praxias visuoconstructivas ($p<0,001$), y capacidad de abstracción ($p<0,001$).

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran un perfil cognitivo homogéneo compatible con un funcionamiento alterado a

nivel del cortex prefrontal dorsolateral. Dichos hallazgos pueden explicar las alteraciones de comportamiento y sociales descritas en estos pacientes.

RESONANCIA MAGNÉTICA PRECOZ EN EL STATUS EPILEPTICUS

Requena Ruiz, M. [1]; Sarria Estrada, S. [2]; Toledo Argany, M. [1]; González Cuevas, M. [1]; Santamarina Pérez, E. [1]; Guzmán García, L. [3]; Sueiras Gil, M. [3]; Salas Puig, X. [1]; Rovira Cañellas, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Analizamos las alteraciones estructurales por resonancia magnética (RM) asociadas al status epilepticus (SE), y su posible valor pronóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos en los últimos 5 años con diagnóstico SE clínico-EEG, sometidos a una RM en <96 horas tras el inicio del SE. Estudiamos cambios estructurales, y analizamos específicamente los cambios agudos en secuencias de T2 Y difusión.

Resultados: Incluimos 47 pacientes, 59.6% varones con edad media de 59.2 años. El tipo de SE fue 12,8% generalizado y 87,2% parcial (temporal 48,9%; frontal 31,9%; parietal 14,9%). De ellos 6,4% fueron criptogénicos, y el resto sintomáticos (59,6% agudos y 34% remoto). Las etiologías más frecuentes fueron tumoral (29,8%) e infecciosa (27,7%). La duración mediana del SE fue de 24 horas (rango 1-720 horas). Se observaron cambios agudos compatibles con edema en el 66% de las secuencias T2, 44,7% mostraban restricción en la difusión. Salvo en tres casos, los cambios agudos se explicaban por la patología estructural de base. Las alteraciones en difusión fueron significativamente más frecuentes en los SE sintomáticos agudos (p=0,020) y aquellos cuya duración fue >12 horas (p=0,043). Las alteraciones en difusión estuvieron en relación con el foco epileptógeno EEG en todos los casos.

Conclusión: Los cambios agudos en RM en las primeras horas tras el inicio del SE, se asocian fundamentalmente a la etiología en los SE sintomáticos agudos. No obstante, indican el foco epileptógeno y aparentemente pueden predecir la duración prolongada del SE.

IMPACTO DE LA COMORBILIDAD BASAL EN EL PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL EN EL ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO

Ciurans Molist, J.; Grau López, L.; Canento Sánchez, T.; Samaniego Toro, D.; Jiménez González, M.; Becerra Cuñat, J.L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Analizar la relación entre variables demográficas, clínicas y terapéuticas y el pronóstico vital y funcional en estatus epiléptico (SE).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con SE no anóxicos desde agosto 2012 hasta abril 2016. En los SE y en los SE refractarios (RSE) analizamos la relación entre variables demográficas, clínicas y terapéuticas con el pronóstico vital, definido como mortalidad al alta hospitalaria, y el pronóstico funcional, definido por la escala GOS (Glasgow Outcome Score) en bueno (GOS 4-5) y malo (GOS 1-3) al alta.

Resultados: De los 45 pacientes con SE analizados, 31(69%) fueron RSE. Un mayor Rankin basal se asoció a mayor mortalidad en el total de SE (punto de corte >3 (sensibilidad 85%, especificidad 77%) y OR 1.8[1.12-2.9],p=0.015) y en RSE (punto de corte >3 (sensibilidad 80%, especificidad 73%) y OR 1.8[1.04-3.16],p=0.036). También se asoció a peor pronóstico funcional en SE (punto de corte >3 (sensibilidad 80%, especificidad 77%) y OR 2.8[1.2-6.7], p=0.014] y en RSE (punto de corte >3 (sensibilidad 90%, especificidad 85%) y OR 4.9[1.01-24.1],p=0.048). La insuficiencia renal (IR) se asoció a mayor mortalidad en RSE (OR 9[1.3-61];p=0.02). El subtipo estatus epiléptico no convulsivo en coma (NCSEComa) se asoció a mayor mortalidad en SE (OR 8.6[1.9-38.5];p=0.005) y en RSE (OR 8[2.4-106.7];p=0.008).

Conclusión: Una peor situación funcional basal (Rankin mayor a 3) se relaciona con mayor mortalidad y peor pronóstico funcional en SE y RSE. En el grupo RSE, la IR y el NCSEComa se asocian a mayor mortalidad.

ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO. UTILIDAD DE LAS ESCALAS STESS Y EMSE EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD Y PRONÓSTICO FUNCIONAL AL ALTA

Ciurans Molist, J.; Grau López, L.; Canento Sánchez, T.; Samaniego Toro, D.; Jiménez González, M.; Becerra Cuñat, J.L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: En el estatus epiléptico (SE) la EMSE (Epidemiology-based Mortality score in Status Epilepticus) y STESS (Status Epilepticus Severity Score) predicen el pronóstico funcional y vital. El valor predictor de estas escalas en el SE refractario (RSE) ha sido escasamente descrito. Analizamos la utilidad de EMSE y STESS para predecir la mortalidad y funcionalidad en el RSE.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con SE no anóxicos desde agosto de 2012 hasta abril de 2016. Analizamos la relación entre la EMSE y STESS con el pronóstico vital, definido como mortalidad al alta hospitalaria, y el pronóstico funcional, definido por la escala GOS (Glasgow Outcome Score) en bueno (GOS 4-5) y malo (GOS 1-3) en el momento del alta.

Resultados: Se analizaron 45 pacientes, 31(69%) fueron RSE. La STESS predijo una mayor mortalidad en los RSE con un punto de corte de 3 (sensibilidad 98% y especificidad 76%) y un área bajo la curva ROC de 0.83, p=0.004, pero no se asoció con el pronóstico funcional. La EMSE predijo una mayor mortalidad en los RSE con un punto de corte de 73 (sensibilidad 80% y especificidad 73%) y un área bajo la curva ROC 0.82, p=0.005. También predijo peor funcionalidad con un punto de corte de 73 (sensibilidad 70% y especificidad 73%) y área bajo la curva ROC 0.87, p=0.009.

Conclusión: En el RSE, la STESS es un buen predictor de mortalidad y la EMSE de mortalidad y mal pronóstico funcional al alta.

Gestión y Asistencia Neurológica

CUIDADOS PALIATIVOS Y MORTALIDAD EN LOS ICTUS EN FASE AGUDA EN UNA UNIDAD DE ICTUS

Díaz Guzmán, J. [1]; Martín Carrillo, A.P. [1]; Sierra Hidalgo, F. [2]; Ortega Casarrubios, M.A. [1]; Barragán Martínez, D. [1]; Caurcel Díaz, L. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El ictus muy grave es cada vez más frecuente en las Unidades de Ictus (UI), y plantea en ocasiones cambios de plan-

teamiento terapéutico, en un marco de consideraciones bioéticas y de actuación multidisciplinaria con el concurso de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Presentamos nuestra experiencia de los últimos cuatro años.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo sobre los ictus ingresados consecutivamente en la UI desde enero de 2012 hasta diciembre de 2015, que fallecen en la fase aguda durante el ingreso hospitalario. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, de neuroimagen, y otras específicas descriptivas de los cuidados específicos de la UCP. Se realiza estadística descriptiva y analítica con medidas de centralización y dispersión, y estimación de parámetros.

Resultados: Sobre un total de 1342 pacientes ingresados fallecieron el 7,4% (IC 95%, 6.2-8.6). Datos de los fallecidos: Hombres, 51%. Edad media, 80,4 años (DS, 8,9). NIHSS media, 17.5. TACI 43%, hemorragias parenquimatosas, 28%. Puntuación Escala Funcional Paliativa, 10% en todos los caos. Se había solicitado interconsulta con la UCP en el 61% de los que finalmente fallecieron. El 92% habían tenido complicaciones (neumonía espirativa, 58%, hipertensión intracraneal, 21%). Motivo de consulta a la UCP: control sintomático (69%, toma de decisiones, 31%). En el 71% se indicó perfusión continua de confort. Un 33,5% requirió dos rescates o más. Una vez evaluado por la UCP, la supervivencia media era de 5,7 días (DS 2,3).

Conclusión: Cada vez son más los pacientes con ictus agudos muy graves que pueden beneficiarse de cuidados específicos paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE ASISTE DURANTE SU RESIDENCIA EN LAS GUARDIAS DE NEUROLOGÍA UN RESIDENTE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Camiña Muñiz, J.; Tarongí Sánchez, S.; Moreno Rojas, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: La asistencia en las guardias de Neurología es un componente fundamental de la actividad asistencial y de la formación del residente de Neurología. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de las patologías atendidas en las guardias y, como objetivo secundario, evaluar la proporción de pacientes que acuden a Urgencias que ya presentaban un seguimiento previo en las Consultas Externas de Neurología, valorando si esas visitas podrían haber sido evitadas mediante un sistema de seguimiento telemático o una consulta de alta resolución.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de 1000 pacientes consecutivos evaluados por el mismo residente a lo largo de las 181 guardias de especialidad durante su residencia, obtenidos a través del sistema asistencial de Urgencias (Firstnet®) y del de hospitalización (Powerchart®).

Resultados: Se han atendido 1000 pacientes, con una edad media de 57,30 años (+/- 16,72 años), y una proporción femenina de 53,75%. El porcentaje de interconsultas urgentes intrahospitalarias es del 9,75%, siendo el resto pacientes evaluados en Urgencias. Las patologías más atendidas durante las guardias es la cerebrovascular (32,75%), epilepsia (16,75%) y cefaleas (9,5%). Los síndromes que con mayor frecuencia presentaban seguimiento ambulatorio previo a la visita de Urgencias son demencias (80%), trastornos del movimiento (80%) y patología desmielinizante (64,29%).

Conclusión: Las enfermedades que principalmente son atendidas durante las guardias de Neurología por el residente son enfermedades cerebrovasculares, epilepsias y cefaleas. En un alto porcentaje, los pacientes que acuden a Urgencias y padecen demencias, trastornos del movimiento y patología desmielinizante, ya presentaban seguimiento previo en Consultas Externas y podrían haberse evitado o diferido.

INNOVACIONES ASISTENCIALES. UTILIDAD DE UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN NEUROLÓGICA (UAR) EN HOSPITALIZACIÓN DE DIA MÉDICO

Venegas Pérez, B. [1]; Pardo Moreno, J. [1]; Alonso Torres, A. [2]; Vicente Peracho, G. [3]; Álvarez Moreno, M. [1]; Aranda Calleja, M.A. [1]; Barbero Bordallo, N. [1]; Bellido Cuéllar, S. [1]; Bragado Alba, D. [1]; Bustamante Garnica, I. [1]; Diez Barrio, A. [4]; Fernández Ferro, J.C. [1]; Garcia Santiago, R. [4]; Guillán Rodriguez, M. [1]; Nieto González, P. [4]; Ordás Bandera, C.M. [1]; Prieto Jurczynska, C. [4]; Rubio Flores, L. [4]; Torres Gaona, G.A. [4]; Trillo Delgado, N. [5]; Sánchez Montero, N. [5]; Martinez Gómez, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles); 2. Servicio de Radiología. Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles); 3. Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba; 4. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena; 5. Servicio de Hospital de Dia médico, enfermeria. Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)

Objetivos: Mejorar la atención integral del paciente neurológico preferente con diagnósticos tempranos en un tiempo corto, iniciándose tratamiento precozmente, evitando ingresos innecesarios y reduciéndose costes.

Material y métodos: Valoración en hospital de día los lunes de 8.30-14.30h por Neurología con anamnesis, exploración y pruebas complementarias el mismo día (analítica, EDTSA, DTC, RM cerebral/TC craneal, EEG, EMG, monitorización ECG 5h o PL). Se incluye cualquier paciente que precise estudio preferente por sospecha de patología vascular, inflamatoria, Shunt cardiaco, presencia de LOEs cerebrales o necesidad de PL y no necesite ingreso.

Resultados: Durante los primeros 7 meses de actividad (28 lunes en total) han sido valorados 74 pacientes procediendo 1/3 de la guardia de Neurología. Al ingreso, el 55% fueron sospechas vasculares y el 25% inflamatorias. EL tiempo medio hasta valoración fue 7 días y la moda 4 días. 52 pacientes precisaron estudio completo y 22 sólo una prueba. El tiempo de ingreso fue de 4 horas. Al terminar el estudio 40 pacientes fueron derivados a consultas monográficas, 26 a consulta general, 5 fueron altas directas y 3 precisaron ingreso para tratamiento. De no existir esta unidad, 19 pacientes hubieran ingresado para estudio. Ajustando por motivo de consulta, estancia media depurada y días de valoración calculamos un índice estancia/dia evitada del 3.1

Conclusión: Mediante el estudio en UAR se consigue una atención temprana e integral del paciente preferente realizándose diagnósticos rápidos, tratamientos precoces, aumentando la satisfacción del paciente, disminuyendo morbi-mortalidad, disminuyendo costes directos e indirectos asociados al proceso y haciendo un uso más eficiente de los recursos asistenciales.

¿ES RENTABLE LA TRASLACIÓN DEL CRIBAJE NEUROVASCULAR DE RADIOLOGÍA A NEUROLOGÍA?. ESBOZO DE UN ANÁLISIS DE COSTES DE UN LABORATORIO BÁSICO DE NEUROSONOLOGÍA

de la Cruz Cosme, C. [1]; Ojeda Burgos, G. [2]; Ortigosa Arrabal, M.D.L.P. [3]; Márquez Martínez, M. [4]; Romero Acebal, M. [4]; Dawid Milner, M.S. [5]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria; 3. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria; 4. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 5. Departamento de Fisiología Humana, Histología Humana, Anatomía Patológica y Educación Física y Depor. Universidad de Málaga

Objetivos: En nuestro medio sólo se han publicado dos estudios del coste-beneficio en la implantación de un laboratorio de neurosonología con actividad programada, ambos con resultado favorable. Pretendemos calcular el impacto de ese proyecto en nuestro hospital.

Material y métodos: Se aprovechó la coyuntura organizativa de un semestre, con un neurólogo acreditado en neurosonología dedicado a la actividad urgente de mañana, para validar el laboratorio y realizar el estudio de costes. Fueron examinados todos los pacientes con sospecha de "ictus isquémico no cardioembólico ni de causa inhabitual" que ingresaban para estudio en hospitalización neurológica. Se obtuvieron los costes hospitalarios de las diferentes pruebas de flujo de uso rutinario, las demoras de realización, y se etiquetó a los pacientes según hubieran o no podido ser estudiados ambulatoriamente tras valoración neurosonológica, por criterios de independencia y seguridad clínicos.

Resultados: n=112. 81 con "estudio" como único criterio de ingreso. En los 50 con estudio neurosonológico completo y normal, los costes de ingreso por codificación GRD ascendían a 97.143,5€; de haberse estudiado ambulatoriamente (alta sin diagnóstico y con cita radiológica) los costes de estudio serían de 2.700-16.152,5€. Considerando el coste de la dotación tecnológica y personal del laboratorio, 36.632,4€, el margen favorable ascendería al intervalo 60.061,1-73,513,6€, en el semestre de implantación (después presumiblemente mayor). No hubo complicaciones durante el ingreso en los pacientes de esa cohorte que hicieran previsible un reingreso en caso de haberse realizado estudio ambulatorio.

Conclusión: La implantación de un laboratorio de neurosonología con actividad programada es coste-eficiente, con un corto intervalo de amortización (6 meses).

APLICACIÓN DE LA COMPUTACIÓN COGNITIVA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS MASIVOS (BIG DATA) EXTRAÍDOS DE LOS INFORME DE ALTA DE UNA UNIDAD DE ICTUS

Reig Roselló, G. [1]; Costumero, R. [2]; Ambit, H. [2]; Gonzalo, C. [2]; Menasalvas, E. [2]; Trillo Senin, S. [1]; Gómez Zamora, J. [1]; Fernández, G. [1]; Zapata Wainberg, G. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Centro de tecnología Biomedica. Universidad Politecnica de Madrid

Objetivos: Las técnicas de procesamiento informático de lenguaje natural permiten analizar información a partir de archivos de texto sin necesidad de crear y mantener una base de datos específica. Como prueba de concepto, analizamos los informes de alta de los pacientes atendidos en la unidad de ictus (UI), usando dichas técnicas para evaluar su patrón de evolución clínica

Material y métodos: Se estudiaron los informes de alta de todos los pacientes ingresados en la UI de nuestro centro entre 2009-2015. Usamos una adaptación específica del software H2A, realizando la indexación de la información clave extraída del texto mediante análisis sintáctico y semántico centrado en el dominio. Se analizaron los datos referentes a las escalas NIHSS y mRS recogidas en los informes, en diferentes momentos durante el ingreso.

Resultados: Se procesaron 4446 archivos de texto de los cuales 4071 resultaron válidos para el análisis. De estos, 1775 (44%) contenían mediciones de las escalas desde el ingreso al alta. El análisis informático automatizado permitió evidenciar las relaciones entre la edad y la gravedad del ictus así como determinar la mejoría de la puntuación en la NIHSS desde el ingreso al alta, como también el incremento de la puntuación de la mRS al alta respecto a la basal.

Conclusión: El procesamiento de datos masivos por medio del análisis informático semántico y sintáctico a partir de archivos de texto permite explotar la información y definir el patrón evolutivo de una cohorte amplia de pacientes con ictus, sin la necesidad de crear y mantener una base de datos.

DISEASE MONGERING Y MEDICINA CONTEMPLATIVA: QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE NEUROLOGÍA

Guijarro Castro, C.

Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz

Objetivos: La invención de enfermedades (disease mongering) suele obedecer a intereses mercantilistas, pero somos los profesionales los responsables directos de la medicina contemplativa. La población ha convertido la salud en un bien de consumo y es cada vez más proclive a trasformar lo normal en patológico. Una encuesta reciente francesa reflejaba que sólo el 72% de las pruebas y tratamientos que se realizaban estaban justificados.

Material y métodos: Se ha analizado en una consulta ambulatoria el número de pacientes derivados de Atención Primaria por quejas subjetivas de memoria, menores de 60 años, desde enero a mayo de 2016.

Resultados: El 18% de las 138 primeras consultas fueron por este motivo y la mayoría deseaban mejorar su rendimiento profesional o tenían un interés rentista. A todos menos uno, se les informó y sólo se solicitó una analítica de screening que valoraría su médico. Somos responsables del sobrediagnóstico: la práctica de medicina defensiva, la inseguridad que origina una búsqueda exhaustiva de diagnósticos, con un gran componente organicista arrastrado desde el periodo de formación, nos hace cómplices de medicalizar lo que no es patológico, pero existe gran variabilidad en la práctica clínica y los gestores no suelen apoyar al profesional responsable y equitativo.

Conclusión: La sostenibilidad del sistema sanitario pasa por ser críticos con nuestro trabajo, no ser maleficentes, respetar el principio de justicia gestionando con equidad los limitados recursos públicos y privados y ser responsables del coste social de oportunidad de las decisiones médicas.

BARRERAS EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA: MOTIVOS DE RECHAZO DE ENSAYOS CLÍNICOS Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

de Celis Ruiz, E. [1]; Pastor Yvorra, S. [1]; Sobrino Jiménez, C. [2]; Freire González, M. [2]; Villamañán Bueno, E. [2]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Díez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: En los últimos años se han identificado diferentes barreras que condicionan la consecución de los proyectos de investigación clínica, siendo uno de los principales el proceso de aprobación por los comités de ética e investigación clínica (CEIC). Objetivo: identificar los motivos de rechazo por el CEIC de proyectos de investigación (PI) y ensayos clínicos (EC) solicitados por el servicio de Neurología por defectos de forma en el consentimiento informado (CI).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las actas de evaluación del CEIC en el periodo de 2011 a 2014 analizando los rechazos tras la evaluación inicial basados en el contenido o redacción del consentimiento informado.

Resultados: De un total de 128 estudios (65 EC, 50,7% y 63 PI, 49,3%), se rechazaron 46 EC (61,3%) y 29 PI (38,7%). Los motivos más frecuentes fueron defectos en: información del diseño (13,3%), extensión excesiva (12,5%), redacción (17,2%) y ausencia de identificación del promotor del estudio (7,8%).Estos motivos difieren según se trate de un EC o PI. Los EC presentaron mayor frecuencia de rechazo por extensión excesiva del CI (20% EC, 4,76% PI, $p<0'014$), ausencia de información sobre tratamientos alternativos (12,3% EC, 0% PI, $p<0'006$) o del riesgo biológico intrauterino (9,23% EC, 0%PI, $p<0'028$). Sin embargo en los PI fue más frecuente la ausencia de datos de contacto del investigador (1,5% EC, 12,7% PI, $p<0'016$).

Conclusión: La elaboración de consentimientos informados deficientes es una importante barrera para la aprobación del estudio por CEIC. Convendría mayor formación en los requisitos del CI para subsanar estos fallos.

SVEDEM, REGISTRO NACIONAL SUECO DE DEMENCIAS: USO PARA DESARROLLO DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN

Garcia Ptacek, S. [1]; Kåwe, K. [2]; Kilander, L. [3]; Nordström, P. [4]; Mattson, U. [5]; Nägga, K. [6]; Wijk, H. [7]; Wimo, A. [8]; Winblad, B. [9]; Strömberg, M. [10]; Sjöblom, A. [11]; Subic, A. [12]; Religa, D. [13]; Eriksdotter, M. [13]

1. Servicio de Neurología. Karolinska Institutet; 2. Servicio de Medicina. Centralsjukhuset; 3. Servicio de Geriatria. Akademiska sjukhuset; 4. Servicio de Geriatría. Norrlands Universitetssjukhus; 5. Servicio de Neuropsiquiatria. Sahlgrenska universitetssjukhuset; 6. Servicio de Neuropsiquiatria. Skånska univeristetssjukhuset; 7. Servicio de Sahlgrenska Akademin,. Sahlgrenska Univsjukhuset; 8. Servicio de Medicina de familia. primärvården Nordanstig; 9. Servicio de Geriatría. Karolinska Universitetssjukhuset; 10. Servicio de MAS. Vadstena och Ödeshögs kommun; 11. Servicio de Atencion Primaria. Atención Primaria; 12. Servicio de Neurociencias. Karolinska Institutet; 13. Servicio de Geriatría. Karolinska Institutet

Objetivos: El uso de registros de calidad está muy extendido en Suecia. Aportamos ejemplos de desarrollo de calidad e investigación basados en SveDem, el registro nacional de demencias sueco.

Material y métodos: Pacientes registrados en SveDem entre 2007-2015. Se examinaron los informes anuales de SveDem y artículos publicados en revistas científicas.

Resultados: Entre 2007-2015 SveDem registró 58412 pacientes. Además del tipo de demencia, se incluyen variables demográficas, sociales y proceso diagnóstico. El ministerio Sueco de Salud publicó guías del manejo de demencias en 2010: SveDem sigue su cumplimiento como criterio de calidad. Los centros pueden acceder a sus propias estadísticas y compararlas con las de otras regiones, lo cual les aporta datos para iniciativas locales de calidad. Ejemplo 1: Diagnóstico en atención primaria. El uso del test del reloj (recomendado a nivel nacional) ascendió del 69 al 89% entre 2011 y 2014. Ejemplo 2: Precisión diagnóstica. La proporción de pacientes con demencia no especificada descendió en atención primaria del 50 al 37% entre 2011-2014. Ejemplo 3: Manejo del ictus en demencias (investigación). Cruce de SveDem con Riksstroke (registro nacional de ictus): 2234 sufrieron un ictus después del diagnóstico de demencia. Controles de Riksstroke (emparejados por edad, sexo, año de ictus). Datos del registro de medicación, ingresos y diagnósticos hospitalarios, muerte y causas de mortalidad.

Conclusión: Los registros de calidad son una fuente excepcional de información. Los projectos de desarrollo de calidad e investigación pueden solaparse.

MEJORA DE LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA AL CÓDIGO ICTUS: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Palazón Cabanes, B. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Villegas Martínez, I. [2]; Díaz Pérez, J. [1]; Garcia Molina, E. [1]; Baidez Guerrero, A.E. [1]; Escribano Soriano, B. [1]; Martin Fernández, J. [1]; Morales Ortiz, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: La eficacia y la seguridad del tratamiento de reperfusión en el ictus isquémico agudo dependen de la precocidad de su administración. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de un ciclo de mejora en la mejora de los indicadores de calidad y la reducción de los tiempos intrahospitalarios del CI

Material y métodos: Evaluación tras la implementación de un ciclo de mejora de los indicadores y tiempos intrahospitalarios del CI en todos los pacientes con ictus isquémico agudo, sin límite de edad, tratados con trombolisis intravenosa (TLIV) y/o trombectomía intraarterial mecánica (TIAM) en nuestro centro, en el periodo transcurrido de febrero 2009 a febrero 2014 (fase preintervención) y septiembre 2015 a Enero 2016 (fase postintervención). Se realizó un análisis comparativo pre y postintervención mediante las siguientes pruebas estadísticas: prueba de la chi cuadrado de Pearson, t de student para muestras independientes y test de la Z de comparación de proporciones

Resultados: Mejoría significativa en los tres indicadores de calidad: aumento de la proporción de pacientes tratados dentro de los primeros 60 minutos tras su llegada a urgencias (90.9%vs36.3%,p<0.001),de la proporción de pacientes a los que se realizó la neuroimagen en≤25minutos (34.6%vs19.9%,p<0.01)y de la proporción de pacientes TLIV-TIAM≤90minutos (57.1%vs28.8%,p<0.001).También reducción signficativa de los tiempos intrahospitalarios: puerta-aguja (49.64v75.88 minutos, p<0.001), puerta-TC(30.22vs43.27 minutos,p<0.001),TC-TLIV(18.32vs38.01 minutos,p<0.001),TLIV-TIAM (80,86 vs127,44,p>0.05) y puerta-TIAM (98.77vs155.22 minutos,p<0.01)

Conclusión: El análisis,la compresión y el rediseño de la estructura organizativa y asistencial en el proceso intrahospitalario del CI en nuestro centro ha conllevado una mejora llamativa de los indicadores de calidad del mismo.

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA CONSULTA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Chavarria Cano, B. [1]; Galhardo Filipe Saraiva, F.T. [2]; Espada Escudero, M.Á. [2]; Cuello, J.P. [2]; Romero Delgado, F. [2]; Lozano Ros, A. [2]; García Dominguez, J. [2]; Martínez Ginés, M.L. [2]

1. Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: La esclerosis múltiple (EM) repercute de manera importante en la calidad de vida (CdV) de las personas que padecen dicha enfermedad. Este estudio tiene por objetivo investigar y determinar qué factores influyen y el impacto de los mismos sobre la CdV de estos pacientes.

Material y métodos: Se incluyen pacientes con EM reclutados de la consulta monográfica de un hospital terciario. Se recogen características demográficas, características de la enfermedad (años de evolución, número de brotes, situación funcional mediante la escala de discapacidad de Kurtzke o EDSS), tratamiento, medición de CdV mediante los test SF36, SF12, EQ5D; valoración de calidad asistencial mediante test SERVQHOS y estado anímico mediante escala de HAMILTON.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, un 70% mujeres; el 95% con EM remitente recurrente. La edad media fue 43,7 años. Se observó una peor CdV en los pacientes de mayor edad (p= 0,01), mayor evolución de la enfermedad (p=0,013); mayor EDSS (p<0,001) y mayor puntuación en la escala de Hamilton (p<0,001); por el contrario una situación laboral activa se asociaba de forma significativa con mejor calidad de vida (p=0,018). El 92% se mostró satisfecho con el nivel asistencial proporcionado.

Conclusión: Existen factores ya conocidos, no modificables, que impactan negativamente en los pacientes con EM. Además de estos aspectos, la situación laboral y el estado de ánimo repercuten de forma significativa, por lo que se precisa de un equipo

multidisciplinar en el seguimiento del paciente, capaz de atender diferentes aspectos físicos, psicológicos y sociales.

NUEVO PARADIGMA DE PACIENTE EN CONSULTA DE NEUROLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA

Pérez Martínez, S.

Servicio de Neurología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: En los últimos años el modelo de paciente ha cambiado evolucionando hacia el denominado "paciente experto" definido por ser una persona informada, comprometida e implicada y autónoma. Desde el modelo de la Health Literacy los estudios confirman el cómo las personas que sufren enfermedades crónicas neurológicas (muchas de ellas con cuadros de afectación cognitiva) pueden mejorar su estado de salud y tener mejor calidad de vida asumiendo un papel activo en la gestión de la enfermedad y la información sobre está. El objetivo de nuestro trabajo es el conocer más sobre las características y comportamiento del paciente neurológico y cuidador/ra principal y de sus necesidades de información en consulta de neurología y neuropsicología clínica.

Material y métodos: Se realiza valoración a través de encuestas de tipo cuantitativo entre pacientes neurologicos con compromiso cognitivo y personas que ejercen como cuidadoras principales a través de asociaciones de pacientes de patologías representativas (demencia, epilepsia, daño cerebral, entre otras). Se tiene en cuenta la perspectiva de género.

Resultados: Se obtiene información de los propios pacientes y cuidadores en relación a conocimiento de sistema sanitario, competencias de autocuidado, propia condición de salud, comunicación y toma de decisiones.

Conclusión: Concluimos en la necesidad de continuar y ampliar nuestro estudio a través de metodología cualitativa (grupos de discusión, entrevistas, etc..), así como en la importancia de tener en cuenta los resultados obtenidos de cara a adaptar y evolucionar en consulta de neurología y neuropsicología clínica en relación al perfil de pacientes y personas cuidadoras y sus necesidades.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL (HIC) AGUDA SEGÚN LAS GUIAS ACTUALES

Cerdán Sánchez, M. [1]; Fernández Vivas, M. [2]; Nuñez Ruiz, R. [1]; Muñoz Gimeno, L. [3]; Ros de San Pedro, J. [1]; Cuartero, B. [1]; Abellán Alemán, J. [4]; Morales Ortiz, A.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 4. Servicio de Medicina Interna. Centro de Salud San Andrés.

Objetivos: En la actualidad,no existe ningún tratamiento,médico ni quirúrgico,satisfactorio para HIC.Entre las posibles variables que pueden jugar un importante papel en la mortalidad en pacientes con HIC,destaca PA. Por ello,nuestros objetivos fueron: -Elaborar protocolo de consenso para el manejo de PA en HIC aguda en nuestro centro -Valorar factibilidad en práctica clínica diaria, de conseguir control de PA sistólica(PAS)entre 140-160mmHg en primeras 6 horas desde HIC,y preferiblemente,en primera hora desde llegada a Urgencias. Mantener cifras tensionales al menos 24h.

Material y métodos: Se realizaron cuatro reuniones del equipo multidisciplinar para el manejo de la HIC,compuesto por representantes del servicio de Urgencias,Neurocirugía,Medicina Intensiva y Neurología.Con la información recogida se elaboró protocolo común para el manejo del paciente con HIC aguda,así como formulario electrónico de recogida de datos,que permitiera registrar las variables todas las variables a analizar,para identificar factibilidad y seguridad de bajada intensiva y precoz de PA.

Resultados: Hasta un 45% de pacientes de nuestra serie presentaron PAS al ingreso>160mmHg,por lo que podrían haber sido candidatos a tratamiento hipotensor según guías actuales y nuestro potocolo.Considerando que el estudio era pertinente por prevalencia de PAS elevada en HIC aguda en nuestro medio,se identificaron criterios de inclusión y exclusión de pacientes,y se realizó consenso para elegir estrategia terapeútica a utilizar y vía de administración.

Conclusión: El conocimiento de prevalencia de PAS elevada en HIC aguda en nuestro centro,referencia para el tratamiento integral del ictus,ha sido punto de partida,para diseño e implantación de protocolo común de manejo de la PA en pacientes con HIC aguda,actualmente en marcha .

Neuroepidemiología + Neurooftalmología

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID (BIENIO 2014-2015)

Rojo López, A.; Herrero Velázquez, S.; Fernández Arconada, O.; Carreres Rodríguez, A.; Yugueros Fernández, I.; Garea García - Malvar, M.J.; Ortega Valín, F.; Tola Arribas, M.A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega

Objetivos: Describir la mortalidad hospitalaria en un Servicio de Neurología de un hospital terciario.

Material y métodos: Se describen variables clínicas y demográficas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Neurología del Hospital Río Hortega en el bienio 2014-2015.

Resultados: Fallecieron 74 pacientes sobre un total de 1.693 ingresos (índice de letalidad 4,4%; índice de autopsias 2,7%). Enero fue el mes de mayor incidencia. El 54% fueron mujeres y la edad media 81,5 años. El 60,8% eran dependientes y el 21,6% estaban institucionalizados. Más del 50% de fallecimientos sucedieron en la primera semana del ingreso, siendo la media de 7´21 días. El ictus fue la causa fundamental más frecuente (74,3%), seguido de la epilepsia (6,8%). La causa inmediata más frecuente fue la patología respiratoria (51,4%), siendo la hipertensión intracraneal (HTic) la de evolución más rápida (75% en <24 horas). Los antecedentes personales más frecuentes fueron la HTA (75,7%), cardiopatías (37,8%), fibrilación auricular (FA) (36,5%) y deterioro cognitivo (24,3%). Los ictus isquémicos fueron de predominio femenino, edad más avanzada, etiología cardioembólica, en circulación anterior derecha y déficit de anticoagulación. Los ictus hemorrágicos predominaron en varones, con fallecimiento más precoz (media 4,4 días), elevada incidencia de localización lobar (56%), FA (48%), traumatismo craneoencefálico (40%) e HTic (48%).

Conclusión: El índice de letalidad es bajo. Los fallecimientos ocurrieron en pacientes de edad avanzada, dependientes, en la primera semana de ingreso, con antecedentes de HTA, cardiopatía, FA y deterioro cognitivo. El ictus fue la principal causa fundamental.

EVENTOS CEREBROVASCULARES Y PESO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR A SEIS AÑOS DE SEGUIMIENTO DEL ESTUDIO HERMEX

Ramírez Moreno, J.M. [1]; Ceberino, D. [1]; Felix Redondo, F.J. [2]; Martínez Acevedo, M. [1]; Muñoz Vega, P.J. [1]; Roa Montero, A. [1]; Cons-

tantino Silva, A.B. [1]; Zaro Bastanzuri, M.J. [3]; Pons Garcia, M.A. [4]; Gomez Cano, A. [5]; Cebrian Bermejo, G. [5]; Fernández Bergés, D. [6]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Unidad de Investigación Don Benito-Villanueva. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovascu. Gerencia de Área Don Benito-Villanueva. Villanueva de la Serena; 3. Grupo Investigación GRIMEX. Complejo Hospitalario Don Benito-Villanueva de la Serena; 4. Servicio de Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud; 5. Grupo Investigación GRIMEX. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena; 6. Unidad de Investigación Don Benito-Villanueva. Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovascu. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena

Objetivos: Conocer la incidencia de eventos cerebrovasculares y el riesgo relativo de los factores de riesgo clásicos en una cohorte poblacional representativa de un área de salud de Extremadura.

Material y métodos: Estudio de cohortes (observacional, prospectivo, analítico). Se seleccionaron aleatoriamente 2833 sujetos, entre 25 y 79 años, de un área poblacional. Entre 2007 y 2009 se recogieron antecedentes de enfermedad vascular, factores de riesgo, tratamiento farmacológico, exploraciones antropométricas, hemodinámicas y metabólicas. Se realizó un análisis de un primer evento cerebrovascular a los 5 años de seguimiento (hasta julio de 2015). El evento se confirmó con la historia clínica electrónica y la valoración por un neurólogo vascular.

Resultados: Se descartaron 102 (3,6%) sujetos que habían presentado un ictus o cardiopatía isquémica. La cohorte de seguimiento fue de 2731 personas; 54,4% mujeres, edad media al inicio 50,6 años (RI 39-62). La mediana de seguimiento fue de 77 meses (RI: 72-84). Se produjeron 41 eventos (1,5%), 11 AIT/ictus minor, 15 ictus mayores, 7 lacunares, 5 hemorragias cerebrales y 3 subaracnoideas. La edad (HR: 1,11; IC95%: 1,07-1,15), una hemoglobina glicosilada mayor de 7% (HR: 2,5; IC95%: 1,15-5,55), una presión arterial mayor a 140/90 (HR: 2,1; IC95%: 1,06-4,32), tabaquismo activo (HR: 3,2; IC95%: 1,36-7,28), y un IMC mayor a 29 (HR: 1,9; IC95%: 1,00-3,67), son factores de riesgo independientes de ictus en nuestra población.

Conclusión: La fuerza de asociación entre los factores de riesgo clásicos y el ictus en esta cohorte poblacional relativamente joven, hacen necesaria medidas efectivas de salud pública para disminuir la carga de esta enfermedad.

INCIDENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA COHORTE EPIC-MURCIA

Andreu Reinón, M.E. [1]; Huerta Castaño, J.M. [2]; Gavrila Chervase, D. [3]; Navarro Sánchez, C. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 2. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 3. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

Objetivos: Caracterizar la incidencia de demencia y sus correlatos en la cohorte EPIC-Murcia.

Material y métodos: La cohorte EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)-Murcia comprende 8515 participantes (68% mujeres y 30-70 años al reclutamiento (1992-1996)), de quienes se recogió información exhaustiva sobre dieta, hábitos de vida y salud mediante entrevista personal. Se validaron los casos posibles de demencia ocurridos hasta fin de 2013 mediante la revisión especializada de historias clínicas. Se estimaron tasas de incidencia estandarizadas por edad y tasas específicas por edad y sexo, y se realizó un estudio comparativo univariante para identificar los factores asociados.

Resultados: Datos preliminares con 205 casos confirmados (169 a fecha de cierre) y 159.670 personas-año de seguimiento (media: 18,8 ± 2,6 años). Las tasas de incidencia ajustadas por edad (IC95%) en personas de 65 años y más fueron 730 (538, 923) y 578 (354, 802) por 100.000 personas-año, en mujeres y varones respectivamente; la incidencia aumentó exponencialmente en mayores de 75 años. Entre las características estudiadas, se encontraron diferencias significativas en ambos sexos para edad, exceso de peso y co-morbilidad (mayores en casos), así como diferencias dietéticas: mayor consumo de proteínas y carbohidratos, y menor ingesta de carnes rojas, aceite de oliva y energía, en casos. En mujeres, se vio un mayor tabaquismo y mayor uso de anticonceptivos en no casos.

Conclusión: La incidencia de demencia en la cohorte EPIC-Murcia fue similar a la de otros estudios, con aumento exponencial con la edad. Como factores relacionados destacan la obesidad, la co-morbilidad y diferencias en los patrones dietéticos.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MENINGITIS BACTERIANA NO MENINGOCÓCICA EN ARAGÓN, 2001-2012

Hernando Quintana, N. [1]; Casado, I. [2]; Marcos Aragüés, G. [3]; Ara Callizo, J.R. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco; 2. Servicio de Medicina Preventiva. Instituto de Salud Pública de Navarra; IdiSNA / CIBERESP; 3. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: El objetivo del estudio es describir la epidemiología de las meningitis bacterianas no meningocócicas (MBnM) en Aragón durante el periodo 2001-2012, a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE).

Material y métodos: Se captaron del CMBD las altas de pacientes con diagnóstico de MBnM debidas a haemophilus (MHi), neumococo (MN), estreptococo (MStr) y estafilococo (MStp) (códigos CIE9-MC 320.0, 320.1, 320.2 y 320.3). Se realizó un análisis descriptivo de las características de los pacientes y de la incidencia de cada diagnóstico utilizando las poblaciones anuales del Instituto Nacional de Estadística. Los resultados se compararon con los datos declarados al SVE (disponibles desde 2007).

Resultados: Se identificaron 259 casos. El 57,5% fueron neumocócicas (MN), 19,7% estreptocócicas (MStr),17,8% estafilocócicas (MStp) y 5% por haemophilus (MHi). El 57,5% fueron hombres. La edad media fue de 48,2 años. El 70% de los casos de MStp ocurrieron en contexto postquirúrgico. La incidencia media anual para MN fue de 1 caso por 100.000 habitantes, 0,08 para MHi y 0,3 para MStp y MStr. En el período 2007-2012 el número total de casos detectados fue de 151 en el CMBD y 120 en el SVE. La incidencia media para MN y MHi fue igual en el CMBD y SVE, difiriendo en MStr (0,3 vs 0,2 en SVE) y MStp (0,3 vs 0,1 en SVE).

Conclusión: La incidencia de estas MBnM en Aragón fue baja durante todo el periodo. El CMBD fue equiparable en el número de casos detectados para la MN y MHi al SVE.

HASTA LA MÉDULA: REVISIÓN ETIOLÓGICA DE LA MIELOPATÍA AGUDA NO TRAUMÁTICA EN EL H. U. CRUCES

Almeida Velasco, J.; Lloret Villas, M.I.; Fernández Valle, T.; Matute Nieves, A.; Segurola Olaizola, J.; González Eizaguirre, A.; Boyero Durán, S.; Mendibe Bilbao, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Realizar un análisis retrospectivo de la etiología del daño medular agudo en pacientes ingresados en Neurología.

Material y métodos: Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados en Neurología con sospecha clínica de daño medular agudo entre los años 2002-2014. Estos 13 años abarcan desde el año en que se describen los anticuerpos antiNMO, hasta la fecha en que se inicia la recogida de datos. Para ello, se solicitó en archivo los datos de todos los pacientes ingresados en esas fechas con diagnóstico al alta de: - Mielopatías - Mielitis - Encefalomielitis aguda diseminada (EMAD) - Neuromielitis óptica (NMO)/Devic - Esclerosis múltiple (EM) - Enfermedad desmielinizante

Resultados: Así, se revisaron un total de 618 historias clínicas, de las cuales únicamente 257 ingresaron realmente por una sospecha de mielopatía aguda que se confirmara al alta. Etiológicamente, un 24,9% fueron compresivas (64), un 9,3% vasculares (24), un 2,3% infecciosas (6), un 0,8% postRT (2), un 0,8% metabólicas (2), un 7,8% "otras" (20), resultando finalmente un 54,1% mielitis agudas inflamatorias. De estas mielitis unos dos tercios derivaron durante el seguimiento a una esclerosis múltiple (en total 91, un 65,5%) mientras que un 34,5% (48) quedaron sin filiar o fueron debidas a una enfermedad inflamatoria diferente a la EM (EMAD, NMO).

Conclusión: De los pacientes ingresados con sospecha de mielopatía aguda en un servicio de Neurología, algo más de la mitad responderá a una causa inflamatoria, seguida en frecuencia por la etiología compresiva/degenerativa. De las mielitis inflamatorias, el seguimiento mostrará que la mayoría derivan finalmente en una esclerosis múltiple.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ARAGÓN, 2001-2012

Hernando Quintana, N. [1]; Casado, I. [2]; Marcos Aragüés, G. [3]; Ara Callizo, J.R. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco; 2. Servicio de Medicina Preventiva. Instituto de Salud Pública de Navarra; IdiSNA / CIBERESP; 3. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,. Facultad de Medicina.; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: El objetivo del estudio es describir la epidemiología de la enfermedad meningocócica (EM) en Aragón entre 2001 y 2012, a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE).

Material y métodos: Se captaron del CMBD las altas de pacientes con diagnóstico de EM (códigos CIE9-MC 036.0, 036.1, 036.2 y 036.3). Se realizó un análisis descriptivo de las características de los pacientes y de la incidencia de EM utilizando las poblaciones anuales del Instituto Nacional de Estadística. Los resultados se compararon con los datos declarados al SVE.

Resultados: Se identificaron 143 casos frente a 172 recogidos en el SVE. El 77% fueron mujeres. La edad media fue de 20,7 años. El 36% eran menores de 5 años. El 39% de los episodios sucedieron entre enero y marzo. La incidencia media anual según el CMBD fue de 0,9 /100.000 habitantes, mientras que en el SVE fue de 1,1. En ambos registros la incidencia anual permaneció inferior a 2,5 durante todo el período de estudio. En menores de 5 años, el porcentaje de reducción de las tasas en el periodo 2007-2012 respecto a 2001-2004 fue del 62%.

Conclusión: La incidencia de EM en Aragón fue baja durante todo el periodo. El CMBD no detectó el mismo número de casos que el SVE, pero reflejó de forma similar la incidencia de la enfermedad. La reducción de la incidencia en el último período podría estar influenciada por los cambios en las pautas de vacunación frente a Meningococo C aprobados en 2005 y 2006.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EPILÉPTICOS DEL ÁREA 19 DE LA PROVINCIA DE ALICANTE (1990-2007): FÁRMACOTERAPIA

Palao Duarte, S.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Los estudios sobre historia natural de la epilepsia son esenciales para describir posibles factores pronósticos que influyen en su evolución y fármacorresistencia, Los resultados en España son muy heterogéneos. Presentamos los datos sobre evolución temporal en el empleo de antiepilépticos (FAEs) y sus efectos adversos (EA) de un análisis epidemiológico de 685 pacientes seguidos durante 10 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo,prospectivo,longitudinal de 685 epilépticos seguidos en la consulta especializada del Hospital General de Alicante durante 10 años.

Resultados: Tras la visita basal, aumenta el número de pacientes tratados(de 85,3% a 93,1%). El 59,95% continúa en monoterapia. Valproico, fenitoína y carbamacepina son los FAEs inicialmente más empleados (39,3%,33,9%,24,2% respectivamente). El 30,2% de los pacientes reciben no bloqueantes del canal de sodio; 31,4% fármacos bloqueantes del canal de sodio. La combinación más frecuente (27,9%) es de 1 FAE bloqueante del canal de sodio', seguido de '1 FAE no bloqueante del canal de sodio' (27%). El 8,9% presentan EA (3,1% somnolencia. 1,2% náuseas).

Conclusión: Tras la visita basal, asciende significativamente el porcentaje de pacientes tratados. La mayoría mantiene la monoterapia. La combinación más frecuente es con bloqueantes del canal de sodio, Los FAEs clásicos son las más empleados al inicio del estudio, pero su uso desciende con el tiempo. Éstos presentan mayor tasa de EA pero sin existir un grado de asociación significativa (lo que no quiere decir que todos los EA sean iguales, ni que todos sean producidos por los dos grupos de fármacos con igual frecuencia o intensidad).

DETERMINACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO: NUESTRA EXPERIENCIA

Vales Montero, M. [1]; Redondo Ráfales, N. [1]; Chavarría Cano, B. [1]; Luque Buzo, E. [1]; Romero Delgado, F. [2]; Lozano Ros, A. [2]; Martínez Ginés, M.L. [2]; García Domínguez, J.M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Fundación para la Investigación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Describir los niveles de vitamina D (vitD) en una muestra de pacientes con esclerosis múltiple (EM) y determinar la relación entre niveles de vitD y las variables analizadas.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con EM en consulta entre junio y diciembre de 2015. Se identificaron los que presentaban alguna determinación de niveles de vitD durante este período. Dividimos estos pacientes en dos grupos en función de su nivel de vitD (normal 20 g/L y baja <20 g/L). Se analizó con el programa estadístico SPSS la relación entre niveles de vitD y la actividad clínica, radiológica y el grado de discapacidad (EDSS) en el año previo, mediante la prueba chi-cuadrado.

Resultados: Analizamos 537 historias clínicas. Se determinó la vitD en 142. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes con vitD normal vs baja en cuanto a actividad clínica ni radiológica. La puntuación en la escala EDSS se estratificó en grupos (0-2,5 3-5.5 y 6), siendo significativamente más frecuente tener una EDSS6 en el grupo de vitD baja (37,5% VS 15,1%; p=0,004).

Conclusión: Según múltiples estudios, el nivel de vitD se relaciona con la actividad en la EM. Sólo el 35,5% de nuestra muestra disponía de determinación de vitD durante el período de estudio. Pese a las limitaciones, observamos un exceso de pacientes con EDSS6 en el grupo de vitD baja. Probablemente el tamaño de la muestra y el diseño retrospectivo no nos han permitido encontrar otros resultados. Nos planteamos ampliar el estudio y recomendamos la determinación sistemática de vitD.

ESTUDIO DE BIOMARCADORES EN LA DISFUNCIÓN VISUAL DEL NIÑO PREMATURO

Pablos Sánchez, T. [1]; Zamora Crespo, B. [2]; López López, C. [3]; Martínez Tejada, I. [4]; Martínez De Aragón, A. [5]; Tejada Palacios, P. [6]

1. Servicio de Neurología. Hospital Quirón A Coruña; 2. Servicio de Neuropsicología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Oftalmología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre; 4. Servicio de Ingeniería biomédica. Universidad Carlos III; 5. Servicio de Neurorradiología Infantil. Hospital Universitario 12 de Octubre; 6. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: INTRODUCCIÓN: Los trastornos visoperceptivos son formas de disfunción visual frecuentes en el niño pretérmino por el alto riesgo de sufrir daño cerebral y ocular. El estudio de biomarcadores como la volumetría a través de la RMN, la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y la exploración funcional neurooftalmológica y neurocognitiva ayudaría a entender y predecir este tipo de trastornos. OBJETIVOS: Estudiar la disfunción visual en pacientes <32 semanas de edad gestacional y < 1.500 gramos al nacimiento, a través de la exploración funcional neurooftalmológica y neurocognitiva, la volumetría cerebral y la OCT.

Material y métodos: Estudio restrospectivo que analiza la función visual de 135 pretérminos a los 2, 4 y 7 años de edad. Estudio en 40 pacientes (20 pretérmino y 20 a término) de las variables volumetría cerebral, OCT y exploración funcional neurooftalmológica y neurocognitiva.

Resultados: Más del 70 % de los niños pretérmino a los 2, 4 y 7 años presentó una disfunción visual. Se observó un mayor número niños con reducción del volumen cerebral y adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas en los niños pretérmino en comparación con los nacidos a término.

Conclusión: La disfunción visual es más frecuente en el niño pretérmino, relacionándose con la menor edad gestacional y el menor peso al nacer. La OCT, la volumetría cerebral y la exploración funcional neurocognitiva y neurooftalmológica han mostrado ser excelentes biomarcadores de disfunción visual en el niño pretérmino. El trabajo ha sido posible gracias a la SEN a través de la concesión de la Beca de Investigación en Neuro-oftalmología.

PROTOCOLO PARA LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE CANDIDATOS A UNA NEUROPRÓTESIS VISUAL

Alfaro Sáez, A. [1]; García Moll, A. [2]; Bernabeu Sanz, A. [3]; Fernández Jover, E. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la A.V.S. Vega Baja. CIBER-BBN; 2. Universidad Miguel Hernández, Elche. Grupo de Investigación NBIO. CIBER-BBN; 3. Servicio de Radiodiagnóstico. ERESCANNER. Hospital Internacional Medimar

Objetivos: Los avances tecnológicos en biomedicina han hecho posible el desarrollo de neuroprótesis para mejorar la calidad de vida de las personas ciegas. Sin embargo, la selección de pacientes y las indicaciones clínicas para estos dispositivos no están estandarizadas. Nuestro objetivo es desarrollar una metodología que permita elegir los mejores candidatos a una neuroprótesis visual.

Material y métodos: Realizamos una exploración oftalmológica y neurológica a un grupo de voluntarios ciegos que incluía un estudio anatómico y funcional de la corteza visual mediante RME 3.0T, tractografía y RM funcional bajo tres paradigmas: visual, auditivo y lectura Braille. Además, procedimos al mapeo de la corteza occipital mediante estimulación magnética transcraneal (EMT) y analizamos las percepciones evocadas. Los voluntarios rellenaron un cuestionario autoadministrable para valorar la motivación y expectativas respecto al uso de una neuroprótesis.

Resultados: La combinación de técnicas de imagen y estimulación no invasiva permitió identificar en algunos voluntarios, fenómenos de neuroplasticidad asociados a la ceguera como la implicación de la corteza visual en otras tareas perceptivas (lectura Braille y audición). Así mismo, fue posible evocar experiencia visual mediante EMT en algunos sujetos siendo clave para ello el tiempo de evolución de su ceguera y la presencia de un grado mínimo de visión residual.

Conclusión: Las neuroprótesis visuales son una realidad accesible para algunas personas ciegas pero es necesario definir unos criterios estandarizados para determinar el mejor candidato y el dispositivo más adecuado a cada patología oftalmológica. Nuestro trabajo propone una metodología que puede contribuir a la adecuada selección de estos pacientes

MANEJO DE FÍSTULAS CARÓTIDOCAVERNOSAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE 2009-2016

Silva Hernández, L. [1]; Moreu Gamazo, M.M. [2]; Monte González, J.C. [2]; López-Ibor Aliño, L. [2]; Gómez Escalonilla Escobar, C.I. [1]; Mayo Canalejo, D. [1]; Porta Etessam, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: Revisar epidemiología, clínica y tratamiento de fístulas carótidocavernosas (FCC), comparando datos obtenidos en nuestro centro con la literatura previa al respecto.

Material y métodos: Análisis estadístico retrospectivo de 16 casos de FCC, codificadas en nuestro centro, durante el período comprendido entre 2009- 2016. Revisión de imagen junto con el servicio de Neurorradiología.

Resultados: Analizamos una n=16, obteniendo una incidencia de 1 caso/175.000 hab/año ajustado a nuestra área, con una razón M:H de 4,33 : 1 y una edad media al diagnóstico de 61,6 ± 14.3. Los síntomas más frecuentes fueron: inyección conjuntival y diplopia (81.3% respectivamente); seguidos de: proptosis (62.5%), cefalea (60%), dolor ocular y quemosis (50% respectivamente), pérdida de visión y acúfeno pulsátil (31.3% respectivamente) y ptosis (25%). La mediana en el retraso diagnóstico fue de 3 meses. Un 50% de las fístulas resultaron bilaterales falsas, 18.8% izquierdas y 31.3% derechas. 87.5% de los casos fueron indirectas y 12.5% directas traumáticas. 68.8% fueron FCC Barrow D. Respecto al patrón hemodinámico, 56.3% presentaban senos petrosos trombosados, 81.3% drenaje anterior oftálmico y 43.8% drenaje cortical. Se realizó intervencionismo endovascular en el 100% de los casos, siendo el abordaje venoso el más frecuentemente empleado (68.8%), y dentro del mismo a través del seno petroso inferior (43.8%). Los materiales de oclusión más empleados fueron "coils" y Onyx (75% en conjunto). Se consiguió cierre completo en todas y tras un único intervencionismo en 75% pacientes.

Conclusión: Dada la alta tasa de resolución y el escaso número de complicaciones el abordaje endovascular debe considerarse en la mayoría de los casos.

CUANDO UNA NEURITIS ÓPTICA NO ES UNA NEURITIS ÓPTICA

Villafani Echazú, W.J.; Suárez Santos, P.; García-Cabo Fernández, C.; García Rua, A.; Martínez Rodríguez, L.; Pérez Álvarez, Á.I.; Oliva Nacarino, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La neuritis óptica una entidad frecuente y de diagnostico relativamente sencillo. Es importante por su relación con la esclerosis múltiple. Sin embargo en algunas ocasiones una vez descartada las causas inflamatorias e isquémicas no se llega a un

diagnostico certero o se presupone una origen desmielinizante. El objetivo de este trabajo es dar a conocer otras entidades que pueden presentarse con sintomatología sugestiva de neuritis óptica pero que por los estudios se demuestra otro origen.

Material y métodos: Se presentan 10 pacientes con sintomatología sugestiva de neuritis óptica en los cuales los estudios descartan un origen inflamatorio, infeccioso, isquémico o compresivo.

Resultados: De los 10 pacientes, 3 son diagnosticados de coroidopatia central serosa. Una paciente con esclerosis múltiple fue diagnosticada de un tuft retiniano (desprendimiento regmatogeno incipiente de retina). Un paciente con un déficit severo de vitamina B12. Una con síndrome de Susac. Uno con una estrella macular por hipertensión intracraneal idiopática. Una perineuritis óptica en contexto de LES. Uno con drusas en la papila óptica y 1 con atrofia óptica hereditaria tipo 1 (OPA1). Tras revisar la historia clínica de ellos, todos consultaron por sintomatología sugestiva de neuritis óptica sin embargo en todos ellos existían uno o mas datos atípicos que obligaban a buscar otras etiologías.

Conclusión: La neuritis óptica típica es un diagnostico clínico en la que es importante una anamnesis y una exploración cuidadosa en busca de datos atípicos para realizar un diagnostico preciso y realizar el tratamiento mas adecuado para cada una de las causas.

MONONEUROPATÍA DEL SEXTO NERVIO CRANEAL COMO CAUSA DE DIPLOPIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Baidez Guerrero, A.E.; Valero López, G.; Hernández Clares, R.; Díaz Pérez, J.; García Molina, E.; Carreon Guarnizo, E.; Fuentes Rumí, L.; Martín Fernández, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La mononeuropatía del sexto (VI) nervio craneal (n.c) es una causa frecuente de diplopía y alteración de la motilidad ocular. Analizamos a pacientes afectos de dicha patología, las etiologías más frecuentes y resolución clínica.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de mononeuropatía del VI NC entre enero de 2012-2016. Fueron registrados en la consulta de Neurooftalmología y posteriormente, se recogieron datos sociodemográficos, presencia o no factores de riesgo vascular (FRV), ojo afecto, etiología y tiempo de resolución de la patología.

Resultados: 62 pacientes con una media de edad de 59.74 años (DE 19.6). Un 50% mujeres. Ojo afecto: 38% derecho, 45% izquierdo y 16% ambos. La etiología más frecuente, tanto global como al dividir por sexos, fue microvascular (54.8%), seguido de causa vascular (9.8%), patología infecciosa (6.5%), tumoral (6.5%), neuromuscular (4.8%), inflamatorio (3.2%), secundario a hipertensión intracraneal (3.2%), congénito (1.6%) y compresivo (1.6%) y un 8% se debió a otras causas. El 80% de los pacientes se recuperó completamente.

Conclusión: La diplopía por mononeuropatía de los n.c oculomotores es un diagnóstico frecuente en la consulta de Neurooftalmología. La parálisis aislada del abducens ocupa el primer lugar en nuestra serie, afectando en igual porcentaje a varones y mujeres. La etiología principal fue microvascular y los pacientes presentaron un buen pronóstico en general, con recuperación completa en el 80% de los casos.

MONONEUROPATÍA DEL SEXTO NERVIO CRANEAL DE ORIGEN MICROVASCULAR. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE

Baidez Guerrero, A.E.; Valero López, G.; Hernández Clares, R.; García Molina, E.; Díaz Pérez, J.; Carreon Guarnizo, E.; Cabrera Maqueda, J.M.; Albert Lacal, L.; Martín Fernández, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Análisis de demográfico, factores de riesgo vascular (FRV) y clínico de los pacientes con parálisis del sexto nervio craneal (n.c) de origen microvascular en nuestro hospital.

Material y métodos: Pacientes de la consulta de Neurooftalmología entre enero de 2012-2016 con diagnóstico de mononeuropatía del sexto n.c de etiología microvascular (34 pacientes). Realizamos un análisis descriptivo teniendo en cuenta datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo vascular (FRV) (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, hábito tabáquico) y tiempo de resolución de la patología.

Resultados: 34 pacientes con una edad media de 67,76 años (DE 10,9). Un 58.8% varones. El 91.2% de los con uno o más FRV y tres FRV o más el 23.5%. EL FRV más frecuente es la HTA (85.3%) seguido de dislipemia (52.9%), diabetes (35.3%) y tabaquismo (5.9%). El ojo derecho o izquierdo se afectaron por igual, sólo el 25% de los pacientes refirió dolor y ninguno tuvo sintomatología autonómica ocular. El 55.9% de los pacientes se recuperó en los primeros 60 días desde el inicio y el 80% en los primeros tres meses.

Conclusión: La isquemia microvascular es la la primera causa de afectación de VI nc en pacientes adultos con FRV. Nuestros pacientes son mayoría varones mayores de 50 años, la mayoría tienen al menos 2 FRV y sólo el 9% no tenían ninguno. El FRCV más frecuente es la HTA, y la mayoría se resolvieron en los primeros 90 días.

EDEMA DE PAPILA BILATERAL, ¿SIEMPRE ES PAPILEDEMA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Perez Lucas, J. [1]; Díaz Pollán, B. [2]; Spiess, K. [3]; Noval Martín, S. [3]; Fernández-Fournier Fernández, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: La papilitis y el papiledema pueden ser confundidas en la exploración, sin embargo, los mecanismos patogénicos que subyacen son diferentes, y por lo tanto, las posibilidades etiológicas y terapéuticas. Presentamos un caso para incidir en la importancia de su diagnóstico diferencial.

Material y métodos: Reporte de un caso de neurorretinitis bilateral por Rickettsia conorii y revisión la literatura publicada.

Resultados: Varón, 81 años, acude a urgencias por pérdida progresiva indolora de agudeza visual y discromatopsia tres semanas después de volver de un área rural en agosto. No refería cefalea, signos ni síntomas de infección sistémica y no recordaba picaduras de insectos ni heridas. En la exploración se objetivó edema de papila bilateral. En la punción lumbar, líquido claro con presión de apertura de 16cmH2O, normal. Tras una semana, la clínica había empeorado y en el fondo de ojo se observó una neurorretinitis bilateral. En la exploración dirigida se objetivó una lesión costrosa evolucionada en pierna derecha y se obtuvo serología compatible con infección por Rickettisias (IFI 1/2560). Comenzó tratamiento antibiótico, con mejoría progresiva de los síntomas, así como del edema en papila y retina, hasta su resolución clínica completa en aproximadamente un mes. Revisión de literatura: existen series de casos de afectación ocular por Rickettsia con y sin clínica sistémica.

Conclusión: Rickettsia conorii es el agente etiológico de la fiebre botonosa mediterranea, sin embargo puede producir afectación ocular aislada. Por lo tanto, debemos de tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del edema de papila en los pacientes procedentes de zonas endémicas.

Neurogenética

PATRONES DE EXPRESIÓN GÉNICA EN PACIENTES CON MIGRAÑA EPISÓDICA Y MIGRAÑA CRÓNICA: ESTUDIO PILOTO MEDIANTE ANÁLISIS DE ARN CON PCR DIGITAL

Moreno Mayordomo, R. [1]; Ruiz Piñero, M. [2]; Justel Álvarez, M. [3]; Vidriales Vicente, M.I. [1]; Iglesias López, V. [3]; Rodríguez González, P. [2]; Martínez Velasco, E. [2]; Juanatey García, A. [2]; Bermejo Martín, J.F. [3]; Guerrero Peral, Á.L. [2]

1. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 3. Laboratorio de Infección e Inmunidad. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en su tercera generación o PCR digital, permite una cuantificación absoluta de moléculas de ácidos nucleicos. Pretendemos buscar patrones de expresión génica de genes implicados en la fisiopatología de la migraña en pacientes con Migraña Episódica (ME) y Migraña Crónica (MC) mediante esta tecnología.

Material y métodos: Se extrajo ARN de sangre periférica de pacientes migrañosos diagnosticados de acuerdo con los criterios de la III Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-3). Analizamos 5 genes con conocida expresión linfocitaria (MTDH, SLC6A4, ACE, NOTCH3, TGFBR2). Utilizamos como gen de referencia el GADPH, presente en todas las células.

Resultados: Se analizó el ARN de 20 pacientes migrañosos. 11 padecían MC y 9 ME (80% mujeres, edad de 41,8 ± 13,7 años (18-60)). Se obtuvieron resultados amplificables únicamente en dos de los genes evaluados: TGFBR2 y MTDH. En cuanto al gen de la metadherina (MTDH), observamos que la mediana del número de copias MTDH/GAPDH expresadas fue mayor en el grupo de pacientes con ME comparado con el de MC. Por encima del valor p50 (=0,077) de copias MTDH/GAPDH expresadas por los linfocitos, la probabilidad de un migrañoso a sufrir una ME era 8,2 veces mayor que la de sufrir una MC.

Conclusión: Si bien la serie actual es reducida y estos resultados deben considerarse preliminares, existen genes implicados en la migraña cuya expresión linfocitaria es detectable por PCR digital en pacientes migrañosos. El gen MTDH podría expresarse de forma diferente en pacientes con ME y MC.

SÍNDROMES DEL CROMOSOMA 14, GENOTIPO Y FENOTIPO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE MUESTRA ESPAÑOLA. RING14

Pérez Martínez, S.

Servicio de Neurología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Los síndromes del cromosoma 14 están causados por mutaciones en dicho cromosoma, el cual adquiere forma de anillo en cuanto sus dos extremidades, del brazo largo y del brazo corto, se funden. La fusión ocurre por dos sucesos de ruptura y generalmente conlleva una pérdida parcial del material genético informativo del cromosoma 14. La anomalía cromosómica puede afectar a todas las células o aparecer en mosaico con una línea celular que haya perdido un cromosoma 14 completo (monosomía 14). El cromosoma 14 puede también verse afectado por otras anomalías estructurales, como deleciones parciales intersticiales del brazo largo, translocaciones equilibradas o desequilibradas con otros cromosomas, en los cuales la forma permanece lineal y no se circulariza. Las caractearísticas clínicas varían en severidad de unas personas afectadas a otras, destacando epilepsia, discapacidad intelectual, malformaciones del aparato orogástrico, etc... El objetivo de nuestro trabajo es describir el fenotipo cognitivo-conductual de una muestra de 6 personas afectadas.

Material y métodos: Se revisa y analiza la historia clínica de 6 personas afectadas en España. Criterios de inclusión: diagnóstico genético de mutación en cromosoma 14. Edades comprendidas entre 19 y un año y medio. 2 hombres y 4 mujeres.

Resultados: Se describe el fenotipo cognitivo-conductual en relación al genotipo de las personas afectadas.

Conclusión: Concluimos en la necesidad de dar continuidad a la investigación en este tipo de síndromes desde la investigación básica y clínica con el objetivo de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno próximo.

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE WILSON

Sánchez Monteagudo, A. [1]; Lupo, V. [1]; Martínez, I. [2]; Sastre, I. [2]; Berenguer, M. [3]; Espinós, C. [1]

1. Unidad de Genética y Genómica de Enfermedades Neuromusculares y Neurodegenerativas. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF); 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: La enfermedad de Wilson (EW) es una enfermedad rara caracterizada por una acumulación progresiva de cobre en el organismo debido a un mal funcionamiento de la proteína transportadora del cobre ATP7B. La gran mayoría de pacientes cursan con daño hepático y muchos de ellos con manifestaciones neurológicas. Este estudio pretende la caracterización molecular de los pacientes con EW de la Comunitat Valenciana y su evaluación clínica en profundidad, con el objetivo de realizar una correlación genotipo-fenotipo más certera.

Material y métodos: Serie de 28 familias con EW. Evaluación clínica convencional para disfunción hepática, RMN cerebral y examen neurológico completo basado en la Global Assessment Scale (GAS) para la EW. El estudio genético de ATP7B comprende el análisis de las regiones codificantes, intrónicas flanqueantes y promotora mediante secuenciación Sanger; y el estudio de grandes deleciones/duplicaciones por MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification).

Resultados: Además de afectación hepática, los pacientes cursan con signos extrapiramidales frecuentes (temblor, distonía y parkinsonismo). A pesar del tratamiento farmacológico, en varios casos los síntomas neurológicos se mantienen. Sería necesario realizar RMN cerebrales más sensibles para detectar posibles depósitos de cobre. Hemos logrado el diagnóstico genético en 12 familias, y en otras 2 sólo hemos identificado una mutación patológica. De los 14 probandos restantes, 11 están bajo estudio y en 3 no se han detectado mutaciones en ATP7B.

Conclusión: Es relevante la realización del estudio genético con el fin de mejorar nuestro conocimiento sobre la variabilidad clínica apreciada en los pacientes con EW. Financiación: Fundació per amor a l'art.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL SÍNDROME DE WOLFRAM (DIDMOAD). RESULTADOS DE LA SERIE ESPAÑOLA

Ruiz Martínez, J. [1]; Esteban Bueno, G. [2]; Ruano García, M. [3]; Romero Muñoz, M. [4]; Carrillo Alascio, P.L. [5]; Botella Cubells, L.M. [6]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 2. Servicio de Asociación Española para la Investigación y ayuda al Síndrome de Wolfram. UGC Garrucha. rea de Gestión Sanitaria Norte de Almería; 3. Servicio de Asociación Española para la Investigación y ayuda al Síndrome de Wolfram. UGC Garrucha. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería; 4. Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Rafael Méndez; 5. Servicio de

Medicina Interna. Hospital Comarcal La Inmaculada; 6. Servicio de Genética. Centro de Investigaciones Biológicas

Objetivos: El Síndrome de Wolfram (SW) es una compleja enfermedad neurodegenerativa, con patrón de herencia autosómico recesivo (4p, genes WFS1, y CISD2), con una prevalencia aproximada de 1/1000.000 habitantes. Además de los síntomas de su acrónimo DIDMOAD (diabetes insípida, diabetes mellitus, atrofia óptica y sordera), son frecuentes las alteraciones urinarias, la atrofia gonadal, y las alteraciones neurológicas, que constituyen una de las principales causa de fallecimiento alrededor de la tercera o cuarta década. Presentamos las manifestaciones neurológicas de la cohorte española, una de las más numerosas en Europa.

Material y métodos: Serie de 46 pacientes (77,7% varones, edad media 33,3 años) con criterios clínicos de SW, registrados entre 1998 y 2016. Análisis de los signos clínicos y de neuroimagen (RNM) recogidos en las historias clínicas de 29 pacientes, y de los datos del seguimiento anual de 17 pacientes (16 con confirmación genética), en consulta multidisciplinar entre 2011 y 2016.

Resultados: Se describen síntomas neurológicos en 20 de 29 pacientes (68,9%). Hiporreflexia 91% (edad media 22 años), ataxia 60% (edad media 23), dismetría 50% (edad media 25), sialorrea 47% (edad media 26), disfagia 39% (edad media 27), hiposmia 45% (edad media 31), y disfunción cognitiva 37% (edad media 31). En la RNM cerebral 33% presentan atrofia cerebelosa (edad media 26), y 25% atrofia cortical (edad media 30).

Conclusión: La hiporreflexia es el signo clínico más frecuente y precoz. Predominan los signos de afectación de cerebelo-tronco, en correlación con la frecuente aparición de atrofia cerebelosa en la RNM, y las complicaciones posteriores que influyen en su pronóstico.

ANÁLISIS DE VARIACIONES EN EL GEN CHCHD2 EN POBLACIÓN DEL SUR DE ESPAÑA CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Tejera Parrado, C.; Jesús Maestre, S.; Huertas Fernández, I.; Córdoba Teval, I.; Bernal Bernal, I.; Bonilla Torbio, M.; Carrillo García, F.; Bernal Escudero, M.; Vargas González, L.; Carballo Cordero, M.; Gómez Garre, P.; Mir Rivera, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos: La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa de etiología multifactorial. Existen genes causativos y de susceptibililidad asociados a la enfermedad. Recientemente se han identificado mutaciones en el gen,CHCHD2, asociadas tanto a formas familiares como idiopáticas de EP. El objetivo fue identificar la posible presencia de variaciones en el gen CHCHD2 asociadas al desarrollo de EP en la población del sur de España.

Material y métodos: Se incluyeron 544 pacientes con EP (edad media 71 ± 11.6 años, 57% hombres y 43% mujeres) y 518 controles sanos (edad media 62 ± 16 años, 56% hombres y 44% mujeres). Se analizaron todos los exones del gen CHCHD2 y las uniones exón-intrón mediante High Resolution Melting (HRM). Las muestras que presentaban curvas de disociación anormales fueron secuenciadas. Se empleó el test X2 para realizar los análisis de asociación alélica de las variaciones de interés (PLINK).

Resultados: Se localizaron 3 variaciones conocidas en la región 5'-UTR del gen: rs10043 (c.-9T>G), rs 816407 (c.-34C>A) y rs816406 (c.-65T>G). Todas se encontraban tanto en el grupo control como en pacientes. Las dos primeras no asociadas a la EP en estudios previos. Se analizó la diferencia en la frecuencia alélila de la tercera variación (rs816406) en ambos grupos, resultando significativamente mayor en el grupo de pacientes ($p<0,05$).

Conclusión: Los resultados sugieren que la variación rs816406 localizada en el gen CHCHD2 podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de EP en nuestra población. Dada la baja frecuencia alélica de esta variación, serían precisos estudios futuros que confirmaran esta asociación.

ANÁLISIS MUTACIONAL DEL GEN THAP1 EN DISTONÍA PRIMARIA

Gómez Garre, P. [1]; Tejera Parrado, C. [1]; Huertas Fernández, I. [1]; Bonilla Toribio, M. [1]; de la Rosa, R. [1]; Alonso Cánovas, A. [2]; Bernal Bernal, I. [1]; Blanco Ollero, A. [2]; Burguera, J.A. [3]; Cáceres Redondo, M.T. [1]; Carballo Cordero, M. [4]; Carrillo García, F. [4]; Catalán Alonso, M.J. [5]; Escamilla Sevilla, F. [6]; Espinosa Rosso, R. [7]; Fernández Moreno, M.C. [8]; García Moreno, J.M. [9]; García Ruiz-Espiga, P. [10]; Giacometti Siveira, S. [11]; Gutiérrez García, J. [12]; Jesús Maestre, S. [4]; López Valdés, E. [5]; Martínez Castrillo, J.C. [2]; Medialdea Natera, M.P. [13]; Méndez Lucena, C. [9]; Mínguez Castellanos, A. [6]; Moya Molina, M. [7]; Ochoa Sepúlveda, J.J. [14]; Ojea, T. [11]; Rodríguez, N. [15]; Rubio, I. [3]; Sillero Sánchez, M. [15]; del Val Fernández, J. [10]; Vargas González, L. [1]; Mir Rivera, P. [4]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 4. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; 8. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme; 9. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 10. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 11. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 12. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; 13. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 14. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; 15. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerto Real

Objetivos: Analizar la presencia de mutaciones en el gen THAP1 (proteína 1 asociada a apoptosis que contiene un dominio proteico asociado a tanatos) en una población de pacientes afectados de distonía primaria y caracterizar su fenotipo.

Material y métodos: En este estudio hemos incluido 362 pacientes con distonía primaria y una edad media de 67±16.7 años (edad media de inicio de los síntomas 47±16.8 años). Entre estos pacientes había: 272 con distonía focal (82 de ellos con distonía cervical), 23 con distonía generalizada, 12 con distonía multifocal y 53 con distonía segmentaria. Hemos analizado los tres exones del gen THAP1, su región 5'-UTR y sus uniones exón-intrón, mediante High resolution melting y posterior secuenciación de aquellas muestras con un perfil de disociación distinto.

Resultados: Hemos identificado variaciones en 6 pacientes, todas ellas en heterocigosis. Cuatro de estas variaciones se encuentran en la región 5'-UTR del gen: rs370983900 (c.-237G>T), rs184497763 (c.-236A>T), rs377034494 (c.-48 C>T) y c.-57G>A. En la región codificante sólo hemos encontrado una variación: c.292G>T, localizada en el exón 3 del gen y no descrita con anterioridad. Dicha variación es patogénica ya que produce una señal de parada (p.E98X) en la región rica en prolinas de la proteína, en un paciente con distonía generalizada de inicio en la infancia.

Conclusión: La prevalencia de las variaciones patogénicas puntuales en THAP1 en nuestros pacientes con distonía primaria es escasa (0,28%) ya que se ha encontrado en un único paciente cuyas características clínicas concuerdan con las que suelen presentar los pacientes con mutaciones en este gen.

ESTUDIO DE GENES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE INICIO TEMPRANO MEDIANTE SECUENCIACIÓN DIRIGIDA

Tejera Parrado, C. [1]; Mir Rivera, P. [2]; Vela Desojo, L. [3]; Alonso Cánovas, A. [4]; Bernal Bernal, I. [1]; Bonilla Torbio, M. [1]; Catalán Alonso, M.J. [5]; García Ramos, R. [5]; García Ruíz, P.J. [6]; Huertas Fernández, I. [1]; Jesus Granado, S. [2]; López Manzanares, L. [7]; Mar-

tínez Castrillo, J.C. [4]; Posada Rodríguez, I. [8]; Rojo Sebastián, A. [9]; Ruíz Huete, C. [10]; del Val Fernández, J. [6]; Gómez Garre, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 4. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 6. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 10. Servicio de Neurología. Sanatorio Nuestra Señora del Rosario

Objetivos: La etiología de la enfermedad de Parkinson (EP) es multifactorial e intervienen factores tóxico-metabólicos y genéticos. Se han descrito genes causativos y de susceptibilidad implicados en su desarrollo. El objetivo de este trabajo fue evaluar mediante técnicas de secuenciación de última generación la presencia de variaciones en genes causativos y de susceptibilidad en la EP.

Material y métodos: Se incluyeron 118 pacientes con EP de inicio temprano (65 hombres y 53 mujeres) procedentes de la Comunidad de Madrid. Se secuenciaron 16 genes (PARK7, ATP13A2, PINK1, HTRA2, GIGYF2, EIF4G1, UCHL1, SNCA, PARK2, SMPD1, LRRK2, VPS35, SYNJ1, FBXO7, PLA2G6 y GBA) mediante el sistema HaloPlex(Agilent)y las plataformas MiSeq y NextSeq (Illumina). El efecto patogénico de las variaciones encontradas se analizaron con las siguientes herramientas bioinformáticas: SIFT, Polyphen-2, MutationTaster, GERP++, PhyloP, Grantham Score, PhastCons y CADD.

Resultados: Se identificaron 404 variaciones, 71 de ellas probablemente patogénicas y presentes en el 71.2% de los sujetos. Se localizaron dos variaciones patogénicas en homocigosis en el gen PINK1 y otra sin sentido en homocigosis en el gen PARK2 (ambos genes recesivos).28 variaciones patogénicas se encontraron en heterocigosis en los genes dominantes VPS35, EIF4G1, GIGYF2y LRRK2. El resto de variaciones clasificadas como patogénicas aparecieron en heterocigosis o heterocigosis compuesta en el resto de genes recesivos.

Conclusión: La secuenciación de última generación basada en la tecnología de Haloplex ha resultado una estrategia útil para obtener una visión global de la variabilidad genética presente en genes asociadas a la EP, contribuyendo a un mejor diagnóstico y conocimiento de la enfermedad.

BASES GENÉTICAS DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS CON ACUMULACIÓN CEREBRAL DE HIERRO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Tello Vicente, C. [1]; Lupo, V. [1]; Darling, A. [2]; Pérez Dueñas, B. [2]; Espinós, C. [1]

1. Unidad de Genética y Genómica de Enfermedades Neuromusculares y Neurodegenerativas. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF); 2. Unidad de Neuropediatría. Hospital Sant Joan de Déu

Objetivos: Las Enfermedades Neurodegenerativas con Acumulación Cerebral de Hierro (ENACH) constituyen un grupo heterogéneo de trastornos del movimiento con acumulación anormal de hierro en cerebro, específicamente en ganglio basal. Se conocen 10 genes ENACH que resuelven aproximadamente el 80% de los casos; el resto de pacientes se catalogan como idiopáticos. Nuestro objetivo es la caracterización genética de los pacientes ENACH de la población española.

Material y métodos: La serie clínica comprende 62 pacientes procedentes de 20 hospitales españoles. El estudio genético consiste en: (1) análisis mediante secuenciación Sanger de los genes más comunes: PANK2, PLA2G6, C19orf12 y WDR45; (2) estudio de grandes deleciones/duplicaciones por MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) de los genes PANK2 y PLA2G6; (3) análisis de los restantes genes implicados en ENACH y otros relacionados mediante panel de genes (SureSelectQXT, Agilent Technologies).

Resultados: 31 pacientes son portadores de mutaciones en PANK2, siendo tres de ellos portadores de grandes deleciones, y 10 en PLA2G6. Actualmente 14 pacientes están bajo estudio y no hemos identificado mutaciones patológicas en 7 casos. Es de destacar el hallazgo de una disomía uniparental que afecta al gen PLA2G6 como causa de la enfermedad en dos hermanas gemelas y la caracterización de la mutación PANK2 p.T528M como evento fundador en población española gitana.

Conclusión: Los porcentajes obtenidos de mutaciones en los genes PANK2 y PLA2G6 se asemejan a los publicados en otras series, con singularidades propias como es la mutación fundadora asociada a etnia gitana. Financiación: Fundació La Marató TV3, ISCIII (PI15/00187).

SECUENCIACIÓN MASIVA DE 105 GENES ASOCIADOS A NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS HEREDITARIAS

Lupo Barretta, V. [1]; Sánchez Monteagudo, A. [1]; Barreiro, M.L. [2]; Frasquet, M. [2]; Sevilla Mantecón, T. [2]; Espinós Armero, C. [1]

1. Unidad de Genética y Genómica de Enfermedades Neuromusculares. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF); 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Diseño, validación e implementación de una herramienta diagnóstica de secuenciación masiva dirigida al estudio genético de 105 genes implicados en la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT), atrofia espinal distal (AED), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y atrofia muscular espinal (AME).

Material y métodos: Análisis de muestras controles con mutaciones conocidas y de muestras de una serie clínica de pacientes con neuropatías periféricas hereditarias. Las librerías de las secuencias génicas capturadas se generaron empleando sondas diseñadas con tecnología SureSelectQXT de Agilent Technologies, y su secuenciación se realizó con Illumina. Los ficheros FASTQ se procesaron con distintos pipeline (según estándares del GATK y con el programa SureCall). La validación de las variantes se realizó mediante secuenciación de Sanger.

Resultados: El análisis estadístico de los datos de secuenciación de nuestro panel de genes, muestra que todos los target de interés correspondiente a los 105 genes estudiados se han secuenciado, y que el 99,65% de bases nucleotídicas presenta una cobertura 15X. La tecnología empleada además muestra una cobertura homogénea de los target y una alta sensibilidad de detección tanto de cambios nucleotídicos puntuales como también de inserciones y deleciones.

Conclusión: Nuestro panel de genes es coste-efectivo y nos permite alcanzar un diagnóstico certero sobre todo cuando el diagnóstico diferencial es difícil de abordar. Esta herramienta ha ayudado a reclasificar genéticamente algunos fenotipos clínicos, un reto imposible con las técnicas de secuenciación convencional. Sin embargo, en la mayoría de los casos, establecer el carácter patológico de las variantes noveles identificadas exige estudios funcionales adicionales. Financiación: ISCIII (PI12/00453); Fundació per Amor a l'Art.

SORDERA NEUROSENSORIAL, ATAXIA Y PARAPARESIA ESPÁSTICA PROGRESIVA SECUNDARIAS A MUTACIÓN EN EL GEN KCNJ10 DETECTADA CON SECUENCIACIÓN DE EXOMA COMPLETO

López-Sendón Moreno, J.L. [1]; Barca Tierno, V. [2]; Estévez Fraga, C. [1]; Galloway, E. [2]; Moreno Pelayo, M.A. [2]; Jimenez-Escrig, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Genética. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: El gen KCNJ10 codifica un canal de potasio rectificado que se expresa en las células del epitelio renal, células del oído interno y células de la glia del sistema nervioso central. Mutaciones en este gen han sido asociadas mediante análisis de ligamiento, en dos estudios diferentes publicados en el año 2009, a un trastorno específico consistente en epilepsia, ataxia, sordera neurosensorial y tubulopatía (síndrome de EAST). Desde entonces, fenotipos distintos se han asociado con mutaciones en el gen KCNJ10.

Material y métodos: Describimos a tres hermanas con migrañas, ataxia, sordera neurosensorial y afectación piramidal con paraparesia espástica de de curso lentamente progresivo e inicio en la segunda década de la vida, hijas de padres no consanguíneos sin antecedentes de enfermedades neurodegenerativas. La resonancia magnética no mostró alteraciones significativas salvo discreta atrofia cerebelosa. Distintos análisis moleculares no detectaron mutaciones patológicas (FRDA, SCA1, 2, 3, 6, 8 y DRPLA). Se realizó una secuenciación de exoma completo.

Resultados: El exoma clínico detectó dos mutaciones en el gen KCNJ10 (missense variant c.512G>A p.Arg171Gln y missense variant c.488G>A p.Gly163Asp). El análisis in silico predijo que la primera mutación era probablemente deletérea (Polyphen: 0.988, SIFT: 0.12) mientras que predijo que la segunda mutación era deletérea (Polyphen: 1, SIFT. 0). La primera mutación no esta descrita, mientras que la segunda estaba descrita en una familia con síndrome de EAST.

Conclusión: Descripción fenotípica de una familia con ataxia, sordera neurosensorial y paraparesia espástica de origen recesivo por mutaciones en el gen KCNJ10 detectadas mediante realización de exoma clínico.

DISTONÍA, ATAXIA Y DETERIORO COGNITIVO PROGRESIVO ASOCIADOS A MUTACIÓN EN EL GEN SPG15

López-Sendón Moreno, J.L. [1]; Ochoa Sepúlveda, J.J. [2]; Estévez Fraga, C. [1]; Jimenez-Escrig, A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Las mutaciones en el gen SPG15/ZFYVE2 son la segunda causa de paraparesia espástica familiar de origen recesivo. El fenotipo clásico es variable, presentándose con frecuencia afectación piramidal, deterioro cognitivo y neuropatía periférica de aparición en la segunda década de la vida. Siendo un genotipo descrito recientemente, es probable que se describan fenotipos variables.

Material y métodos: Descripción clínica de un paciente de 16 años que presenta ataxia, distonía generalizada asimétrica, movimientos atetoides y coreicos de predominio en hemicuerpo derecho y deterioro cognitivo progresivo [video]. La resonancia magnética mostró hiperintensidad bilateral en ambos núcleos dentados y astas frontales (signo de las "orejas de lince"), atrofia cerebelosa y posibles depósitos de hierro en el putamen. El análisis molecular de diversos genes (SCA1, 2, 3, 6, 7, 8, 17, DRPLA, FRDA, FXTAs, CYP27, IT15, PKAN, FA2H y NPC1/2) no mostró mutaciones.

Resultados: La secuenciación del exoma mostró un estado de heterocigosis compuestas para dos mutaciones en el gen ZFYVE26/SPG15 (exon 41:c.C7399A:p.H2467N missense y exon34:c.G6229A:p.G2077R missense). El análisis in silico predijo que la primera mutación era probablemente deletérea y la segunda deletérea, resultado en un fallo de la funcionalidad de la proteína. La secuenciación por Sanger mostró segregación en los familiares (hermanos y padres) no afectos.

Conclusión: Describimos un síndrome clínico con ataxia y distonía sin afectación predominante de la vía piramidal secundario a mutaciones en el gen SPG15, ampliando el espectro fenotípico de la enfermedad. Las nuevas técnicas de análisis molecular como la secuenciación del exoma completo son útiles para la filiación etiológica de síndromes complejos.

INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS DE GENES RELACIONADOS CON LA MIGRAÑA EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ONABOTULINUMTOXIN A EN MIGRAÑA CRÓNICA

Moreno Mayordomo, R. [1]; Ruiz Piñero, M. [2]; Pascual Gómez, J. [3]; Gallego de la Sacristana, M. [4]; Vidriales Vicente, M.I. [1]; Sobrado Sanz, M. [4]; Cernuda Morollón, E. [5]; Gago Veiga, A.B. [4]; Martínez Velasco, E. [2]; Tellería Orriols, J.J. [6]; Guerrero Peral, Á.L. [2]

1. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 5. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 6. Instituto de Biología y Genética Molecular de Valladolid. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Analizar si polimorfismos (SNPs) de genes implicados en la migraña se relacionan con la respuesta al tratamiento con OnabotulinumtoxinA (OnabotA) en pacientes con Migraña Crónica (MC).

Material y métodos: Pacientes con MC atendidos en 3 unidades de Cefaleas. Tratados con OnabotA tras falta de respuesta a un beta bloqueante y topiramato u otro neuromodulador. La respuesta a Onabot A se evaluó tras la segunda sesión y se definió como disminución de al menos un 50% en el número de días con cefalea. Se analizaron SNPs relacionados con el glutamato (MEF2D rs1050316; TGFBR2 rs7640543; LRP1 rs11172113; TRPM8 rs10166942; MTDH rs1835740; EAAT2 rs4354668 y GRIK3 rs6691840), la calcitonina (CALCA rs3781719), el receptor GABA (GABRE rs1139916; GABRQ rs3810651 y GABRA3 rs6627221 y rs2201169), receptores de serotonina (HTR2C rs3813929) y dopamina (DRD2 rs1800497), canales dependientes de voltaje (SCN9A rs6746030; KCNS1 rs734784 y P2RX7 rs1718119 y rs2230912), familia TRP (TRPV1 rs222749, rs222747 y rs222741; TRPV3 rs7217270) y WFS1 rs734312. Se compararon las frecuencias alélicas, genotípicas y las hipótesis de dominancia de cada alelo entre los grupos de respondedores y no respondedores.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes (87% mujeres, 13% varones), con edad al inicio de tratamiento con OnabotA de 43,9 ± 12 años. En el grupo de mujeres, se observaron diferencias en el polimorfismo rs3781719 del gen CALCA, donde el alelo C representa el 40,9% en no respondedoras y el 26,9% en respondedoras (p=0,007).

Conclusión: El gen CALCA codifica entre otros péptidos al CGRP; estos resultados apoyarían la influencia del CGRP en la respuesta a OnabotA en MC.

Neuroimagen

DEGENERACIÓN HIPERTRÓFICA OLIVAR EN EL CONTEXTO DE CAVERNOMA PROTUBERANCIAL IZQUIERDO

Vidal de Francisco, D.; Gallardo Corral, E.; Ceballos Ortiz, J.M.; Pérez Ortega, I.; Álvarez Soria, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico

Objetivos: Se presenta el caso de un varón de 57 años ingresado en planta de Neurología por un cuadro insidioso de mareo, inestabilidad. En la exploración se ponía de manifiesto lateropulsión

a la derecha y alteración visual del OI con movimiento tipo bobbing. En el estudio de RMN Craneal sc/cc mostraba la existencia de una lesión compatible con Cavernoma a nivel izquierdo de la protuberancia con restos de hemosiderina que traducían la existencia de sangrado en estadío subagudo.

Material y métodos: En control de neuroimagen a las 6 semanas se visualizó, además del cavernoma, una imagen hiperintensa en T2 en región anterolateral izquierda del bulbo, correspondiente a la posición anatómica del núcleo olivar inferior ipsilateral, que no mostraba alteración en las secuencias de difusión, ni tras la administración de contraste. La combinación de estos hallazgos es altamente sugestiva de Degeneración Hipertrófica Olivar (DHO).

Resultados: En sucesivas revisiones el paciente comentó haber empezado a padecer movimientos involuntarios de la úvula (paroxismos de minutos de duración y frecuencia diaria elevada).

Conclusión: La DHO es una forma atípica de degeneración transináptica secundaria a una alteración en las conexiones neuronales de la vía dento-rubro-olivar. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los movimientos involuntarios de la musculatura dependiente de los núcleos troncoencefálicos, el mioclonus palatino y las alteraciones de la motilidad ocular. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico apoyándose en el reconocimiento de las estructuras neuroanatómicas específicas. La evolución suele ser hacia la atrofia olivar con el paso de los meses-años y clínicamente pueden persistir los síntomas de forma secuelar o regresar.

ESPONDILODISCITIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD ESCLEROSANTE IGG4 +

Fernández Rodríguez, R. [1]; Marcos de Vega, A. [1]; Rizea ., C. [2]; Jiménez Huete, A. [1]; Franch Ubia, O. [1]; Pachon Rodriguez, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Clínica La Luz, S.L.; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Universitario La Paz; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital La Luz

Objetivos: Aportar a la casuística un caso de enfermedad esclerosante IgG4 + con afectación pancreática y manifestación neurológica como complicacion del tratamiento y destacar la importancia de una buena anamnesis para el abordaje del paciente.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 74 años con ingreso por espondilodiscitis T5/T6 cursando como mielitis aguda. Llama la atención al preguntarle por los antecedentes ingreso hace 15 días para estudio de masa pancreática no neoplásica con hallazgo en biopsia de importante infiltrado linfoplasmocitario de Ig G4 + y suero con IgG4+ 445 mg/dl (3-201) y tratamiento corticoideo desde entonces.

Resultados: Se realiza RM dorsal con acuñamiento y colapso de los cuerpos vertebrales D5 y D6 con destrucción ósea masa de partes blandas asociada, extendiéndose a mediastino y conducto raquídeo cervical, se decide intervención de la columna con diagnsotico de absceso por Staphyloccus aureus, con buena evolucion de la paciente tras ajuste de antibioterapia.

Conclusión: La enfermedad esclerosante por IgG4 es una enfermedad poco conocida, con buena respuesta a corticoides descrita inicialmente por afectación pancreática, conductos biliares, glándulas salivares y mediastino y un caso de paquimeningitis hipertrófica. Nuestra paciente presenta una mielitis por infeccion nosocomial en paciente inmudeprimida aunque no podemos descartar infilitracion lingoplasmocitaria por IG4 en dicho absceso al estar ya sometida a terapia corticoidea previa

DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY (DCL) CON PRESENTACIÓN COGNITIVA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Romeral Jiménez, M. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Pérez Pérez, A. [1]; Cabrera Martín, M.N. [1]; Valles Salgado, M. [2]; Rognoni Trueba, T. [3]; Fernández Matarrubia, M. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [1]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; 2. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Universitario de San Carlos; 3. Servicio de Radiología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: El diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) puede ser difícil, especialmente en casos con presentación atípica. El objetivo del estudio fue analizar las características diferenciales clínicas, cognitivas y de neuroimagen PET-FDG con la enfermedad de Alzheimer de presentación típica, a partir de una serie de pacientes con DCL de debut cognitivo

Material y métodos: Se incluyeron 11 pacientes con DCL de debut cognitivo cuyo diagnóstico se estableció tras al menos 1 año de seguimiento. Se incluyeron asimismo 19 controles sanos y 21 pacientes con enfermedad de Alzheimer típica. Se comparan las características cognitivas y de PET-FDG en la primera valoración de los pacientes. Se estimaron modelos de regresión y se realizó un análisis basado en vóxels para comparar el metabolismo cerebral entre grupos

Resultados: En la DCL la pérdida de memoria fue el primer síntoma en el 67 %. En la evaluación cognitiva inicial el 75% presentaba alteración de memoria, 75% disfunción ejecutiva, 58.3% déficit visuespacial, 33% visuoperceptivo y 58% apraxia constructiva. Se observó un menor metabolismo en el grupo de DCL en regiones temporal superior, parietal superior y occipital, respecto al grupo control. En comparación con el grupo de enfermedad de Alzheimer, se observó un menor metabolismo a nivel occipital (cuneus)

Conclusión: La DCL es una enfermedad que puede presentarse con síntomas similares a los de la enfermedad de Alzheimer. El uso combinado de la evaluación cognitiva y PET-TC puede ser una herramienta útil para el diagnóstico en fases iniciales

IMPLICACIÓN DE LA RED FUNCIONAL CEREBRAL POR DEFECTO EN EL DÉFICIT DE AUTO-ACTIVACIÓN (SÍNDROME DEL VACÍO MENTAL) DE LAS LESIONES BILATERALES EN GANGLIOS BASALES

Gabilondo Cuéllar, I. [1]; Fernandez Valle, T. [1]; Molano Salazar, A. [1]; Cabrera Zubizarreta, A. [2]; Diez Palacio, I. [3]; Cortes, J. [3]; Zarranz Imirizaldu, J. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; 2. Unidad de RM. OSATEK; 3. Grupo de Neuroimagen Computacional. IIS Biocruces; 4. Servicio de Epigenómica de la Neurodegeneración causada por Prionopatías. IIS Biocruces

Objetivos: Analizar el impacto del déficit de auto-activación (DAA) por lesiones bilaterales de los ganglios basales (LBGB) en las redes cerebrales por defecto de la RM funcional.

Material y métodos: Estudiamos mediante RM funcional de reposo un hombre de 64 años (caso 1), otro de 56 años (caso 2) y una mujer de 58 años (caso 3) varios años después (12, 9 y 22, respectivamente) de sufrir DAA asociado a LBGB (localización/causa: caso 1 putámenes y caudados/intoxicación; caso 2 tálamos y mesencéfalo medial/infarto hemorrágico; caso 3: globos pálidos/intoxicación). En el momento del estudio, el DAA persistía en los casos 1 y 2, el caso 3 se había recuperado clínicamente. Realizamos un análisis comparativo de la conectividad funcional de los pacientes con 8 controles sanos (CS) emparejados por edad/sexo, en base a regiones de interés (lesiones) y a todo el conectoma.

Resultados: Comparando con los CS, en el caso 1 y 2 observamos diferencias marcadas y estadísticamente significativas en las redes por defecto con una reorganización de la conectividad funcional del precuneus y regiones occipitales mediales en el caso 1 (aumento de conectividad) y de redes frontales mediales y motoras

suplementarias en el caso 2 (disminución de conectividad). Para el caso 3, sin embargo, las diferencias no fueron significativas.

Conclusión: El DAA causado por LBGB está asociado a una reestructuración mantenida de la conectividad funcional de la red cerebral por defecto, que parece corregirse con la mejoría clínica del DAA.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL: CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA, TUMORES Y PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

García Casares, N. [1]; Ruiz Ortiz, M. [1]; Alfaro Rubio, F. [2]; Ramos Rodriguez, R. [2]; Gutiérrez Cardo, A. [2]; Ibáñez Botella, G. [3]; Romero Crespo, F. [4]; Fernández Sánchez, V. [5]; Asenjo Garcia, B. [6]; Márquez Márquez, B. [3]; de Miguel Pueyo, L. [3]; Ros Lopez, B. [3]; Mosqueira Centurion, B. [3]; Romero Moreno, L. [3]; Dominguez Paez, M. [3]; Postigo Pozo, M.J. [5]; Arrabal Gómez, C. [7]; Muñoz, L. [7]; Arráez Sánchez, M.A. [3]; Valdivielso Felices, P. [2]

1. Servicio de Neurología. Centro de Investigaciones Médico Sanitarias (CIMES). Universidad de Málaga; 2. Unidad de Imagen Molecular. Centro de Investigaciones Médico Sanitarias (CIMES). Universidad de Málaga; 3. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 5. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 6. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 7. Servicio de Neuropsicología. Complejo Hospitalario Carlos Haya

Objetivos: La RMNf combina resolución anatómica con información funcional, permitiendo localizar áreas cerebrales elocuentes mediante tareas específicas. Su aplicabilidad clínica está aumentando en la evaluación pre-neuroquirúrgica. Se describe la experiencia del Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Universidad de Málaga, en el uso de la RMNf en pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia, tumores y patología cerebrovascular.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes derivados al centro CIMES para la realización de una RNMf entre mayo de 2014 y mayo de 2016. Los estudios se realizaron en una RNM de alto campo magnético (3 Teslas, Philips Intera®). Mediante la técnica Blood Oxygen Level Dependent (BOLD) se localizaron áreas elocuentes de lenguaje, motoras y de memoria realizando paradigmas afines según el diseño por bloques.

Resultados: Se estudiaron n=44 pacientes. Patologías: 29 tumores, 5 epilepsia sintomática no tumoral, 5 cavernomas, 3 MAV y 2 otras. Paradigmas de lenguaje: 41/44 estudiados, 17 de ellos con áreas elocuentes a < 1 cm de la lesión. Paradigmas motores: 34/44 estudiados, 14 de ellos con áreas sensitivo-motoras a < 1 cm de la lesión. Paradigmas de memoria: 8/44 estudiados, 6 con reserva de memoria preservada y 2 con escasa reserva.

Conclusión: En todos los pacientes se localizaron las áreas elocuentes susceptibles de ser afectadas por la cirugía y/o la propia lesión, demostrando ser un método no invasivo valioso a la hora de establecer el balance beneficio-riesgo de una posible cirugía.

CORRELACIÓN DEL DEPÓSITO DE PROTEÍNA PRIÓNICA CON PET 18F-FLORBETABEN EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ)

Romeral Jiménez, M. [1]; Mayo Canalejo, D. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Cabrera Martín, M.N. [1]; Gómez Pinedo, U. [2]; Guerrero Márquez, C. [3]; Porta Etessam, J. [3]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [1]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Universitario de San Carlos; 3. Servicio de Medicina. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: La PET es una técnica útil en las enfermedades neurodegenerativas, si bien su papel en la ECJ está menos definido. Estudios experimentales han mostrado la unión de algunos derivados de tioflavina y rojo congo a placas de proteína priónica. Presentamos el caso de un paciente con ECJ estudiado mediante PET 18F-fluorodeoxiglucosa y 18F-florbetaben. Se analizó la correlación entre la captación del trazador de amiloide con el depósito de la proteína priónica en la ECJ.

Material y métodos: Los estudios PET se realizaron once días antes del fallecimiento. Se realizó un análisis en 8 regiones de interés mediante SPM8 y se correlacionó con las mismas en el estudio patológico.

Resultados: Varón de 80 años con deterioro neurológico rápidamente progresivo confirmándose por autopsia el diagnóstico de ECJ. Se realizaron varias resonancia magnéticas craneales (RM) que mostraron atrofia global sin otras alteraciones, así como electroencefalogramas normales. La FDG-PET mostró extensas áreas de hipometabolismo en lóbulos frontoparietales izquierdos y tálamo bilateral. El análisis patológico evidenció cambios espongiformes, pérdida neuronal y acumulación cortical de proteína priónica, sin amiloide. La correlación entre la captación de 18F-florbetaben y acumulo de proteína prionica fue r=0.786 ($p<0.05$)

Conclusión: El caso presentado sugiere que la FDG-PET puede apoyar el diagnóstico en casos con RM normal. La correlación del trazador de amiloide con el depósito de proteína priónica sugiere la posibilidad de una unión de baja afinidad del trazador a otras proteínas distintas del beta-amiloide. En conjunto estos resultados sugieren la utilidad de la PET en la ECJ.

¿QUE VARIABLES INFLUYEN EN EL RESULTADO DE ESTUDIO DE PERFUSIÓN?

Díaz Pérez, J. [1]; García Molina, E. [1]; Baidez Guerrero, A.E. [1]; Cabrera Maqueda, J.M. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Albert Lacal, L. [1]; García-Villalba Navaridas, B. [2]; Zamarro Parra, J. [2]; Morales Ortiz, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Los estudios de perfusión (con TC simple y angio-TC) realizados en el momento agudo del ictus han demostrado utilidad para el diagnostico y la decisión terapéutica. Salvo el tiempo de evolución de isquemia, no se han descrito ampliamente qué variables clínico-radiológicas influyen en el resultado del estudio de perfusión, siendo este el objetivo principal de nuestro trabajo .

Material y métodos: De los pacientes registrados desde Enero 2015 hasta Marzo 2016, seleccionamos aquellos que fueron código ictus con estudio completo de neuroimagen. Estudios normales/artefactados fueron excluidos. El resto fueron dicotomizados en Missmatch l≤ 75% y > 75%, analizando posteriormente que variables clínico-radiológicas influían en dicho resultado.

Resultados: 121 pacientes cumplían los criterios anteriores. El 58.7% de los pacientes presentaban Missmatch ≤ 75%. El análisis descriptivo no evidenció diferencias entre las distintas variables analizadas (edad, sexo, factores riesgo vascular, Rankin previa, momento de inicio síntomas, angio-TC), salvo en la presencia en TC simple de signos precoces de isquemia (77. 5% en Missmatch ≤ 75% y 44% en Missmatch > 75%) y NIHSS al ingreso >15 (53.5% si Missmatch ≤ 75% y 20% si Missmatch >75%). El análisis univariante objetivó significación estadística ($p < 0.001$) para estas variables, confirmándose posteriormente en el análisis multivariante: signos precoces (p 0.048 OR 2.8 IC95% 1.011-7.79) y NIHSS al ingreso > 15 (p 0.03 OR 7.62 (IC95% 1.76- 15.26).

Conclusión: La presencia de signos precoces de infarto en TC simple y NIHSS al ingreso >15 puntos tienen más probabilidad de tener un Missmatch menor 75%.

SEMI-CUANTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE PET CEREBRAL CON FLORBETAPIR FRENTE AL ANÁLISIS VISUAL, EN UNA SERIE CLÍNICA MULTICÉNTRICA

Sopena Novales, P. [1]; Sanchez Vañó, R. [1]; Prado Wohlwend, S. [1]; Uruburu García, E. [1]; Martínez Lozano, M. [2]; Del Olmo, A. [3]

1. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital 9 de Octubre; 2. Servicio de Neurología. Hospital La Magdalena; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset

Objetivos: Estimar el valor adicional aportado por la semi-cuantificación comparado con el análisis visual diagnóstico rutinario, mediante el grado de concordancia o índice Kappa.

Material y métodos: Serie clínica aleatoria de 30 pacientes procedentes de dos servicios de neurología con sospecha de EA o DCL hipocámpica, a los que se les solicitó un PET con Florbetapir entre Agosto del 2015 y Mayo 2016, con una edad promedio de 65 y una desviación estandar de 9,85. Todos se estudiaron con el mismo procedimiento y en el mismo equipo PET-TC (GE-STE). El análisis visual fue aleatorio, por tres lectores ciegos a la información que clasificaron como positivos, negativos o dudosos, alcanzando posteriormente un consenso. Adicionalmente, se realizó un análisis semi-automático de la relación de la captación promedio de regiones corticales definidas en relación con el cerebelo (SUVr). El valor umbral de SUVr >1.17, se estableció acorde a la literatura. Se calculó el valor Kappa.

Resultados: Todos los pacientes fueron valorables. Ninguno presentó problemas en la administración o artefactos en la adquisición. En análisis visual clasificó a 16 pacientes como positivos, 10 como negativos y 4 equívocos. El consenso re-clasificó a 1 como positivo (17) y al resto como negativos (13). En el análisis semi-cuantitativo clasificó a 18 pacientes como positivos y 12 como negativos. El grado de acuerdo entre la valoración visual consensuada y la semicuantificación fue del 0.932 (Kappa excelente).

Conclusión: En nuestra serie la semi-cuantificación no mostró un valor adicional al consenso de tres lectores experimentados, en el del diagnóstico del PET con Florbetapir.

FDG-PET EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Pytel, V. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Cabrera Martín, M.N. [2]; Galán Dávila, L. [1]; Valles Salgado, M. [1]; Guerrero Sola, A. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [2]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Estudiar el metabolismo cerebral mediante tomografía por emisión de positrones (PET) en la esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

Material y métodos: Estudio prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron 17 pacientes con ELA definida o probable según los criterios El Escorial revisado y 24 controles. Se realizó examen neurológico, neuropsicológico y PET con 18F-fluorodesoxiglucosa (FDG). Se efectuó un análisis basado en vóxels mediante SPM8.

Resultados: Se observó un menor metabolismo frontal y un mayor metabolismo cerebeloso en ELA en comparación con controles. 4(23%) pacientes presentaron déficit cognitivo observándose hipometabolismo a nivel frontal bilateral con extensión a regiones parietales e hipermetabolismo cerebeloso posterior. En los pacientes sin afectación cognitiva, se observó hipometabolismo en giro frontal superior izquierdo e hipermetabolismo a nivel de lóbulo anterior y posterior cerebeloso. En el análisis individual, 6(35%) pacientes presentaron afectación más anterior con hipometabolismo de los giros frontal superior, medio e inferior, 6(35%) un patrón más posterior con hipometabolismo en giros precentral, postcentral y lobulillos parietales, 2(11.7%) un patrón mixto y 3(17.6%) no presentaron alteraciones.

Conclusión: Se han identificado dos patrones principales de hipometabolismo cerebral, uno más anterior asociado con mayor frecuencia de déficit cognitivo; y otro más posterior. Asimismo, se observó hipermetabolismo en el lóbulo posterior del cerebelo de pacientes con afectación cognitiva, y en ambos lóbulos, con mayor intensidad en el lóbulo anterior, en aquellos sin afectación cognitiva. La PET-FDG podría ayudar a identificar subgrupos dentro de la enfermedad, aunque son necesarios más estudios que evalúen la trascendencia de estos hallazgos en el pronóstico y evolución de los pacientes.

¿HAY UN PATRÓN PET 18FDG CEREBRAL EN LOS ELA C9ORF72 POSITIVOS?

Sopena Novales, P. [1]; Antón Leal, M.A. [2]; Vázquez Costa, J.F. [3]; Perez Tur, J. [4]; Sevilla, T. [3]; Bello, P. [2]

1. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital 9 de Octubre; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 4. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Describir la PET-TC cerebral 18FDG en pacientes con ELA C9orf72 positivos

Material y métodos: En la unida de ELA del Hospital la fe, entre 2014 y Junio de 2015, se ofreció la detección de C9orf72. A todos los positivos para ala mutación se les realizó PET18FDG cerebral. Se recogieron datos clínicos y de neuroimagen. La PET18FDG cerebral se realizó acorde a las guías de la EANM en un mismo equipo PET-TC (Philiphs Gemini TF), ussando software específico (NeuroQ y OASIS) por dos médicos nucleares con más de 5 años con experiencia en neuroimagen PET.

Resultados: De 81 pacientes solo 5 eran portadores, incluyendo una asintomática. La edad promedio de inicio de los síntomas fue de 63 años. Dos eran mujeres. uno de inicio bulbar. El resto espinal. La asintomática estaba diagnosticada de esquizofrenia y retraso mental. Dos presentaban deterioro cognitivo. Todos mostraron hipometabolismo en corteza frontal inferior bilateral, área de Broca y cíngulo posterior izquierdos. El de inicio bulbar fue el único con afectación frontal superior y parieto-temporal derechas así como en núcleo lentiforme y talámico iziquierdos. La portadora asintomática no tenía alteración en corteza frontal inferior derecha ni en el cíngulo posterior izquierdo. Aquellos con deterioro cognitivo mostraban más hipometabolismo frontal bilateral, temporal lateral, parietal y cingulo anterior derechos. No se objetivó hipermteabolismo.

Conclusión: La PET-TC cerebral mostró en todos los ELA C9orf72 positivos hipometabolismo en corteza frontal inferior bilateral, área de Broca y cíngulo posterior izquierdos. Hallazgos diferenciales en variantes bulbar y con deterioro cognitivo. Estas observaciones debería ser corroborada con más pacientes.

ESTUDIO DE MORFOMETRÍA VÓXEL A VÓXEL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y CONTROLES SANOS. RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO PRECISED

Pareto Onghena, D. [1]; Delgado, P. [2]; Simó, R. [3]; Bañeras, J. [4]; Garcia Dorado, D. [4]; Rovira, À. [1]

1. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Laboratorio Neurovascular - Institut de Recerca HUVH. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Grupo Investigación Diabetes y Metabolismo. Insitut de Recerca HUVH. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Analizar las diferencias volumétricas cerebrales entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y controles sanos.

Material y métodos: Se incluyeron 58 pacientes con DM2 (68% mujeres; edad media 67 años [d.s. 5.9] años) y 15 controles sanos (71% mujeres, edad media 63 años [d.s. 7.2]). Pacientes y controles formaban parte de la cohorte del estudio PRECISED. Las diferencias volumétricas cerebrales fueran estudiadas a nivel de vóxel mediante el programa Statistical Parametric Mapping. Siguiendo metodología establecida (Voxel-based morphometry, VBM), las imágenes fueron segmentadas y normalizadas al atlas. Para la comparativa estadística, se consideraron diferencias significativas un nivel de $p<0.05$ corregido por comparaciones múltiples, y una extensión mayor de 10 vóxeles. La edad y el volumen total intracranial fueron añadidos como covariables.

Resultados: Los pacientes con DM2 mostraron una pérdida significativa de sustancia gris comparado con controles en el temporal (córtex inferior, $p=0.004$) y parietal (girus supramarginal, $p=0.026$) derecho. No se encontraron diferencias significativas respecto la distribución de sustancia blanca.

Conclusión: Con la técnica de VBM, se ha detectado que los pacientes con DM2 muestran una pérdida significativa de sustancia gris localizada en los lóbulos parietal y temporal derechos comparado con controles sanos, que podría atribuirse a un proceso neurodegenerativo con desarrollo de atrofia cortical regional.

Neurología General I

LO NEUROLÓGICO Y MÉDICO EN LA PINTURA BARROCA

Álvaro González, L.C.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: La pintura barroca busca impactar al espectador con luz y contrastes, uso del color y modelos tomados del natural. La reproducción fiel de la realidad hace que sean visibles rasgos clínicos que perfilan, ya características sindrómicas y demográficas, ya carencias propias de la época. Describirlas es nuestro objetivo

Material y métodos: Se han revisado pinturas barrocas del Museo del Prado y Bellas Artes de Bilbao y los catálogos de exposiciones en Madrid de Georges de La Tour (GT; 2016) y Ribera (1992). Se extraen las imágenes con interés neurológico y se interpretan a la luz de las características clínicas y del contexto social.

Resultados: Hemos encontrado: 1- En GT: distonías focales y sindrome de Meige (“Riña de músicos “ y “Tocador de zanfonía con mosca”). Estos mismos cuadros han sido incluidos en la Historia de la fealdad de Umberto Eco por su valor histórico a esos efectos; patología carencial: pelagra en “ Comedores de guisantes” y anasarca en “Joven espulgándose”. Los años de estas pinturas coinciden con los de hambrunas por malas cosechas debidas a pequeñas glaciaciones. 2- En Ribera: Hemiparesia espástica en un niño (“Niño pobre”), dónde muestra los requerimientos de Nápoles para poder mendigar; un complejo trastorno endocrinológico transido de humanidad en “La mujer barbuda”: 3- En Juan Bautista Maíno: distonía cervical (“San Ágabo”) y distrofia miotónica de Steinert (“Retrato de un Caballero”).

Conclusión: El naturalismo que impregna la pintura barroca permite identificar diversos trastornos neurológicos que, interpretados en su contexto, poseen valor histórico.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA OBRA LITERARIA DE CERVANTES Y SHAKESPEARE

Guijarro Castro, C. [1]; Caminero Rodríguez, A.B. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Santa Bárbara; 2. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles

Objetivos: Cervantes y Shakespeare describieron con gran precisión numerosas enfermedades neurológicas en sus obras. En el Renacimiento se pensaba que el sueño era un estado de inactividad cerebral, similar a la muerte y que la falta del mismo podría originar alteraciones psiquiátricas.

Material y métodos: Se han analizado, tras la lectura del Quijote, Hamlet, Macbeth, Othello, Enrique IV y Ricardo III, las descripciones de trastornos del sueño, que van desde el insomnio (Quijote, Othello, Hamlet), la apnea del sueño (Enrique IV), la siesta (Quijote), los sueños vívidos (Quijote), las parasomnias en Othello y Macbeth (parasomnias sexuales, confusión del despertar, sonambulismo y terrores nocturnos), al trastorno de conducta en fase REM (RBD) en Don Quijote (episodio de los cueros de vino: I-XXXV) y en Ricardo III (sueño donde se aparecen sus víctimas, coge la espada, y ve que está soñando)

Resultados: Se ha especulado sobre si Shakespeare padecía insomnio, dado su profundo conocimiento de los trastornos del sueño. Algunos autores los consideran los primeros neurólogos renacentistas. Cervantes era familiar de varios facultativos y se debió basar en el Elogio de la locura de Erasmo de Rotterdam, para describir la locura positiva de Don Quijote y probablemente ambos leyeron Examen de ingenios para las ciencias, de Juan Huarte de San Juan, para documentarse. Charcot utilizó la obra de Shakespeare en la docencia de Neurología.

Conclusión: La aportación a la neurología de ambos literatos fue la descripción precisa de multitud de trastornos del sueño, adelantándose cuatro siglos a la sistematización de los mismos.

PRIMERA NOTICIA HISTÓRICA DE ICTUS ATENDIDO EN VALL D’HEBRON EN 1607

de Fabregues Nebot, O.; Alvarez Sabin, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d’Hebron

Objetivos: El Hospital Universitario Vall d’Hebron ha conmemorado su 60 aniversario. Inaugurado el 5 de octubre de 1955, como Residencia Francisco Franco, con la democracia recupera el nombre de Hospital Vall d’Hebron, pues se alzó en terrenos propiedad del Estado, que anteriormente eran una dependencia agrícola -la Granja Nueva- del real monasterio de San Jerónimo de la Vall d’Hebron de la orden de los jerónimos.

Material y métodos: Revisión de la bibliografia histórica publicada del Hospital Vall d’Hebron y de San Jeronimo de Vall d’-Hebron y de la documentación conservada en los Archivos Històric de la Ciutat de Barcelona, Diocesà de Barcelona e Històric del Centre Excursionista de Catalunya, y Manuscritos de la Biblioteca de Catalunya y recogida de los aspectos sanitarios de interés neurológico.

Resultados: El monasterio de San Jerónimo de Vall d’Hebron fue fundado en 1393 por la reina Violante de Bar dotado de Infermeria, Apotecaría, Hospedería y Hospital de pobres. Ofrecía hospitalidad a pobres, peregrinos, transeúntes y enfermos del antiguo camino de Collserola y atención sanitaria a los monjes, lugareños y huéspedes. En el siglo XIX fué lazareto, hospital de infecciosos en la epidemia de Fiebre Amarilla y Cólera de Barcelona. Fue desamortizado en 1835. En febrero de 1607 atendió a Antonio Cases hortelano del monasterio que sufrió un primer ataque de hemiplegia izquierda que recuperó tras dos meses en la inferemria, con secuela y el 24 de marzo de 1608 le sobrevino una repetición del ictus, mortal

Conclusión: La primera noticia histórica sobre primer ictus atendido en Vall d’Hebron fue en 1607.

APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA EN LA GRECIA ANTIGUA

Lema Devesa, C. [1]; Rivas Lopez, M.T. [1]; Amado Rodríguez, M.T. [2]; Castellanos Rodrigo, M.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Juan Canalejo; 2. Servicio de Dpto. Latín y Griego. USC

Objetivos: estudiar la expresión de la descripción de la enfermedad neurológica en la Grecia antigua a partir de los testimonios bibliográficos y textos de autores clásicos

Material y métodos: Se consideran las descripciones hechas por las diferentes escuelas tradicionales griegas así como la consideración de textos de autores clásicos, especialmente los Tratados Hipocráticos, Tucídides, Jenofonte y Heródoto.

Resultados: En escuelas médicas del mundo antiguo la descripción pormenorizada de los síntomas y signos es fundamental, y la entrevista con el paciente, suponiendo el precedente inmediato de la anamnesis neurológica. Encontramos elementos tan fundamentales como la influencia del psiquismo en la vivencia de enfermedad y la identificación de estructuras anatómicas, funciones fisiológicas y descripciones patológicas que se conservan como tales hasta nuestros días, demostrando la importancia de la lengua griega en el vocabulario médico. La búsqueda de la etiología es fundamental en la medicina hipocrática, así como la reflexión racional para la elaboración del diagnóstico. Destacamos las aportaciones de la medicina de guerra y la fisiología del deporte. Estudiamos la descripción de la sintomatología neurológica de la peste en la obra de Tucídides .

Conclusión: El mundo griego antiguo hace una identificación de la patología neurológica en sus textos, siendo un precedente valioso para la visión científica actual.

ALTERACIÓN DE LA CASCADA DE AMILOIDE EN LA VARIANTE DE MARBURG DE EM

Gómez Pinedo, U.A. [1]; Benito Martin, M.S. [1]; Pytel, V. [2]; Torre Fuentes, L. [1]; Gómez Graña, A. [1]; Gallego Villarejo, L. [1]; Villar-Quiles, R.N. [3]; Matias-Guiu Atem, J. [3]; González Suárez, I. [3]; Sanchez Sanchez, R. [4]; Valverde Moyano, R. [5]; Oreja Guevara, C. [3]; Matias-Guiu Guia, J. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Anatomia Patológica. Complejo Hospitalario Reina Sofía; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía

Objetivos: Estudio de la cascada amiloidótica en un paciente con Esclerosis Múltiple con la variante fulminante de Marburg.

Material y métodos: Estudiamos el caso de un paciente inmunocompetente de 27 años con la variante fulminante de Marburg tras de 20 días de evolución. Se utilizaron muestras postmortem de hipocampo (HP), cuerpo calloso (CC), caudado, putamen, médula cervical y de un área de desmielinización aguda secundaria a la enfermedad. Estas muestras se estudiaron usando marcadores de la vía de APP (APP, AICD, Aβ, Fe65, ADAM10, BACE1) a través de técnicas inmunoquímicas.

Resultados: Se observó una expresión intensa de APP en los somas y las dendritas de las neuronas del hipocampo. Encontramos que en el centro de la lesión la expresión de APP era pobre y difusa, mientras que en la periferia la expresión fue más intensa y densa, lo que también fue observado en CC. Además, en este estudio observamos una baja expresión de Fe65 en el HP y una alta expresión de AICD, con una translocación nuclear de la expresión de Fe65 en algunas neuronas del giro dentado. BACE1 mostró una alta expresión en las áreas cercanas a la lesión y a CC, y una señal discreta en otras áreas. Aβ y ADAM10 no mostraron anormalidades en ninguna de las áreas estudiadas.

Conclusión: En nuestro estudio, la alteración en la vía amiloide podría estar relacionada con un mecanismo de regulación secundario al daño producido por la enfermedad, con una posible asociación a un intento fallido de remielinización.

ESTUDIO DE MARCADORES MOLECULARES DE LA CASCADA AMILOIDÓTICA EN HIPOCAMPO EN ENFERMEDAD DE MOTONEURONA

Torre Fuentes, L. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Benito Martín, M.S. [2]; Galán Dávila, L. [1]; Pytel, V. [1]; Guerrero Sola, A. [1]; Gómez Graña, Á. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Gómez Pinedo, U. [1]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: Existen algunas datos que pueden sugerir que la proteína precursora de la amiloide y su cascada amiloidótica podrían participar en enfermedad de motoneurona. El objetivo del estudio ha sido analizar sus marcadores moleculares en el hipocampo procedentes de necropsias de pacientes con ALS y ALS-FTD.

Material y métodos: Se han estudiado 9 pacientes con enfermedad de motoneurona y 4 controles. Se analizó mediante inmunohistoquímica y estudio en microscopio confocal la expresión de APP, TDP43, Pho-TDP43, beta amiloide, AICD, Fe65 y Pho-TAU en el hipocampo de 7 pacientes con ALS, 2 ALS-FTD y 4 controles. Se correlacionaron los hallazgos con los datos clínicos.

Resultados: Se observó un aumento en la expresión de APP y de péptido beta amiloide, y éste ultimo correlaciona con la expresión de TDP43 así como una disminución de la expresión de Fe65, probablemente debido a que esta proteína adaptadora que potenciaría a la cadena debe estar fosforilada o unirse a AICD formando un complejo para evitar este efecto. No se encontró un incremento paralelo de la expresión de AICD lo que puede sugerir que se ha unido a Fe65. Se ha hallado un incremento en la expresión de Pho-TAU en el hipocampo en los casos. Los hallazgos demostrados son similares en ALS y en ALS-FTD, aunque con mayor intensidad en los últimos.

Conclusión: En el análisis postmortem se observa que la cascada amilodótica de la APP está activada en el hipocampo de pacientes con enfermedad de motoneurona y correlaciona con la expresión de TDP43 citoplasmática.

ESTUDIO DE LA NEUROGÉNESIS ADULTA EN NECROPSIAS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA CON O SIN DEMENCIA ASOCIADAS

Galán Dávila, L. [1]; Gomez Pinedo, U. [2]; Guerrero Sola, A. [1]; Vela Souto, Á. [1]; Pytel, V. [1]; Martínez Martínez, A. [3]; Rabano Gutiérrez, A. [4]; Garcia Verdugo, J.M. [5]; Matias-Guiu Guia, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Neuropatología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Banco de Cerebros. Fundación CIEN; 5. Servicio de Neurobiologia Comparada. Instituto Cavanilles

Objetivos: Existen dos nichos neurogénicos en el cerebro adulto: la zona subventricular (SVZ) y el giro dentado del hipocampo (GD). Estos nichos modifican su actividad bajo condiciones patológicas. Nuestro objetivo es describir el estado de dichos nichos en 9 pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), dos de ellos con demencia frontotemporal (DFT)

Material y métodos: Se estudiaron 9 necropsias de pacientes con ELA, (dos ELA-DFT) y 4 controles, mediante estudio histológico, inmunohistoquímica confocal y estudio a nivel ultraestructural. Se confirmó la histología de ELA (TDP-43, ubiquitina). Se estudió la SVZ y GD utilizando marcadores de proliferación (Ki67, histone3), neuroblastos (PSA-NCAM, DCX, TUJ1), células madre (GFAPdelta) y astrocitos (GFAP)

Resultados: Encontramos un aumento de la proliferación en la SVZ en todos los pacientes con ELA, mayor en las formas asociadas a DFT. En el GD se observó una reducción de la proliferación en todos los pacientes

Conclusión: En este estudio observamos una alteración de la neurogénesis en la ELA. Esta alteración tiene diferente sentido dependiendo del nicho neurogénico, con un aumento de la neurogénesis en la SVZ y una reducción en la zona subgranular del GD. Estas alteraciones son más intensas en los casos que asociaron DFT. Estos resultados apoyan un diferente significado funcional de los dos nichos. Sin embargo, dicho significado funcional se desconoce

PAROXISMIA VESTIBULAR CON RESPUESTA A ESLICARBAZEPINA, A PROPÓSITO DE 7 PACIENTES

Gutiérrez Viedma, Á. [1]; Silva Hernández, L. [1]; Yus Fuertes, M. [2]; Porta Ettesam, J. [1]; Gimeno Hernández, J. [3]; Cuadrado, M.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La paroxismia vestibular (PV) es un síndrome de compresión neurovascular que causa vértigo recurrente. Su excelente respuesta a carbamazepina constituye un criterio diagnóstico, si bien otros neuromoduladores podrían ser efectivos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 7 casos de PV tratados con eslicarbazepina (ESL).

Resultados: Los 7 casos son mujeres, con una edad media actual de 55 años (38-76 años) y una edad media al inicio de 48 años (36-62 años). Ninguna tenía antecedentes otorrinolaringológicos. Todas las pacientes presentaron paroxismos de hasta 1 minuto de duración consistentes en vértigo e inestabilidad, con acúfeno asociado en 5 pacientes. La frecuencia varió de 1 episodio por semana a 10 al día, apareciendo en reposo (n=7), con los giros cefálicos (n=5) o con el estrés (n=2). En la exploración, 4 pacientes presentaron signos de hipofunción vestibular, siendo la audiometría normal en todas ellas. En la RM craneal con secuencias específicas se encontró contacto vascular con el VIII nervio craneal en 6 casos. Todas las pacientes se trataron con ESL, en 5 tras fracaso de otros fármacos. Una paciente presentó una reacción alérgica no grave tras la primera dosis. Del resto (n=6), 5 presentaron respuesta completa y 1 parcial. Dos pacientes tuvieron reacciones adversas: mal sabor de boca (se retiró ESL), y somnolencia (resuelta con reducción de dosis).

Conclusión: En nuestra serie se obtuvo un buen control de la PV con ESL, así como una buena tolerancia. La ESL podría ser una buena alternativa terapéutica para la PV.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN CANTABRIA 35 AÑOS DESPUÉS: ¿HA CAMBIADO ALGO?

Sánchez de la Torre, J.R.; Serrano Cárdenas, K.M.; Sánchez Rodríguez, A.; Sánchez Juan, P.J.; Riancho Zarrabeitia, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Las series publicadas de Enfermedad Creutzfeldt Jakob (ECJ) se centran en aspectos diagnóstico-pronósticos. El objetivo de este trabajo es profundizar en los aspectos clínico-diagnósticos de la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo de los casos de ECJ registrados en Cantabria en el periodo 1981-2015.

Resultados: Se registraron 24 casos (13 hombres; 11 mujeres) con una edad mediana de 66 años (47-86 años). El 37% de ellos presentó antecedentes médico-quirúrgicos invasivos. La demora diagnóstica mediana fue de 3,7meses. El deterioro cognitivo (43%) y la alteración de conducta (39%) fueron los motivos de consulta más comunes. Un 30% de los pacientes refirió síntomas prodrómicos vestibulares y visuales respectivamente. Los signos clínicos iniciales más frecuentes fueron deterioro cognitivo (65%), ataxia (57%) y alteraciones visuales (45%). En estadios iniciales las mioclonías se detectaron en el 42% de los pacientes, siendo constantes en estadios finales. La sensibilidad inicial de la proteína 14.3.3 en LCR fue del 60%. Inicialmente un 52% de los pacientes presentó lentificación en el electroencefalograma. En estadios avanzados se observaron complejos periódicos en el 66% de los pacientes. Los hallazgos más frecuentes de neuroimagen fueron la restricción cortical de la difusión (80%) y la atrofia cortical (65%). La supervivencia mediana fue de 9 meses (1-31 meses). Salvo menor demora diagnóstica, la comparación de casos antiguos y recientes de ECJ no mostró diferencias significativas.

Conclusión: 35 años después no han cambiado las características clínico-pronósticas de la ECJ. Un elevado porcentaje de los pacientes presentó antecedentes de procedimientos invasivos así como síntomas prodrómicos.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON AFASIA AISLADA AUTOLIMITADA ¿CUÁNDO SOSPECHAR ORIGEN EPILÉPTICO?

Hernández González-Monje, M.; Abarrategui Yagüe, B.; García García, M.E.; Parejo Carbonell, B.; Fernández Matarrubia, M.; Gómez-Escalonilla Escobar, C.I.; García Morales, I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La Afasia Aislada Autolimitada (AAA) es un motivo frecuente de consulta en Urgencias. La etiología más frecuente es la vascular, aunque algunos casos son de origen epiléptico. No obstante, los criterios clínicos para definir una afasia de etiología epiléptica no están bien establecidos. Nuestro objetivo fue analizar las variables clínicas asociadas al diagnóstico de AAA de origen epiléptico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con episodios de AAA en un hospital terciario entre septiembre de 2015 y mayo de 2016. Analizamos variables clínicas, de neuroimagen y electroencefalografía.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes (68.9% mujeres), con edad media de 75.6 +/- 12.3 años. De los 29 pacientes con diagnóstico final de AAA epiléptica, el 76.2% habían tenido episodios previos similares con diagnóstico de origen vascular. Los pacientes con AAA epiléptica presentaron mayor número de episodios previos respecto a los AAA vascular [mediana 4 episodios (RIQ:3-5) vs 1 (RIQ:1-1.75); $P < 0.001$]; así como menor duración mediana del episodio [mediana 10 minutos (RIQ:5-80) vs 30 (RIQ:12.75-146); $P = 0.023$]. Se realizó EEG en el momento agudo al 28.6% de los finalmente diagnosticados de AAA epiléptica. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o presencia de factores de riesgo cardiovascular.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la AAA epiléptica es una entidad infradiagnosticada en Urgencias. Existieron pocos datos clínicos que hicieran sospechar un origen epiléptico en los primeros episodios. Posiblemente, una mayor disponibilidad de EEG urgente y otras pruebas de neuroimagen podrían aumentar la certeza diagnóstica en AAA y a instaurar un tratamiento precoz.

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR VIRUS VARIELA ZOSTER EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Ostos Moliz, F. [1]; Blanco Palmero, V.A. [1]; Sánchez Tornero, M. [1]; Simarro Díaz, A. [1]; Sierra Hidalgo, F. [2]; Domingo Santos, Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: El virus varicela-zoster (VVZ) es un α-herpes virus que puede permanecer latente en los ganglios nerviosos. Su reac-

tivación puede provocar excepcionalmente afectación del sistema nervioso central (SNC).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la presentación, tratamiento y pronóstico de pacientes con infecciones del SNC por VVZ confirmadas por PCR en líquido cefalorraquídeo en los últimos 10 años.

Resultados: Se identificaron 34 casos, obteniéndose información clínica completa de 31. De ellos, el 51.6% eran hombres, y la mediana de edad fue 68 años (intervalo 2-89). El 83.8% presentaron afectación cutánea concomitante: radicular (12 pacientes), V1 (7), Ramsay-Hunt (4) y 2 afectación diseminada. 7 de los pacientes (22,4%) padecían algún tipo de inmunodeficiencia, 4 por VIH, 2 recibían tratamiento quimioterápico y 1 mieloma diseminado. La presentación clínica fue heterogénea: meningoencefalitis (51%), meningitis (35%), 6% multineuropatía craneal y en un caso una afectación diseminada del SNC. Como tratamiento, se administró aciclovir intravenoso en todos los casos, de media durante 12,7 días (intervalo 4-23); 5 pacientes previamente fueron tratados por famciclovir por herpes cutáneo, y 7 pacientes completaron tratamiento por vía oral con valaciclovir (6) o aciclovir oral (1). Se añadió corticoterapia en 6 casos. Falleció un paciente por causa cardiológica y 3 desarrollaron secuelas cognitivas graves. En su evolución, en 5 han sido tratados por neuralgia postherpética y 2 han padecido ictus atribuidos a otra etiología (cardioembólicos por fibrilación auricular).

Conclusión: El VVZ es uno de los principales agentes infecciosos del SNC, presentando una alta tasa de secuelas. El tratamiento precoz es clave para prevenir las complicaciones asociadas.

MANEJO DE LA HIPOMAGNESEMIA SEVERA Y SUS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Rúa, A. [1]; Lafuente Ganuza, P. [2]; Suárez Santos, P. [1]; Sánchez Lozano, P. [3]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; García-Cabo Fernández, C. [3]; Ramón Carbajo, C. [1]; Morís de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes

Objetivos: La hipomagnesemia se asocia a inestabilidad de la membrana neuronal y del endotelio vascular, siendo responsable de sintomatología neurológica variada. No obstante, es un catión poco estudiado en la práctica clínica habitual. Revisamos el manejo de la hipomagnesemia severa en un hospital de tercer nivel considerando sus causas, manifestaciones neurológicas, estudios complementarios solicitados, tratamiento y evolución.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con al menos una determinación de magnesio <0.40mmol/L entre enero 2015 y enero 2016. Se incluyen pacientes ambulatorios y hospitalizados, sin restricción por Servicio responsable.

Resultados: Se estudiaron 69 pacientes con hipomagnesemia severa (edad media 65.2 años, 58% varones). Los niveles de magnesio <0.32mmol/L se relacionaron con cuadros sintomáticos, incluyendo disminución del nivel de consciencia, confusión, temblor, trastorno de la marcha, afasia, parestesias y crisis. En 71% de los casos se identifica un fármaco asociado (Naranjo score >4), fundamentalmente omeprazol y antineoplásicos, siendo excepcional el cambio terapéutico (6%). Se realiza prueba de imagen en 21% casos como despistaje de otras patologías. En pacientes oncológicos se tiende al manejo ambulatorio, conllevando ingreso en caso de sintomatología invalidante. Sólo los casos más severos (status epiléptico) ingresan en el Servicio de Neurología. Niveles <17mmol/L se asocian a exitus en el primer mes.

Conclusión: Niveles séricos más descendidos de magnesio se asocian a cuadros floridos, incluyendo focalidad neurológica y crisis, que tienden a mejorar con reposición electrolítica. El intercambio terapéutico retirando fármacos responsables es una estrategia poco utilizada. La intervención del neurólogo en estos casos podría mejorar la tipificación de la hipomagnesemia paucisintomática y su tratamiento.

PERFIL DE SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE TERIFLUNOMIDA EN EL MUNDO REAL: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE FASE IV TERI-PRO

E. Meca-Lallana, J. [1]; K. Coyle, P. [2]; Khatri, B. [3]; R Edwards, K. [4]; Olascoaga, J. [5]; María Prieto, J. [6]; Cavalier, S. [7]; Rufi, P. [7]; Benamor, M. [7]; Brette, S. [8]; Gold, R. [9]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Arrixaca (IMIB-ARRIXACA), Unidad de Esclerosis Múltiple, Cátedra de Neuroinmun; 2. Servicio de Neurología. Stony Brook University; 3. Servicio de Neurología. The Regional MS Center, Center for Neurological Disorders, Wheaton Franciscan Health Care; 4. Servicio de Neurología. Multiple Sclerosis Center of Northeastern New York; 5. Servicio de Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple, Hospital Universitario Donostia; 6. Servicio de Neurología. Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; 7. Servicio de Neurología. Sanofi Genzyme; 8. Servicio de Estadística. Lincoln; 9. Servicio de Neurología. St Josef Hospital, Ruhr University Bochum

Objetivos: Analizar la seguridad y satisfacción con el tratamiento de teriflunomida en el estudio Teri-PRO de 48 semanas (NCT01895335).

Material y métodos: Teri-PRO fue un estudio prospectivo, multicéntrico, de un solo grupo para evaluar los resultados notificados por los pacientes con esclerosis múltiple recurrente tratados con teriflunomida, según la información de prescripción local. La satisfacción con el tratamiento se determinó utilizando el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento, TSQM) al inicio (pacientes que cambiaron a teriflunomida) y en las semanas 4 y 48, o al finalizar el tratamiento (todos los pacientes). Se registraron los acontecimientos adversos (AA).

Resultados: De los 1000 pacientes tratados, el 59,4% había cambiado de otro tratamiento modificador de la enfermedad (TME) a teriflunomida en los 6 meses anteriores. En la población total, las puntuaciones medias de satisfacción global en el cuestionario TSQM se mantuvieron estables entre las semanas 4 (72,3) y 48 (68,2). Los pacientes que cambiaron de tratamiento mantuvieron mejores puntuaciones—observadas desde el inicio (53,4) hasta la semana 4— (74,9) hasta la semana 48 (69,7). Se notificaron AA, AA graves y AA que conllevaron la suspensión del tratamiento en el 82,3%, 12,7% y 10,9% de los pacientes, respectivamente. Se notificaron cuatro muertes, pero ninguna relacionada con el tratamiento del estudio.

Conclusión: Los pacientes del estudio Teri-PRO notificaron gran satisfacción con el tratamiento, incluso los que cambiaron de otros TME a teriflunomida. Nuestros análisis avalan un perfil de seguridad de teriflunomida en el mundo real que coincide con el de otros ensayos clínicos realizados con teriflunomida. Estudio avalado por Sanofi Genzyme.

EL ERGOTISMO TODAVÍA EXISTE EN EL SIGLO XXI: ATENCIÓN A INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Altuna Azkargorta, M.; Herrera Isasi, M.; Zandio Amorena, B.; Bacaicoa Saralegui, M.C.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: El ergotismo se describió en el siglo XVII en relación a consumo de alimentos contaminados con micotoxinas y a

lo largo del siglo XX se asoció a abuso de fármacos ergóticos en la migraña. A pesar de haberse reducido drásticamente el consumo de ergóticos en los últimos años, se ha demostrado que la interacción medicamentosa de ergóticos con otros fármacos o alimentos pueden producir ergotismo sin necesidad de abuso de los mismos.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer de 33 años, que en contexto de sepsis de origen urinario, y tras toma de un comprimido de ergótico y zumo concentrado de pomelo, presenta vasoespasmo carotídeo y de ramas aórticas que cursa con infartos viscerales e isquemia de extremidades inferiores y retina derecha.

Resultados: La paciente presenta franca mejoría a las 24horas de inicio de tratamiento con prostaglandinas, metilprednisolona y dobutamina. Resolución de los síntomas y normalización de pruebas de imagen en plazo inferior a un mes. Realizado estudio de autoinmunidad sin datos de vasculitis sistémica.

Conclusión: El caso presentado es un buen ejemplo de ergotismo por interacción farmacológica, ya que la toma de un único comprimido de ergótico en asociación con un inhibidor de la isoenzima citocromo p450 3A4 como es el zumo de pomelo es el responsable del cuadro, todo ello favorecido por el contexto de sepsis urinaria. El diagnóstico diferencial se plantea entre otros con vasculitis sistémicas, apoyando en nuestro caso el diagnóstico de ergotismo la respuesta espectacular al tratamiento con prostaglandinas endovenosas.

VOGT-KOYANAGI-HARADA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE MENINGITIS LINFOCITARIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MADRID

Villar Quiles, R.N. [1]; García Azorin, D. [1]; Gómez Mayordomo, V. [1]; Liaño Sánchez, T. [1]; Toledo Alfocea, D. [1]; Mayo Canalejo, D. [1]; Pato Cour, E. [2]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es un síndrome de probable etiología autoinmune que afecta órganos con gran concentración en melanocitos, incluyendo ojos, sistema nervioso central, oído interno y piel. Produce una uveítis bilateral, asociada a manifestaciones neurológicas como cefalea o meningitis aséptica. Nuestro objetivo es describir las características de la población de 23 pacientes con diagnóstico de VKH en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo analizando pacientes con diagnóstico de VKH desde 1978 hasta junio de 2016. Se analizan datos demográficos, clínicos, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados: Se analizaron 23 pacientes. 22 (95,7%) fueron mujeres, con una edad media de 33,8±16,1 años. El 87% eran españoles. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 20 ±18,2 días. 95,7% se diagnosticó en fase uveítica (uveítis posterior o panuveítis), con afectación bilateral en el 100% y desprendimiento de retina exudativo en 95,7%. 69,6% presentaba cefalea. El 30,4% asociaba tinnitus y/o hipoacusia y 34,8% presentaron antecedente de síndrome pseudogripal. Se realizó punción lumbar en 95,7%. 68,2% presentaron meningitis linfocitaria. Se realizó prueba de neuroimagen en el 60,9%, normal en 91,3%. El 100% se trató con glucocorticoides a altas dosis, precisando tratamiento inmunosupresor un 47,8%. 39,1% presentaron buena evolución, 43,5 % brotes recurrentes y 13% curso crónico. El 39,1% presentó complicaciones oftalmológicas graves. Únicamente 3 pacientes (13%) presentaron alteraciones cutáneas durante la evolución.

Conclusión: VKH es una causa infrecuente de meningitis linfocitaria que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros de cefalea, meningismo o focalidad asociados a alteraciones oftalmológicas características.

Neurología General II

DISFAGIA EN LA UNIDAD DE ICTUS: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA Y CON BUENA RESPUESTA A LA REHABILITACIÓN

Guillan Rodriguez, M. [1]; Sambrano, L. [2]; Fernández Ferro, J.C. [1]; Barbero Bordallo, N. [1]; Garcia Tome, C. [3]; Mazo Del Pablo, C. [4]; García Botran, B. [5]; Pardo Moreno, J. [1]; Vaquerizo, E. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Rey Juan Carlos; 3. Servicio de Logopedia y Foniatria. Hospital Rey Juan Carlos; 4. Servicio de Logopedia y Foniatría. Hospital Rey Juan Carlos; 5. Enfermera Unidad de Disfagia. Hospital Rey Juan Carlos

Objetivos: La causa más frecuente de disfagia orofaríngea(DO) es el ictus agudo(IA), sin embargo la incidencia descrita en las unidades de ictus(UI) varía considerablemente(20-78%). En nuestra UI empleamos un protocolo multidisciplinar precoz de DO. El neurólogo clasifica a los pacientes según su riesgo de disfagia: bajo son valorados por enfermería de UI, moderado-alto son valorados por enfermería especializada. Tras test de cribado se adapta la dieta. Según evolución es valorado y tratado por rehabilitación. Analizamos la incidencia de disfagia en nuestra UI y las características de estos pacientes.

Material y métodos: Registro prospectivo de IA en nuestra UI. Analizamos de junio-2014 a diciembre-2015: diagnostico de disfagia, edad, sexo, tipo de ictus, territorio cerebral afectado, NIHSS basal, ERm previa, neumonía y sesiones de rehabilitación.

Resultados: Ingresaron 508 pacientes, en 160(31.5%) se diagnosticó disfagia: edad media 75.2±12.6, sexo varón 76(47.5%). Fueron valorados por enfermería especializada 87(54.4%), 77(48.1%) precisó adaptación de dieta y 70(43.8%) sonda nasogástrica. Se realizaron pruebas instrumentales en 71(44.4%). 40(25%) realizó un tratamiento completo de rehabilitación en el centro (media de sesiones 8.5±8). Se asoció significativamente al diagnóstico de disfagia la gravedad del ictus (NIHSS 3 vs 10;p<0.001) y la neumonia aspirativa (OR=11), no existiendo diferencia significativa en edad, sexo, territorio afecto, tipo ictus, ERm previa.

Conclusión: En nuestra serie la incidencia de disfagia fue del 31.5%. La mayoría de pacientes precisaron adaptación de dieta durante la fase aguda y fueron pocos los que precisaron rehabilitación posterior. La gravedad basal del ictus nos debe recordar el manejo óptimo de la disfagia desde el inicio.

POLIMORFISMO RS11558538 DEL GEN HISTAMINA-N-METIL-TRANSFERASA (HNMT) Y RIESGO PARA SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Jiménez Jiménez, F.J. [1]; García Martín, E. [2]; Alonso Navarro, H. [1]; Martínez Oliva, C. [3]; Zurdo Hernández, M. [4]; Turpín Fenoll, L. [5]; Millán Pascual, J. [5]; Adeva Bartolomé, T. [6]; Cubo Delgado, E. [7]; Navacerrada Barrero, F. [1]; Rojo Sebastián, A. [8]; Rubio Pérez, L. [8]; Ortega Cubero, S. [9]; Pastor Muñoz, P. [10]; Calleja López, M. [1]; Plaza Nieto, J.F. [1]; Pilo De la Fuente, B. [1]; Arroyo Solera, M. [1]; García-Albea Ristol, E. [8]; García-Agúndez Pérez-Coca, J.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Sureste; 2. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Extremadura; 3. Departamento de Farmacología. Universidad de Extremadura; 4. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Puerto; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; 6. Servicio de Neurología. Hospital Recoletas de Zamora; 7. Servicio de Neurología. Hospital General Yagüe; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 9. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 10. Neurología. Laboratorio de Neurogenética. Centro de Inves-

tigación Médica Aplicada (CIMA). Clínica Universitaria de Navarra. CIBERNED

Objetivos: Un metaanálisis reciente ha sugerido asociacion entre el polimorfismo de nucleótido simple (SNP) rs11558538 en el gen de la histamina-N-metil-transferasa (HNMT) y el riesgo para enfermedad de Parkinson (EP). Basándose en la posible relación entre síndrome de piernas inquietas (SPI) y EP tratamos de establecer la posible relación de dicho polimorfismo con el riesgo para SPI.

Material y métodos: Estudiamos la frecuencia del genotipo y variantes alélicas del SNP HNMT rs11558538 en 205 pacientes con SPI y 410 controles sanos utilizando un ensayo TaqMan.

Resultados: Las frecuencias de los genotipos y variantes alélicas del SNP HNMT rs11558538 no difirieron significativamente entre pacientes y controles, y no fueron influenciadas por sexo, historia familiar de SPI o severidad del SPI. Los pacientes con SPI portadores del genotipo rs11558538TT tuvieron una edad de comienzo más precoz de los síntomas de SPI, pero este hallazgo se basó en sólo 3 pacientes.

Conclusión: Estos resultados sugieren ausencia de asociación entre el SNP HNMT rs11558538 y el riesgo para desarrollo de SPI.

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN LA NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA

Medrano Martinez, P. [1]; Ramos Platón, M.J. [1]; Peraita Adrados, R. [2]

1. Departamento de Psicobiología. Universidad Complutense de Madrid; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: La narcolepsia con cataplejía o narcolepsia tipo I es un trastorno del sueño crónico caracterizado por accesos de sueño irresistibles, crisis de cataplejía y sueño nocturno perturbado. Las alteraciones neuropsicológicas, cognitivas y emocionales, son poco conocidas, aunque algunos estudios han encontrado déficits de atención, memoria y funciones ejecutivas y signos de depresión. Este estudio preliminar evalúa diferentes funciones cognitivas en estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó una evaluación neuropsicológica a 14 pacientes con narcolepsia tipo I (7M y 7H) en tratamiento con estimulantes y oxibato sódico o antidepresivos, diagnosticados según criterios de la ICSD-2 (media de edad: 39,2 ± 15); y 14 controles normales emparejados por género y edad. Se examinó la atención mediante el Test de Stroop y el Trail Making Test y componentes de las funciones ejecutivas con la tarea de dígitos (WAIS-IV), pruebas de fluidez verbal fonológica (FAS) y semántica. Los sujetos completaron cuestionarios para valorar su grado de somnolencia diurna (Epworth) y su estado de ánimo (BDI-II).

Resultados: Los pacientes tuvieron un rendimiento significativamente menor ($p<0.044$) que los controles en un subtest del FAS. No se encontraron diferencias significativas en tareas que evalúan velocidad de procesamiento (debido al tamaño muestral), atención dividida, resistencia a la interferencia de estímulos y memoria operativa. Respecto al estado de ánimo, se registraron diferencias significativas ($p<0.016$) en el BDI-II.

Conclusión: Los pacientes con narcolepsia tipo I presentan alteraciones de fluidez fonológica, uno de los componentes de las funciones ejecutivas. Los resultados parecen indicar un déficit ejecutivo que posiblemente afecte a la velocidad de procesamiento.

DETERIORO COGNITIVO COMO FACTOR INDEPENDIENTE DE RIESGO HOSPITALARIO, ESTUDIO DECOFIRH

de Albóniga-Chindurza Barroeta, A. [1]; Anciones Martín, C. [1]; Acebrón Sánchez-Herrera, F. [1]; Guirao Rubio, C. [1]; Roiz Rey, P. [2]; Ibáñez Segura, D. [2]; Pérez Torre, P. [1]; García Ribas, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: El deterioro cognitivo está infradiagnosticado. El estudio DECOFIRH pretende detectar la tasa de deterioro cognitivo no conocido y su impacto en la situación funcional de estos pacientes, tras un ingreso hospitalario mediante cuestionarios realizados a un informador.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado sobre una serie de casos, de pacientes comprendidos entre los 70 y los 85 años que ingresan en el servicio de Medicina Interna de un hospital terciario. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de demencia o enfermedades neurológicas graves, así como aquellos hospitalizados recientemente o que no disponían de un informador fiable. Los test empleados en la detección de deterioro cognitivo fueron el Alzheimer's Disease 8 (AD8) y el Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). Asimismo, se evaluó la situación funcional mediante el índice de Barthel al ingreso y tres meses después.

Resultados: Durante los tres meses de seguimiento ingresaron 809 pacientes, cumpliendo los criterios de inclusión 79 de ellos (9.7%). Su edad media fue de 80 años. Mediante el IQCODE se detectó una tasa de deterioro cognitivo del 30.3% y con el AD8 del 34.1%. Al ingreso, el 37.9% de los pacientes era funcionalmente independiente. A los tres meses, este porcentaje cayó al 24%.

Conclusión: En nuestra muestra, casi un tercio de los ancianos sin comorbilidades sistémicas o neurológicas graves dieron positivo para la detección de deterioro cognitivo según nuestros test basados en informador, sin ser este conocido previamente. El deterioro funcional afecta casi a un cuarto de estos pacientes a los 3 meses del ingreso.

CATATONÍA Y DISCINESIAS FACIALES COMO EXPRESIÓN DE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-AMPAR

Valderrama Martin, C. [1]; Guillén Martinez, V. [1]; Calle Calle, R. [1]; Carnero Pardo, C. [1]; Arnal Arnal, C. [1]; Graus Ribas, F. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Las encefalitis por anticuerpos anti-receptor de AMPA (AMAPR) son infrecuentes y presentan una expresión clínica variable con un frecuente carácter paraneoplásico; describimos un nuevo caso que asocia catatonía y movimientos involuntarios orofaciales

Material y métodos: Varón de 75 años con antecedentes de Enf. de Alzheimer en estadío leve, presenta un cuadro de deterioro cognitivo acelerado al que se suman crisis comiciales de frecuencia creciente que evoluciona en los siguientes meses hacia un estado catatónico con mutismo, inmovilidad, no respuesta a estímulos y rigidez generalizada con oposicionismo, en especial en miembros superiores que se mantienen en flexión, y, movimientos craneoorofaciales de predominio facial derecho de difícil catalogación semiológica.

Resultados: El estudio RM mostró atrofia generalizada y lesiones corticales hipertensas en T2 y difusión (efecto T2) temporal izquierda y frontomedial derecha. Estudio de LCR normal. EEG con enlentecimiento generalizado y sin correlato con los movimientos orofaciales. Marcadores tumorales y anticuerpos onconeuronales negativos; anticuerpos anti-AMPAR presentes en suero y LCR. El PET-TAC mostró nódulos pulmonares subpleurales hipermetabólicos en lóbulo inferior izquierdo sugestivo de neoplasia pulmonar (pendiente cirugía). Fue tratado con un pulso de metilprednisolona (1 gr/d x5) seguido de un ciclo de inmunoglobulinas iv (0.4 gr/Kgr/d x5) con mejoría lentamente progresiva con resolución del estado catatónico y desaparición de los movimientos orofaciales.

Conclusión: La encefalitis por anticuerpos anti-AMPAR que tienen frecuentemente un carácter paraneoplásico y buena respuesta a la inmunoterapia, muestra un variado perfil clínico en el que hay que incluir catatonía y movimientos involuntarios.

LINFOMA DE HODGKIN CEREBRAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

García Caldentey, J. [1]; Rodríguez González, D. [2]; Antón Valentí, E. [3]; Ramos Asensio, R. [3]; Mestre Mestre, F.J. [4]; Arteaga Armas, J.M. [5]; Miralbés Celma, S. [6]; Ruiz Moriana, D. [1]; Palomar Buil, M.P. [1]; Gutiérrez García, A.M. [7]; Besalduch Vidal, J. [2]; Serra Mir, A. [8]

1. Servicio de Neurología. Clínica USP Palmaplanas; 2. Servicio de Hematología. Clínica USP Palmaplanas; 3. Servicio de Anatomía patológica. Complejo Asistencial Son Espases; 4. Servicio de Radioterapia. Complejo Asistencial Son Espases; 5. Servicio de Neurocirugía. Clínica USP Palmaplanas; 6. Servicio de Radiología. Clínica USP Palmaplanas; 7. Servicio de Hematología. Complejo Asistencial Son Espases; 8. Servicio de Medicina Interna. Clínica USP Palmaplanas

Objetivos: La afectación del sistema nervioso central del linfoma de Hodgkin cerebral(LH) es rara, pero la afectación primaria y exclusiva cerebral es totalmente excepcional. Muy pocos casos descritos en la literatura. Presentamos un caso diagnosticado por biopsia, cuya histología se confundió inicialmente con neurosarcoidosis.

Material y métodos: Presentación del caso y revisión bibliográfica.

Resultados: Varón de 23 años que debutó con hidrocefalia aguda, objetivándose masa en láminas cuadrigéminas, región pineal y sustancia periacueductal mesencefálica, que ocluía el acueducto de Silvio. Fue tratado con derivación ventrículo-peritoneal con líquido cefalorraquídeo normal, incluyendo citología y marcadores. Se realizó biopsia, objetivándose granulomas no necrotizantes tipo sarcoidótico, compatible con neurosarcoidosis. Fue tratado con dosis altas de corticoides con buena respuesta inicial aunque presentó intolerancia. Estudio sistémico para descartar sarcoidosis fue completamente normal. Ante el crecimiento de la masa se decidió tratamiento corticoideo a dosis más bajas y metotrexate 7,5 mg semanal, sin respuesta. Se solicitó segunda opinión de la histología sobre biopsia realizada, objetivándose células de Reed-Sternberg con inmunofenotipo positivo CD30 y CD15, diagnóstico de LH. Hasta la fecha hay muy pocos casos similares descritos en la literatura. Ante la falta de evidencia científica, el manejo y pronóstico son desconocidos. Se decidió tratar con irradiación sobre las áreas sospechosas de malignidad en la RMN y en el PET/TC con técnica Arcoterapia dinámica volumétrica(VMAT). Buena evolución clínica pudiéndose retirar corticoides y pendiente de estudios de imagen de revaluación final.

Conclusión: Presentamos un caso clínico confirmado histológicamente de LH cerebral y el manejo decidido ante la falta de consenso en la literatura.

RETO DIAGNÓSTICO, ¿CON REPERCUSIÓN TERAPÉUTICA?: GLIOBLASTOMA MULTIFORME CON COMPONENTE EPITELIODE Y PSEUDOEPITELIOIDE

Altuna Azkargorta, M. [1]; Zelaya Huerta, M.V. [2]; Cámara Marcos, M.S. [3]; Tuñón Alvarez, M.T. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra; 3. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra

Objetivos: El Glioblastoma Multiforme (GBM) es el tumor primario cerebral más frecuente y agresivo. Incidencia de 2-3 casos/100.000habitantes/año. Varios subtipos histológicos de GBM están descritos, entre ellos las variantes con componente pseudoepitelial y epitelial verdadero, correspondiendo a <2% de los GBM. Plantean diagnóstico diferencial histológico con gliosarcomas y metástasis de carcinomas. Se presenta un caso clínico de GBM con componente epitelioide y pseudoepitelioide, de interés por su baja frecuencia y reto diagnóstico planteado.

Material y métodos: Mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, presenta crisis generalizada tónico-clónica. En el TC y la RM craneal se visualiza lesión parietal derecha con comportamiento agresivo, compatible con glioma de alto grado sin poder descartar metástasis. Estudio de extensión incluyendo analítica sanguínea con marcadores tumorales, TC toraco-abdomino-pélvico y mamografía sin hallazgos Se procede a resección quirúrgica completa de la lesión.

Resultados: La histología revela tumoración de estirpe glial con marcada atipia nuclear, frecuentes mitosis, áreas de necrosis en empalizada, marcada proliferación vascular con hiperplasia endotelial con formación de nidos sólidos y áreas de aspecto epitelial en donde se aprecia pérdida de marcadores gliales y expresión de marcadores epiteliales (CAM 5.2 y EMA) y en otros ganancia de marcadores estromales como actina y vimentina. Siendo diagnosticada de GBM con componente epitelioide y pseudoepiteliode sin mutación del BRAF.

Conclusión: Los GBM epitelioides son una variante histológica muy infrecuente que afecta a pacientes más jóvenes y presenta peor pronóstico que los GBM típicos. La mutación del BRAF presente en 50% de GBM epitelioides podría tener aplicación como probable diana terapéutica.

MIASTENIA EN TIMOMA EN ESTADÍOS AVANZADOS CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. UNA COMPLICACIÓN PARANEOPLASICA PROBABLEMENTE MÁS FRECUENTE DE LO DESCRITO

Villa López, M.; Martin Llorente, C.; Hernando Polo, S.; Pérez Rodriguez, A.; Roson Gonzalez, M.; Méndez Burgos, A.; Pire García, P.; Castellano Vicente, A.J.; Martínez López, E.; Barón Rubio, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos: Evaluar la aparición de miastenia gravis en pacientes con timoma en estadíos avanzados, con seguimiento a largo plazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos clínicos. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de timoma estadíos III-IV en nuestro centro entre 2010-2012. Valoración inicial clínica, EMG de fibra aislada y anticuerpos anti-recpetor de acetil colina (ACACHR); seguimiento clínico posterior periódico hasta la actualidad (>50 meses).

Resultados: Se reclutan 5 pacientes (31-78 años), ninguno con miastenia previa. Dos eran carcinomas tímicos, todos los casos estadío III-IVA. En la valoración inicial se diagnosticó miastenia en un paciente de los cinco (clínica ocular, EMG fibra aislada patológica límite, ACACHR negativos). Los ACACHR fueron positivos en 1/5 pacientes (asintomático, títulos bajos 0.66 nmol/L). Dos pacientes fallecieron en <12 m, asintomáticos. Los otros tres pacientes desarrollaron miastenia gravis: el caso diagnosticado al inicio, mantuvo miastenia ocular y ACACHR negativos; otros dos de inicio a los 3 y 5 años respectivamente, presentaron miastenia generalizada y positivización de ACACHR, el último asociado a progresión del timoma.

Conclusión: Los pacientes con carcinoma tímico y timomas en estadíos avanzados desarrollan miastenia probablemente con más frecuencia de lo publicado previamente (hasta 33% según las series), al mejorar la supervivencia y en seguimientos a largo plazo. Estos pacientes requieren tratamientos que pueden complicarse por la coincidencia con miastenia (esternotomía, quimioterapias…

) Por tanto, se recomienda vigilancia neurológica protocolizada e indefinida. Son necesarios estudios más amplios para valorar factores predictivos, de seguimiento y la relación con la progresión del timoma.

CRISIS EPILÉPTICAS Y POLINEUROPATÍA AUTOINMUNES NO PARANEOPLÁSICAS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTI-HU EN LA ADOLESCENCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ortega Suero, G. [1]; Álvarez Bravo, G. [2]; Graus, F. [3]; Parejo Carbonell, B. [1]; Abarrategui Yagüe, B. [1]; Liaño Sánchez, T. [1]; García García, M.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Los anticuerpos Anti-Hu son los anticuerpos onconeuronales más frecuentes asociados con síndromes neurológicos paraneoplásicos en adultos. Existen escasos casos en niños-adolescentes, la mayoría con encefalitis límbica no paraneoplásica. Presentamos a continuación un adolescente con síndrome Anti-Hu no paraneoplásico.

Material y métodos: Varón, 18 años, con sensación "de quemazón" en ambos pies y tropiezos ocasionales desde hace 2 años. Presenta crisis epilépticas de muy diferente semiología y alta frecuencia, con mala respuesta a antiepilépticos. En los últimos meses, asocia quejas de memoria.

Resultados: La RM cerebral (FLAIR) mostró lesiones hiperintensas frontales bilaterales y occipital derecha, persistiendo únicamente la lesión frontal derecha en RM posteriores. Ésta se correlacionaba con una zona de hipometabolismo en PET-cerebral. El EEG mostró crisis epilépticas con inicio frontal bilateral independiente. Ante la nula respuesta a antiepilépticos, alta frecuencia y diversidad de crisis, así como por el hallazgo en EMG de una polineuropatia axonal sensitiva severa se sospechó causa autoinmune. La analítica, estudio genético y biopsia fueron positivos para celiaquía iniciando dieta sin mejoría. Los Anti–Hu fueron positivos en sangre y LCR sin demostrarse cáncer en tres años de seguimiento, únicamente un quiste tímico. Tras tratamiento con inmunoterapia intensiva presentó importante mejoría estando libre de crisis al 4º día de su administración.

Conclusión: Nuestro caso presenta datos excepcionales dentro de los síndromes paraneoplásicos Anti-Hu como la edad, ausencia de tumor y la muy buena respuesta a la inmunoterapia. Presenta además una mayor complejidad diagnóstica al asociar hallazgos de celiaquía, entidad que puede cursar con manifestaciones neurológicas, aunque no respondió a la dieta.

LINFOMA INTRAVASCULAR: ENCEFALOPATÍA Y AITS; DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA Y BUEN PRONÓSTICO

Cabezas Rodríguez, J.A. [1]; Franco Macías, E. [1]; Palomino García, A. [1]; Prats Martín, C. [2]; Morales Camacho, R.M. [2]; Borrero Martín, J.J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Rocío; 3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Comunicar el diagnóstico precoz, mediante biopsia de médula ósea, y la respuesta a tratamiento de una paciente con debut cerebral de un linfoma intravascular.

Material y métodos: Mujer de 56 años. Clínica rápidamente progresiva, semanas, de confusión, alteración de la conducta y episodios de amaurosis fugax. Se realiza RM de cráneo; punción lumbar; analítica general; frotis sangre periférica (sp); aspirado de médula ósea (AMO), con inmunofenotipo; biopsia de médula ósea (BMO), con inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: RM de cráneo con dos pequeñas lesiones, subcortical y periventricular, a nivel parietal derecho, con restricción de difusión y diminuta captación de gadolinio de la lesión subcortical. LCR normal. Analítica con anemia y elevación de ferritina y LDH. Frotis sp con síndrome leucoeritroblástico y hemofagocitosis. Citometría de flujo en AMO detectando infiltrado (40%) de población madura de línea B con clonalidad Kappa. BMO con citoarquitectura normal, pero presencia de células mononucleadas, anaplásicas, de distribución intrasinusoidal, con IHQ: CD20+, CD10-/bcl6-/MUM1+, CD30-, EBER-. La paciente alcanzó remisión completa tras dos ciclos BAM y un ciclo R-CHOP, recibiendo actualmente trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

Conclusión: La disociación clínico-radiológica es una característica de linfoma intravascular cerebral. La expresión hematológica facilitó el diagnóstico precoz, aunque con una segunda disociación: marcada infiltración del aspirado contrastando con médula aparentemente normal hasta la detección del linfoma a nivel intrasinusoidal.

PROFILAXIS ANTIEPILÉPTICA PRIMARIA CON LEVETIRACETAM EN GLIOMAS DE ALTO GRADO

Hernando Requejo, V. [1]; Imparato, R. [2]; Hernando-Requejo, O. [3]; Rubio Rodríguez, C. [3]; López González, M. [3]; Ciérvide Jurio, R. [3]; Ochoa Mulas, M. [4]

1. Servicio de Neurología. H Madrid Norte-Sanchinarro; 2. Facultad de Medicina. Università degli studi di Salerno; 3. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Madrid Norte-Sanchinarro; 4. Servicio de Neurología. Hospital Madrid Norte-Sanchinarro

Objetivos: El riesgo de desarrollar crisis comiciales tras el tratamiento quirúrgico de tumores supratentoriales en pacientes sin tratamiento antiepiléptico es del 15-20 %, si bien la indicación de profilaxis antiepiléptica primaria no está consolidada, especialmente a largo plazo. Analizamos la tasa de retención de levetiracetam y la presencia de crisis comiciales a 6 y 12 meses en pacientes con gliomas supratentoriales de alto grado y profilaxis antiepiléptica primaria.

Material y métodos: Revisión de los pacientes tratados en el Servicio de Oncología Radioterápica del Grupo Hospitales Madrid entre 2010 y 2015. Criterios de inclusión: pacientes con gliomas grado III-IV, supratentoriales, sin crisis al debut, y tratados con cirugía + radioterapia + temozolomida. De exclusión:: lesiones multicéntricas, afectación de línea media, ganglios basales, cerebelo o tronco.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (6 mujeres, 19 varones); edad media: 61,8 años (38-83); glioblastomas multiformes: 21, astrocitomas anaplásicos: 4. Dosis media de levetiracetam: 574 mg\12h (250-1500 mg/12 h). Tasa de retención a 6 y 12 meses: 96 % Crisis a 6 meses: 0%; a 12 meses: 4 % (varón de 78 años, glioblastoma temporal derecho, tratado con levetiracetam 500 mg/12 h, sin nuevas crisis al aumentar a 1000 mg/12 h)

Conclusión: Dadas la alta tasa de retención y la baja incidencia de crisis en nuestros pacientes, consideramos que la profilaxis primaria en gliomas de alto grado supratentoriales con levetiracetam podría ser una opción recomendable.

DISTONIA MIOCLÓNICA FOCAL EN UN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMON Y ANTICUERPOS ANTI-MA2

Montejo Gonzalez, C. [1]; Sola-Valls, N. [1]; Vicente Pascual, M. [1]; Ramos Campoy, O. [1]; Sanchez Gomez, A. [1]; Gaig, C. [2]; Valls-Solé, J. [2]; Ariño, H. [3]; Graus, F. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Sección de pruebas funcionales del sistema nervioso. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Neurología. Laboratorio Neuroinmunología Experimental. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer

Objetivos: La distonía mioclónica focal de causa no genética es poco frecuente. Presentamos un paciente con este síndrome y dos posibles causas de la distonía mioclónica: una metástasis cerebral y un proceso paraneoplásico asociado a anticuerpos Ma2.

Material y métodos: Hombre de 61 años que consultó por mioclonias reflejas y de acción en la pierna izquierda y postura distónica del pie que limitaban la deambulación. La clínica apareció 3 meses después de la radiocirugía de una metástasis frontal parasagital derecha secundaria a un adenocarcinoma de pulmón.

Resultados: Al inicio de la clínica la RM cerebral mostró la práctica desaparición de la metástasis. En el LCR no se observó pleocitosis. Los potenciales evocados somatosensoriales fueron de elevada amplitud en el lado izquierdo y el electromiograma mostró respuestas reflejas de larga latencia (90-95 ms) a estímulo eléctrico y magnético. El electroencefalograma mostró ondas polipunta en región central anticipando 20-40 ms a las mioclonías. La disociación clínico-radiológica motivó la determinación de anticuerpos antineuronales siendo positivos para anti-Ma2 en suero y LCR. El cuadro clínico mejoró con carbamazepina, levetiracetam y toxina botulínica en la pierna.

Conclusión: En el presente caso la localización de la metástasis podría explicar la distonía mioclónica focal aunque apareció coincidiendo con la remisión de la misma. Por otra parte, las mioclonias de origen cortical se han descrito como fenómeno paraneoplasico sobretodo en pacientes con anti-Hu por lo que no podemos descartar que en nuestro paciente la distonía mioclónica estuviera asociada a los anticuerpos Ma2. Su determinación debe considerarse dada las implicaciones terapéuticas.

METÁSTASIS MILIARES CEREBRALES: DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Altuna Azkargorta, M. [1]; Olaskoaga Caballer, A. [1]; Cabada Giadas, T. [2]; Bacaicoa Saralegui, M.C. [1]; Zelaya Huerta, M.V. [3]; Navarro Azpiroz, M.C. [1]; Erro Aguirre, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Radiología. Hospital de Navarra; 3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra

Objetivos: Las metástasis miliares cerebrales son una forma infrecuente de metástasis cerebral con muy mal pronóstico. Presentamos un análisis de los 6 casos de metástasis miliares de nuestro centro junto con los publicados en la literatura.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre variables clínicas, radiológicas y anatomopatológicas. Revisión de bases hospitalarias y revisión de la literatura (PubMed).

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 6 de nuestro y 22 de la revisión bibliográfica, 19 mujeres y 9 hombres (edad media 56.36años; rango 19-82). Los síntomas de debut fueron: 37.93% focalidad neurológica, 32.1% cefalea, 17.9% deterioro cognitivo y 14.3% crisis epilépticas. La RM resultó patológica en el 100% de los casos. El líquido cefalorraquídeo mostró alteraciones en el 18.8%. El diagnóstico se estableció postmortem en el 25.9% de los pacientes. De los diagnosticados en vida, en el 82.1% fue por identificación del tumor primario. Tumor primario conocido en el 55.6% al debut de los síntomas. El tumor primario más frecuente es el adenocarcinoma pulmonar (67.9%), seguido de carcinoma de mama y melanoma (8%). La supervivencia media fue de 32.08semanas sin diferencias estadísticamente significativas (p=0.857) entre aquellos tratados y no tratados con radioterapia holocraneal.

Conclusión: Las metástasis miliares cerebrales pueden plantear dificultad diagnóstica cuando la existencia de un tumor primario no se ha establecido previamente. Las metástasis miliares pueden ser la manifestación inicial de una neoplasia primaria oculta. El adenocarcinoma de pulmón es el tumor al que con más frecuencia se asocian. La supervivencia es baja y no se modifica con el tratamiento.

LISTERIOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SERIE DE 20 AÑOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Acebrón Sánchez-Herrera, F. [1]; Guirao Rubio, C.M. [1]; Corral Corral, Í. [1]; Anciones Martín, C. [1]; De Albóniga-Chindurza Barroeta, A. [1]; Quereda Rodríguez-Navarro, C. [2]; Loza, E. [3]; Ruiz Garbajosa, P. [3]; Pintado, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: La meningitis por Listeria monocytogenes (Lm) supone la tercera causa de meningitis bacteriana, afectando principalmente a inmunodeprimidos. Presentamos la mayor serie de pacientes con afectación del SNC por Lm de un hospital español. Analizamos cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de infección del SNC, los cambios temporales en incidencia, síntomas de presentación, características citobiológicas del LCR, hallazgos radiológicos, tratamiento y pronóstico.

Material y métodos: Estudio descriptivo y analítico de todos los aislamientos de Lm recogidos de forma prospectiva por el servicio de Microbiología en un hospital terciario entre Enero de 1996 y Mayo de 2016.

Resultados: Se aisló Lm en 104 pacientes, de los cuáles 44 presentaban afectación del SNC. Se observó un incremento en la incidencia de Listeriosis y de infección del SNC entre 2006 y 2016, respecto a la década anterior. La infección del SNC se asoció a tratamiento con inmunosupresores y diagnóstico de neoplasia. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron fiebre y alteración del nivel de conciencia. Un 27% presentó un cuadro de rombencefalitis. Hubo un caso de abscesos cerebrales. El 77% de los pacientes curaron sin secuelas. La mortalidad (9%) se asoció únicamente con la presencia de neoplasia. La mayoría de pacientes fueron tratados con ampicilina y gentamicina, sin diferencias en mortalidad comparando con otros regímenes terapéuticos.

Conclusión: La incidencia de infección del SNC por Lm se ha incrementado en los últimos años, asociado a tratamientos inmunosupresores y neoplasias. La tasa de mortalidad global fue baja, sin diferencias respecto al tratamiento empleado.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES DERIVADAS DE LA REACTIVACIÓN DEL VIRUS VARICELA-ZOSTER: ESTUDIO DE UNA SERIE HOSPITALARIA

Lagorio -, A.N.; Puente Hernández, M.; Cacabelos Pérez, P.; Seijo Raposo, I.M.; Rodríguez Osorio, X.; López González, F.J.; Arias Gómez, M.

Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: La reactivación del virus varicela-zoster (VVZ), acantonado en los ganglios nerviosos, puede causar serias complicaciones neurológicas; el estudio de estas complicaciones, determinantes de ingreso hospitalario, es el objetivo principal de este trabajo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes, ingresados en nuestro Servicio (enero-2014 a mayo-2016), por complicaciones neurológicas derivadas de la reactivación del VVZ.

Resultados: Se registraron un total de 16 pacientes (13% del todas las infecciones del SN, ingresadas en el mismo periodo): 10

varones (63%), 6 mujeres (37%); edad media 66 años [26-92]. Inmunodepresión: edad avanzada (12 mayores de 65 años, 75%); diabetes-mellitus (3, 19%). Cuadro clínico: meningitis en 8 (50%), meningoencefalitis en 5 (31%), meningorradiculitis en 2 (13%), vasculopatía en 1 (6%); lesiones cutáneas en 13 (81%). LCR: pleocitosis de predominio mononuclear en 15 (media 154 células/microlitro [17-1144]), con muy leve consumo de glucosa (ratio glucorraquia/glucemia medio 0.57); en todos se realizó PCR-VVZ en LCR, que resultó positiva en 12 (75%). Estudios de neuroimagen (TC craneal en todos, RM craneal en 10 y raquídea en 1): no lesiones agudas ni captación de gadolinio, salvo en un caso de mielorradiculitis lumbosacra. Tratamiento: aciclovir iv. en 13. Evolución: media de días de ingreso 11.2 [6-23]; no mortalidad intrahospitalaria ni complicaciones graves.

Conclusión: La reactivación del VVZ causa un porcentaje significativo de las infecciones del SN; las manifestaciones neurológicas predominantes son meningitis, meningoencefalitis y meningorradiculitis; la pleocitosis en LCR es constante y la PCR-VVZ positiva en el 75% de los casos. Estos datos apoyan la vacunación en ancianos/inmunodeprimidos.

Neurología General III

APRAXIA DEL HABLA COMO SÍNTOMA DE INICIO DE LA DEGENERACIÓN LOBAR FRONTOTEMPORAL

Cámara Marcos, M.S. [1]; Ostolaza Ibáñez, A. [2]; Clavero Ibarra, P. [1]; Larumbe Ilundain, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Medicina. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: La apraxia del habla es una alteración del habla por enlentecimiento en el discurso, incremento en el intervalo entre sílabas y palabras, imprecisión articulatoria, distorsiones fonológicas y alteración en la entonación de palabras y frases. Aunque se asocia con la Afasia Progresiva no fluente, no es propiamente una alteración del lenguaje, por lo que algunos autores la consideran un síndrome diferente. En ocasiones representa un síntoma de inicio de otras enfermedades degenerativas como la degeneración corticobasal o la parálisis supranuclear progresiva, existiendo un gran solapamiento entre estas entidades.

Material y métodos: Presentamos los casos de cuatro pacientes que debutaron inicialmente con una apraxia del habla sin alteración formal del lenguaje ni parkinsonismo, pero que en la evolución desarrollaron síndromes clínicos de degeneración lobar frontotemporal.

Resultados: Los cuatro pacientes (3 varones de 74, 71 y 58 años, y una mujer de 78), presentaban apraxia del habla, con una exploración del lenguaje inicial normal, pero en la evolución desarrollaron un cuadro de afasia progresiva no fluente y con posterioridad síntomas y signos parkinsonianos correspondientes a un síndrome de degeneración corticobasal en la mujer, parálisis supranuclear progresiva en el varón de 74 años y un síndrome acinético bilateral en los otros dos.

Conclusión: La apraxia del habla es un síndrome sin claros criterios clínicos para su diagnóstico, que alerta de la existencia de una enfermedad neurodegenerativa en el espectro de la degeneración lobar frontotemporal, ya sea afasia progresiva, degeneración corticobasal o parálisis supranuclear progresiva, o un solapamiento entre ellas como es el caso de nuestros pacientes.

AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE ICTUS ISQUÉMICOS Y HEMORRÁGICOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

Monreal Laguillo, E. [1]; Gullón Tosio, P. [2]; Escobar Villalba, A. [1]; Martínez Ulloa, P. [1]; Quereda Rodríguez-Navarro, C. [1]; Hernández Medrano, I. [1]; Masjuan Vallejo, J. [1]; Pérez Elías, M.J. [1]; Corral Corral, Í. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad. Instituo de Salud Carlos III.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de episodios de primer ictus en pacientes infectados con VIH a nivel nacional a lo largo de 15 años. Describir los factores de riesgo asociados, y las diferencias entre dos épocas de tratamiento antirretroviral.

Material y métodos: A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad, se recogieron todos los casos ingresados en España entre 1997 y 2012 con diagnósticos simultáneos de infección por VIH e ictus isquémico o hemorrágico. Se evaluó solo el primer episodio por paciente. Se compararon entre el periodo con TARGA precoz (1997-2001) y actual (2006-2012) la frecuencia de ictus, factores de riesgo vascular y otros diagnósticos asociados.

Resultados: Un total de 2.264 pacientes con VIH presentó un primer ictus en el periodo de estudio. Se observó un aumento de la frecuencia a lo largo de los años, tanto isquémicos como hemorrágicos. Se confirma que en el periodo de TARGA actual la frecuencia de ambos tipos de ictus ha aumentado respecto al TARGA precoz. Esto concuerda con un aumento entre ambos periodos de la edad media de los pacientes (40.8 vs 49.8 años) y de hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaco y SIDA. La infección por VHC se asocia a mayor riesgo de hematoma.

Conclusión: Existe un aumento progresivo de pacientes con infección por VIH que sufren un primer ictus en nuestro país, probablemente secundario a mayor supervivencia de los pacientes y a un aumento de los factores de riesgo vascular.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: UNA PATOLOGÍA CON AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO

García Gallardo, A.M.; Aguilar-Amat Prior, M.J.; Díaz de Terán Velasco, J.; Alonso Singer, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: El síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES), es una patología infrecuente que ha sido relacionada con entidades específicas que alteran la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral. El objetivo es analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolución de pacientes diagnosticados de PRES en nuestra institución.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos entre 2010-2016 con diagnóstico de PRES, valorados por el servicio de Neurología. Analizamos datos demográficos, antecedentes médicos, tratamientos, características clínicas al ingreso, resultados de pruebas diagnósticas y posterior evolución de los pacientes.

Resultados: 11 pacientes; 54.5% mujeres(n=6), edad media 54 años(DE=22), escala Rankin modificada(ERm) basal ≤1 en 100% de casos. Como factores desencadenantes se encontró HTA en 64%(n=7) con regular control(57%,n=4), enfermedad renal en 36%(n=4), historia de cáncer en 18%(n=2) y trasplante (hepático) 9%(n=1), terapia inmunosupresora en 27%(n=3) y puerperio 9%(n=1). Al ingreso TA media 200/90mmHg(DE=58;32), que en 57%(n=4) requirió 2 fármacos antihipertensivos; natremia media 137.3mmol/L(DE=4.6). La sintomatología más frecuente fue crisis epilépticas(64%,n=7), focales(86%,n=6) con generalización secundaria en 43%(n=3), precisando administración ≥2 FAE 66%(n=4), seguida de alteraciones visuales 45.5%(n=5). La RM Cerebral(64%,n=7) evidenció lesiones parieto-occipitales/bilaterales/asimétricas 82%(n=9) y el EEG(45.5%,n=5) anomalías epileptiformes(40%,n=2); 45.5%(n=5)requirieron ingreso en UCI y 36%(n=4) ventilación mecánica. RM control mostró mejoría en

54.5%(n=6). 64%(n=7) presentaron complicaciones no neurológicas. Tiempo de hospitalización media 12 días(DE=9), con ERm≤1 al alta 82%(n=9)y exitus, secundarios a procesos infecciosos, en 18%(n=2).

Conclusión: En nuestra experiencia, el PRES tiene una presentación clínica y radiológica variable, con una evolución y pronóstico favorables desde el punto de vista neurológico en la mayoría de los casos.

ATAXIA CEREBELOSA, ARREFLEXIA VESTIBULAR Y NEUROPATÍA: SÍNDROME CANVAS. REVISIÓN DE 4 CASOS

Moreno Ajona, D.; Álvarez, L.; Martínez López, M.; Valentí, R.; Pérez, N.; Martínez-Vila, E.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: En 2011 se describe el síndrome CANVAS, añadiendo la neuropatía sensitiva al síndrome, objetivándose en estudios postmortem pérdida de neuronas en el ganglio de Scarpa y ganglios sensitivos del cordon posterior (ganglionopatía). Recientemente se ha señalado (Brain 2014) la disfunción autonómica como una característica más de este síndrome y una creciente aparición del nistagmo vertical que bate hacia abajo. Describir 4 casos diagnosticados de CANVAS y la presencia de síntomas autonómicos.

Material y métodos: Se revisaron 842 historias clínicas (2007-2016) de pacientes con afectación vestibular bilateral. Se encontraron 4 casos que asociaban afectación cerebelosa y neuropatía sensitiva, cumpliendo criterios de CANVAS. Se realizaron RM cerebral y estudio de velocidades de conducción. Se les pasó "encuesta de síntomas autonómicos" (Survey of Autonomic Symptoms, Zilliox et al. 2011) adaptada al castellano. Se realizó VHIT (vídeo-test de impulso cefálico) y posturografía dinámica a todos los pacientes.

Resultados: De los pacientes diagnosticados de vestibulopatía bilateral, el 5 % cumplían criterios de CANVAS. Se ha iniciado en 2 pcientes tratamiento con 3,4 diaminopiridina con mejoría subjetiva de la inestabilidad.

Conclusión: El CANVAS es una entidad, muy probablemente infradiagnosticada, para el diagnóstico resulta de utilidad el empleo de VHIT u la valoración autonómica. La posible eficacia del tratamiento con 3,4 diaminopiridina requiere estudios doble ciego.

LOS MÉDICOS, LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA E-SANIDAD

Murie Fernández, M. [1]; Vázquez Martínez, R. [2]; Iriarte Imaz, T. [1]; Fernandez Tobia, R. [1]; Martínez Lopez, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Centro Neurológico de Atención Integral; 2. ONTSI. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y Sociedad de la Información

Objetivos: Analizar las opiniones y expectativas de la ciudadanía del uso y aplicación de las TIC en sanidad

Material y métodos: 5.000 encuestas, para obtener información sobre la situación actual sobre salud y el uso de tecnologías. Se mantuvieron 5 entrevistas a asociaciones de pacientes y expertos en uso y diseño de tecnologías. Además, se desarrollaron 4 grupos de discusión (2 pacientes y 2 profesionales).

Resultados: Pacientes y profesionales valoran el uso del ordenador en consulta, pero creen que puede empeorar la relación médico-paciente. El 39,9% busca en Internet antes y después de la consulta. Para el 20%, consultar en Internet sobre salud, mejora su relación con el médico vs 5,7% que empeora. El 26,8% de internautas comparte información sobre salud con su médico. El 48,5% de las personas con hijos menores amplía información en Internet tras la consulta. Son pocos los médicos que recomiendan páginas web, dispositivos o Apps a pacientes (<8%). El 5% afirma comunicarse con su médico por los nuevos canales de comunicación. Al 37,3% les gustaría comunicarse por correo electrónico con el profesional. Estos elementos han hecho que surja la figura del paciente empoderado (estimado en un 21,5% de los ciudadanos).

Conclusión: Para una correcta relación médico-paciente es importante ahorrar y optimizar el tiempo de consulta por ambas partes. El médico es responsable de concienciar e informar al paciente acerca de su propia salud, y en este sentido, el uso de las nuevas tecnologías, dispositivos e Internet podrán ayudar a que el paciente sea más partícipe y responsable de su situación sanitaria.

LOS PACIENTES Y LA E-SANIDAD

Murie Fernández, M. [1]; Martínez Lopez, M. [2]; Iriarte Imaz, T. [1]; Fernandez Tobia, R. [1]; Vázquez Martínez, R. [2]

1. Servicio de Neurología. Centro Neurológico de Atención Integral; 2. ONTSI. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y Sociedad de la Información

Objetivos: Analizar las opiniones y expectativas de la ciudadanía sobre el uso y aplicación de las TIC en sanidad

Material y métodos: 5.000 encuestas, para obtener información sobre la situación actual sobre salud y el uso de tecnologías. Se mantuvieron 5 entrevistas a asociaciones de pacientes y expertos en uso y diseño de tecnologías. Además, se desarrollaron 4 grupos de discusión (2 pacientes y 2 profesionales).

Resultados: El 82% de la información consultada se obtiene en buscadores, y un 11,4% en redes sociales. La confianza en las nuevas tecnologías varía si el usuario es más "tecnológico" y vive en ciudad. El 49% confía en Internet como fuente de información y un 22,3% en las redes sociales. Aunque siguen siendo los profesionales sanitarios en los que confían. Un 51,8% comprende más o menos la información obtenida. Apuntan la necesidad de que los médicos dirijan al paciente hacia las fuentes tecnológicas. Pacientes con enfermedades crónicas, usan más estos medios para informarse. El termino Alzheimer tiene una gran repercusión a nivel de redes sociales, ocupando el top50 de las alusiones de los usuarios de twitter. El resultado Alzheimer corresponde con el término de búsqueda que más repercusión obtiene.

Conclusión: La mejora constante en el desarrollo de la e-sanidad motivará un mayor uso y utilidad y se convertirán en elementos inherentes a la propia gestión de su salud por parte de los pacientes. Actualmente, generan una opinión favorable por los pacientes como mecanismo de control de su enfermedad y como elementos que pueden mejorar su calidad de vida.

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL MEDIANTE EL CONTROL DEL ORDENADOR CON LA MIRADA

Murie Fernández, M. [1]; Diaz Lanza, V. [1]; Sese, E. [2]; Solís, S. [3]; Gracia Martín, P. [4]; Lorca, J. [5]; Martón Reina, I. [1]; Fernandez Tobia, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Centro Neurológico de Atención Integral; 2. IRISBOND; 3. Pedagoga independiente; 4. Servicio de Fisioterapia. Hospital Nacional de Parapléjicos - Fundación; 5. Servicio de Fisioterapia. Asociación esclerosis múltiple de Valencia

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de la interfaz del control del ordenador por la mirada en relación a su uso por personas con parálisis cerebral. Se estudiará la eficacia de la Tecnología Irisbond en las siguientes funcionalidades: • Control postural: fortalecimiento del control tronco-cefálico y cefálico • Fortalecimiento de los músculos orofaciales y favorecimiento del tono muscular para la deglución • Capacidades cognitivas: atención, percepción y especial énfasis en el lenguaje • Motivación

Material y métodos: Análisis transversal de pacientes con parálisis cerebral que actualmente están utilizando la tecnología, mediante encuestas a los profesionales que trabajan con estas personas, antes durante y después de la utilización de la tecnología Irisbond, con puntuales aportaciones de familiares y personas del entorno de los afectados.

Resultados: Se estudiaron 10 personas obteniéndose los siguientes resultados: • Control postural: El 100% ha verificado una mejora sustancial en el control postural. • Músculos orofaciales: El 100% ha corroborado que desde que han comenzado a utilizar el sistema Irisbond ha aumentado el balbuceo y el fortalecimiento de los músculos orofaciales. • Capacidades cognitivas y lenguaje: El 80% ha concluido que la tecnología es un método totalmente eficaz de comunicación alternativa, identificando una progresión significativa en diferentes aspectos cognitivos. • Motivación: El 70% de los encuestados han verificado una mejora sustancial en la motivación de los pacientes.

Conclusión: El sistema del control del ordenador por la mirada Irisbond consigue mejorar la calidad de vida y comunicación de personas con Parálisis Cerebral

ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

Alonso Pérez, J.; González Pérez, A.; Henao Ramirrez, J.M.; Mota Balibrea, V.C.; Morales Hernández, C.; Gutierrez Naranjo, J.; Alonso Modino, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Objetivos: Analizar las características clínicas, demográficas y de pruebas complementarias y la relación entre éstas, en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) según la European MRI-CJD Consortium Criteria de 2009.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes con diagnóstico de ECJ, y además los análisis de proteína 14.3.3 realizados entre los años 2003 y 2016. Posteriormente se analizaron diversas variables clínicas, demográficas y epidemiológicas, así como de la evolución de la enfermedad y de los resultados de las pruebas complementarias.

Resultados: Se obtuvieron 12 pacientes. La edad media fue 66.83 años y el 66.7% fueron varones. El tiempo medio de supervivencia fue 6.8 meses, siendo el síntoma de presentación predominante más frecuente el deterioro cognitivo (33.3%) seguido del trastorno conductual (25%) y síntomas cerebelosos (16.7%). En relación a las pruebas complementarias el EEG fue sugestivo de ECJ en el 83% de los casos, la RM en el 75% y la proteína 14.3.3 fue positiva en el 66.7%. No se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa entre variables, objetivándose tendencia a menor supervivencia en aquellos cuyo síntoma inicial fue el trastorno conductual, sin objetivarse relación en la supervivencia con los patrones de RM.

Conclusión: Se diagnostica aproximadamente un caso anual de ECJ, ligeramente superior a la incidencia global de la enfermedad, con media de supervivencia de 6.8 meses y patrón clínico de presentación típico. Dada la escasa incidencia no se demuestra relación entre variables, aunque parece observarse tendencia a cambios en la supervivencia relacionada con los síntomas clínicos de inicio, no así con los patrones de neuroimagen.

SÍNDROME DE WALLENBERG: MORTALIDAD, COMPLICACIONES Y VARIABLES PRONÓSTICAS

Campoy Díaz, S.; Nuñez Guillen, A.; González Herrero, B.; Cos Domingo, M.; Cayuela Caudevilla, N.; Lara Rodríguez, B.; Quesada García, H.; Cardona Portela, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: El síndrome de Wallenberg (SW), manifestación de un infarto de la porción lateral del bulbo, es infrecuente aunque de clínica característica. La escasa casuística publicada hace que sus complicaciones y pronóstico a largo plazo y mortalidad sean desconocidas.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad de ictus con diagnóstico de SW en los últimos 13 años. Se estudian variables epidemiológicas, etiológicas, pronósticas en escala Rankin al tercer mes y mortalidad. Determinamos la necesidad de gastrostomía, intubación u otras complicaciones a largo plazo

Resultados: Encontramos 32 pacientes con SW, representan el 0,5% de los pacientes con ictus ingresados en nuestra unidad. La media de edad fue de 58+/-13,6 con predominio de varones 81%. La disfagia y disfonía estaba presente en el 37% y el 26 % respectivamente. La mediana de NIH en su presentación fue de 3 con un retraso en acudir a urgencias de 35h de media. Sólo el 16% fue tributario de algún tratamiento de reperfusión. La etiología más frecuente fue la aterotrombótica (48%). El 75% consiguió una recuperación completa al tercer mes. La presencia de disfagia en el ingreso se asocia significativamente a falta de recuperación completa al tercer mes ($p<0'05$). La mortalidad fue inferior al 3% a los 3 meses.

Conclusión: El SW presenta buen pronóstico funcional con escasa mortalidad a pesar de su demora diagnóstica y escaso porcentaje de tratamientos de reperfusión en fase aguda. La disfagia presente en el momento agudo se puede considerar un marcador pronóstico de falta de recuperación funcional completa.

PARÁMETROS NUTRICIONALES Y SITUACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Ledesma Velázquez, J.; Cabrera Naranjo, F.; Loscerales Castaños, J.B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Objetivos: La valoración de la función respiratoria y del estado nutricional forman parte del seguimiento de los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El empeoramiento de estas variables se relaciona con la disminución de la supervivencia, sin embargo, hay poca información sobre la relación entre ambos parámetros.

Material y métodos: Se recogieron los datos nutricionales y espirométricos de los pacientes con ELA del área norte de Gran Canaria entre junio de 2015 y junio de 2016. Los parámetros nutricionales y espirométricos se recogieron con una separación máxima de un mes entre ambos datos.

Resultados: Se recogieron los datos de los pacientes en seguimiento actualmente por nuestra unidad, 12 pacientes con un 66.6% de mujeres, edad media de 66.58 años y tiempo medio de evolución de 50.3 meses. Los datos han sido analizados mediante el coeficiente de correlación de Pearson (CCP). El índice de masa corporal (IMC) y el nivel de ácido úrico se correlacionaron estrechamente con la capacidad vital forzada (CVF) y el volumen espiratorio forzado(VEF1,) con un CCP mayor a 0.7. El colesterol total y las proteínas totales, albúmina y transferrina mostraron una débil correlación positiva.

Conclusión: En nuestra serie los parámetros nutricionales muestran una correlación con los resultados espirométricos, esta relación se encuentra descrita para el IMC, siendo menos clara para otros biomarcadores. La identificación de nuevos marcadores pronósticos, además de aumentar el conocimiento sobre esta patología de etiología incierta, puede ayudar a predecir mejor la evolución de los pacientes, redundando así en la mejoría de la atención.

MENINGITIS BACTERIANA Y FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

Salais López, L.; Yanguas Ramírez, M.P.; Soriano Soriano, C.; Mateo Casas, M.; Aparicio Collado, H.

Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y diagnóstico- terapéuticas de los pacientes dados de alta entre enero de 2006 y abril de 2016 en nuestro hospital con diagnóstico de meningitis bacteriana y fístula de LCR.

Material y métodos: Se identifica en el registro de altas hospitalarias los pacientes dados de alta de los servicios de UCI y Neurología del Hospital General de Castellón entre enero de 2006 y abril de 2016 con diagnóstico al alta de meningitis bacteriana y fístula de LCR. Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de los mismos.

Resultados: En el periodo estudiado fueron dadas de alta 68 meningitis bacterianas, un 8.8% asociaba fístula de LCR (4 hombres y 2 mujeres, edad media 47 años), ninguno inmunocomprometido. En dos las fístulas eran conocidas, en el resto fueron de nuevo diagnóstico; solo 3 pacientes presentaban rinolicuorrea. En 3 casos existía lesión craneal conocida (TCE con fractura o neurocirugía). Se consiguió identificar el microorganismo en 4 casos (neumococo).Todos recibieron tratamiento con antibióticos y dexametasona, con buena respuesta. Se decidió cierre quirúrgico de fístula en 5 casos. En el periodo estudiado 4 de los 6 pacientes con fístula de LCR presentaron meningitis recurrentes frente a un único caso de meningitis recurrente sin fístula asociada (1/62 pacientes).

Conclusión: En nuestra serie destaca la evolución benigna de los pacientes con fístula de LCR y meningitis bacteriana, sin ningún fallecimiento y sin secuelas graves. Las recurrencias fueron frecuentes (4 de 6 pacientes) en comparación con un solo caso de meningitis recurrente sin fístula asociada.

CEFALEA ORTOSTÁTICA TARDÍA SECUNDARIA A FÍSTULA DURAL LUMBAR OCULTA

Ros Forteza, F.J. [1]; Dias da Costa, M.A. [2]; Faria Pais, R.P. [3]

1. Servicio de Neurología. ULS-Guarda, E.P.E.; 2. Serviço de Anestesiologia- Unidade de Dor. ULS-Guarda, E.P.E.; 3. Servicio de Serviço de Neurorradiologia. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

Objetivos: La cefalea por hipotensión de LCR es típicamente ortostática, agravada o provocada por la posición en pié o sentado, y es aliviada en decúbito. El tratamiento habitualmente es conservador y cuando la sintomatología persiste se resuelve con Blood Patch. Describimos un caso de cefalea ortostática tardía cuya causa fue una fístula dural lumbar tratada con éxito con Blood Patch epidural.

Material y métodos: Nuestra paciente, es una mujer de 36 años, sin cefalea previa conocida, con antecedentes de hipotensión arterial y dos anestesias de tipo epidural previas (la última veinte meses antes), que desarrolló una cefalea ortostática con examen general y neurológico normales. La RM encefálica fue normal (sin alteraciones de señal, ni realce dural con posicionamento normal de las amígdalas cerebelosas). El estudio analítico fue normal. Inició tratamiento sintomático con reposo sin mejoría. Como persistían los síntomas a la segunda semana del ingreso fue realizada una RM del neuroeje con sospecha de fístula dural de LCR distal al cono medular, posteriormente el MieloTC lumbo-sacro detectó contraste extra-dural y extra-canalar, por extravasación de LCR, probablemente a nivel de L3.

Resultados: Fue tratada con éxito con Blood Patch epidural. Al mes reinició su actividad profesional sin cefalea.

Conclusión: Ante la presencia de una cefalea ortostática persistente y sin relación temporal próxima con una punción lumbar y con RM encefálica normal, es necesario extremar la búsqueda de una fístula dural en el neuroeje con MieloTC. El Blood Patch epidural es el tratamiento de elección cuando falla el tratamiento conservador.

TUBERCULOSIS CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Bertran Recasens, B.; Figueras Aguirre, G.; Fernández Pérez, I.; Cascales Lahoz, D.; Munteis Olivas, E.; Serra Martinez, M.; Zabalza De Torres, A.; Avellaneda Gomez, C.; De Ceballos Cerrajeria, P.; Roquer Gonzalez, J.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: España es una región con baja prevalencia de tuberculosis. Es importante, sin embargo, tenerla en cuenta en ciertos colectivos (inmunosuprimidos o procedentes de países con elevada prevalencia). La afectación del sistema nervioso central (SNC) es una de las formas más frecuentes de presentación extrapulmonar con importante morbi-mortalidad.

Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos de tuberculosis con afectación del SNC: tuberculoma intramedular y vasculitis del SNC.

Resultados: Primer caso: varón de 43 años VIH+ estadio C y tuberculosis diseminada que, al iniciar la terapia antirretroviral, presenta paraparesia espástica y nivel sensitivo suspendido dorsal. Por RMN cerebral y medular se objetivan lesiones sugestivas de tuberculomas y analíticamente un incremento del recuento de CD4+. Se orienta como síndrome de reconstitución immunitaria (SRI) y se inicia corticoterapia con desaparición de la clínica. Segundo caso: varón de 35 años, pakistaní, con paresia parcial del III par derecho, VI y VII contralaterales y hemihipoestesia izquierda. Se realiza RMN con una lesión protuberancial posteromedial de características isquémicas, análisis del LCR con proteinorraquia leve y estudio de serologías y autoimmunidad negativo. Ante sospecha de vasculitis se realiza arteriografía sin hallazgos y un TAC torácico con adenopatías subcarinales. Se decide biopsiar una adenopatía con crecimiento de BAAR por lo que se inicia tratamiento antituberculostático y corticoterapia con evolución fluctuante.

Conclusión: La tuberculosis en el SNC, se debe tener en cuenta en pacientes con riesgo de exposición, una vez descartadas otras etiologías. Ante la sospecha es importante el inicio del tratamiento de forma precoz aunque la evolución pueda ser variable.

PREVALENCIA DE ISQUEMIA MEDULAR AGUDA Y RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Villanueva Martínez, J. [1]; Ballesteros Plaza, L. [2]; Manzano Palomo, S. [2]; Muñiz Castrillo, S. [2]; de la Morena Vicente, A. [2]; Martín García, H. [2]; Ramírez Sánchez, P. [1]; Forero De la sotilla, A. [1]; Mateos González, M. [1]; Luordo, D. [1]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Cristina; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Cristina

Objetivos: Con el objetivo de conocer la prevalencia de la isquemia medular aguda en nuestro entorno, se realiza un estudio retrospectivo de serie de casos, valorando la aparición de dicha patología y su asociación con factores de riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Se ha revisado la historia clínica electrónica de los pacientes ingresados con diagnóstico de isquemia medular aguda en nuestro centro, hospital de segundo nivel, desde su apertura (2008) hasta el año 2016. Se ha realizado un estudio descriptivo recogiendo datos demográficos, características clínicas, y factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Se han obtenido un total de 4 pacientes con diagnóstico de isquemia medular aguda. El 75% eran varones, 25%

mujeres con una edad media de 61 años. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular: 75% hipertensos, 75% tenían alteración en el perfil lipídico, 50% eran diabéticos de larga evolución y el 75% de la muestra tenía hábito enólico o tabaquismo activo. Con respecto a la localización; dos pacientes debutaron con afectación cervical baja, uno con afectación dorsal y uno con afectación del cono medular. Tras estudio diagnóstico realizado en el 75% se concluyó etiología isquémica aterotrombótica y en un 25% criptogénica.

Conclusión: La isquemia medular es una entidad infrecuente en nuestro medio. De manera similar a lo descrito en la literatura, se relaciona de forma directa o indirecta con una afectación vascular ateroesclerótica en su forma más común, existiendo otras causas etiológicas.

FÍSTULAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE NUESTRA POBLACIÓN

Machío Castelló, M.; Oses Lara, M.; Jaimes Sánchez, A.R.; Ruggiero García, M.; Gómez García, A.; Querejeta Coma, A.; Sáez Pinel, R.; Zamarbide Capdepon, I.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: Describir las características demográficas, epidemiológicas, clínicas y la evolución de los pacientes ingresados en el servicio de Neurología con diagnóstico de fístula de líquido cefalorraquídeo.

Material y métodos: Se realizará un estudio transversal de una cohorte de pacientes con diagnóstico de fístula de líquido cefalorraquídeo en el periodo comprendido entre el 01.01.2000 y el 01.03.2016 atendidos en un hospital terciario. La variables analizadas serán datos demográficos y epidemiológicos (edad, sexo, FRCV, antecedentes de cirugía o traumatismo), clínicos (cefalea ortostática, rinolicuorrea, tinnitus, fotofobia, afectación de nervios craneales, inestabilidad, déficit neurológico focal), etiología (congénita, idiopática, traumática, adquirida no traumática), pruebas complementarias (TC craneal, RMN cerebral, mielografía), tratamiento (conservador, parche hemático, cirugía) y evolución (mejoría, complicaciones, secuelas). Se compararán las características referidas y se realizarán análisis estadísticos para el cálculo de prevalencias si procede.

Resultados: Se describirá el porcentaje de pacientes con cada una de las variables estudiadas, incidiendo en los síntomas clínicos más prevalentes y las correlaciones existentes entre tipos de tratamiento y su evolución.

Conclusión: Las fistulas de líquido cefalorraquídeo constituyen una entidad poco frecuente en nuestro medio. Clínicamente suelen manifestarse como un síndrome de hipotensión licuoral pudiendo asociar déficit neurológico focal. Estando pendiente el desarrollo del presente proyecto, nos proponemos identificar las características clínicas más prevalentes de nuestra población de cara a mejorar el manejo terapéutico, dado que es una patología grave potencialmente curable con un tratamiento adecuado.

Neurología General IV

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES SOBRE EL PROCESAMIENTO SENSORIAL RELACIONADO CON EL MOVIMIENTO Y LA POSICIÓN DEL CUERPO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS PREMATUROS

Gómez Martínez, M.; Matesanz García, B.; Nuñez Pedraja, S.; Fernández Lapeña, E.; Rodríguez Bustillo, H.A.; Ballesteros García, P.

Servicio de Terapia Ocupacional. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle

Objetivos: Describir el procesamiento del movimiento (vestibular) y de la posición del cuerpo (propiocepción), y la calidad de vida en una muestra de niños prematuros, y compararlo así; con un grupo control de niños a término.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de casos-controles, comparando un grupo de niños prematuros (N=31) y un grupo control de niños a término (N=31), con edades comprendidas entre los 3 y 10 años. Los sujetos han sido seleccionados al azar mediante un muestreo no probabilístico por Bola de Nieve. Se han utilizado el Perfil Sensorial 2 y el Peds QL, siendo los padres los encargados de responder.

Resultados: Se han obtenido utilizando el programa estadístico SPSS, diferencias significativas entre los dos grupos en los ítems de movimiento V, y posición del cuerpo I, V; además, también se han obtenido diferencias en los totales de las áreas vestibular y propioceptiva entre los dos grupos. En lo referente a la relación con la calidad de vida, se han obtenido resultados que indican una relación indirecta entre calidad de vida y sistema propioceptivo, y una relación directa entre el procesamiento del movimiento y el de la posición del cuerpo.

Conclusión: Los niños prematuros tienen mayores alteraciones en el procesamiento sensorial en las áreas del movimiento y de la posición del cuerpo, aumentando dichas dificultades a medida que se adelanta el nacimiento (normalmente hay más dificultades si el parto es antes de las 30 semanas de gestación). Y estas alteraciones afectan a la calidad de vida en comparación a niños no prematuros.

PROCESAMIENTO SENSORIAL Y CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE NIÑOS PREMATUROS

Gómez Martínez, M.; Fernández Lapeña, E.; Matesanz García, B.; Nuñez Pedraja, S.; Rodríguez Bustillo, H.A.; Ballesteros García, P.

Servicio de Terapia Ocupacional. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle

Objetivos: Analizar el procesamiento sensorial y la calidad de vida de una muestra de niños prematuros y compararlo con los de un grupo control de niños nacidos a término.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal de casos y controles con una muestra de niños prematuros (N=31) y de niños nacidos a término (N=31) con edades comprendidas entre 3 y 10 años. Como instrumento de valoración se utilizaron el Perfil Sensorial 2, para evaluar el procesamiento sensorial, y el PedsQLTM para determinar la calidad de vida.

Resultados: Los resultados reflejaron diferencias significativas entre la calidad de vida del grupo de casos y el de controles, siendo más alta la de estos últimos. Los resultados sugieren que el procesamiento sensorial podría influir en la calidad de vida de los niños prematuros extremos y prematuros moderados, pero no en los clasificados como muy prematuros (0,005). En niños prematuros extremos se observó una correlación entre las áreas relacionadas con la posición del cuerpo (0,017), las emociones (0,006) y los patrones evitador (0,012) y sensible (0,023), con su calidad de vida; y en los prematuros moderados entre las áreas de posición del cuerpo, emociones, y los patrones de evitador y pasivo, con su calidad de vida.

Conclusión: La calidad de vida de los niños prematuros es peor que la de aquellos nacidos a término. El procesamiento de cierta información sensorial parece influir sobre la calidad de vida de los niños prematuros.

EFECTO EN LA FUNCIÓN MOTORA DE LA PLATAFORMA NEUROATHOME VERSUS TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Olmo Valderrama, E. [1]; Enguer Conejos, L. [1]; Blasco Bataller, S. [2]

1. Servicio de Terapia Ocupacional. Clinicas Universitarias UCV "San Vicente Martir"; 2. Servicio de Neuropsicóloga. Coordinadora Clínica de NeuroAtHome. FIVAN

Objetivos: Objetivo general del estudio es: Mejorar la capacidad funcional motriz comparando el tratamiento mediante la plataforma virtual NeuroAtHome versus tratamiento convencional de terapia ocupacional. Se trabajará el equilibrio dinámico, estático y los alcances con los miembros superiores Los objetivos específicos son: Mantener y/o mejorar los resultados en la escala de MFM Mejorar el equilibrio dinámico y estático Mejorar la funcionalidad de los MMSS Mejorar el rendimiento y el desempeño de las actividades propuestas

Material y métodos: Diseño experimental donde hay un grupo control y otro experimental. Grupo control (tratamiento convencional) consta de 11 personas Grupo experimental (NeuroAtHome) consta de 9 personas Se realizará 1 sesión semanal de 45 minutos durante 3 meses en cada grupo. Los grupos engloban distintas enfermedades neuromusculares como son distrofias musculares, ELA y ataxias, por lo que no es homogéneo.

Resultados: En ambos grupos han mejorado la capacidad funcional motriz 12 personas (60% de los participantes del estudio) y el equilibrio 15 personas (75 %) En la valoración del equilibrio como en la funcionalidad motora, comparando ambos grupos, el grupo experimental ha mejorado ligeramente respecto al grupo control. GE. MFM: 66.6% Escala de Berg: 88.8% GC. MFM: 54.5 % Escala de Berg: 63.6% En el COPM, se observa una mayor percepción de satisfacción con las actividades convencionales, pero una mejor percepción en el desempeño con las actividades realizadas mediante el NeuroAtHome.

Conclusión: Al ser un grupo reducido de 20 personas, los resultados no son significativos, porque el grupo no es homogéneo al haber en los grupos hasta tres patologías distintas.

MEFACILYTA ICTUS: APP PARA PACIENTES CON ICTUS QUE PERMITE EL ACCESO A TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN A DISTANCIA

Montiel Borrello, E. [1]; Rubiera del Fueyo, M. [1]; Muchada López, M. [1]; Sanjuan Menendez, E. [1]; Sanchis Marin, M. [1]; Boned Riera, S. [1]; Rodríguez González, S. [2]; Bori y Fortuni, I. [2]; Molina Cateriano, C.A. [1]; Ribo Jacobi, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El 30% de los pacientes con ictus tienen objetivos de rehabilitación. El tratamiento se centra en la fase aguda y subaguda, siendo difícil abarcar el seguimiento y mantenimiento de la funcionalidad recuperada en la fase crónica. Las Tecnologías de la Información y Comunicación podrían ser una herramienta útil para aplicar la rehabilitación en el domicilio e incluir un mayor número de pacientes en situación crónica. Mefacilyta ICTUS es una aplicación que permite el seguimiento de pacientes con secuelas por ictus, proporcionando un entorno multimedia personalizado e interactivo.

Material y métodos: Estudio de validación en pacientes consecutivos. Criterios de inclusión: ictus con destino al alta al domicilio, familiarizados con el uso de aplicaciones. Los pacientes han sido evaluados con: Escala de Ranking Modificada, Barthel, Índice de Lawton, Fulg-Meyer Assessment, Modified Ashworth Scale, MRC y Montreal Cognitive Assessment. Los pacientes incluidos siguieron el programa 1 mes. Se evaluará la respuesta al tratamiento y satisfacción a los 3 meses.

Resultados: 10 pacientes incluidos: 60%varones, edad media66,5±12. Semanalmente el terapeuta ocupacional programa entre 5 y 10 actividades diseñadas según la situación funcional de cada paciente sobre: actividades básicas, instrumentales, motricidad, sensibilidad, cognición y percepción. La media de visualizaciones y envíos por paciente (realizando la actividad para que sea supervisada) es de 54,42 y 11 consecutivamente, con un cumplimiento del90%. Los resultados se presentarán en el congreso.

Conclusión: Mefacilyta ICTUS parece una herramienta factible y útil en el domicilio del paciente, que puede garantizar el seguimiento y reducir la perdida funcional en la fase crónica, incluyendo pacientes con movilidad reducida.

EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADAS A LA LESIÓN MEDULAR

Espinosa de los Monteros Iglesias, S.

Servicio de Terapia Ocupacional. Fundación del Lesionado Medular

Objetivos: Desde terapia ocupacional nos planteamos demostrar que el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a lesión medular es un complemento idóneo a los tratamientos convencionales en la consecución de los objetivos pautados para cada usuario.

Material y métodos: Las tecnologías empleadas son dispositivos robóticos, electroestimulación funcional de miembros superiores, plataforma de medición de presiones y realidad virtual. La experiencia profesional indica que la inclusión de las nuevas tecnologías aporta un complemento eficaz a los tratamientos convencionales, para confirmarlo nos serviremos del feedback sensoriomotor obtenido a través de dichas modalidades, de la escala propia para lesión medular SCIM (Spinal Cord Independence Measure) en materia de Actividades de la Vida Diaria, del FIM (escala de independencia funcional) así como de la escala Ashworth para espasticidad, escala Daniels para balance muscular y medición goniométrica.

Resultados: Los resultados observados son la mejora de los balances articular y muscular así como de control de tronco, prevención de escaras y deformidades y una mayor resistencia al esfuerzo como base para lograr una mayor independencia en las Actividades de la Vida Diaria. Frente a los tratamientos convencionales, el uso de las nuevas tecnologías aporta una mayor adhesión al tratamiento por parte de los usuarios debido al aumento de la motivación, medidas objetivas en la progresión del tratamiento y una facilitación del aprendizaje de los movimientos.

Conclusión: Las nuevas tecnologías aplicadas a lesión medular como complemento a los tratamientos convencionales desde Terapia Ocupacional podrían resultar eficaces para alcanzar los objetivos marcados para cada usuario mediante una evaluación objetiva y personalizada de los resultados.

ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) ISOELÉCTRICO EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA ANÓXICA SOMETIDOS A HIPOTERMIA. ¿ES REALMENTE UN HALLAZGO INHABITUAL?

Vaduva, R.C.; Prieto Montalvo, J.; Sanchez Roldan, M.D.L.A.; Rodriquez Viña, C.; Alungulese, A.L.

Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: El pronóstico tras una parada cardio-respiratoria (PCR) depende principalmente de la lesión neurológica inducida por la anoxia/hipoxia. La hipotermia es una de las pocas técnicas neuroprotectoras eficaces, utilizándose desde hace aproximadamente 10 años rutinariamente en el manejo de los pacientes con encefalopatía anóxica (EA) tras PCR. El patrón electroencefalográfico (EEG) de peor pronóstico que puede ser registrado en estos pacientes es el EEG isoeléctrico, indicativo de una lesión neurológica extrema. El EEG isoeléctrico se asocia característicamente a la situación clínica de muerte encefálica, pero excepcionalmente (<1%) puede registrarse en pacientes con reflejos de tronco parcial o totalmente preservados.

Material y métodos: Para determinar la prevalencia del EEG isoeléctrico en pacientes sin criterios clínicos de muerte encefálica y su posible relación con el uso de hipotermia se analizaron un total de 296 pacientes con EA ingresados en nuestro hospital entre los meses de enero de 2010 y mayo de 2016. El estudio neurofisiológico, EEG y potenciales somatosensoriales de nervio mediano (PESSm) se realizó al menos 48h después de la finalización de la hipotermia.

Resultados: En veinte pacientes con reflejos de tronco conservados se registró un EEG isoeléctrico. En todos ellos se observó ausencia bilateral de la respuesta cortical N20 en los PESSm. Fallecieron en menos de una semana tras el diagnóstico.

Conclusión: El EEG isoeléctrico en pacientes con EA se ha observado en un 6,75% de nuestra serie. Estas cifras, superiores a las descritas en la bibliografía podrían estar en relación a un mayor efecto neuroprotector de la hipotermia sobre las neuronas troncoencefálicas.

PESS N20-70 COMO INDICADOR PRONÓSTICO FUNCIONAL A MEDIO-LARGO PLAZO TRAS COMA SECUNDARIO A LESIÓN ESTRUCTURAL CEREBRAL

Arciniegas Villanueva, A.V. [1]; Fernández Díaz, E.M. [2]; Romero Mingo, S. [3]; Mansilla Lozano, D. [4]; Jordán, J. [5]; Segura, T. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Manises; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 3. Servicio de Anestesia y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Farmacia. Universidad de Castilla la Mancha

Objetivos: El Coma secundario a Lesión Cerebral estructural aguda (CLC) conlleva una alta mortalidad- discapacidad y es complicado establecer el pronóstico neurológico en fases precoces situación que produce gran incertidumbre a familiares y facultativos. Pretendemos establecer la utilidad de los potenciales evocados somatosensoriales (PESS) N20-N70 como indicador precoz de pronóstico funcional a medio-largo plazo en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes ingresados por CLC en unidades de críticos del Hospital Universitario de Albacete (Enero 2010 - Diciembre 2013). Estudio PESS N20-N70 realizado a las 72h del evento. Situación funcional evaluada entre 6-12 meses posteriores mediante Escala de Glasgow modificada, considerando mal pronóstico: 1-Muerte, 2-Estado vegetativo persistente y 3- Discapacidad grave; y buen pronóstico: 4-discapacidad moderada y 5-buena recuperación.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. Ausencia bilateral N20(41%) es indicador de mal pronóstico (S 54%, E 100%, VPP 100%, VPN 40%), ausencia bilateral de N70 (78%) es indicador de mal pronóstico mientras que la presencia bilateral de N70 (22%) es un marcador de buen pronóstico (E 64%, S 91%, VPP 89%, VPN 69%)

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que, en pacientes con CLC, los PESS N20-N70 son útiles como marcadores pronósticos precoces con una alta especificidad (N20) y alta sensibilidad (N70), aportando información complementaria entre ambos. La realización del potencial N70 tiene valor adicional al aumentar la predicción de buen pronóstico funcional mejorando el manejo en la fase aguda de este tipo de pacientes.

POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES Y ELECTROENCEFALOGRAMA COMO INDICADOR PRONÓSTICO FUNCIONAL A MEDIO-LARGO PLAZO TRAS COMA POST-ANÓXICO

Arciniegas Villanueva, A.V. [1]; Fernández Díaz, E.M. [2]; Mansilla Lozano, D. [3]; Jordán, J. [4]; Segura, T. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Manises; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Farmacia. Universidad de Castilla la Mancha

Objetivos: Analizar la relación entre los potenciales evocados somatosensoriales N20-N70 (PESS N20-N70) y el electroencefalograma (EEG) para predecir pronóstico neurológico a medio-largo plazo en el coma post-anóxico acaecido tras una parada cardiorrespiratoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, realizado en pacientes adultos que habían sufrido coma post-anóxico (por parada cardiorrespiratoria), ingresados en las unidades de críticos del Hospital General Universitario de Albacete (Enero 2010 – Diciembre 2013). Estudio PESS N20-N70 y EEG realizado a las 72h del evento. Situación funcional evaluada entre 6-12 meses posteriores mediante Escala de Glasgow Modificada considerando: mal pronóstico: 1-Muerte, 2-Estado vegetativo persistente y 3-Discapacidad grave; buen pronóstico: 4-discapacidad moderada y 5-buena recuperación.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. La ausencia bilateral de N20(36%) es indicador de pronóstico ominoso (E 100%, VPP 100%) mientras que su presencia no tiene valor para predecir buena recuperación (S 53%, VPN 50%). La presencia de N70(31%) es indicador de buen pronóstico y su ausencia (68%) es un marcador de mal pronóstico (E 84%, VPP 92%; S92%, VPN 84%). Patrones EEG de mal pronóstico (38%) como actividad crítica epiléptica, status epiléptico, patrones periódicos, brote supresión) son indicadores de mala evolución mientras que trazados reactivos o encefalopáticos son inespecíficos (E 100%, VPP 100%; S 54%, VPN 51%).

Conclusión: Los resultados de nuestro estudio demuestran que tanto los PESS N20-N70 como el EEG son útiles para predecir mal pronóstico en los pacientes con coma post-anóxico. La realización del potencial N70 tiene valor adicional al aumentar la predicción de buen pronóstico funcional a medio-largo plazo.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MENINGITIS BACTERIANAS DEL ADULTO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Mayo Canalejo, D.; Romeral Jiménez, M.; Toledo Alfocea, D.; Delgado Suarez, C.; Porta Etessam, J.; Gutierrez Sanchez de la Fuente, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La meningitis bacteriana (MB) ha experimentado en las últimas décadas un cambio en características epidemiológicas y pronóstico, lo que se ha relacionado con los programas de vacunación y las nuevas terapias antimicrobianas y adyuvantes. Nuestro estudio tiene como objetivo identificar las características de las MB del adulto en nuestro medio

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos diagnosticados de MB en un hospital terciario en el periodo 2009-2015. Analizamos datos epidemiológicos, clínicos y pronósticos

Resultados: Se analizan un total de 60 pacientes; edad media 58±16 años. Su estancia media fue de 38±48 días. La etiología microbiológica más frecuente fue: neumococo (30%); no filiada (26,7%); Listeria supuso 8 casos (13%) no identificándose en 5 de ellos factor predisponente; sólo se identificaron 2 casos de Haemophilus y ninguno de Neisseria meningitidis; resto de microorganismos (26,7%). El 55% no presentaba secuelas en el momento del alta, objetivándose secuelas leves en 25%, graves en 8% y falleciendo el 10%. En el 41,7% de pacientes no se identificó factor predisponente asociándose a dispositivos de derivación ventricular en 21,7%, foco parameníngeo en 15% o inmunodeficiencia en 12%, suponiendo el resto de causas un 9,6%

Conclusión: Los resultados de nuestro estudio apoyan el cambio epidemiológico experimentado por las MB, con una marcada reducción de los casos de Haemophilus y Neisseria meningitidis en probable asociación con las campañas de vacunación. Desde un punto de vista pronóstico, la optimización de terapias antimicrobianas y adyuvantes parece conferir una mejoría de la morbimortalidad respecto a series antiguas

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PUNCIÓN LUMBAR: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE RETROSPECTIVA Y MONOCÉNTRICA

Valentí Azcárate, R.; Moreno Ajona, D.; Echeveste González, B.; Trzeciak, M.; Imaz Aguayo, L.; Minguez Olaondo, A.; Martínez-Vila, E.; Gállego Pérez-Larraya, J.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: La punción lumbar es un procedimiento diagnóstico y terapéutico muy frecuente en neurología. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia y el tipo de complicaciones relacionadas con dicho procedimiento.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a una punción lumbar durante un período de 10 años (01/01/2006-31/12/2015) en un hospital terciario.

Resultados: Se realizaron 1338 punciones a un total de 1212 pacientes (658 varones y 680 mujeres; edad media 56 años): 973 (73%) diagnósticas, 210 (15,5%) terapéuticas con quimioterapia intratecal y 155 (11,5%) evacuadoras. Se describen complicaciones en 51 (3,9%) procedimientos. Dentro de las punciones diagnósticas las complicaciones fueron: 26 (2,7%) cefaleas de las cuales 10 cumplían criterios de cefalea postpunción y 16 eran inespecíficas, 8 (0,8%) dolor lumbar regional, 1 (0,1%) parestesias transitorias en extremidad inferior, 1 (0,1%) hematoma epidural y 1 (0,1%) cuadro presincopal. Entre las terapéuticas se registraron: 6 (2,9%) radiculitis lumbosacras, 1 (0,5%) meningitis infecciosa, 1 (0,5%) cefalea inespecífica y 1 (0,5%) dolor lumbar regional. Entre las evacuadoras hubo: 2 (1,3%) cefaleas (1 postpunción y 1 inespecífica) y 2 (1,3%) con dolor lumbar regional. En 26 casos el procedimiento se realizó guiado por escopia (10 por causas inespecíficas, 10 artrosis, 3 escoliosis y 3 obesidad).

Conclusión: La incidencia de complicaciones observada ha sido menor que la descrita en la literatura, siendo la más frecuente la cefalea inespecífica.

INFARTO MEDULAR: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE 8 CASOS

Jannone Pedro, N.; Carcelén Gadea, M.; Quintanilla Bordás, C.; Álvarez Sánchez, L.; Domínguez González, H.J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: El infarto medular supone menos del 1% de todos los ictus. El objetivo es describir el diagnóstico y la evolución de 8 casos.

Material y métodos: Descripción clínica y radiológica de 8 casos atendidos en nuestro centro entre los años 2003 y 2015.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes (5 varones), cuya edad media fue de 68,8 años (rango de 56 a 91 años). Las etiologías fueron embolización de arterias bronquiales (n=3), síndrome aórtico agudo (n=2), cirugía aórtica (n=2) y desconocida (n=1). En 5 casos se determinó el territorio vascular mediante IRM, que fue espinal anterior (n=3) o transverso (n=2). La forma de presentación fue aguda (n=7) o subaguda (n=1). Un caso fue precedido por un ataque isquémico transitorio (AIT) medular. El déficit motor fue una paraparesia (n=6) o monoparesia (n=2). Los pacientes fueron tratados con dexametasona (n=5), metilprednisolona (n=2) o cateterismo con extracción intermitente de líquido cefalorraquídeo (n=1). La media de tiempo entre el inicio de la clínica y el inicio del tratamiento fue de 2 días. Tras el seguimiento, el resultado funcional de los pacientes fue de fallecimiento en menos de 6 meses (n=3), necesidad de silla de ruedas (n=2), deambulación con ayuda (n=1) y deambulación sin ayuda (n=2).

Conclusión: Se trata de 8 casos de infarto medular, 4 de ellos debidos a patología aórtica o a su cirugía. Estas causas son más comunes en pacientes de edad avanzada. Cabe destacar como forma de presentación menos frecuente, 2 casos con monoparesia aguda y un caso con un AIT previo al infarto medular.

HEMATOMA ESPINAL: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE 8 CASOS

Jannone Pedro, N.; Parra Martínez, J.; Quintanilla Bordás, C.; Álvarez Sánchez, L.; Domínguez González, H.J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: El hematoma espinal es una entidad rara y grave. El objetivo es describir el diagnóstico y la evolución de 8 casos.

Material y métodos: Descripción clínica y radiológica de 8 casos atendidos en nuestro centro entre los años 2003 y 2015.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes (4 mujeres), cuya edad media fue de 70,9 años (rango de 40 a 84 años). La etiología principal fue el tratamiento anticoagulante (n=3), con un valor medio de INR de 3,81. Uno de estos casos asociaba además una infección por herpes zóster previo. La localización más frecuente fue epidural (n=4). La forma de presentación fue subaguda (n=5) o aguda (n=3). El déficit motor fue una paraparesia (n=6), tetraparesia (n=1) o ninguno (n=1). Los pacientes fueron tratados mediante cirugía (n=5) o tratamiento conservador (n=3). La media de tiempo entre el inicio de la clínica y la cirugía fue de 5 días (rango de 16 horas a 11 días). Tras el seguimiento, el resultado funcional de los pacientes fue de encamamiento (n=3), deambulación con ayuda (n=3) y deambulación sin ayuda (n=2).

Conclusión: Se trata de 8 casos de hematoma espinal, 3 de ellos asociados a tratamiento anticoagulante. La instauración es aguda o subaguda, al igual que los casos comunicados en la literatura. Es importante conocer el diagnóstico de la entidad por su elevada morbimortalidad en el caso de no realizar el tratamiento adecuado. La aparición de un herpes zóster previo ya ha sido comunicada en una ocasión y se debe estudiar su posible papel etiológico.

ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE ENCEFALITIS PEDIÁTRICAS AUTOINMUNES ASOCIADAS A AUTO-ANTICUERPOS

Ramírez González, J.A. [1]; Martínez Hernández, E. [2]; Spatola, M. [1]; Rodes, M. [1]; López Laso, E. [3]; Málaga, I. [4]; Aguilera Albesa, S. [5]; Conejo Moreno, D. [6]; Tomás Vila, M. [7]; Felipe Rucián, A. [8]; Neth, O. [9]; Peña Segura, J.L. [10]; Soler Palacín, P. [11]; Navarro Morón, J. [12]; Turón Viñas, E. [13]; Hernández, A. [14]; Aznar Lazarín, G. [15]; Arrabal Fernández, L. [16]; Bermejo, T. [17]; Monlleó, L. [18]; Escofet, C. [19]; Ruiz García, C. [20]; Paredes, F. [21]; Dapena, M. [22]; López Díaz, A. [23]; Gili, T. [24]; Toledo Bravo, L. [25]; Camacho Salas, A. [26]; Soto Insuga, V. [27]; Olabarrieta, N. [23]; Guillén Martín, S. [28]; Duat Rodríguez, A. [29]; Lorenzo, M. [30]; Domingo, R. [31]; Martínez González, M.J. [23]; Cantarín Extremera, V. [29]; Martí Carrera, I. [32]; Álvarez de Manuel, D. [33]; Miranda Herrero, M.C. [34]; González López, M.T. [33]; Dacruz, D. [35]; Saiz, A. [1]; Graus, F. [1]; Dalmau, J. [36]; Armangué, T. [37]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Neuroinmunología Clínica.

Hospital Clínic de Barcelona; CIBERER; 3. Servicio de Neuropediatría. Complejo Hospitalario Reina Sofía; 4. Servicio de Neuropediatría. Hospital General de Asturias; 5. Servicio de Neuropediatría. Complejo Hospitalario de Navarra; 6. Servicio de Neuropediatría. Complejo Asistencial Universitario de Burgos; 7. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 8. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 9. Servicio de Inmunología. Hospital Virgen del Rocío; 10. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Miguel Servet; 11. Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 12. Servicio de Pediatría. Hospital Costa del Sol; 13. Servicio de Neuropediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 14. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Puerta del Mar; 15. Servicio de Neuropediatría. Hospital del Mar; 16. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 17. Servicio de Neuropediatría. Instituto de Especialidades Pediátricas; 18. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 19. Servicio de Neuropediatría. Hospital de Sabadell; 20. Servicio de Neuropediatría. Hospital Costa del Sol; 21. Servicio de Neuropediatría. Hospital Arnau de Vilanova; 22. Servicio de Infectología e Inmunología Pediátrica. Hospital de Castelló; 23. Servicio de Neuropediatría. Hospital de Cruces; 24. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Sabadell; 25. Servicio de Neuropediatría. Hospital de las Palmas; 26. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre; 27. Servicio de Neuropediatría. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 28. Servicio de Infectología Pediátrica. Hospital de Getafe; 29. Servicio de Neuropediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; 30. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Infanta Cristina; 31. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 32. Servicio de Neuropediatría. H.U de San Sebastián; 33. Servicio de Neuropediatría. Complejo H. Ourense; 34. Servicio de Neuropediatría. Hospital General Gregorio Marañón; 35. Servicio de Neuropediatría. C.H.Universitario; 36. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Clínic; ICREA; University of Pennsylvania; CIBERER; Hospital Sant Joan de Déu; 37. Servicio de Neuroinmunología Clínica Pediátrica. Hospital Clínic de Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu, CIBERER

Objetivos: 1) Caracterizar los síndromes y respuesta inmunológica en encefalitis pediátrica asociada a anticuerpos contra proteínas de superficie neuronal/sinápticos y/o gliales. 2) Identificar nuevos auto-antígenos sinápticos y gliales. 3) Caracterizar la asociación existente entre encefalitis herpética u otras encefalitis infecciosas y autoinmunidad sináptica

Material y métodos: Se incluyeron pacientes pediátricos con sospecha de encefalitis infecciosa, autoinmune o de etiología desconocida durante un período de 12 meses provenientes de una cohorte prospectiva multicéntrica nacional (>50 centros) e internacional. Tanto al debut como en intervalos definidos (a los 21 días, 6 y 12 meses) se realizó recolección de información clínica y radiológica, análisis del suero/LCR mediante inmunohistoquímica en tejido cerebral de rata, inmunocitoquímica en células transfectadas con receptores y otras proteínas sinápticas, y cultivos de neuronas hipocampales de rata.

Resultados: Incluimos 80 pacientes de los cuales se identificaron autoanticuerpos en 12 (15%): 6 (7.5%) NMDAR, 2 (2.5%) MOG, 1 (1.25%) GABAAR, 1 (1.25%) GAD65, y 2 (2.5%) contra antígenos desconocidos. En 3/12 (25%), el cuadro se asoció a una infección viral previa (encefalitis herpética) y anticuerpos contra NMDAR (en uno de ellos con anticuerpos GABAAR concomitantes).

Conclusión: El 15% de pacientes pediátricos con encefalitis inicialmente no filiada, tienen una causa autoinmune asociada a anticuerpos contra antígenos predominantemente de superficie neuronal. La identificación de una causa infecciosa no descarta un proceso autoinmune secundario, por lo que pacientes con recidivas clínicas tras encefalitis herpética u/otras encefalitis virales deben ser evaluados para descartar una etiología autoinmune.

ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD RELATIVA Y ABSOLUTA DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL MOTOR MEDIANTE KINECT-ONE, UN DISPOSITIVO DE REALIDAD VIRTUAL

Serrano Castro, P.J. [1]; Sánchez Martinez, G. [2]; Castro de Luna, G. [2]; Iglesias, M. [1]; Perea Justicia, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Torrecárdenas; 2. Servicio de Neurociencias. Neurobia Research

Objetivos: El principal objetivo de esta investigación es analizar la fiabilidad relativa y absoluta de una serie de maniobras neurológicas utilizadas para evaluar la capacidad motora gruesa, medidas a través de la Kinect-One un sistema de Realidad virtual mediante análisis cinemático del movimiento.

Material y métodos: Para llevar a cabo el estudio se escogió una muestra de 26 sujetos sanos sin patologías, estos realizaron una visita al centro de Investigación, donde se les instruyó como debían realizar las 7 maniobras. Estas maniobras fueron escogidas de distintos ítems de test validados de carácter neurológico como la International Co-operative Ataxia Rating Scale (ICARS), Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS), Test de Berg, maniobra de Romberg, Standing Balance Test y Scale for the Assessment and Rating of Ataxia (SARA).

Resultados: Nuestro sistema de evaluación encontró valores de consistencia interna de moderada a muy buena fiabilidad (ICC: 0.70-0.95) en 14 de las 19 variables estudiadas, con respecto al resto los valores los niveles de fiabilidad fueron más bajos obteniéndose (ICC: 0.30-0.60) en el resto de las variables estudiadas 5 de 19.

Conclusión: Los datos obtenidos son esperanzadores, indicando que el sistema de evaluación diseñado en su mayoría es fiable con el instrumento de la Kinect-One en personas sanas para la detección y evaluación de trastornos motores mediante pruebas neurológicas en clínica, pero son necesarios estudios con mayor muestra, y con personas con trastorno motor e investigar y mejorar el algoritmo matemático para que la evaluación sea una herramienta completamente fiable.

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE ESPASTICIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA LA IMPLANTACIÓN DE BOMBAS DE BACLOFENO INTRATECAL. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

Meca Lallana, V. [1]; Navas Garcia, M. [2]; Palmí Cortés, I. [1]; Torres Díaz, C. [2]; Spottorno, P. [3]; Vivancos Mora, J. [1]; Hernandez Garcia, M.A. [3]; Garcia de Sola, R. [2]; Vazquez Doce, A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: La espasticidad es un trastorno motor caracterizado por aumento de los reflejos tónicos de estiramiento, velocidad dependientes; exaltación de reflejos osteotendinosos; paresia y fatigabilidad muscular; resultado de la hiperexcitabilidad del arco reflejo, como componente del síndrome de neurona motora superior. Su manejo terapéutico es complejo y requiere en ocasiones técnicas invasivas. La implantación y seguimiento de bombas de baclofeno intratecal (BIT) requiere una valoración minuciosa y manejo multidisciplinar. Analizamos los resultados iniciales de la puesta en marcha de una Unidad de Espasticidad multidisciplinar.

Material y métodos: se recogen los datos de eficacia, calidad de vida y seguridad de forma prospectiva en los pacientes a los que se les implanta una BIT en el contexto de una unidad multidisciplinar integrada por Neurólogos, Rehabilitadores y Neurocirujanos.

Resultados: Analizamos el primer año de funcionamiento. Al 80% de los pacientes valorados clínicamente se le realiza test de

baclofeno, y al 100% de los test se les implanta BIT. Se implantan 4 BIT en 6 meses. Se obtiene una disminución media de la espasticidad de 3 puntos en la escala de Ashworth, una mejoría del 50% en escalas de cuidador. Tras 6 meses de seguimiento sin complicaciones graves, un caso de TVP.

Conclusión: La implantación de BIT es un procedimiento complejo e invasivo que requiere estrecho seguimiento y precisa manejo multidisciplinar. En nuestro caso el abordaje multidisciplinar de los pacientes mejora el resultado y disminuye las complicaciones.

Neurología General V

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y AFECTACIÓN COGNITIVA TRAS UN PRIMER ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Muñoz Vega, P.J. [1]; Ramirez Moreno, J.M. [1]; Peral Pacheco, D. [2]; Bartolomé Alberca, S. [1]; Ceberino Muñoz, D. [1]; Martinez Acevedo, M. [1]; Cordova, R. [3]; González Plata, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Departamento de Historia y Bioética. Universidad de Extremadura; 3. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina

Objetivos: Los trastornos psicopatológicos como la depresión o la ansiedad y la alteración de la función cognitiva son frecuentes en pacientes que han sufrido un ictus isquémico. No hay muchos estudios que analicen la frecuencia e impacto de estas alteraciones tras un ataque isquémico transitorio (AIT). Evaluamos la frecuencia de estos trastornos en una cohorte de pacientes tras un primer AIT.

Material y métodos: Examinamos 16 pacientes a los 90 días de un primer AIT y a 17 controles voluntarios, neurológicamente sanos extraídos de la misma población que los casos, todos ellos menores de 70 años. Se realiza una entrevista estructurada recogiendo variables sociodemográficas, de estilo de vida, factores de riesgo y los resultados de las escalas de Hamilton para la Depresión (HDRS-17), de Hamilton para la Ansiedad (HARS-14) y la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA).

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, nivel educativo, económico o presencia de factores de riesgo vascular clásicos entre casos y controles. Entre casos y controles las puntuaciones en las escalas fueron: HDRS 10,25 vs 4,71 (p=0,022); HARS 12,31 vs 4,41 (p=0,010) y MoCA test 23,13 vs 28,24 (p< 0,001). En todos los subdominios cognitivos los casos presentaron significativamente una peor puntuación que los controles excepto en identificación y orientación.

Conclusión: Aunque nuestros resultados deben interpretarse con cautela por la limitación del tamaño de muestra, observamos que los pacientes tras un AIT experimentan síntomas psicopatológicos y cognitivos residuales significativos que pueden afectar en las responsabilidades de la vida diaria.

UTILIDAD DEL V-HIT EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS MAREOS Y VÉRTIGOS

Porta Etessam, J.; González García, N.; García Azorin, D.; Silva, L.; Mayo, D.; Toledo, D.; Romeral, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El vi-hit es una nueva tecnología que mediante la determinación de los movimientos oculares nos permite detectar el movimientos de los mismos mediante un video-Frenzel, analizar el test del impulso cefálico y determinar la presencia de nistagmus espontáneo o posicional

Material y métodos: Se seleccionan pacientes con vértigo, hipofunción vestibular uni y bilateral, mareo neurofisiológico y nistagmus centrales analizando la utilidad diagnóstica del v-hit, mediante el registro basal o inducido del nistagmus, la realización del test del impulso cefálico y el registro continuo del tipo de nistagmus.

Resultados: En 2 pacientes con nistagmus central su registro fue útil para el análisis posterior y determinación del tipo de alteración. En un nistagmus congénito se demostró su naturaleza pendular pese a ser vertical. En 3 pacientes con hipofunción vestibular la prueba del impulso cefálico mostró que no había datos de afectación central y se demostró la afectación bilateral en dos. Dos pacientes con vértigo posicional registraron las características del nistagmus y su duración. Durante la prueba de hiperventilación no se objetivó nistagmus en los enfermos con mareo neurofisiológico. Dos pacientes migrañosas con inestabilidad presentaron un estudio normal.

Conclusión: El v-hit es una técnica útil en el diagnóstico diferencial de los mareos y vértigos. Nos permite detectar con más sensibilidad las alteraciones y registrarla. Es una técnica útil para determinar el origen central o periférica. Posiblemente sea también útil en el seguimiento de los pacientes.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE EN EL USO DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN DISTONÍAS

Urtiaga Valle, S.; Terrero Carpio, R.; Vieira Campos, A.; Labrador Marcos, S.; Balseiro, J.J.; Martinez Menendez, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: La toxina botulínica, neurotoxina producida por el Clostridium botulinum, bloquea la liberación de acetilcolina produciendo una denervación química transitoria. Sus aplicaciones en el ámbito de la neurología son variadas, entre ellas está la del tratamiento de las distonías. Con el siguiente estudio buscamos la comprobación de la utilidad real de la toxina botulínica en la práctica clínica.

Material y métodos: Revisamos la historia de todos los pacientes remitidos a consulta de toxina entre noviembre 1999 y diciembre 2014, extendiendo el seguimiento hasta mayo del 2016 (media de años de seguimiento: 6'6 años). De ellos, 182 lo fueron por distonia (blefaroespasmo 25%, hemiespasmo 39'5% y distonía cervical 17'2%, entre otros). Los datos recogidos han sido analizados en el programa SPSS, realizando estadística descriptiva, correlación de variables y análisis de multivarianza (MANOVA). Se analiza la dosis mínima y máxima eficaz, así como la duración máxima y mínima de eficacia. También se describen los efectos adversos, el porcentaje de abandono y las causas de éste.

Resultados: Sólo 157 del total de pacientes fueron finalmente infiltrados. La toxina resultó de utilidad en el 89,2 % de éstos: 10,2 % con excelente respuesta y 61,2 % con respuesta buena. Un 40,8% presentaron efectos adversos en algún momento a lo largo de los años. En este tiempo, 61 pacientes dejaron de ser infiltrados en nuestro centro, pero en solo 9 de ellos (5,7% del total) el motivo fue la ineficacia.

Conclusión: El uso de la toxina botulínica para el tratamiento de la distonía resulta una técnica eficaz y segura.

PRIONOPATÍA PROTEASA-SENSIBLE. UNA VARIANTE INFRECUENTE DE ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME ESPORÁDICA

Dotor García-Soto, J. [1]; Pérez Carbonell, L. [2]; Carreras Rodriguez, M.T. [1]; López Ruiz, R. [1]; De Toledo Heras, M. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: La prionopatía sensible a proteasas (PrPS) es la patología espongiforme esporádica (ETE) más recientemente iden-

tificada. Desde su primera descripción en EE.UU en 2008, varios casos han sido descritos. Se presenta un caso clínico con estudio anatomopatológico compatible.

Material y métodos: Presentamos a un paciente ingresado en nuestro servicio con cuadro clínico y necropsia compatible con PrPS.

Resultados: Se trata de un varón de 81 años que presenta cuadro progresivo de un año de evolución de síndrome cerebeloso con deterioro cognitivo multidominio asociado (afasia y disfunción ejecutiva prominente) y sintomatología neuropsiquiátrica (alucinaciones y delirios). Se realiza estudio analítico, neurofisiológico, estudio de LCR y de imagen en el que únicamente destaca alteración de señal talámica bilateral y atrofia progresiva en RM sucesivas. Se produce fallecimiento al año del inicio del cuadro. Ante diagnóstico clínico de probable ETE se solicita estudio anatomopatológico a centro de referencia, presentando necropsia compatible con posible PrPS.

Conclusión: La PrPS constituye un subtipo de ETE de reciente descripción caracterizado por una evolución más prolongada y curso clínico atípico. Nuestro paciente presenta fenotipo correspondiente a variante MM con ataxia de presentación, sin haberse descrito alteraciones en RM en dicha variante hasta la fecha.

INFLAMACIÓN RELACIONADA CON ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL (IR-AAC): DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA

Sánchez Tornero, M. [1]; De Oliveira Luisa, P. [1]; Gonzalo Martínez, J.F. [1]; Salió Antonio, M. [1]; Ruiz Morales, J. [1]; Sánchez Sánchez, C. [1]; Hernández Laín, A. [2]; Ramos González, A. [3]; Hilario Barrio, A. [3]; Villarejo Galende, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La ir-ACC es un infrecuente proceso inflamatorio del sistema nervioso central, con escasa literatura respecto a su prevalencia, características clínicas, radiológicas, neurofisiológicas y posibilidades terapéuticas.

Material y métodos: Revisión de una serie de 4 pacientes con diagnóstico de ir-AAC entre 2005-2015. Se aplicaron de forma retrospectiva los criterios diagnósticos de Auriel et al, JAMA Neurol 2016.

Resultados: El 100% de los pacientes eran hombres, con una edad media al diagnóstico de 83 años (mediana 80 años, rango 77-94). La forma de presentación fue subaguda (75%) o aguda (25%) con manifestaciones cognitivas (100%), comiciales (75%), déficits focales (50%) y cefalea (25%). Extistió pleocitosis en líquido cefalorraquídeo en 1 caso, con proteinorraquia significativa en dos de ellos. En todos se objetivaron alteraciones radiológicas, siendo los hallazgos más comunes la existencia de una hiperintensidad de señal en T2 y FLAIR (100%), de localización predominantemente derecha (75%) y con afectación del lóbulo parietal en todos los casos, con realce tras la administración de contraste (100%) y presencia de microsangrados en el 100% de los estudios. Se realizó biopsia para confirmar el diagnóstico en uno de los cuatro pacientes. Se realizó un PET de amiloide en dos de los pacientes, siendo positivo en uno de ellos. Se instauró tratamiento (corticoides ± inmunomoduladores) en la totalidad de los pacientes, observándose resultados al menos parciales en todos ellos.

Conclusión: La ir-AAC es una causa infrecuente pero tratable de demencia rapidamente progresiva en pacientes de edad avanzada, debiéndose considerar también ante la aparición eventos comiciales, focalidad neurológica o con hallazgos de neuroimagen compatibles.

EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA EN ESPASTICIDAD EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

Terrero Carpio, R.; Vieira Campos, A.; Urtiaga Valle, S.; Labrador Marcos, S.; Guerra Schulz, E.; Balserio Gómez, J.; Martínez Menéndez, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Analizar los resultados del uso de toxina botulínica, características demográficas de nuestra población, toxicidad y abandonos y sus motivos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, se incluyen todos los pacientes citados en la consulta de toxina botulínica desde Noviembre 1999 hasta Diciembre 2014 y seguimiento dos años más. La recogida de información se realiza mediante revisión de historia clínica. Los datos se registran en tabla Excel y el análisis estadístico con SPSS versión 18.

Resultados: Del total de 247 pacientes citados por espasticidad reciben tratamiento 216 (se excluyen 27 por errores de citación, mejoría, desestimación de tratamiento) y una media de seguimiento de 6.17 años con un rango entre 1 y 18 años del mismo. Entre las causas de la espasticidad se incluyen ACVA 31.5%, EM 5.6% y PCI 44.4%. Se registra una eficacia excelente o buena en 66.7% de los tratados, apareciendo efectos secundarios en 9.7% en su mayoría debilidad muscular y dolor local. Las dosis media mínimas utilizadas fueron de 86.96 Unidades Botox y 507.21 Unidades Dysport y máximas de 169.47 y 956.34 respectivamente. Se objetivan 116 abandonos de los cuáles el 14.4 % por ineficacia y 2.58% debido a efectos secundarios.

Conclusión: El tratamiento con toxina botulínica para espasticidad es eficaz y seguro, y los datos obtenidos en práctica clínica habitual son consistentes con otros estudios realizados.

INFLUENCIA DE LA DISFAGIA ASOCIADA AL ICTUS EN EL PRONÓSTICO AL ALTA HOSPITALARIA

Martínez Acevedo, M.; Ramírez Moreno, J.M.; Córdova Infantes, M.D.R.; Ceberino Muñoz, D.; Muñoz Vega, P.J.; Roa Montero, A.M.; Constantino Silva, A.B.; Querol Pascual, M.R.; Marcos Toledano, M.D.M.

Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina

Objetivos: La disfagia asociada al ictus se ha relacionado con un mayor riesgo de infección pulmonar, riesgo de malnutrición y deshidratación, lo que puede conllevar un peor pronóstico funcional y coste hospitalario. Nuestro objetivo es evaluar el impacto que tiene la disfagia en el pronóstico funcional y la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Se estudiaron 285 pacientes consecutivos ingresados por ictus agudo con una NIH mayor de 3 puntos y documentado mediante RM cerebral. La presencia de disfagia se evaluó clínicamente y por test de cribado. Analizamos la fuerza de asociación de la disfagia con la duración de la estancia hospitalaria, la evolución clínica al alta mediante la escala de Rankin (emR), así como la mortalidad hospitalaria. El análisis multivariante se realizó mediante Regresión logística binaria.

Resultados: Edad media 71,0 (DS 12,6) años, el 62,1% (177) fueron varones. 72 sujetos (25,3%) presentaron disfagia, de los que 68 (94,4%) precisaron de sonda nasogástrica y nutrición enteral. La disfagia se asoció significativamente con la edad, ictus de territorio anterior y gravedad según la escala NIH. En el análisis multivariante la disfagia se asoció de forma independiente con una puntuación 3-6 en la emR: OR 4,33 (IC 95% 1,37-13,63; p=0,012) y una mayor estancia hospitalaria: OR 3,24 (IC 95% 1,20-8,77; p=0,020).

Conclusión: La disfagia es una complicación frecuente en el ictus y un factor independiente asociado con mal pronóstico funcional. Por el impacto en la estancia probablemente sea uno de los factores que mas incrementan el gasto sanitario hospitalario.

ERRORES DIAGNÓSTICOS EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. SERIES DE CASOS DE GRAN CANARIA

Loscertales Castaños, J.B. [1]; Cabrera Naranjo, F.H. [1]; Mendoza Grimón, D. [1]; González Hernández, A. [1]; Ramos Rodríguez, D. [1]; Ledesma Velázquez, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin

Objetivos: Analizar una serie clínica de pacientes con Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), reflejando los errores diagnósticos más frecuentes y su repercusión en el proceso diagnóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Analizamos una muestra 40 pacientes consecutivos, recogidos de manera retrospectiva entre 2012 y 2016.

Resultados: La edad media fue 65 años con 14 hombres y 26 mujeres. Un 33.3% de inicio bulbar y un 66.6% de inicio espinal. El retraso diagnostico global fue de 20.16 meses. En las formas de inicio espinal fue de 24.25 meses y en las de inicio bulbar fue 14.25 meses. Hasta el 66% de los pacientes recibieron diagnósticos alternativos previos, de ellos el 25% fue de Polirradiculopatía, un 15% fue de polineuropatía y un 20% de patología laríngológica local. El retraso en aquellos que recibieron diagnósticos alternativos previos fue de 25 meses y en los que no 12.75 meses. Del total de pacientes diagnosticados previamente de otra patología el 50% recibió tratamiento quirúrgico para este diagnóstico alternativo, esto ocurrió con mayor frecuencia en las forma de inicio en miembro inferiores.

Conclusión: Los errores diagnósticos son una fuente de retraso diagnóstico y abordajes inapropiados en los pacientes con ELA. La identificación de casos sospechosos y su derivación a Unidades especializadas podría evitar una demora diagnóstica en estos pacientes contribuyendo a que reciban una atención óptima en programas multidisciplinares que podrían aumentar su calidad de vida y su supervivencia.

MAREO DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA. ANÁLISIS DE UN AÑO DE ATENCIÓN URGENTE

Rodríguez Pardo de Donlebún, J. [1]; de Celis, E. [1]; Dahl, F. [1]; Mato, T. [2]; Calle De Miguel, C. [1]; Frade Pardo, L. [1]; Pérez Lucas, J. [1]; Álvarez Fraga, J. [1]; Pastor, S. [1]; Sastre, M. [1]; Prim, P. [2]; Martínez Sánchez, P. [1]; Díez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con mareo inespecífico, su impacto asistencial y factores de riesgo de recurrencia.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de pacientes atendidos en Urgencias de un hospital terciario por mareo como juicio clínico inicial en 2015. Se excluyeron aquellos con causa probable tras su evaluación urgente. Se revisaron historias clínicas y registros de atención primaria hasta Junio 2016. Se analizaron datos demográficos, comorbilidades, tratamientos, características del mareo, manejo y seguimiento mediante análisis multivariantes.

Resultados: 404 pacientes con mareo de causa indeterminada. El 61% mujeres, edad media 56+-22 años. Los síntomas asociados más frecuentes fueron sensación de inestabilidad (48%) y cortejo vegetativo (38%). La inestabilidad se asoció a toma de beta-bloqueantes (p=0,007); la cefalea y el giro de objetos al sexo femenino (p=0,004; p=0,002), el cortejo vegetativo y la cefalea a menor edad (p=0,017; p=0,04). El 18% recibió TC craneal urgente, sobre todo hipertensos (p=0,022) y con inestabilidad (p=0,005). Los tratamientos más prescritos fueron benzodiacepinas (29%) y antidopaminérgicos (25%), más en pacientes con giro de objetos (p=0,023; p=0,002). El 54% requirió nueva atención, suponiendo 349 visitas al MAP, 95 Otorrinolaringología, 76 Neurología y 33 Psiquiatría. Solo el 21% de reevaluados obtuvieron un diagnóstico objetivo (37% síndrome vestibular periférico, 15% ansiedad, 11% ictus/tumor/aneurisma, 37% otros). Obtener un diagnóstico objetivo durante el seguimiento se asoció a haber recibido tratamiento IV en Urgencias (p<0,001), y no haber sido prescritos antidopaminérgicos (p=0,001).

Conclusión: El mareo inespecífico es un problema frecuente, con importante impacto asistencial e incertidumbre diagnóstica que aumenta en aquellos pacientes tratados con antidopaminérgicos.

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CON FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DURAL ESPINAL

Painous Martí, C. [1]; Querol Guitiérrez, L. [1]; Muñoz Hernández, F. [2]; San Roman Manzanera, L. [3]; Gómez-Ansón, B. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Presentamos tres pacientes con fistula arterio-venosa dural (FAVD) espinal. Describimos los hallazgos clínico-radiológicos y el tratamiento efectuado.

Material y métodos: Paciente 1: Varón de 56 años afecto de adenocarcinoma de recto estadio IV. Acude a Urgencias por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por pérdida de fuerza en EEII, hipoestesia y urgencia miccional. Paciente 2: Varón de 56 años con cuadro de 2 meses de evolución consistente en paraparesia flácida progresiva de EEII, ataxia sensitiva y arreflexia. Inicia clínica esfinteriana durante el ingreso. Paciente 3: Mujer de 73 años derivada a consultas de Neurología para estudio de posible miopatía. Desde hace 4 años, a los 10-15 minutos de estar caminando, inicia disestesias en los muslos seguido de pérdida de fuerza proximal y caída al suelo.

Resultados: El diagnóstico de presunción fue de carcinomatosis meníngea (Paciente 1), polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (Paciente 2) y miopatía (Paciente 3). La RM medular, realizada posteriormente, mostró en los tres casos hiperseñal intramedular –edema- y estructuras serpinginosas que captaban contraste en el dorso medular -vasos prominentes-. La arteriografía confirmó la sospecha diagnóstica de FAVD, lumbar (Paciente 1 y 3) y sacra (Paciente 2). Recibieron tratamiento endovascular, con oclusión total de la FAVD en dos de ellos (Paciente 1 y 2). En la paciente 3, la oclusión fue parcial, procediendo al cierre definitivo vía microcirugía en un segundo tiempo.

Conclusión: Las FAVDs son una entidad de difícil diagnóstico debido a la gran variabilidad clínica con la que pueden debutar. Es fundamental el diagnóstico precoz para evitar el daño medular irreversible.

"LA ERA DE LO ATÍPICO": CAMBIOS EN LA CLÍNICA DE DEBUT EN PACIENTES CON NEUROSÍFILIS

García Vasco, L. [1]; Garzo Caldas, N. [1]; Ivánovic Barbeito, Y.P. [1]; Barragán Martínez, D. [1]; Urbanos Núñez, A. [1]; Pérez Rivilla, A. [2]; Villarejo Galende, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El diagnóstico de neurosífilis puede entrañar un reto en pacientes con cuadros atípicos si no existe una sospecha diagnóstica. Recientes series clínicas sugieren un incremento de formas atípicas, como cuadros pseudoencefalíticos, en detrimento de la frecuencia de los cuadros clásicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los aspectos clínicos de pacientes con neurosífilis en nuestro centro en los últimos 10 años.

Resultados: Recogemos 21 pacientes con criterios diagnósticos de neurosífilis: 7 de ellos (33%) con neurolúes asintomática y 14 pacientes (67%) con diversa sintomatología como debut de la enfermedad. Todos los casos fueron hombres con serología en suero (reagínica y treponémica) positiva y LCR con perfil citobioquímico y VDRL compatible. La edad media fue de 46±14 años,

siendo un 52 % (11 individuos) VIH positivos y 7 de ellos (33%) diagnosticados previamente de sífilis. De los casos sintomáticos, un 29% (4 pacientes) debutaron con clínica atípica para neurosífilis precoz (50% con clínica encefalítica y 50% psiquiátrica, todos en casos no-VIH y sin diagnóstico de sífilis previo), dividiéndose el resto en formas meningovasculares (29%), oftalmológicas (21%), cognitivas (14%) y otorrinolaringológicas (7%). Todos ellos completaron adecuadamente tratamiento con Penicilina.

Conclusión: Se observa un incremento de frecuencia de casos con clínica atípica respecto a los cuadros clásicos, principalmente formas que plantean un diagnóstico diferencial con encefalitis agudas. El incremento en el número de serologías solicitadas puede favorecer el diagnóstico de formas agudas/subagudas, evitando la evolución a las formas clásicas, como la tabes dorsal o la parálisis general progresiva.

PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA: DE LA NEUROIMAGEN A LA ETIOLOGÍA

Toledo Alfocea, D. [1]; Mayo Canalejo, D. [1]; Gómez Mayordomo, V. [1]; Gutiérrez Sánchez de la Fuente, M. [1]; Hernández González-Monje, M. [1]; Jorquera Moya, M. [2]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La paquimeningitis es una entidad infrecuente que puede ser consecuencia de diversos procesos. Las presentaciones clínicas son muy variadas, además puede ser hallazgo casual en neuroimagen de rutina. Nuestro objetivo es determinar las principales causas de paquimeningitis diagnosticadas mediante resonancia magnética craneal (RM) en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de paquimeningitis, realce dural o engrosamiento dural en RM. Se realizó búsqueda en la base de datos del servicio de radiodiagnóstico de un hospital terciario de mayo de 2011 a mayo de 2016, excluyendo los casos secundarios a secuelas neuroquirúrgicas.

Resultados: Se analizaron un total de 33 pacientes (16 H, 17M), con una edad media de 57.5 años. La principal causa registrada fue hipotensión de líquido cefalorraquídeo (54.5%), seguida por neoplasia (21.2%) e infecciosa (18.2%), con infecciones otógenas, por listeria y lúes. Otras etiologías como idiopática o vascular fueron menos frecuentes. No se registró ningún caso de etiología autoinmune. En los pacientes que se determinó la IgG 4 fue negativa. De entre las causas neoplásicas, destaca el adenocarcinoma de mama (71.4%).

Conclusión: El hallazgo de paquimeningitis en una prueba de neuroimagen obliga a un diagnóstico diferencial amplio. Una historia clínica completa con especial énfasis en los antedecentes y una exploración detallada son fundamentales. La presentación clínica también puede orientar a la etiología y puede ser el debut de procesos oncológicos. Descartada la hipotensión de LCR el resto de las etiologías pueden requerir un tratamiento precoz.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN NEUROLOGÍA

Colina Lizuaín, S.; Castillo Alvarez, F.; Gómez Eguilaz, M.; Erdocia Goñi, A.; Iglesias Gutierrez Cecchini, C.; Sánchez Ruiz de Gordoa, J.; López Pérez, M.A.; Marzo Sola, M.E.

Servicio de Neurología. Hospital San Pedro

Objetivos: Determinar la frecuencia y causas de mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados en Neurología de un hospital de segundo nivel entre 2007 y 2015.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fallecieron durante un ingreso en Neurología entre 2007 y 2015.

Resultados: 10.033 pacientes ingresaron en Neurología en el periodo 2007-2005, de ellos fallecieron 674 (6.72%); 345 hombres y 329 mujeres; con una edad media de 81,28 años, siendo 3.75 años más precoz la edad de fallecimiento de los hombres ($p < 0.0001$). La principal causa de muerte fue el accidente cerebrovascular (ACV) (277 isquémico, 174 hemorrágico), seguido del traumatismo craneoencefálico (75). El 32.2% de las muertes por ACV estuvieron relacionadas con infecciones, con una tasa que ha variado de manera significativa a lo largo de los años. Por grupos de edad las causas de mortalidad cambian de forma significativa, no registrándose muertes por ACV en el grupo menor de 40 años y suponiendo hasta un 70.6% dentro del grupo mayor de 81 años. La muerte por cáncer e infecciones son más frecuentes en el grupo 61-80 años y las enfermedades neuromusculares en el grupo 41-60 años. No hubo diferencias en la causa en función del sexo. En 580 paciente (86.1%) se había limitado el esfuerzo terapéutico antes del fallecimiento.

Conclusión: Los hombres fallecen de las mismas causas que las mujeres pero a una edad más precoz. El ACV supone la principal causa de muerte. A pesar de los avances, la frecuencia de mortalidad se ha mantenido estable en el tiempo.

MENINGOENCEFALITIS CRÓNICA POR ENTEROVIRUS EN RELACIÓN CON RITUXIMAB

Garzo Caldas, N. [1]; Blanco Palmero, V.A. [1]; Vila Bedmar, S. [1]; Llamas Velasco, S. [1]; Panades De Oliveira, L. [1]; Rodríguez López, C. [1]; Uriarte Perez de Urabayen, D. [1]; Folgueira, M.D. [2]; Hernández Lain, A. [3]; Ruiz Sanz, E. [4]; Villarejo Galende, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Microbiologia. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Anatomia Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre; 4. Servicio de Hematología. Hospital del Tajo

Objetivos: La meningoencefalitis crónica por enterovirus es una complicación infrecuente descrita en pacientes con inmunosupresión selectiva de células B, congénita o secundaria a tratamientos biológicos como rituximab

Material y métodos: Descripción de un caso y revisión bibliográfica

Resultados: Varón de 66 años en tratamiento con rituximab por una Macroglobulinemia de Waldenström. Presenta un cuadro subagudo y progresivo de fiebre, astenia y fluctuaciones del nivel de conciencia, siendo la exploración neurológica compatible con una encefalopatía difusa. Las pruebas complementarias no mostraron hallazgos específicos: RM cerebral con atrofia cortico-subcortical, LCR con pleocitosis mononuclear leve e hiperproteinorraquia, sin aislamientos microbiológicos de bacterias, virus ni hongos. Ante la ausencia de diagnóstico etiológico se decidió realizar una biopsia cerebral, que mostró infiltrados de linfocitos T en parénquima y meninges, con distribución perivascular (nódulos microgliales), y ausencia de linfocitos B, compatible con encefalitis vírica o autoinmune. La RT-PCR para enterovirus en tejido cerebral fue positiva. Se suspendió el rituximab y se inició tratamiento con inmunoglobulinas sin clara mejoría. El paciente falleció por una complicación infecciosa 8 meses después del inicio del cuadro. En la literatura se han descrito 10 casos de meningoencefalitis por enterovirus en relación con rituximab y únicamente en uno de ellos se tuvo que recurrir a la biopsia para el diagnóstico.

Conclusión: 1. Un resultado negativo de la PCR de enterovirus en LCR no excluye este diagnóstico 2. En casos de meningoencefalitis crónica de etiología incierta la biopsia cerebral puede ser diagnóstica, incluso en ausencia de lesiones macroscópicamente visibles.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN PACIENTE TERMINAL CON ICTUS

Alcántara Miranda Alcántara Miranda, P.; Villacieros Álvarez, J.; Trillo Senín, S.; Ximénez-Carrillo Rico, Á.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Conocer las características predisponentes de los pacientes con ictus en los que se ha establecido AET en nuestro Servicio y de su atención intrahospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y transversal de todos los pacientes con ictus, en los que se estableció AET en nuestro Servicio desde el 01-2013 al 12-2015. Se recogieron 48 variables sobre características basales, comorbilidades, datos clínicos y manejo intrahospitalario en relación con la AET (medidas retiradas, terapéutica utilizada, interconsulta a paliativos, etc).

Resultados: N= 111. 65 % Mujeres. Edad media=84 añosDE[±8,5]. Presencia de comorbilidad importante y/o mRs≥4= 71%. Mediana de NIHSS al ingreso= 23 AI[±8]. Media de tiempo al fallecimiento desde AET= 3,5 días DE[±3,3]. Situación más frecuente que lleva a AET: GCS<10 persistente (61%). Necesidad de SNG= 82%. Pacientes que han expresado explícitamente evitar medidas invasivas= 6(5,4%). Dosis media de morfina inicial= 9,8mg DE[±11] y de máxima alcanzada=15,8mg DE[±12]. Administración de midazolam en 26%. El menor número de días hasta AET se relacionó con la presencia de comorbilidad importante/mRs>4 (p=0.03), NIHSS al ingreso (p=0.01), pero no con la edad, el tipo de infarto ni la localización. Ni la dosis inicial de morfina ni el uso de midazolam se relacionaron con menos días hasta el fallecimiento desde AET.

Conclusión: La AET en nuestro centro ha tendido a realizarse en pacientes con comorbilidad importante e ictus grave, siendo el bajo nivel de consciencia persistente la razón principal de la AET. Se ha identificado un manejo altamente heterogéneo en estos casos, que nos sugiere la necesidad de una atención más protocolizada en ellos.

Neurooncología

PREDICTORES DE CÁNCER OCULTO EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL

Quintas Gutiérrez, S. [1]; Dotor García-Soto, J. [1]; Reig Roselló, G. [1]; Rogado Revuelta, J. [2]; Pacheco Barcia, V. [2]; Gullón Tosio, P. [3]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Oncología. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Escuela Nacional de Sanidad. Insituto de Salud Carlos III

Objetivos: El infarto cerebral es la segunda complicación neurológica más frecuente en pacientes con cáncer, siendo en ocasiones la primera manifestación de un cáncer oculto. Estudiamos pacientes que, tras presentar un infarto cerebral, son diagnosticados de cáncer(P-T) y analizamos las posibles diferencias con el grupo que no presenta tumor(P-NT).

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro entre 1/01/2012 y 30/11/2014 con diagnóstico de infarto cerebral. Periodo de seguimiento: 18meses. Se excluyeron pacientes con: AIT o hemorragia cerebral, cáncer activo o en los últimos 5 años, imposibilidad para seguimiento y ausencia de estudio complementario completo (holter-electrocardiograma, ecocardiograma y angioTC/doppler de troncos supraaórticos). Se comparan características demográficas, clínicas y analíticas entre P-T y P-NT.

Resultados: N=381 pacientes (55,64%hombres, edad media 67,31;DE14,09); P-T= 29 pacientes (7,61%). Mediana de tiempo para diagnóstico de tumor:6 meses. Localización más frecuente: colon(24%). Metastásico al diagnóstico: 35%. Media de edad en P-T: 74,45años frente a 66,56 en P-NT(p=0,005;OR1,05 1,01-1,09). El antecedente oncológico hace >5años (p=0,05; OR2,84 1,1-8,12) y la enfermedad renal crónica(ERC) (p=0,01;OR4,11 1,39-12,09) fueron predictores de neoplasia oculta. No encontramos diferencias significativas respecto a analítica de ingreso, presencia de factores de riesgo vascular o gravedad/pronóstico /etiología del ictus.

Conclusión: En nuestra muestra, la edad, la presencia de ERC y el antecedente de neoplasia en remisión desde >5años se relacionaron con diagnóstico de cáncer tras un infarto cerebral. Son necesarios más estudios para poder determinar qué pacientes podrían beneficiarse de un mayor estudio en el ingreso que permita un diagnóstico y tratamiento precoz del proceso oncológico subyacente.

NEURITIS ÓPTICA DE REPETICIÓN DE ORIGEN PARANEOPLÁSICO EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

Ceberino Muñoz, D.J. [1]; Marcos Toledano, M.D.M. [1]; Muñoz Vega, P.J. [1]; Martínez Acevedo, M. [1]; Córdova Infantes, R. [1]; Constantino Silva, A.B. [1]; Roa Montero, A.M. [1]; Romaskevych Kryvulya, O. [2]; Querol Pascual, M.R. [1]; Ramírez Moreno, J.M. [1]; Duran Herrera, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Puerto

Objetivos: Presentamos un caso de neuritis óptica paraneoplásica (NOP), síndrome infrecuente descrito principalmente con cáncer de pulmón de células pequeñas y renal. Consiste en una pérdida gradual de visión monocular que progresa al ojo contralateral en semanas.

Material y métodos: Varón de 70 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata estadío IV por criterios clínico-patológicos 10 meses antes. Ingresa por pérdida de visión gradual en el ojo izquierdo, progresando días después al derecho. En la exploración el fondo de ojo demuestra papilas blanquecinas y signos de edema confirmados por OCT. Presenta unos PEV con aumento de latencia bilateral. Se pauta tratamiento corticoideo con mejoría clínica del paciente. Un mes después, coincidiendo con la suspensión de corticoides reingresa por un nuevo episodio. El estudio de autoinmunidad detecta anticuerpos anti-CRMP-5/CV2, respondiendo a inmunoglobulinas. Posteriormente reaparece la NOP y se retrata con inmunolgobulinas. En Tc de control se evidencia progresión de la enfermedad a pesar de PSA controlado, por lo que se repite la biopsia y se obtiene una estirpe celular neuroendocrina de célula pequeña.

Resultados: Dados los nuevos hallazgos, planteamos la posibilidad de que el tumor actualmente presente más de una estirpe celular, como sucede en otros órganos. En la revisión realizada de la literatura no hemos encontrado ningún caso de NOP asociada a cáncer de próstata.

Conclusión: Es importante sospechar la etiología de NOP en pacientes con edad avanzada. Proponemos que la presencia de estirpe neuroendocrina de células pequeñas puede jugar un papel importante en la autoinmunidad del NOP.

SÍNDROMES NEUROLÓGICOS PARANEOPLÁSICOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS ANTI-MA Y ANTI-MA 2. REVISIÓN CLÍNICA DE 32 CASOS DESDE UN CENTRO DE REFERENCIA

Ortega Suero, G. [1]; Sola Valls, N. [2]; Escudero, D. [2]; Saiz, A. [2]; Graus, F. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Analizar el perfil clínico, tipos de tumor asociado y respuesta al tratamiento de los síndromes neurológicos paraneoplásicos asociados a anticuerpos contra proteínas Ma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con anticuerpos contra proteínas Ma identificados en un laboratorio de referencia en neuroinmunología.

Resultados: Se diagnosticaron treinta y dos pacientes, veinte con reactividad frente a Ma2 aislada (anticuerpos anti-Ma2), once con reactividad frente a Ma1 y Ma2 (anticuerpos anti-Ma) y uno con reactividad frente a Ma1 aislada (anticuerpos anti-Ma1). La presentación clínica más frecuente fue la afectación del sistema límbico de forma aislada o en combinación con encefalitis diencefálica y/o mesencefálica. Tres pacientes presentaron un cuadro cerebeloso aislado, todos ellos con anticuerpos anti-Ma (p= 0,037), y dos pacientes un síndrome periférico, ambos anti-Ma2. Los tumores testiculares fueron los más frecuentes (40%) en los casos anti-Ma2. En el grupo asociado a anti-Ma1, los más frecuentes fueron los tumores de pulmón (36%), seguidos de los testiculares. Todos los casos idiopáticos fueron reactivos frente a Ma2. La evolución clínica fue significativamente mejor en el grupo anti-Ma2 (p= 0,01). El paciente con anti-Ma1 presentó un cuadro de encefalitis límbica y mesodiencefálica asociado a un cáncer linfoepitelial de vejiga.

Conclusión: La determinación específica de las diferentes reactividades de las proteínas Ma, diferenciando los anticuerpos frente a Ma1 y Ma2, es importante pues los síndromes neurológicos asociados a anticuerpos anti-Ma2 responden mejor al tratamiento. Finalmente, se confirma por primera vez que puede haber casos con anticuerpos que sólo reaccionan contra Ma1.

SERIE DE CASOS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNES CON ANTICUERPOS FRENTE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE EN HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Martín-Oar María-Tomé, I.; Macías García, D.; Pardo Galiana, B.; Cabezas Rodríguez, J.A.; De la Torre Laviana, F.J.; Palomino García, A.; Jiménez Hernández, M.D.

Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La importancia de la patología autoinmune en la neurología ha aumentado en la última década debido a la descripción de entidades como las encefalitis autoinmunes (EAI) con AC frente a antígenos de superficie, frecuentes en jóvenes y de buen pronóstico con tratamiento precoz. Nuestra intención es describir nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de EAI mediante una serie de casos en nuestro hospital.

Material y métodos: De la revisión de 10 años de EAI seleccionamos para la presentación 4 casos con marcadores etiopatogénicos identificados. Describimos 4 pacientes con EAI con AC frente a antígenos superficie. Dos presentaron AC anti-receptor NMDA, uno AC anti-receptor AMPA y otro AC anti-canales de K+.

Resultados: Todas las pacientes eran mujeres, presentaron cuadros de encefalitis límbica de inicio agudo-subagudo con trastornos mnésicos y del nivel de conciencia, crisis epilépticas y trastornos del movimiento. La neuroimagen RM mostró variabilidad en secuencias de mayor sensibilidad en hipocampos, desde isointensa a hiperintensidad en FLAIR. Se realizó tratamiento corticoideo e inmunoterapia en fase aguda con tratamiento inmunosupresor posterior. Las dos pacientes más jóvenes presentaron instauración más abrupta de la clínica y tumor asociado en el estudio de extensión (teratoma y carcinoma microcítico pulmón), sin embargo presentaron una mejor respuesta a la inmunosupresión objetivándose mejoría incluso tras 18 meses del inicio del tratamiento.

Conclusión: Las EAI constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades probablemente infradiagnosticadas por la complejidad en la detección y aislamiento de marcadores patogénicos de las mismas. Son necesarios estudios para comprender mejor el tratamiento y el pronóstico de esta patología.

PAUTAS DE MANEJO Y PRONÓSTICO EN GLIOMAS DIFUSOS DE BAJO GRADO DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2000-2010 EN ESPAÑA

Izquierdo Gracia, C. [1]; Martino, J. [2]; Bruna, J. [1]; Graus, F. [3]; Gonzàlez, J. [3]; Salu, J.G. [4]; Diaz, L. [5]; Baéz, J.M. [6]; Martinez, F.R. [7]; Cicuéndez, M. [7]; Cordero, E. [7]; Solivera, J. [8]; Guarin, M.J. [9]; Prat, R. [10]; Lopez de Munain, A. [11]; Arrazola, M. [12]; Sampron, N. [13]; Matheu, A. [14]; Conesa, G. [15]; Villalba, G. [15]; Barcia, J.A. [16]; Rascon, F. [17]; Merina, J. [18]; Belenguer, A. [19]; Molla, B. [19]; Garcia, A. [20]; Da Silva-Freitas, R. [2]; Escudero, D. [21]; Garcia, R. [22]; Teixidor, P. [22]; Manuel-Rimbau, J. [22]; Alvarez, M. [23]; Antuña, A. [24]; Sandoval, H. [25]; Pérez, A. [26]; Serramito, R. [26]; Santin, J.M. [26]; Arraez, M.A. [27]; Carrasco, A. [27]; Martin, A. [27]; Delgado, P. [28]; Martin, J. [28]; Rodriguez, A. [29]; Saab Mazzei, A. [29]; Revuelto, J.M. [29]; Brell, M. [30]; Prieto, A. [31]; Salazar, J. [32]; Gefaell, J. [32]; Diez, R. [33]; Tejada, S. [33]; Gallego, J. [34]; Gil, S. [35]; Gomez, L. [36]; Cortés, S. [37]; Lorente, A. [38]; Fortes, J. [39]; Rojas, Í. [40]; Rivero, D. [37]; Aguas, J. [41]; Zazpz, I. [42]; Garcia, J.C. [42]; Bances, L. [43]; Fernandez, I. [44]; Ortega, M. [44]; Lorite, N. [45]; Comuñas, F. [43]; Perez, R. [46]

1. Unidad funcional de Neuro-Oncología. Hospital Universitari de Bellvitge-ICO Duran i Reynals, Hospitalet del Llobregat. Barcelona.; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 4. Servicio de Oncologia radioterapica. Hospital Universitario Puerta del Mar; 5. Servicio de Oncologia Radioterapica. Hospital Universitario Puerta del Mar; 6. Servicio de Anatomia patologica. Hospital Universitario Puerta del Mar; 7. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 8. Servicio de Neurocirugía. Hospital Reina Sofía; 9. Servicio de Nuerocirugia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 10. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 11. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 12. Servicio de Neurocirugía. Policlínica Guipuzkoa, S.A.; 13. Servicio de Neurocirugía. Onkologikoa; 14. Servicio de Oncologo. Instituto Biodonostia; 15. Servicio de Neurocirugía. Hospital del Mar; 16. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico San Carlos; 17. Servicio de Neurocirugía. Complejo Universitario de San Carlos; 18. Servicio de Neurocirugía. Hospital General de Castelló; 19. Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló; 20. Servicio de Oncologia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 21. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 22. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 23. Servicio de Neurocirugía. Hospital Central de Asturias; 24. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 25. Servicio de Neurocirugía. Hospital General de Albacete; 26. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario 12 de Octubre; 27. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria; 28. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de Burgos; 29. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 30. Servicio de Neurocirugía. Complejo Asistencial Son Espases; 31. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 32. Servicio de Neurocirugía. Hospital de Basurto; 33. Servicio de Neurocirugía. Clínica Universitaria de Navarra; 34. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 35. Servicio de Neurocirugía. Hospital Quirón San José; 36. Servicio de Neurología. Hospital Quirón San José; 37. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet; 38. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 39. Servicio de Anatomia patologica. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 40. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; 41. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 42. Servicio de Neurocirugía. Hospital de Na-

varra; 43. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 44. Servicio de Neurocirugía. Hospital Infanta Cristina; 45. Servicio de Neurocirugía. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 46. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos: Evaluar el manejo y pronóstico de los gliomas de bajo grado (GBG) en España. Analizar los factores pronósticos de progresión, transformación anaplásica y supervivencia. Estudiar las características de los GBG en los ancianos (>60 años).

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las bases de datos de 28 centros españoles (2000-2010). Se registraron variables demográficas, clínico-radiológicas y de tratamiento. La supervivencia global (SG) y las variables de tiempo fueron analizadas mediante el método Kaplan-Meier. El Recursive Partitioning Analysis (RPA) fue utilizado para identificar subgrupos pronóstico de pacientes.

Resultados: Se analizaron 649 pacientes, 72 (11.1%) > 60 años. La edad media fue de 41.6 años (rango 18.5-77.9). El 80.6% (n=523) de los pacientes fueron resecados, el 19.4% (n=126) biopsiados. Un tercio de los tumores localizados en áreas elocuentes (n=97/352) fueron intervenidos mediante monitorización intraoperatoria. Los tiempos medios hasta la progresión, malignización y SG fueron de 4.4 años (0.1-15.2), 4.2 (0.3-12.4), 6.1 años (0-15.2). La SG en ancianos fue significativamente menor (p<0.001). El RPA usando el índice de Pignatti (IP), variables clínico-radiológicas y de tratamiento identificó 4 nodos pronósticos asociados a SG. La regresión de Cox validó su carácter pronóstico independiente. El análisis multivariante en ancianos mostró el impacto positivo en SG de la resección quirúrgica (p=0.006), el IP (P=0.041) y posiblemente del tratamiento complementario (p=0.056).

Conclusión: Los GBG se localizan mayoritariamente en áreas elocuentes, pero sólo el 27.6% son monitorizados intraoperatoriamente. La RPA es una posible nueva herramienta pronostica de SG que complementaría al IP. Los ancianos se benefician de tratamiento activo

MANEJO INICIAL DEL LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DEL GRUPO ESPAÑOL DE NEURO-ONCOLOGÍA Y GELTAMO. RESULTADOS PRELIMINARES

Velasco Fargas, R. [1]; Graus, F. [2]; Vidal, N. [3]; Domingo, E. [4]; Alaña, M. [5]; Martín, A. [6]; Ibañez, M.J. [7]; Bataller, L. [7]; Bobillo, S. [8]; Sancho, J.M. [9]; Surigué, M. [9]; Caldú, R. [10]; González, M. [10]; Cacabelos, P. [11]; Muntañola, A. [12]; Gómez, L. [13]; Caballero, A. [14]; Erro, E. [15]; Gállego, J. [16]; Salar, A. [17]; Baron, M. [18]; Huertas, N. [19]; Estela, J. [20]; Barbero, N. [21]; Córdoba, R. [22]; Barceló, I. [23]; García, E. [24]; Bruna, J. [1]; López-Guillermo, A. [25]; Mercadal, S. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitari de Bellvitge; 4. Servicio de Hematología. Institut Català d'Oncología l'-Hospitalet (ICO); 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 6. Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 8. Servicio de Hematología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 9. Servicio de Hematología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 10. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 11. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 12. Servicio de Hematología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 13. Servicio de Neurología. Hospital Quirón Madrid; 14. Servicio de Hematología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 15. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra; 16. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 17. Servicio de Hematología. Hospital del Mar; 18. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 19. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa; 20. Servicio de Neurología. Hospital Parc Taulí; 21. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 22. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; 23. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; 24. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 25. Servicio de Hematología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: El proceso diagnóstico del linfoma cerebral primario (LCP) podría tener un impacto en la supervivencia. El objetivo del estudio fue evaluar el manejo inicial del LCP en España.

Material y métodos: Se recogieron y analizaron los datos clínicos de pacientes no inmunodeprimidos diagnosticados de LCP entre los años 2005 y 2014.

Resultados: 239 pacientes, con una mediana de edad de 65 años (22-82), 53% hombres. El diagnóstico fue por biopsia o resección en la mayoría (225 (94%)) y el subtipo histológico más frecuente fue el linfoma difuso de células grandes B, 212 casos (90%). Los síntomas iniciales fueron déficit focal (45%), deterioro cognitivo (26%), vértigo (15%), psiquiátricos (12%), visuales (8%) y epilepsia (8%). La resonancia magnética se realizó en una mediana de 24 días (0-707) desde el primer síntoma, siendo la lesión única (54%) con captación homogénea (66%) la forma de presentación típica. El tiempo desde el primer síntoma al diagnóstico fueron 49 (4-443) días. La mayoría recibieron corticoides previamente (132 (56%)), suspendiéndose en 45 (36%) antes del diagnóstico. En 13 pacientes se requirió más de una biopsia para el diagnóstico. No se observaron diferencias en la mediana de tiempo desde el primer síntoma al diagnóstico si el paciente había recibido o no corticoides (39 vs 42 días, p=0.786). Recibieron tratamiento oncológico 181 (84%) pacientes.

Conclusión: El LCP es un reto diagnóstico, independientemente de la administración previa de corticoides. Una sexta parte de los pacientes nunca llega a recibir tratamiento. Los resultados definitivos permitirán confirmar su impacto en la supervivencia.

LOCALIZACIÓN TUMORAL Y RISEGO DE EPILEPSIA EN GLIOBLASTOMA MULTIFORME (GBM)

Cayuela Caudevilla, N. [1]; Simó Parra, M. [2]; Majos Torro, C. [3]; Ripolles Vidal, P. [4]; Gallego Pérez de Larraya, J. [5]; Graus Ribas, F. [6]; Gil Lopez, F. [6]; Gil Gil, M. [7]; Velasco Fargas, R. [2]; Vidal Sarro, N. [8]; Bruna Escuer, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Neurología. Institut Català d'Oncología l'Hospitalet (ICO); 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge; 4. Grupo de Cognición y Plasticidad cerebral. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge-IDIBELL; 5. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 6. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 7. Servicio de Oncología. Institut Català d'Oncología l'Hospitalet (ICO); 8. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Presentamos el primer estudio realizado usando el método voxel-based lesion symptom mapping (VLSM) para identificar las áreas cerebrales con elevado riesgo de producir crisis epilépticas en una población con GBM.

Material y métodos: 144 pacientes con GBM diagnosticados entre 2007-2013 fueron retrospectivamente revisados usando la base de datos del Hospital Universitario de Bellvitge-ICO. Se realizaron 2 cohortes: crisis al debut (n=37) y no crisis al debut (n=107). El último grupo (no crisis al debut) fue dividido en 2 subgrupos: pacientes con crisis durante el transcurso de la enfermedad (n=24) y pacientes que nunca tuvieron crisis (n=12). Se utilizó el método VLSM usando la secuencia T1 con gadolinio de la Resonancia magnética nuclear. Se revisó retrospectivamente un set de validación externo de 44 pacientes con GBM.

Resultados: Cuando la localización del GBM afectaba a regiones subcorticales anteriores (sustancia gris frontal anterior, corona

radiata anterior-superior y rodilla del cuerpo calloso) y áreas corticales antero-mediales y postero-inferiores existía riesgo de desarrollar crisis durante el transcurso de la enfermedad. Aquellos localizados en áreas subcorticales temporales posteriores y lóbulo temporal superior y medial tenían un bajo riesgo de sufrir crisis durante el curso de la enfermedad. Estas áreas cerebrales fueron, de forma consistente observadas tanto en la muestra de estudio como en el set de validación.

Conclusión: La localización tumoral es un marcador útil para identificar qué pacientes con GBM tienen un elevado riesgo de sufrir crisis epilépticas. Estos resultados podrían ayudar para sentar las bases para una adecuada estratificación de los pacientes en ensayos clínicos sobre profilaxis en GBM.

IMPACTO DE LA TEMOZOLAMIDA EN LA CINÉTICA DE LOS OLIGODENDROGLIOMAS GRADO II 1P19Q CODELECCIONADOS

Izquierdo Gracia, C. [1]; Alentorn, A. [2]; Simó, M. [1]; Idbaih, A. [2]; Damien, R. [3]; Honnorat, J. [4]; Bruna, J. [1]; Ducray, F. [4]

1. Unidad funcional de Neuro-Oncología. Hospital Universitari de Bellvitge-ICO Duran i Reynals, Hospitalet del Llobregat. Barcelona.; 2. Servicio de Departement of Neurology. Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière; 3. Servicio de Departement of Neurology. Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de Grâce; 4. Servicio de Service Neuro-Oncologie. Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer

Objetivos: Analizar el impacto a largo plazo del tratamiento con Temozolamida (TMZ) en primera línea sobre la cinética de crecimiento de los oligodendrogliomas grado II (OII) 1p19q codeleccionados.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente las bases de datos de dos centros franceses identificándose 29 pacientes OII 1p19q codelecionados tratados en primera línea con TMZ. La media del diámetro tumoral (MDT) fue evaluada en resonancias magnéticas craneales seriadas antes, durante y después del tratamiento con TMZ. Se definió la supervivencia libre de progresión (SLP) como el tiempo desde el primer ciclo de tratamiento con TMZ hasta la progresión clínica o radiológica.

Resultados: La media se seguimiento fue de 7.58 años (rango: 4.84-11.96). La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 45 años (rango:26-64). Los pacientes recibieron una mediana de 18 ciclos (range:9-29), presentando en un 11.1% (n=27) de los casos una toxicidad grado 3-4. Se objetivó un decrecimiento inicial del MTD en 18 pacientes (78.3%, n=23). La mejor respuesta radiológica se alcanzó en una mediana de 17.5 meses (6.05-103.03). Casi el 40% de los pacientes progresaron radiológicamente durante el tratamiento con TMZ. La SLP radiológica fue de 20.3 meses (rango:3.71-56.34) y la clínica de 40.8 (rango: 8.04-101), siendo ésta última mejor en aquellos pacientes menores de 45 años (p=0.012).

Conclusión: Temozolamida consigue un control radiológico a 3 años del fin del tratamiento en sólo un 20% de los OII 1p19q codeleccionados. El lento recrecimiento podría explicar las diferencias entre la progresión clínica y la radiológica.

NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN EL RETRATAMIENTO CON OXALIPLATINO

Besora Tavera, S. [1]; Santos, C. [2]; Izquierdo Gracia, C. [3]; Martinez-Villacampa, M.M. [2]; Simó Parra, M. [3]; Bruna Escuer, J. [3]; Velasco Fargas, R. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Oncología médica. Institut Català d'Oncologia; 3. Unidad de Neuro-oncología. Hospital Universitari de Bellvitge-Institut Català d'Oncologia

Objetivos: La quimioterapia de primera línea en el cáncer colorectal son los regímenes con oxaliplatino, siendo la neuropatía inducida por oxaliplatino (NIO) el efecto adverso más frecuente a largo plazo. El retratamiento con oxaliplatino es una opción a considerar en la recidiva. El objetivo es investigar si el retratamiento aumenta el riesgo de desarrollar y/o empeorar la NIO.

Material y métodos: Pacientes retratados con oxaliplatino entre los años 2009-2015. Evaluación de la neurotoxicidad periférica con las escalas National Cancer Institute (NCI) y Total Neuropathy Score clinical (TNSc).

Resultados: 60 pacientes, con una mediana de 61 (28-78) años. Tras la primera línea, 56.8% desarrolló NIO (11 ciclos (1-14)), con severidades grado 1 en el 24.1%, grado 2 en el 29.3% y grado 3 en el 3.4%. Previo al retratamiento, 66.7% presentaba una NIO grado 0, 25% grado 1, 8.3% grado 2. Después del retratamiento (7,5 ciclos (1-14)), 45.6% no desarrolló neuropatía, 35.1% presentó neuropatía grado 1 y un 19.3% grado 2. Ningún paciente presentó neuropatía grado 3. La gran mayoría (77%) no cambió de grado. Entre aquellos pacientes sin NIO tras la primera línea (n=26), 4 presentaron grado 1 y 2 grado 2 tras el retratamiento. En aquellos pacientes con neuropatía grado ≥2 tras el primer tratamiento, no observamos diferencias en el TNSc antes y después del retratamiento (6 [4-10] vs 6.5 [4-12], p=0.408).

Conclusión: El retratamiento con oxaliplatino es una opción segura en términos de neurotoxicidad incluso en pacientes que desarrollaron NIO moderada-severa previamente, siendo recomendable la monitorización neurológica de estos pacientes.

EFECTO ANTIPROLIFERATIVO DE LA ACRIFLAVINA EN CULTIVOS CELULARES PRIMARIOS DE HEMANGIOBLASTOMAS

Perona Moratalla, A.B. [1]; Carrión, B. [2]; Aguirre, D.T. [3]; Serrano-Heras, G. [2]; Segura, T. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Almansa; 2. Unidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 3. Servicio de Neurocirugía. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: Nuestro grupo ha demostrado previamente que los factores de transcripción inducibles por hipoxia (HIF) están sobreexpresados en hemangioblastomas del sistema nervioso central (SNC) de pacientes con enfermedad de Von-Hippel-Lindau (VHL). Pretendemos evaluar el efecto antitumoral de Acriflavina, inhibidor de la actividad transcripcional de HIF, en cultivos primarios de hemangioblastomas.

Material y métodos: Se establecieron cultivos celulares de siete hemangioblastomas-SNC, tejido tumoral excedente de pacientes VHL intervenidos, y se determinaron los niveles HIF. Los cultivos que sobreexpresaban HIF fueron expuestos a concentraciones crecientes de Acriflavina durante 24- 48- y 72h. Antes y después del tratamiento se analizó la viabilidad celular (ensayo MTT) y la tasa de proliferación (estudio del contenido de DNA y ciclo celular). Dichos cultivos fueron marcados con Annexina-V-fluorcromo-APC y Yoduro de propidio tras 48h de incubación con Acriflavina, realizando posteriormente análisis por Citometría de Flujo para caracterizar el tipo de muerte celular inducida (necrosis/apoptosis).

Resultados: Se observaron cambios morfológicos evidentes en los 3 hemangioblastomas tratados con Acriflavina; el estudio de supervivencia celular y ciclo celular mostró que el tratamiento con Acriflavina a dosis superiores a 5 μM durante 48h y 72h induce citotoxicidad y provoca una parada en fase G2/M en las células de hemangioblastomas. El análisis celular reveló que las células muertas por la exposición al fármaco eran positivas para Yoduro de propidio pero negativas para marcaje con Annexina-V.

Conclusión: Podemos concluir que la incubación con Acriflavina desencadena muerte celular en los cultivos de hemangioblas-

tomas de forma dependiente de dosis; esta muerte sucede predominantemente por procesos de necrosis y no de apoptosis.

ANTICUERPOS CONTRA CASPR2 Y RECEPTORES DE NETRINA-1 EN PACIENTES CON NEUROMIOTONÍA PARANEOPLÁSICA EN PACIENTES CON TIMOMA

Torres Vega, E. [1]; Mancheño Franch, N. [1]; Cebrian Silla, A. [2]; Herránz Pérez, V. [2]; López Cuevas, R. [1]; Moris, G. [3]; Sevilla, T. [1]; Vílchez, J. [1]; Dalmau, J. [4]; Graus, F. [4]; García Verdugo, J.M. [5]; Bataller, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurobiología Comparada. Instituto Cavanilles de Biodiversidad y Biología Evolutiva (ICBiBE); 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 4. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clinic; 5. Laboratorio de Neurobiología Comparada. Instituto Cavanilles de Biodiversidad y Biología Evolutiva (ICBiBE)

Objetivos: Identificar nuevos antígenos de superficie realacionados con neuromiotonía adquirida y timoma. Estudiar las asociaciones clínicas de los anticuerpos encontrados.

Material y métodos: Estudios de inmunoprecipitación utilizando suero de 3 pacientes con neuromiotonía. Las proteínas de interés se evaluaron mediante inmunofluorescencia sobre células transfectadas usando el suero de los siguientes pacientes: (A) 43 con timoma [grupos: neuromiotonía y miastenia gravis, neuromiotonía con encefalitis límbica, miastenia gravis, encefalitis difusa, timoma sin síntomas neurológicos]; y (B) 275 sin timoma [grupos: neuromiotonía, miastenia gravis, neuromiotonía con encefalitis límbica, otros trastornos neurológicos, cáncer sin síntomas neurológicos, voluntarios sanos].

Resultados: Los estudios de inmunoprecipitación identificaron como candidatos antigénicos los receptores de netrina-1: DCC (deleted in colorectal carcinoma) y UNC5A (uncoordinated-5A), y CASPR2 (contactin-associated protein-like 2). Finalmente, 15 pacientes fueron positivos para estos anticuerpos: 13 CASPR2 (con anticuerpos adicionales anti-DCC [n=5] o anti-UNC5A [n=2]), y 2 DCC. De entre estos pacientes seropositivos 11/43 (26%) tenían timoma vs 4/275 (1.5%) sin timoma ($p < 0.001$). Todos los pacientes seropositivos tenían timoma, neuromiotonía y/o encefalitis límbica, excepto un paciente con anticuerpos anti-CASPR2 y episodios recurrentes de mielitis. En pacientes con neuromiotonía y/o miastenia gravis la presencia de anticuerpos anti-CASPR2, DCC o UNC5A predijeron el timoma ($p<0.05$). La coexistencia de anticuerpos anti-CASPR2 y anti-receptor de netrina-1 se asoció significativamente a timoma, miastenia gravis y neuromiotonía ($p=0.009$).

Conclusión: Los anticuerpos frente a receptores netrina-1 y CASPR2 frecuentemente coexisten y predicen un timoma en pacientes con neuromiotonía y miastenia gravis.

ESTUDIO NEUROCOGNITIVO PILOTO, TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SIN AFECTACIÓN CEREBRAL TRATADOS CON BEVACIZUMAB DURANTE 34 SEMANAS

Panciroli, C. [1]; Estival Gonzalez, A. [1]; Orbegoso Aguilar, C. [2]; Vidal Boixader, L. [2]; Quiroga Garcia, V. [3]; Manzano Mozo, J.L. [3]; Carcereny Costa, E. [3]; Moran Bueno, M.T. [3]; Pardo Burdalo, B. [4]; Villa Freixa, S. [5]; Balaña Quintero, C. [1]

1. Unidad de Neuro-Oncología, Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia Badalona (ICO); 2. Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia Badalona (ICO); 4. Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncología l'Hospitalet (ICO); 5. Unidad de Neuro-Oncología, Servicio de Oncología Radioterápica. Institut Català d'Oncologia Badalona (ICO)

Objetivos: En pacientes con Glioblastoma tratados con bevacizumab se ha observado un empeoramiento neurocognitivo durante la semana 34, sobre todo en la velocidad de procesamiento de las informaciones y funciones ejecutivas. Nuestro objetivo es estudiar el efecto del bevacizumab sobre las funciones neurocognitivas en pacientes oncológicos sin afectación del sistema nervioso central, para valorar si el uso de antiangiogénicos influye de forma independiente en los resultados de los test neuro-psicológicos en dichos pacientes.

Material y métodos: Se está analizando la función neurocognitiva en pacientes con tratamiento sistémico, diferenciando 4 grupos: tratados con bevacizumab y quimioterapia durante 34 semanas; tratados con quimioterapia sin antiangiogénicos durante 34 semanas; tratados con radioterapia sola, excluyendo irradiación del SNC; y sujetos sanos. Se evalúan a los pacientes con las pruebas Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R), Trail Making Test (TMT), y Controlled Oral Word Association Test (COWAT). Entre las variables, se recogen la edad y el nivel de estudios previos.

Resultados: Se han evaluado diecisiete pacientes tratados con bevacizumab, detectándose una alteración neurocognitiva en la mayoría de los casos ($p<.005$). Los grupos control sin bevacizumab están pendientes de valoración estadística. Los resultados se presentarán durante la Reunión Anual.

Conclusión: Los primeros resultados sugieren que el uso de bevacizumab puede producir alteraciones neurocognitivas en pacientes con cáncer sin afectación del sistema nervioso central. Este estudio piloto quiere ser un primer abordaje a un proyecto longitudinal y prospectivo a desarrollar sucesivamente.

SCORE DE DISTANCIA DE LA METILACIÓN DE L'ADN EN LOS GLIOMAS DE BAJO GRADO TIENE VALOR PRONOSTICO: ESTUDIO DE LA COHORTE POLA

Alentorn Palau, A. [1]; Kamoun, A. [2]; Ducray, F. [3]; Dehais, C. [1]; Mokhtari, K. [4]; Uro-Coste, E. [5]; Figarella-Branger, D. [6]; Delattre, J. [1]; Idbaih, A. [1]; Sanson, M. [1]

1. Servicio de Neurologie 2. Hôpital Pitié Salpêtrière; 2. Servicio de Ligue Nationale contre le Cancer. Ligue Nationale contre le Cancer; 3. Servicio de Service de neuro-oncologie. Hopital Pierre Wertheimer; 4. Servicio de Neuropathologie. Hôpital Pitié Salpêtrière; 5. Servicio de Anatomopathologie. Institut Claudius Regaud; 6. Servicio de Laboratoire d'anatomie pathologique-neuropathologique. CHU de Marseille - Hôpital de la Timone

Objetivos: Analizar el nivel de heterogeneidad intra-tumoral del nivel de metilación en los GBG.

Material y métodos: Hemos utilizado 108 GBG de la cohorte POLA como serie de descubrimiento y 273 GBG de la cohort TCGA como serie de validación. El análisis de metilación fue realizado usando los arrays Infinium Human Methylation 450 Illumina BeadChip en ambas cohortes. Hemos usado también una cohorte de datos de metilación de cerebro normal disponible públicamente (GSE36278). Hemos calculado un score filogenético comparando el cerebro normal con los distintos grupos histo-moleculares de GBG. Los análisis de supervivencia fueron calculados usando el test de log-rank en análisis univariado. Todas la covariables con un valor $p < 0.2$ fueron incluidas en un modelo de Cox.

Resultados: La metilación media a nivel de los promotores está fuertemente correlacionada con los diferentes subgrupos moleculares de los GBG. De manera interesante, hemos identificado un subgrupo de tumores con la codeleción 1p19q que presentan un grado incluso más elevado de CIMP (hCIMP). Además, este subgrupo de hCIMP presenta los niveles más altos de heterogeneidad

intra-tumoral. Hemos identificado un score de distancia de heterogeneidad de metilación a partir de los patrones de metilación asociado con un peor pronóstico en el modelo de Cox después de ajustar por la edad, grado, mutación de IDH y codeleción 1p19q.

Conclusión: Hemos identificado un subgrupo de GBG 1p19q con un perfil hCIMP y un grado elevado de heterogeneidad intratumoral del grado de metilación. El score filogenético de metilación es un potencial nuevo biomarcador de los GBG.

ALTERACIONES CEREBRALES FUNCIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA

Simó Parra, M. [1]; Vaquero, L. [2]; Rifà-Ros, X. [3]; Ripollés, P. [4]; Cardenal, F. [5]; Navarro, A. [6]; Jové, J. [7]; Rodríguez-Fornells, A. [8]; Bruna, J. [1]

1. Neurología. Unidad de Neuro-Oncología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Grupo de Cognición y Plasticidad Cerebral. IDIBELL; 3. Grupo de Cognición y Plasticidad Cerebral. IBIDELL; 4. Grupo de Cognición y Plasticidad. IDIBELL; 5. Unidad Funcional del Pulmón. Institut Català d'Oncología l'Hospitalet (ICO); 6. Unidad Funcional de Pulmón. Institut Català d'Oncología l'Hospitalet (ICO); 7. Servicio de Oncología Radioterápica. Institut Català d'Oncologia Badalona (ICO); 8. Grupo de Cognición y Plasticidad. Universidad de Barcelona. Campus Bellvitge. IDIBELL.

Objetivos: La toxicidad cognitiva inducida por el cáncer o la quimioterapia se ha asociado a trastornos cerebrales tanto estructurales como funcionales. Exploramos la redes neuronales funcionales en reposo o Resting State Networks (RSN) en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón.

Material y métodos: Incluimos 3 grupos: pacientes con cáncer de pulmón antes (C-, n= 15) y 1 mes después del tratamiento con quimioterapia (C+, n = 15) y controles sanos (n = 15). Mediante un análisis de componentes independientes identificamos las RSN y buscamos las diferencias en conectividad funcional. Además, utilizamos un análisis de patrones multivariantes (MPVA) para clasificar los grupos por perfiles de conectividad.

Resultados: 40% de los pacientes con cáncer de pulmón en ambos grupos presentaron deterioro cognitivo. De las RSN identificadas, 4 mostraron diferencias : Default Mode Network (DMN), red anterior temporal izquierda (LAT) y derecha (RAT), y el cerebelo (Cb). DMN demostró una disminución de la conectividad en los dos grupos de cáncer de pulmón (precuneus y giro medial occipital de forma bilateral) y entre C+ y C- (cuneus izquierdo); las 3 RSN restantes demostraron un aumento de la conectividad en ambos grupos de cáncer de pulmón y también entre C+ y C-. MPVA discriminó de forma significativa y precisa entre grupos.

Conclusión: Los pacientes con cáncer de pulmón antes y después del tratamiento con quimioterapia presentan un deterioro cognitivo acompañado de una disrupción de la conectividad funcional en la DMN así como de un aumento de la misma de forma compensadora en regiones temporales y del cerebelo.

ESTUDIO MORFOMÉTRICO EN EL SÍNDROME DE OPSOCLONUS MIOCLONUS DEL ADULTO

Ibáñez Juliá, M.J. [1]; Pappa, E. [2]; Psimaras, D. [3]; Gaymard, B. [1]; Alentorn, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Pitié-Salpêtrière; 2. Servicio de Neurologie. Pitié-Salpêtrière; 3. Servicio de Service de Neurologie Mazarin. Pitié-Salpêtrière

Objetivos: El síndrome de opsoclonus mioclonus es una entidad poco frecuente en adultos, siendo las principales causas la idiopática y la paraneoplásica. En niños se ha descrito la presencia de atrofia cortical cerebral así como cerebelosa a largo plazo. Estos cambios no han sido estudiados en el adulto. El objetivo del trabajo es determinar si existe atrofia cortical y/o cerebelosa en los pacientes adultos con síndrome de opsoclonus mioclonus.

Material y métodos: Se realizó una resonancia magnética cerebral incluyendo la secuencia T1 a 7 pacientes adultos con síndrome de opsoclonus mioclonus, así como a 14 controles sanos (cohorte publica MIDAS) ajustados por edad. Se utilizó el programa Freesurfer para realizar el estudio volumétrico y un análisis de la superficie cortical está en curso.

Resultados: De los 7 pacientes, 5 eran mujeres, con una mediana de edad de 41 años. El análisis volumétrico preliminar muestra que existe una disminución del volumen cerebral total, del volumen de la sustancia gris cortical, así como del volumen del cerebelo en los pacientes con síndrome de opsoclonus mioclonus comparados con el grupo control.

Conclusión: Existe una atrofia cerebelosa y de la corteza cerebral en pacientes adultos con opsoclonus mioclonus.

Neuropsicología I

ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA MEDIANTE ARTETERAPIA EN ANCIANOS CON DETERIORO COGNITIVO

Ibáñez Alfonso, J.A. [1]; Horrillo Romero, S. [2]

1. Neuropsicología (Laboratorio de Neurociencia Humana). Universidad Loyola Andalucía; 2. Servicio de Terapia Ocupacional. Residencia San José (Biharko Gipuzkoa S.L.)

Objetivos: El objetivo del presente estudio es comprobar los efectos de la intervención neuropsicológica con técnicas de arteterapia sobre el rendimiento cognitivo, manejo emocional y calidad de vida percibida en un grupo de ancianos con deterioro cognitivo.

Material y métodos: Se ha contado con 12 participantes (58% mujeres) de 61 a 96 años de edad (M=84.7, DT=8.9) institucionalizados en una residencia al presentar deterioro cognitivo leve (42% de los casos) y deterioro cognitivo moderado (58%). Se realizaron evaluaciones pre y post intervención del rendimiento cognitivo (Mini-examen cognoscitivo), el manejo emocional (subescala del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso) y de la calidad de vida percibida (Escala de Satisfacción de Filadelfia). Las sesiones de arteterapia, de 60 minutos de duración cada una, fueron llevadas a cabo por la Terapeuta Ocupacional de la residencia con una frecuencia de dos sesiones a la semana durante mes y medio.

Resultados: Tras la intervención con técnicas de arteterapia no se evidenciaron cambios significativos pre-/post- intervención en el rendimiento cognitivo ($Z = -0.95$, $p = .34$), ni en la capacidad de manejo emocional ($Z = -1.18$, $p = .24$). Sin embargo, los participantes en el estudio expresaron una mejora significativa en su calidad de vida ($Z = -2.75$; $p = .01$).

Conclusión: Aunque no se han registrado efectos relevantes sobre el rendimiento cognitivo y el manejo emocional, los cambios producidos sobre la calidad de vida, que constituye una de las principales metas con este colectivo, evidencian que la arteterapia puede ser una herramienta útil en el abordaje del deterioro cognitivo.

EVOLUCIÓN DE ALZHEIMER PRESENIL CON TRATAMIENTOS COMBINADOS CON ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Pardo Palenzuela, N. [1]; Ramirez Garcia, T. [1]; Lopez Garcia, R. [1]; Garcia Lopez, M.T. [2]; Fernandez Perez, J. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Clínica Neurodem; 2. Servicio de Medicina. Hospital Torrecardenas y Clínica Neurodem

Objetivos: La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la enfermedad degenerativa más frecuente y aproximadamente el 10% de los casos se inician antes de los 65 años. Debido a que el curso de la enfermedad es más agresivo en muchos de los casos con respecto a los seniles, se hace imprescindible poner en marcha cuanto antes el mayor numero de estrategias terapéuticas que puedan desacelerar el ritmo de la enfermedad. La estimulación cognitiva (EC) es eficaz en la EA leve o moderada para mantener la función cognitiva, funcionalidad y calidad de vida. No hay evidencia de ningún tipo de tratamiento específico para los preseniles. El Objetivo de este estudio es valorar el tratamiento con Estimulación Cognitiva (EC) en pacientes con Enfermedad de Alzheimer presenil.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal de pacientes con EA presenil en una muestra de 17 sujetos, divididos en 2 grupos: 1.- 8 sujetos que realizan tratamiento combinado con Estimulación Cognitiva y 2.- 9 sujetos que solo recibieron tratamiento farmacológico. Se aplicó MMSE al inicio y tras 12 meses. Incorporados los datos se analizan con SPSS.

Resultados: Observamos aumento en las puntuaciones test – retest del MMSE en el grupo que realiza EC, mientras que el que solo recibe tratamiento farmacológico disminuye. Las diferencias en las puntuaciones MMSE retest entre ambos grupos son significativas.

Conclusión: La terapia combinada con EC es una técnica aparentemente eficaz en pacientes preseniles en el mantenimiento de los estados cognitivos.

EL TEST HAYLING DE COMPLETAMIENTO DE FRASES SE CORRELACIONA CON EL METABOLISMO DEL LÓBULO FRONTAL

Pérez Pérez, A. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Cabrera Martín, M.N. [2]; Valles Salgado, M. [1]; Rognoni Trueba, T. [1]; Fernández Matarrubia, M. [1]; Romeral Jiménez, M. [1]; Cortés Martínez, A. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [2]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El test Hayling es un test neuropsicológico que evalúa la capacidad de iniciar e inhibir una respuesta verbal. Aunque se ha sugerido como un test sensible al daño frontal, las bases neurales que intervienen en la realización del test son controvertidas, especialmente en las enfermedades neurodegenerativas. Nuestro objetivo fue estudiar la correlación entre la ejecución del test de Hayling y el metabolismo cerebral.

Material y métodos: Se administró el test Hayling y se realizó 18F-Fluorodeoxiglucosa PET a una cohorte de sujetos cognitivamente sanos y con diversas enfermedades neurodegenerativas. Se realizó un análisis basado en vóxels mediante SPM8, covariando por edad, sexo, MMSE, escolaridad y diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 60 sujetos (13 controles y 47 pacientes: 17 con enfermedad de Alzheimer, 14 con demencia frontotemporal y 16 con esclerosis lateral amiotrófica), 33 (55%) mujeres. Se obtuvo una media de 66.97± 11.45 años de edad, 11.17 ± 5.33 años de escolaridad y 26.23 ± 3.98 puntos en MMSE. La puntuación media en el test fue de 0.61±1.73 en la parte A y de 14.82±6.77 en la B. Se observó una correlación negativa entre la puntuación del test y el metabolismo cerebral, concretamente en giro frontal superior y medio de forma bilateral y en giro temporal medial izquierdo.

Conclusión: Nuestro estudio muestra una correlación entre la puntuación del test y el metabolismo de la región frontal superior y media bilateral, independientemente del diagnóstico y función cognitiva global. Esto apoya el uso de este test para la evaluación de la función ejecutiva.

EL PERFIL DEL DÉFICIT DE LENGUAJE EN DIFERENTES VARIANTES CLÍNICAS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TEMPRANO CONFIRMADO CON PET AMILOIDE POSITIVO

Santos Santos, M.Á. [1]; Lazaris, A. [1]; Tammewar, G. [1]; Henry, M. [1]; Hubbard, I. [1]; Miller, Z. [1]; Mandelli, M.L. [1]; Jagust, W. [2]; Miller, B. [1]; Rabinovici, G. [1]; Gorno-Tempini, M.L. [1]

1. Servicio de Neurología. UCSF Memory and Aging Center; 2. Helen Wills Neuroscience Institute. University of California Berkeley

Objetivos: caracterizar el perfil del déficit de lenguaje en diferente variantes clínicas de la enfermedad de alzheimer de inicio temprano e investigar sus correlatos neurales.

Material y métodos: Reclutamos pacientes que presentaron prospectivamente entre 2005 y 2016, recibieron una evaluación extensa de lenguaje y una evaluación de neuroimagen por IRM o PET FDG dentro de los 6 próximos meses, un diagnostico de afasia primaria progresiva variante logopenica (APPvl), enfermedad de Alzheiner de inicio temprano con predominio de déficit ejecutivo/amnésico, o atrofia cortical posterior, y un resultado PET amiloide positivo. Comparamos datos cognitivos entre grupos y usamos voxel-based morphometry para investigar los correlatos neuroanatómicos.

Resultados: Las tres variantes demostraron un perfil de déficit de lenguaje similar pero diferente en extensión. La repetitcion verbal, la manipulación fonológica, y la denominación fueron las áreas mas deficientes mientras que el conocimiento semántico y la agilidad verbal estaban relativamente preservadas. Ningún paciente presento apraxia del habla. La repetición verbal empeoro con una pendiente similar en la APPvl, EAIT, y ACP. La repetición verbal, comprensión de frases, y la denominación se asociaron a atrofia de redes neurales diferentes pero que solapaban en la región mitad-posterior del lóbulo temporal izquierdo.

Conclusión: Distintos síndromes clínicos relacionados a la enfermedad de Alzheimer presentan un perfil del déficit de lenguaje similar asociado a lesión de distintas redes neurales ancladas por el giro temporal medio. Estudios futuros son necesarios para identificar los factores que determinan la vulnerabilidad de estas regiones y redes frente a los mecanismos patológicos de la enfermedad de Alzheimer.

RENDIMIENTOS DE LAS DIFERENTES AFASIAS PRIMARIAS PROGRESIVAS EN PRUEBAS DE LENGUAJE

De Arriba Sanchez, M.; Barandiaran Amillano, M.; Miguel Rebanal, N.; Tainta Cuezva, M.; Gabilondo Lopez, A.; Moreno Izco, F.; Indakoetxea Juanbeltz, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Donostia

Objetivos: Analizar los rendimientos de las variables del lenguaje en una muestra de Afasias Progresivas Primarias (APP).

Material y métodos: La muestra está compuesta por 44 APP (23 APNF, 13 APL, 8 DS). Inicialmente se evaluó con la exploración estándar del lenguaje : repetición de frases, fluencias verbales, comprensión órdenes y denominación visuo-verbal y se clasifico a los pacientes en cada una de las APP correspondientes. Posteriormente se administró una batería compuesta por subpruebas de la Batería BETA con evaluación de: repetición, denominación objetos, denominación acciones, comprensión gramátical oral, comprensión palabra, emparejamiento dibujo objeto. Se realizó un ANOVA de un factor para comparar los rendimientos en cada una de las variables.

Resultados: La APNF rindió peor en FVF y en repetición mulltisilábica. La DS rindió peor en denominación visuoverbal, emparejamiento palabra hablada dibujo y en comprensión de órdenes. La APL rindió peor en repetición de oraciones y en denominación visuoverbal, No se obtuvieron diferencias entre las tres APP en FVS, denominación de acciones ni en tareas oración hablada-dibujo.

Conclusión: Los tres grupos se diferencian entre ellos en varias medidas lingüísticas, pero no en la comprensión de la gramática, siendo ésta un criterio diagnóstico para la APNF. Se propone modificar la evaluación de esta variable con una prueba de comprensión gramatical escrita.

ANÁLISIS DE LOS DÉFICITS DE CODIFICACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y RECUPERACIÓN EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE APLICANDO EL FREE AND CUE SELECTIVE REMINDING TEST

Siquier Perello, A. [1]; Vico Buendía, H. [2]; Andrés Benito, P. [3]; Yañez Juan, A.M. [2]; Amer Ferrer, G. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; 2. Servicio de Medicina. Complejo Asistencial Son Espases; 3. Servicio de Neurociencias. Complejo Asistencial Son Espases

Objetivos: Una de las características diagnósticas más tempranas del deterioro cognitivo leve (DCL) es un declive de la memoria episódica. El objetivo de este estudio fue comparar el rendimiento de un grupo de pacientes con DCL amnésico y un grupo de sujetos control en un test de memoria episódica que permite analizar separadamente los procesos de codificación y recuperación en memoria episódica, el Free and Cued Selective Reminding test (FCSRT), recomendado por el grupo de trabajo internacional sobre criterios diagnósticos en la enfermedad de Alzheimer (EA).

Material y métodos: Para ello, se comparó el rendimiento obtenido en el FCSRT de 16 pacientes con DCLa y 21 sujetos sanos. Los resultados se analizaron mediante un sistema de puntuación distinto al usado tradicionalmente, el enfoque Item Specific Deficit Approach (ISDA), el cual nos proporciona índices de déficit de: codificación, consolidación y recuperación.

Resultados: Los resultados mostraron diferencias significativas en los test neuropsicológicos de base. Además, los resultados obtenidos mediante curvas ROC revelaron que el índice de déficit de codificación del FCRST es el más sensible, siendo éste el proceso de memoria más alterado en los pacientes con DCLa, sugiriendo una ausencia de mejora en el recuerdo por claves semánticas

Conclusión: En conclusión, el análisis del FCSRT utilizando el método ISDA confirma la hipótesis que las dificultades de memoria en los estadios prodómicos de la EA se caracterizan por una dificultad de creación de nuevos recuerdos (déficit de codificación), más que por una dificultad de recuperación.

IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA VELOCIDAD DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Manso Calderón, R. [1]; Sevillano García, M.D. [1]; Benito Sánchez, J.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Psicología Clínica (Psiquiatría). Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos: Determinar si el perfil de síntomas psicológicos y conductuales (SPC) varía en función de la velocidad de progresión de la enfermedad de Alzheimer (EA).

Material y métodos: Estudio de 320 pacientes con probable EA (criterios NIA-AA) seguidos en consultas de Neurología (edad 79.4 ± 6.8 años, 32.2% varones; CDR-1:35.6% CDR-2:39.4%, CDR-3:25.0%). Se consideró EA rápidamente progresiva una disminución en la puntuación MMSE/año = o >4.5. Los SCP se evaluaron mediante NPI (cuidador que interaccione al menos 4 veces/semana).

Resultados: 56 pacientes (17.5%) cumplían criterios de EA rápidamente progresiva. Ésta fue significativamente más frecuente en = o <80 años vs >80 años (p=0.012), divorciados o solteros vs casados o viudos (p=0.008) y residentes en ámbito rural vs urbano (p=0.036). La EA rápidamente progresiva se asoció a la presencia de delirios (p=0.015), alucinaciones (p<0.0001) y agitación (p=0.003); y a mayores puntuaciones en los subdominios alucinaciones (p<0.0001), desinhibición (p=0.009) y conducta motora anómala (p=0.023). Otras asociaciones significativas de rápida progresión incluían el uso de fármacos neurolépticos (p<0.0001) o un mayor consumo de fármacos total (p=0.026). En el análisis multivariable, una menor edad (OR 2.5 [IC95%:1.3-5.0]), el ámbito rural (OR 2.2 [IC95%:1.1-4.2]) y las alucinaciones clínicamente significativas [NPI 4 o más] (OR 3.1 [IC95%:1.4-7.3]) fueron factores independientes de rápida progresión en EA.

Conclusión: La prevalencia de rápida progresión es elevada en EA, y aumenta de forma significativa en aquellos casos con síntomas psicóticos. Se requiere más investigación sobre potenciales estrategias alternativas al empleo de neurolépticos para controlar los síntomas psicóticos en demencia.

BASES NEURALES DEL ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION III (ACE-III) MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES CON 18F-FLUORODEOXIGLUCOSA

Pérez Pérez, A. [1]; Matías-Guiu Antem, J. [1]; Cabrera Martín, M.N. [2]; Valles Salgado, M. [1]; Rognoni Trueba, T. [1]; Cortés Martínez, A. [1]; Pytel, V. [1]; Fernández Matarrubia, M. [1]; Moreno Ramos, T. [1]; Carreras Delgado, J.L. [2]; Matías-Guiu Guía, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El test Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) ha sido recientemente normalizado y validado en nuestro medio para el diagnóstico de las enfermedades cognitivas. Nuestro objetivo fue estudiar las bases neurales asociadas a la ejecución del test en la enfermedad de Alzheimer y la degeneración frontotemporal.

Material y métodos: Estudio prospectivo de corte transversal en que se incluyeron 115 sujetos: 17 controles, 68 pacientes con enfermedad de Alzheimer (43 con forma típica, 15 afasia logopénica, 10 atrofia cortical posterior) y 30 pacientes con degeneración frontotemporal (18 variante conducta, 12 afasia no fluente). Se realizó PET con 18F-fluorodeoxiglucosa en todos los casos. Se analizó la correlación entre el test ACE-III y sus diferentes puntuaciones (atención, memoria, fluencia, lenguaje y visuoespacial) con el metabolismo cerebral mediante Statistical Parametric Mapping 8.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 72± 8,3 años, 53,9% mujeres, con 9,9± 4,4 años de escolaridad media. No hubo diferencias entre los grupos en los factores demográficos. La puntuación total y la memoria se correlacionó con el metabolismo de regiones fronto-parieto-temporales y cíngulo anterior y posterior izquierdos. La puntuación lenguaje se correlacionó con la región temporal anterior y la encrucijada temporo-parietal izquierda. La puntuación visuoespacial se correlacionó con el metabolismo occipito-temporo/parietal bilateral.

Conclusión: Nuestro estudio contribuye al conocimiento de las regiones cerebrales asociadas a la realización del test, lo que puede mejorar su interpretación. Estos resultados suponen una validación adicional del test en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y la degeneración frontotemporal.

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL TEST LASSI-L PARA EL DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE AMNÉSICO Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER INICIAL

Matias-Guiu Antem, J.; Rognoni Trueba, T.; Valles Salgado, M.; Fernández Matarrubia, M.; Fernández Castro, A.; Ramchandani, R.; Moreno Ramos, T.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El Loewenstein-Acevedo Scale for Semantic Interference and Learning (LASSI-L) es un test de memoria basado en la interferencia semántica desarrollado para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer (EA). Permite la evaluación de la recuperación tras la interferencia proactiva, lo cual ha sido sugerido como un marcador precoz de EA. El objetivo de este estudio fue validar el test para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve amnésico (DCLa) y EA inicial.

Material y métodos: Se administró el test LASSI-L a una serie de 71 sujetos sanos, 33 pacientes con DCLa y 32 con EA inicial, mayores de 65 años. Los pacientes fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios diagnósticos actuales y con una evaluación neuropsicológica independiente utilizando los test incluidos en el proyecto Neuronorma.

Resultados: La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,932. La validez convergente con el FCSRT fue moderada. El área bajo la curva para la discriminación entre controles sanos y DCLa fue 0.909, y entre controles sanos y EA inicial fue 0.986. Las puntuaciones indicativas de máximo almacenamiento, recuperación tras la interferencia proactiva, y recuerdo diferido obtuvieron la máxima capacidad diagnóstica.

Conclusión: El LASSI-L es una herramienta válida y fiable para el diagnóstico de DCLa y EA. Son necesarios más estudios para evaluar el papel del LASSI-L en la detección de la enfermedad de Alzheimer preclínica así como la predicción de la conversión desde fases preclínicas y prodrómicas a demencia.

VALIDACIÓN Y ESTUDIO DE CONCORDANCIA CON BIOMARCADORES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA MEDIANTE IN-OUT-TEST

Torrealba Fernandez, E. [1]; Garcia Morales, P. [2]; Fabre Pi, O. [1]; Solana Muntalá, S. [3]; Hernández Atta, R. [4]; Sánchez García, F. [5]; Rodriguez Esarragon, F. [4]; Marin Cruzado, R. [6]; Diaz Gonzalez, M. [7]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 2. Servicio de Psiquiatria. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 3. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cueva Torres; 4. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 5. Servicio de Inmunología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 6. Servicio de Neurociencias. ULL; 7. Servicio de Geriatría. Facultad de Ciencias ULL

Objetivos: En el paradigma In-out-test se hipotetiza que durante las fases precoces de la enfermedad de Alzheimer (EA) existen redes neuronales auxiliares que enmascaran el déficit mnemónico subyacente y que una tarea ejecutiva simultánea al encoding puede desenmascarar dicho déficit. En este estudio se comparan los rendimientos en In-out-test con Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) y con biomarcadores para EA.

Material y métodos: Test: In-out-test; MMSE, FCSRT, Figura de Rey, test episódico, dígitos directos e inversos, Boston Naming Test-15, Token test, test de evocación categorial (animales/minuto), Stroop palabra-color, clave de números, test del reloj, cuadrados y puzzle de la batería SCOPA-Cog; escalas: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), BDRS, ISADL, GDS. Biomarcadores: Toma de muestras en Líquido cefalorraquídeo (LCR) según protocolo y procesamiento mediante INNOTEST de Fujirebio para Abeta 1-42, para Tau total (hTau Ag), Tau fosforilada-181p.

Resultados: 94 participantes (64mujeres); edad media (min-máx; DE) 76.17 (60-92; 7.58). Educación formal 7.34 (0-20). Pscométicamente normales: 32; Deterioro cognitivo leve 32; Demencia: 30. Correlaciones. Edad p= 0.211; educación formal p= 0.253. FCSRT r= 0.87 (p<0.01) Comparación con biomarcadores. Sensibilidad 93%; especificidad 71%; valor predictivo positivo (VPP) 0.87; VP negativo 0.83; razón de verosimilitud positiva (RVP) 3.25; RV negativa 0.1; Indices kappa (k) para diagnóstico de EA: In-out-test k= 0.67 (FCSRT k= 0.46).

Conclusión: In-out-test es un test no influido por la edad ni laeducación formal, válido para la evaluación de la memoria episódica mediante un paradigma de tarea dual que permite una buena concordancia con biomarcadores para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer prodrómica.

CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE TESTS DE SCREENING COMO PREDICTORES DE DETERIORO COGNITIVO

Melero Teruel, C.; García-Sánchez, C.; Belvís, R.; Morollón, N.; Aceituno, A.; Pascual-Sedano, B.; Kulisevsky, J.

Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: La importancia de detectar el deterioro cognitivo entre la población mayor es esencial para poder instaurar precozmente un tratamiento eficaz. El objetivo del estudio es analizar la capacidad predictiva de deterioro cognitivo a partir del rendimiento en 3 pruebas de screening: The Montreal Cognitive Assessment (MoCa), Estado Mental Mínimo de Folstein (MMSE) y Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale (PD-CRS).

Material y métodos: 249 pacientes (edad media 67,87 y Sx 11,10) fueron remitidos a la unidad de neuropsicología del Hospital Universitario Quirón-Dexeus para la administración de pruebas de screening de deterioro cognitivo: MMSE, MoCa y PD-CRS. 155 pacientes obtuvieron puntuaciones dentro de la normalidad. 94 pacientes obtuvieron puntuaciones por debajo del punto de corte en alguna de las escalas y se les recomendó realizar un estudio neuropsicológico completo que solo 48 de ellos realizaron.

Resultados: El 93,75% de los pacientes con resultado inferior en alguna de las tres pruebas de screening, presentaron algún grado de deterioro cuando se realizó el estudio neuropsicológico completo; un 17,78% fue compatible con proceso neurodegenerativo tipo DA; un 37,78% fue compatible con DCL tipo amnésico; y un 33,33% fue compatible con DCL tipo multidominio. El 6,25% de los sujetos que habían tenido un rendimiento inferior en una sola escala de screening (MoCa), obtuvieron un rendimiento normal al completarse el estudio neuropsicológico.

Conclusión: La utilización de más de una escala cognitiva de screening es una buena estrategia para detectar el deterioro cognitivo, ahorrar tiempo y esfuerzo. La escala cognitiva MoCa, comparada con MMSE y PD-CRS, fue la prueba que más falsos positivos obtuvo.

PERFIL DE CONVERSIÓN A DETERIORO COGNITIVO LEVE EN UNA MUESTRA DE 1090 PERSONAS MAYORES DURANTE 24 MESES

Ávila Villanueva, M. [1]; Rebollo Vázquez, A. [1]; Fernández Blázquez, M.Á. [1]; Medina Padilla, M. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación Enfermedades Neurológica (CIEN); 2. Servicio de Director científico. Fundación Centro de Investigación Enfermedades Neurológica (CIEN)

Objetivos: La enfermedad de Alzheimer (EA) es una patología degenerativa con unas etapas preclínica y prodrómica muy largas. El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estadio intermedio entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia en el que existe un considerable riesgo de progresión a EA. El objetivo de este trabajo es caracterizar a un subgrupo de sujetos conversores a DCL pertenecientes a una muestra de personas mayores cognitivamente sanas seguidas a lo largo de 24 meses.

Material y métodos: Un total de 1090 voluntarios de entre 70 y 85 años fueron evaluados anualmente mediante una batería neu-

ropsicológica, un examen neurológico, pruebas de neuroimagen y análisis bioquímicos. En primer lugar, se identificó a aquellas personas que cambiaron de diagnóstico de control a DCL durante el seguimiento. Posteriormente, se analizaron las diferencias con los sujetos que permanecieron estables como controles.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por un 64% de mujeres, con una mediana de edad de 74 años y 11 años de escolaridad. Durante los primeros 12 meses de seguimiento, un 10% de sujetos convirtió a DCL. En el segundo año, un 11% adicional progresó a DCL. El análisis de la información basal disponible determinó un conjunto de variables clínicas, cognitivas, genéticas y de neuroimagen capaces de identificar a los sujetos conversores.

Conclusión: La combinación de información cognitiva, clínica, genética y de neuroimagen ayuda a identificar grupos de sujetos en riesgo de progresión a fases prodrómicas de EA. Estos hallazgos proporcionan un perfil de población diana en la que implementar medidas de prevención y mayor frecuencia seguimiento.

DESARROLLO Y NORMALIZACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL TEST LOEWENTESIN-ACEVEDO SCALE FOR SEMANTIC INTERFERENCE AND LEARNING (LASSI-L)

Valles Salgado, M.; Matías-Guiu Antem, J.; Rognoni Trueba, T.; Harimari Ramchandani, R.; Fernández Castro, A.; Fernández Matarrubia, M.; Moreno Ramos, T.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El test Loewenstein-Acevedo Scale for Semantic Interference and Learning (LASSI-L) es un nuevo test desarrollado en Estados Unidos para el diagnóstico de estadios precoces de la enfermedad de Alzheimer. Utiliza un nuevo paradigma basado en la interferencia semántica entre dos listas de palabras. El objetivo de nuestro estudio fue adaptar el test a nuestro medio así como obtener datos normativos en población española.

Material y métodos: El LASSI-L fue adaptado y se realizó un estudio de normalización administrándose a un grupo de 97 sujetos sanos entre 50 y 94 años. Se estimaron los coeficientes de correlación y determinación. Se utilizó la estrategia de solapamiento de intervalos y análisis de regresión lineal para proporcionar normas ajustadas por los factores demográficos.

Resultados: La edad y años de educación, pero no el género, correlacionaron de forma negativa con todas las puntuaciones del test. El coeficiente de correlación para la edad fue de r= -0,399 a -0,519, y para la escolaridad fue de r= 0,223 a 0,415. Los índices de interferencia proactiva y retroactiva no se encontraron influidos por estos factores.

Conclusión: Nuestro estudio confirma la influencia de los factores demográficos edad y sexo en la realización del LASSI-L. La disponibilidad de datos normativos puede apoyar el uso del test.

DATOS NORMATIVOS Y FIABILIDAD TEST-RETEST DE UNA PRUEBA EXPERIMENTAL DE ATENCIÓN DIVIDIDA SIMULTÁNEA (DUAL TASK- PROYECTO NEURONORMA PLUS)

García Escobar, G. [1]; Arrondo Elizarán, C. [1]; Sánchez Benavides, G. [1]; Pérez Enríquez, C. [1]; Florido Santiago, M. [1]; Grau Guinea, L. [1]; Pereira Cuitiño, B. [1]; Piqué Candini, J. [1]; Puig Pijoan, A. [2]; Manero Borrás, R.M. [2]; Peña Casanova, J. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); 2. Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Estudiar el rendimiento en atención dividida simultánea en personas cognitivamente sanas mediante un test experimental (Dual Task), y aportar datos normativos y resultados de fiabilidad test-retest en población española.

Material y métodos: Muestra: 308 participantes (18 a 92 años) sanos evaluados con el test experimental Dual Task (incluido en la batería NEURONORMA Plus). El test consistió en realizar de manera aislada y después simultánea dos tareas, una de repetición continua de series de dígitos y otra de cancelación. Se calcularon índices de rendimiento relativo (ipsativo) entre las tareas realizadas aisladas y la simultáneamente. Se estudió el efecto de la edad, la escolaridad y el sexo mediante regresiones múltiples y se calculó la fiabilidad test-retest mediante el Índice de Correlación Intraclase (ICC) en una submuestra (n=44).

Resultados: Se observó un leve decremento de rendimientos en la condición simultánea. Este rendimiento no se vio influenciado significativamente por la edad y la escolaridad en el test. En los sujetos menores de 50 años, las mujeres mostraron un rendimiento mejor que los hombres (r2=5,4%). La fiabilidad test-retest de la prueba fue adecuada aunque no significativa en la tarea dual (ICC = -0.111).

Conclusión: Los participantes sanos mostraron un decremento de rendimiento en la tarea dual, considerado normal debido a que los recursos cognitivos deben repartirse entre ambas tareas. Las variables sociodemográficas no influyeron significativamente en el rendimiento en el test, excepto el género en sujetos menores de 50 años. Globalmente, la fiabilidad test-retest fue adecuada

COLOR TRAILS TEST (CTT- PROYECTO NEURONORMA PLUS): ESTUDIO DE NORMALIZACIÓN EN POBLACIÓN ESPAÑOLA Y ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA ESCOLARIDAD EN RELACIÓN CON EL TRAIL MAKING TEST (TMT)

García Escobar, G. [1]; Pereira Cuitiño, B. [1]; Sánchez Benavides, G. [1]; Pérez Enríquez, C. [1]; Arrondo Elizarán, C. [1]; Florido Santiago, M. [1]; Grau Guinea, L. [1]; Piqué Candini, J. [1]; Puig Pijoan, A. [2]; Manero Borrás, R.M. [2]; Peña Casanova, J. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); 2. Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Obtención de datos normativos del CTT en población española y analizar el efecto de la escolaridad mediante la correlación con el rendimiento del TMT.

Material y métodos: Un total de 308 participantes de entre 18 a 92 años fueron evaluados con el CTT (incluido en la batería Neuronorma Plus). Se establecieron las tablas de puntuaciones escalares por edad y las tablas de reajustes por escolaridad del rendimiento de dos variables del test (Tiempo de resolución en la parte simple; CTT-1 y en la alternante; CTT-2). Se obtuvieron correlaciones con el rendimiento del TMT en una submuestra retest de 42 participantes y con la muestra del estudio de normalización del proyecto NEURONORMA original.

Resultados: Se observó una influencia significativa de la edad y de la escolaridad en el rendimiento del test. En el grupo de < 50 años, la varianza explicada (r2) fue del 6,7% en la variable CTT-2 y en el grupo de mayor de 50 años, en CTT-1 (6,4%) y CTT-2 (12,7%). La correlación resultó elevada entre rendimientos del CTT y del TMT en la muestra retest (CTT-1: r= 0.799; CTT-2: r= 0.852). Disminuye el efecto de la escolaridad en el CTT respecto al TMT en la muestra original.

Conclusión: Se mostró un efecto de la edad y mayormente en la escolaridad sobre las puntuaciones del CTT. Los rendimientos del CTT y el TMT son similares en la muestra retest. La influencia de la escolaridad fue menor en el CTT en comparación con el TMT en la muestra NEURONORMA original demayor de 50 años.

Neuropsicología II

COMPARACIÓN DE DOS TERAPIAS INTENSIVAS EN LA AFASIA CRÓNICA SECUNDARIA A ICTUS: REGIA VERSUS MUSICOTERAPIA

Vazquez De Sebastian, J. [1]; Leiva Madueño, I. [1]; García Sánchez, C. [1]; Janz Picart, L. [2]; Torres Prioris, M.J. [3]; Dávila Arias, G. [4]; Berthier Torres, M. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Neurología. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Cátedra ARPA de Afasia, IBIMA, Universidad de M; 4. Unidad de Neurología Cognitiva y Afasia (UNCA). Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Cátedra ARPA de Afasia, IBIMA, Universidad de M

Objetivos: Demostrar la aplicabilidad de la Musicoterapia Grupal Intensiva (MTGI) y comparar su eficacia con la obtenida utilizando la versión española de la Constraint-Induced Aphasia Therapy (Pulvermüller y cols., 2001) llamada REGIA (Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia) (Berthier y cols., 2014)

Material y métodos: 24 pacientes (edad: 57± 11 años) con afasia (Cociente de Afasia-Western Aphasia Battery CA-WAB: 65,82 ±18,85) crónica (6>155 meses) fueron asignados a uno de ambos grupos (REGIA_n = 12; MTGI_n =12) apareados por gravedad inicial (REGIA_CA-WAB: 65,39±18,28; MTGI_CA-WAB: 66,34± 20,20). Ambas terapias se aplicaron de forma grupal e intensiva (2-4 pacientes; 30h/10 días). Para determinar diferencias significativas en el beneficio terapéutico se realizó análisis intra/inter-grupos (ANCOVA; Correcciones por gravedad inicial de la afasia y meses de evolución).

Resultados: Se evidenció mejoría en la gravedad de la afasia con independencia del tratamiento recibido ($F=6,11$; $p<0,023$). Sin embargo, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en apatía ($F=4,38$; $p<0,049$) y denominación oral ($F=6,25$; $p<0,022$) en favor del grupo REGIA (apatía $F=18,87$, $p<0,003$; denominación oral $F=11,76$, $p<0,001$).

Conclusión: La MTGI es aplicable en pacientes con afasia. La MTGI y la REGIA son dos programas de tratamiento dispares que disminuyen la gravedad de los pacientes con afasia con independencia de la severidad y el tiempo de evolución. REGIA aporta beneficios adicionales en denominación oral y apatía

LA REHABILITACIÓN GRUPAL INTENSIVA DE LA AFASIA-REGIA MEJORA LA GRAVEDAD DE LA AFASIA: LA DENOMINACIÓN COMO VARIABLE PRINCIPAL EN EL BENEFICIO TERAPÉUTICO

Vazquez De Sebastian, J. [1]; Berthier Torres, M. [2]; Leiva Madueño, I. [1]; Janz Picart, L. [3]; Dávila Arias, G. [2]; Torres Prioris, M.J. [4]; García Sánchez, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Unidad de Neurología Cognitiva y Afasia (UNCA). Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Cátedra ARPA de Afasia, IBIMA, Universidad de M; 3. Servicio de Rehabilitación. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 4. Servicio de Neurología. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Cátedra ARPA de Afasia, IBIMA, Universidad de M

Objetivos: Valorar la respuesta a la versión española de la Constraint-Induced Aphasia Therapy (Pulvermüller y cols., 2001) llamada REGIA (Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia) (Berthier y cols., 2014) de una muestra de pacientes con afasia crónica secundaria a ictus. Determinar las variables que influyen en el beneficio terapéutico.

Material y métodos: 16 pacientes (edad: 55 ±3 años) con afasia (Cociente de Afasia-Western Aphasia Battery CA-WAB: 69.38 ±4.02) crónica (meses-evolución: 51 ±10) fueron tratados mediante REGIA (30h/10días). La medida del beneficio terapéutico fue estimada mediante evaluación cognitiva y del lenguaje anterior y posterior al tratamiento. Las variables primarias de eficacia establecidas fueron gravedad de la afasia (CA-WAB), Comunicación (Communicative Activity Log (CAL), Repetición (EPLA51) y Denominación oral (EPLA52). Los resultados fueron analizados mediante la prueba ANCOVA de medidas repetidas (correcciones por gravedad inicial). La Correlación bivariada (r) Pearson fue utilizada para analizar las relaciones entre el beneficio aportado por las variables de eficacia

Resultados: REGIA mejora la gravedad global de la afasia ($F=13.88$; $p<0.002$; Eta al cuadrado parcial= 0.49), comunicación ($F=5.42$; $p<0.035$; Eta al cuadrado parcial= 0.28), Repetición ($F=22.05$; $p<0.001$; Eta al cuadrado parcial= 0.61) y Denominación oral ($F= 13.92$; $p<0.002$; Eta al cuadrado parcial= 0.49). Se observó correlación significativa entre la mejoría de la gravedad global de la afasia y la mejoría en denominación oral ($r=0.53$, $N=16$, $p<0.03$).

Conclusión: REGIA mejora la gravedad global de la afasia, la comunicación, la repetición y la denominación en pacientes con afasia. La denominación oral fue la variable que más se relacionó con el beneficio global.

INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA EPILEPSIA INFANTO-JUVENIL EN MUESTRAS FRANCESAS Y ESPAÑOLAS

Conde Guzón, P. [1]; Bulteau Peyrie, C. [2]; Rodríguez Fernández, C. [3]; Cancho Candela, R. [4]; Conde Guzón, M.J. [5]; Bartolomé Albistegui, M.T. [6]

1. Grupo de Investigación en Neuropsicologia (ULE). Vis. externo UMR 663. Université Paris V. Universidad de León; 2. Servicio de FOR- Service de Neurochirurgie Pédiatrique. UMR Inserm U 663 - Groupe de Neuropsychologie du Développement - Université Paris Descartes; 3. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega; 5. Área de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Universidad de León; 6. Servicio de Neurología. Obra Hospitalaria Nuestra Señora de Regla

Objetivos: OBJETIVO: Estudiar el impacto de las alteraciones neuropsicológicas asociadas a la epilepsia sobre la calidad de vida de niños y adolescentes franceses y españoles.

Material y métodos: Muestra: 372 niños y adolescentes epilépticos (219 franceses y 153 españoles) son reclutados para estudiar las alteraciones neuropsicológicas asociadas y su impacto sobre la calidad de vida, estimados por los padres. Instrumentos: Escala EFIQUACEE (Escala sobre el Impacto y la Calidad de Vida de niños con epilepsia). Diseñada por nuestro equipo adaptando la descrita por Soria et al. (2011)

Resultados: a)Tanto los padres españoles como franceses manifiestan que sus hijos presentan alteraciones atencionales, mnésicas y lingüísticas con repercusiones importantes a nivel académico y conductual. b)Los padres franceses comunican mayores alteraciones de atención y memoria que los padres españoles. Se observan alteraciones mnésicas en el 51.6 % de los niños franceses frente a un 36,5% en los niños españoles; alteraciones atencionales en el 71.6% de los niños franceses frente al 56,4% de los niños españoles. Los alteraciones lingüísticas aparecen en el 42% de los niños independientemente de la nacionalidad. c)En ambas muestras, se observa que las alteraciones mnésicas y lingüísticas influyen negativamente en todas las variables de calidad de vida medidas con el cuestionario excepto en la ansiedad, depresión e hiperactividad. Los problemas atencionales impactan en todas las variables

Conclusión: Las alteraciones neuropsicológicas asociadas a la epilepsia infanto-juvenil (especialmente las atencionales) influyen negativamente sobre la calidad de vida. Los padres franceses perciben estas alteraciones de manera más acentuada. Convendría estudiar las diferencias educativo-sanitarias que podrían explicar esta diferencia.

SÍNDROME DE MUENKE, PERFIL NEUROPSICOLÓGICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Martínez, S.

Servicio de Neurología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: El Síndrome de Muenke es una patología considerada de baja frecuencia caracteriza por el cierre prematuro (unilateral o bilateral) de la sutura coronal. Causada por una mutación, pro250-arg, en el gen FGFR3 (gen para el receptor del factor de crecimiento de fibroblastos de tipo3). Al tratarse de una craneosinostosis sindrómica, puede compartir rasgos físicos con los síndromes de Pfeiffer, Jackson-Weis o Saethre-Chotzen. La afectación clínica y funcional varia de una paciente a otro, encontrando referencias en la literatura respecto a las capacidades cognitivas de manera variable también. El objetivo de nuestro trabajo es la descripción del perfil neuropsicológico de este síndrome a través de la literatura existente y la descripción del caso de un varón de 5 años y 2 meses.

Material y métodos: Se realiza valoración neuropsicológica por procesos en caso de varón de 5 años con diagnostico genético de Sindrome de Muenke.

Resultados: Se describe el perfil neuropsicológico del caso: capacidades intelectuales en rango medio-alto con perfil cognitivo desatencional y con dificultades disejecutivas tempranas.

Conclusión: Concluimos en la necesidad de continuar la investigación en casos de patologías de baja frecuencia en el ámbito de la neuropsicología básica y clínica con el objetivo de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno próximo. A su vez, destacamos la necesidad de valorar adecuadamente los casos de síndromes de baja frecuencia en la etapa escolar de cara a maximizar las posibilidades de estos niños y adaptar los programas de intervención y apoyos a sus características concretas.

INFLUENCIA DEL PROCESAMIENTO SENSORIAL EN LA CONDUCTA Y LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS PREMATUROS. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Matesanz García, B.; Fernández Lapeña, E.; Rodriguez Bustillo, H.A.; Nuñez Pedraja, S.; Ballesteros García, P.; Gómez Martínez, M.

Servicio de Terapia Ocupacional. CSEU La Salle

Objetivos: Analizar la influencia del procesamiento sensorial en las áreas de la conducta, las reacciones emocionales, el comportamiento y la calidad de vida en una muestra de niños prematuros y compararla con otra muestra de niños nacidos a término pareados por sexo y edad.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal llevado a cabo con una muestra (N=62) que se ha dividido en dos grupos, uno de casos con niños prematuros (N=31), y otro grupo control de niños nacidos a término (N=31). Para obtener los resultados se administraron los cuestionarios Sensory Profile 2 y PedsQLTM

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, en los ítems del Perfil Sensorial 2 pertenecientes a la sección sensorial; así como en las áreas de la conducta (0,001), socio-emocional (0,004) y la atención (0,015). También se observaron diferencias en el total de la calidad de vida (0,001).

Conclusión: El procesamiento de la información sensorial influye sobre la conducta, las emociones y la atención de los niños prematuros.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA PARA PACIENTES CON ICTUS

Martín Montes, Á.; Díaz Maldonado, L.; Lubrini, G.; Martínez- Sánchez, P.; Fuentes Gimeno, B.; Frank García, A.; Díez- Tejedor, E.

Neurología. Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Los trastornos cognitivos se manifiestan frecuentemente en pacientes con ictus., La terapia cognitiva (TC) podría desempeñar un papel fundamental en su tratamiento. Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de TC en pacientes con ictus.

Material y métodos: Pacientes incluidos durante 2014-2015 en un programa semanal de TC durante 3 meses basado en la restauración de funciones alteradas. Se analizaron las evaluaciones neuropsicológicas antes (1 mes post-ictus) y después de la finalización del programa. Los resultados se compararon con los obtenidos al cabo de 1 mes y 6 meses post-ictus en un grupo control de pacientes participantes en un estudio observacional dirigido a evaluar los factores neuropsicológicos que influyen en la reinserción laboral. Los resultados obtenidos se transformaron en puntuaciones z según edad y educación. La comparación entre grupos se llevó a cabo mediante ANOVAs de medidas repetidas.

Resultados: Participaron 24 pacientes (edad 42±2años; 75% varones), 10 con TC y 14 controles apareados por tipo de ictus, edad y sexo. Los dominios cognitivos más afectados en la evaluación basal fueron: fluidez verbal fonológica (FVF) (54,2%), fluidez verbal semántica (FVS) (50%) y atención alternante (AA) (41,7%), siendo éstos los más beneficiados tras la TC (FVF: Pz preTC -1,39; post-TC -1,05; p=0,83; FVS: Pz preTC -1,63; post-TC -1,4; p=0,4; AA: Pz preTC -1,09; post-TC -0,94; p=0.18).

Conclusión: La TC se perfila como una buena opción para la recuperación de las alteraciones cognitivas en pacientes con ictus. Un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral será muy útil para confirmar estos resultados.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ICTUS MINOR Y AIT: HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE NEUROIMAGEN

Carnes Vendrell, A. [1]; Deus Yela, J. [2]; Molina Seguin, J. [1]; Pifarré Paradero, J. [3]; Purroy Garcia, F. [1]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Neurociencias. Institut Guttmann; 3. Servicio de Psiquiatria. Hospital Santa María

Objetivos: Determinar el perfil neuropsicológico de pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) o ictus minor (IM) (NIHSS $\leq$ 4) durante los primeros 14 días de seguimiento, y correlacionarlo con variables clínicas y de neuroimagen.

Material y métodos: Evaluamos 8 dominios cognitivos a 74 pacientes consecutivos a quienes realizamos una resonancia magnética con secuencias de difusión (DF).

Resultados: Observamos alteraciones en algún dominio en 72 pacientes. El análisis de regresión simple logística mostró correlaciones entre la memoria verbal y la hipercolesterolemia (OR 2,9 [IC 95% 1,1-7,6], p=0,027), la lesión en arterias perforantes (OR 4,9 [0.9-28.1], p=0.075) y el consumo de alcohol (OR 3,3 [1,3-8,7], p=0,014); la memoria visual y el extabaquismo (OR 5,6 [1,0-31,5], p=0,049) y la lesión parietal izquierda (OR 23.6 [1.8-307.8], p=0,016); la atención-VPI y el nivel bajo educacional (NE) (OR 5,1 [1,5-17,3], p=0,08), la HTA (OR 3,5 [1,1-11,0], p=0,029) y la lesión en territorio superficial arteria cerebral media (ACM) (OR 2,3 [1.1-4,9], p=0,043); las funciones ejecutivas y el NE (OR 10,0 [1,2-81,3], p=0,030); la integración visuoespacial, el NE (OR 4,9 [1,3-18,8], p=0,020) y la diabetes (OR 3,3 [1,1-10,2], p=0,034); las praxias y la lesión en territorio profundo ACM (OR 5,7 [1,5-22,1], p=0,012); y la habilidad psicomotora y las anormalidades en la DF (OR 4,7 [1,1-21,8], p=0,048).

Conclusión: A pesar de sufrir síntomas neurológicos mínimos o transitorios, estos pacientes sufren déficits cognitivos que co-

rrelacionan con múltiples variables, como el abuso de sustancias, el nivel de estudios, la etiología, los factores de riesgo vascular y los datos de neuroimagen.

CAMBIOS EN EL PATRÓN DE ACTIVIDAD DEL SISTEMA DE NEURONAS ESPEJO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Plata Bello, J. [1]; Castañón Pérez, A. [1]; Pérez-Martín, Y. [1]; Modroño, C. [1]; Hernández Martín, E. [2]; Marcano, F. [1]; González-Mora, J.L. [1]

1. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; 2. Servicio de Neurociencias. Universidad de La Laguna

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar el patrón de actividad del sistema de neuronas espejo (MNS) en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Se seleccionaron 15 pacientes con EM y 13 controles. A todos se les realizó una evaluación de las habilidades visoespaciales y visoperceptivas. Además, se les realizó tres estudios de resonancia magnética funcional (fMRI): uno en el que el participante debía ejecutar el movimiento de pinza; otro en el que sólo debía observar dicho movimiento de pinza; y el último, en el que no debía realizar ni observar nada, salvo intentar mantener la mente en blanco (resting-state).

Resultados: La evaluación neuropsicológica no mostró diferencias entre los pacientes EM y los controles. En el estudio de ejecución se objetivó una mayor actividad a nivel del área motora primaria en sujetos control. Durante la observación los pacientes EM presentaron una mayor actividad en áreas visuales, mientras que los sujetos control presentaban mayor actividad a nivel parietal. El análisis de conjunción reveló una mayor actividad en espejo en los sujetos control. El análisis de las imágenes de resting-state determinó una mayor conectividad de las regiones con actividad espejo con áreas frontales en los sujetos control, en comparación con los pacientes EM.

Conclusión: Los pacientes con EM presentan cambios en el patrón de activación del MNS a pesar de que no muestren alteraciones en la evaluación de las habilidades visoespaciales y visoperceptivas. Dichos cambios parecen relacionarse con cambios en la conectividad funcional entre las regiones que conforman dicho sistema neuronal.

ESTABILIDAD DEL RENDIMIENTO EN LA PRUEBA SPAN DE DÍGITOS EN PERSONAS COGNITIVAMENTE SANAS

Sánchez Benavides, G.; Gramunt Fombuena, N.; Brugulat Serrat, A.; Gotsens Moreno, X.

BarcelonaBeta Brain Research Center. Fundacio Pasqual Maragall

Objetivos: Estudiar la estabilidad a corto/medio plazo del span de dígitos en personas sanas de mediana edad.

Material y métodos: 400 participantes del estudio ALFA de entre 45 y 65 años de edad fueron reevaluados con la tarea Dígitos de la escala WAIS-IV tras un intervalo de 6 semanas (±2). Se estudió el cambio en puntuaciones directas en las tres condiciones (Orden Directo, Inverso y Creciente), el porcentaje de participantes que mantenían su span y la eficacia en ambas evaluaciones. Para ello se crearon índices de eficacia dividiendo el número de series correctas en cada condición por el span máximo obtenido.

Resultados: Globalmente los participantes mejoraron sus puntuaciones directas en un 5%, resultando este cambio significativo. En Orden Directo el 34.2% de participantes mantuvieron su span, el 37.3% lo incrementaron en al menos 1 dígito, y el 28.5% lo disminuyeron. Para Orden Inverso estos porcentajes fueron 36.5%, 37%, 26.5%, y para Orden Creciente 36.8%, 37.5%, 25.7%. Entre los que mantuvieron su span los índices de eficacia mejoraron en todas las condiciones aunque significativamente solo en la condición Orden Inverso [V1 (M = 1.783, SD = .168), V2 (M = 1.817, SD = .164), t(145) = -2.11, P = .037]

Conclusión: Se observa una destacable inestabilidad de las medidas de span a corto/medio plazo, por lo que su interpretación debe realizarse con cautela. Posiblemente estas medidas son especialmente vulnerables a factores difícilmente controlables como la motivación o el nivel de alerta.

ALTERACIONES COGNITIVAS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNA SERIE DE 264 PACIENTES: ¿ES ÚTIL EL SDMT COMO CRIBADO?

Cortés Martínez, A.; Matías-Guiu Antem, J.; Pytel, V.; Villar Quiles, R.N.; Montero, P.; Oreja Guevara, C.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La frecuencia de alteración cognitiva en la esclerosis múltiple (EM) es variable, según los estudios publicados en la literatura. Uno de los hallazgos más consistentes ha sido en enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, por lo que se ha propuesto como cribado. El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia de alteraciones cognitivas en una serie de pacientes con EM.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 264 pacientes con diagnóstico de MS (RR, SP y PP) (69.2% de mujeres, edad media 47.52± 9.903 años, escolaridad 15.16± 3.74 años). Se utilizó la batería de test y datos normativos del proyecto Neuronorma, así como PASAT.

Resultados: En un 73% de la muestra existió alteración en al menos un test cognitivo. En un 22% hubo un test afectado, el 12,2% 2 test afectados y el 37,8% de la muestra 3 o más test afectados. Los dominios cognitivos más afectados fueron la atención y velocidad de procesamiento (23.1 y 21.1% respectivamente) seguidos por la memoria (13.6%). El SDMT obtuvo un área bajo la curva de 0.775 (punto de corte puntuación escalar 11/12) para detectar alteración en al menos un dominio cognitivo, y de 0.859 para detectar alteración en al menos dos dominios (punto de corte puntuación escalar 10/11).

Conclusión: El deterioro cognitivo es frecuente en la EM. El SDMT puede ser adecuado cribado solo si se considera puntos de corte altos. Debido a la heterogeneidad de perfiles cognitivos, es necesario la realización de una evaluación neuropsicológica pormenorizada, ya que un escalar de 10/11 en el SDMT

INFLUENCIA DE LA FATIGA EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA SERIE DE 264 PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Cortés Martínez, A.; Matías-Guiu Antem, J.; Pytel, V.; Montero, P.; Villar Quiles, R.N.; Oreja Guevara, C.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La fatiga es un síntoma frecuente e invalidante en la esclerosis múltiple (EM). Existe discusión en la literatura acerca de si la fatiga se asocia a determinadas alteraciones cognitivas, especialmente déficits atencionales y ejecutivos. Nuestro objetivo fue evaluar la influencia de la fatiga en el rendimiento cognitivo en una serie de pacientes con EM.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 264 pacientes con diagnóstico de EM (RR, SP y PP) (69.2% de mujeres, edad media 47.5±9.9 años, escolaridad 15.1±3.7 años). Se administraron los siguientes test neuropsicológicos y escalas: Spanverbal, Cubos de Corsi, TrailMaking Test, SDMT, Stroop, Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Free and CuedSelectiveReminding Test (FCSRT),

Fluencias verbales, PASAT, Boston Naming Test, Torre de Londres, Líneas de Benton, escala de Severidad de Fatiga (FSS) y escala de depresión de Beck.

Resultados: Se observó fatiga en 60,9%. Los pacientes con fatiga obtuvieron menores puntuaciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de FCSRT, Stroop, fluencias verbales y depresión. Controlando por el nivel de depresión, se observaron diferencias en Stroop (A, B y C, pero no en interferencia) y fluencia categorial.No hubo asociación con test e índices específicos de atención y función ejecutiva.

Conclusión: Nuestro estudio encontró que la fatiga se asocia a un menor rendimiento en la realización de algunos test dependientes de tiempo, pero no específicamente a déficits atencionales o ejecutivos. Estos resultados sugieren la necesidad de conocer la fatiga del paciente para una adecuada interpretación de la evaluación cognitiva en la EM.

TEST DE LA FIGURA COMPLEJA MODIFICADA DE TAYLOR: ESTUDIO NORMATIVO ESPAÑOL Y CORRELACIÓN CON EL RUFF-LIGHT TRAIL LEARNING TEST (RULIT)

Pérez Enríquez, C. [1]; Piqué Candini, J. [1]; Florido Santiago, M. [1]; Sánchez Benavides, G. [1]; García Escobar, G. [1]; Arrondo Elizarán, C. [1]; Grau Guinea, L. [1]; Pereira Cutiño, B. [1]; Puig Pijoan, A. [2]; Manero Borras, R.M. [2]; Peña Casanova, J. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); 2. Servicio de Neurociencias. Hospital del Mar; 3. Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Aportar datos normativos españoles de un test de memoria visual alternativo al test de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth: el test de la Figura Compleja de Taylor Modificada (FCMT) y estudiar la correlación existente entre este test y el Ruff-Light Trail Learning Test (RULIT).

Material y métodos: La muestra normativa estaba formada por 308 sujetos, a los cuales se le administró un protocolo de evaluación cognitiva (NEURONORMA-Plus). Se analizaron las principales variables sociodemográficas (edad, escolaridad y sexo) en el FCMT y se crearon tablas de conversión de puntuaciones brutas a escalares con sus correspondientes ajustes, en caso necesario. Se analizó la asociación con el RULIT mediante correlaciones de Pearson.

Resultados: Se observó una influencia significativa de la edad y la escolaridad en el rendimiento en el test para el grupo de adultos mayores (> 50 años). El género no mostró una influencia significativa. El rendimiento inmediato y diferido en el RULIT correlacionó con el FCMT (r= 0.379 y r=0.482 respectivamente).

Conclusión: Se corrobora el efecto de la edad y la escolaridad en el grupo de adultos mayores. El género es una variable de escasa influencia sobre el rendimiento en este test. Se demuestra una correlación moderada con otro test de memoria visual, el RULIT. La aplicación y uso de este test podría considerarse una adecuada alternativa a la evaluación de la memoria visual con el test clásico de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth.

EFECTO EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA EN LA COGNICIÓN: ANÁLISIS DE LOS ERRORES TRAS 12 MESES DE TRATAMIENTO

Higueras Hernández, Y. [1]; Martínez Ginés, M.L. [1]; García Domínguez, J.M. [1]; Cuello, J.P. [1]; Romero Delgado, F. [1]; Goicoechea, H. [2]; Lozano Ros, A. [1]; Meca Lallana, V. [3]; García Vaz, F. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 4. Servicio de Procesos Básicos II. Universidad Complutense de Madrid

Objetivos: Analizar el efecto del tratamiento con fampridina en la cognición de pacientes con esclerosis múltiple (EM)

Material y métodos: Se administra el PASAT a 14 pacientes con EM recurrente-remitente (EMRR) y 12 en formas progresivas (EMP), tomándose tres medidas: basal, tras 6 meses (6m) y 12 meses (12m) de tratamiento. Se analizan aciertos (A), diadas (D), y errores (omisiones (O), interferencia (I), perseveraciones (P), calculo (C), Chunking (Ch)).

Resultados: Analizando el grupo completo se vio que A aumentó desde la medida basal a la de 6m (p=.008) y respecto a 12m (p=.001), al igual que lo hicieron las D (basal-6m p=.018 y basal-12m p=.004). Los errores de O disminuyeron a los 6m (p=.007) y a los 12m (p<.001) al igual que las P de la basal a los 12 meses (p=.02), sin presentar cambios en el resto de errores. El análisis intragrupo indica que los pacientes EMRR no mejoran los A ni D pero sí los errores a los 12m de O y de I (p=.015 y p=.047 respectivamente) y P a los 6m (p=.026). Los pacientes EMPP mostraron mejoría en A tras 6m (p=.002) y tras 12m (p<.001), un aumento de D tras 6m (p=.023) y tras 12m (p=.018), así como una disminución tan sólo de las O a los 6m (p=.004) y comparada con los 12m (p<.001).

Conclusión: Los cambios en las puntuaciones del PASAT en pacientes con fampridina confirman su posible efecto beneficioso sobre la cognición. Las diferencias encontradas entre EMP y EMRR sugieren distinto funcionamiento cognitivo en ambos grupos de pacientes.

ESTUDIO NORMATIVO ESPAÑOL DE UN TEST DE MEMORIA VISUOESPACIAL, EL RUFF-LIGHT TRAIL LEARNING TEST (RULIT)

Pérez Enríquez, C. [1]; Florido Santiago, M. [1]; Piqué Candini, J. [1]; Sánchez Benavides, G. [1]; García Escobar, G. [1]; Arrondo Elizarán, C. [1]; Grau Guinea, L. [1]; Pereira Cutiño, B. [1]; Puig Pijoan, A. [2]; Manero Borras, R.M. [2]; Peña Casanova, J. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); 2. Servicio de Neurociencias. Hospital del Mar; 3. Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: Aportar datos normativos españoles de un test de memoria visuoespacial, el Ruff-Light Trail Learning Test (RULIT).

Material y métodos: La muestra normativa estaba formada por 308 sujetos, a los cuales se le administró un protocolo de evaluación cognitiva (NEURONORMA-Plus) que incluía el RULIT. Este test tiene la ventaja de eliminar la influencia de la capacidad práxica requerida en otros test de memoria visual empleados en la clínica neuropsicológica. Se analizó el efecto de las principales variables sociodemográficas (edad, escolaridad y sexo) en los rendimientos, mediante regresión múltiple y se transformaron las puntuaciones brutas a puntuaciones escalares con sus correspondientes ajustes cuando se manifestara una influencia significativa.

Resultados: Existe una significativa influencia de la edad y género de los sujetos en el rendimiento del test. No existe influencia significativa de la escolaridad. Se aportan las gráficas de curvas de aprendizaje y perfiles de pasos erróneos por cuartiles.

Conclusión: Se observa un efecto significativo de la edad y en menor medida del género, junto a una nula influencia de la escolaridad en los rendimientos en este test. El RULIT permite la exploración de la memoria visuoespacial, eliminando la influencia de la capacidad práxica que requieren la mayoría de test de memoria visual.

NEUROPSICOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

Pérez Martínez, S.

Servicio de Neurología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: El síndrome de Sjögren es un trastorno autoinmune crónico de etiología desconocida. Considerado como enfermedad de baja frecuencia, que afecta a personas de todas las edades, siendo más prevalente en mujeres de entre 40 y 50 años. Caracterizado por disfunción y destrucción de las glándulas exocrinas asociada con infiltrados linfocitarios e hiperreactividad inmunológica. Siendo las glándulas salivares y lacrimales son las más afectadas en forma de sequedad boca y de ojos también presenta afectación extraglandular como artritis, fenómeno de Raynaud y afectación hepática entre otras. En los últimos años el estudio de esta patología nos ha hecho avanzar en el desarrollo de nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas, incluidas las neuropsicológicas (perfil cognitivo, emocional y funcional) y su relación con la calidad de vida de las personas afectadas. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el perfil neuropsicológico de una muestra de personas afectadas.

Material y métodos: Se realiza valoración neuropsicológica, estado de salud general y calidad de vida de personas afectadas por la enfermedad en España. Se tiene en cuenta para el análisis condicionantes sociodemográficos y perspectiva de género.

Resultados: Describimos el perfil cognitivo, estado general de salud y calidad de vida. El perfil encontrado apoya los datos referidos en la literatura para otras poblaciones en otros países de este mismo síndrome.

Conclusión: Concluimos en la necesidad de continuar la descripción cognitiva de las personas afectadas. Consideramos oportuno valoración del perfil neuropsicológico en relación al estado de salud general como punto de partida de los programas de mejora de la calidad de vida.

Trastornos del Movimiento I

VALIDACION DE UN DETECTOR PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA EN CONDICIONES DE USO REAL

Hernández Vara, J. [1]; Rodríguez Molinero, A. [2]; Pérez López, C. [3]; Sama, A. [3]; de Mingo, E. [2]; Rodríguez Martín, D. [3]; Bayes Rusiñol, A. [4]; Moral, A. [5]; Álvarez Ramo, R. [6]; Pérez Martínez, D.A. [7]; Catala, A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Sant Antoni Abat - Consorci Sanitari del Garraf; 3. Centro de Investigación para la Dependencia y Vida Autónoma. Universitat Politecnica de Catalunya; 4. Servicio de Neurología. Centre Médic Teknon, S.L.; 5. Servicio de Neurología. Hospital Residència Sant Camil - Consorci Sanitari del Garraf; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Desarrollo y validación de un nuevo algoritmo, mediante un único sensor de movimiento, que combina información obtenida sobre bradicinesia y discinesias, para la detección de fluctuaciones motoras

Material y métodos: Para el desarrollo y validación del estudio se obtuvo una muestra de 32 pacientes con EP avanzada, con 9,2 años de tiempo medio de evolución de la enfermedad. Se solicitó a los pacientes llevar puesto el sensor de movimiento durante 1-3 días en domicilio mientras desarrollaban sus actividades diarias habituales. Las lecturas del sensor se basaron en las medidas de un acelerómetro que comprendían períodos de 10 minutos. La lectura de cada período consistió en la presencia/ausencia de bradicinesia (principalmente alteración de la marcha) y la presencia/ausencia de discinesias Paralelamente los pacientes registraron en unos diarios sus estados ON y OFF a lo largo del día. La sensibilidad y especificidad de las lecturas del sensor se calcularon comparándolas con los registros de los diarios, utilizados como patrón oro.

Resultados: De los 32 pacientes iniciales se obtuvieron datos completos y analizables en 24 (75%). El tiempo medio de monitorización fue de 23 horas. El sensor produjo 671 resultados para todos los pacientes. De todos los registros del sensor, 410 (61,1%) tenían un registro equivalente en los diarios de los pacientes La sensibilidad y especificidad obtenida fue 92% (IC95%: 87.33% - 97.3%) y 94% (IC95%: 90.71% -97.1%), respectivamente.

Conclusión: El presente algoritmo para la detección de fluctuaciones motoras en la EP mediante un sensor de movimiento externo es una herramienta útil y precisa para la monitorización ambulatoria.

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CON CUERPOS DE LEWY (ECL) EN SUJETOS CON AGREGADOS DE ALFA-SINUCLEÍNA (AS) EN PLEXOS AUTONÓMICOS ABDÓMINO-PÉLVICOS TRAS 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Gutiérrez Zúñiga, R. [1]; Triguero Cueva, L. [1]; Escamilla Sevilla, F. [1]; Ortega Moreno, A. [1]; Concha López, Á. [2]; Munoz, D.G. [3]; Chamorro Santos, C.E. [4]; Rebollo Aguirre, Á.C. [4]; Gómez Río, M. [5]; Mínguez Castellanos, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 3. Servicio de Division of Pathology. St. Michael's Hospital; 4. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; 5. Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves

Objetivos: Distintos estudios retrospectivos consideran los agregados de AS en el sistema nervioso entérico como marcadores de riesgo de ECL. En 2003 iniciamos el seguimiento de una cohorte de sujetos con y sin depósitos anómalos de AS en plexos autonómicos abdominopélvicos. El objetivo de este trabajo es comunicar la incidencia de casos de ECL en ambos grupos.

Material y métodos: Se incluyeron 16 pacientes (edad: 67.4±4.2 años) con una resección previa en aparato gastro-intestinal o génito-urinario: 6 AS positivos (AS+) y 10 AS negativos (AS-). Se han seguido durante 114.3±45.4 meses (rango 19-142). El estudio fue aprobado por el comité ético y todos firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Fallecieron dos pacientes, uno de cada grupo. En el grupo AS+ un paciente estaba diagnosticado de trastorno de la conducta del sueño REM antes de su inclusión sin enfermedad neurodegenerativa posterior. Se registraron dos casos de ECL, ambos a los 7 años de seguimiento: uno se diagnosticó a los 75 años de enfermedad de Parkinson rígido-acinética de curso típico y otro a los 73 años de demencia con cuerpos de Lewy. En el grupo AS- ninguno desarrolló una ECL (p=0.036).

Conclusión: Hemos encontrado una asociación entre la presencia de depósitos anómalos en plexos autonómicos y el diagnóstico de ECL. En este sentido, su detección puede considerarse un marcador de riesgo para tales enfermedades.

NUEVOS DATOS SOBRE ALTERACIONES DEL MIOCARDIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): ESTUDIO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA CON GRUPO CONTROL

Lopez Garcia, A. [1]; Piqueras Flores, J. [2]; Moreno Sánchez, Á. [1]; Gónzalez Martínez, A. [3]; Vaamonde Gamo, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 3. Servicio de Neurología. Universidad de Castilla La Mancha

Objetivos: Los pacientes con EP presentan mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca sin conocer la causa. La disfunción autonómica, el sustrato genético o la disregulación de la presión arterial pueden ser las causas subyacentes. Nuestro objetivo es analizar alteraciones cardiacas estructurales y funcionales mediante ecocardiografía y electrocardiografía en pacientes con EP.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con EP y controles. Se excluyeron pacientes con cardiopatía, realizándose estadificación Hoehn-Yahr, cuestionario de síntomas no motores NMSQuest, electrocardiografía y ecocardiografía en 50 pacientes control y 50 con EP.

Resultados: Las características clinicodemográficas fueron similares en ambos grupos. Los pacientes con EP mostraron voltajes electrocardiográficos mayores (p=0.01) . El porcentaje de pacientes con intervalo QT corregido (QTc) prolongado fue mayor en el grupo EP (31% vs. 12%, p=0.024). Los pacientes con EP mostraron peor clase funcional NYHA, y se correlacionó con mayor volumen auricular izquierdo y más hipertrofia ventricular (HVI) (P=¿?). Se encontró correlación lineal significativa entre el índice de masa ventricular y la puntuación de síntomas disautonómicos en la escala NMSQuest PD (R2=0.10, p=0.03). En el análisis multivariante, la EP se correlacionó de forma independiente con HVI (p=0.015), disfunción diastólica (p=0.002) y peor índice de función miocárdica global (p=0.004).

Conclusión: Los pacientes con EP tienen un intervalo QTc prolongado, más hipertrofia del VI, más remodelado concéntrico y más disfunción diastólica. Existe correlación positiva entre disautonomía y la HVI.

ESTUDIO DEL PULL TEST EN SUJETOS SANOS Y EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: ANÁLISIS DE LA FUERZA DESESTABILIZADORA

Perez Sanchez, J.R.; De La Casa Fages, B.; Contreras Chicote, A.; Velázquez, J.M.; Muñoz González, A.; Grandas, F.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Estudiar y comparar la fuerza desestabilizadora necesaria para alcanzar el límite de estabilidad (LdE) en sujetos sanos y en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) en diferentes estadios evolutivos durante la realización del "Pull Test" (PT).

Material y métodos: Se estudiaron sujetos sanos y pacientes con Enfermedad de Parkinson con estadios de Hoehn-Yahr (H-Y) I, II y III. Mediante un sistema de pesos y poleas adaptado y un arnés rodeando los hombros del sujeto se aplicaron sucesivos tirones en sentido antero-posterior, con incremento progresivo de la fuerza aplicada hasta que el sujeto se viera obligado a dar, al menos, un paso atrás (LdE).

Resultados: Se analizaron 62 sujetos sanos (edad media 47,1 años) y 28 pacientes con EP (edad media 70,2 años): 22 estadios I-II de H-Y y 6 estadio III de H-Y. La fuerza media para alcanzar el LdE en sanos fue 98,8N, en EP estadios I-II 70,5N y en EP estadio III 33,8N. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las fuerzas medias de pacientes frente a sujetos sanos (p=0,255). El LdE se correlacionó de forma significativa con edad (p<0,001), sexo (p<0,001), UPDRS motora (p=0,022) y estadio de H-Y (p=0,037), diferenciando a pacientes en estadios I y II de H-Y frente a pacientes en estadio III de H-Y.

Conclusión: La fuerza necesaria para alcanzar el límite de estabilidad en el Pull Test, corregido por edad y sexo, no difiere entre sujetos controles y pacientes parkinsonianos en estadios I y II de H-Y pero es significativamente menor en pacientes en estadio III de H-Y.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: FORMAS DE TRATAMIENTO Y POLINEUROPATÍA

Díaz Díaz, A.; Bordón Poderoso, C.; Malo de Molina Zamora, R.; Gutierrez Martinez, A.; Arbelo González, J.M.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

Objetivos: Analizar la presencia de polineuropatía (PNP) en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) y su posible asociación con diferentes regímenes de tratamiento.

Material y métodos: Estudio de cohortes restrospectivas en el que se comparan tres grupos de pacientes con EP, 14 en tratamiento con infusión intestinal continua de levodopa (IICL), 10 en tratamiento con levodopa oral (LDO) y 8 en tratamiento con infusión continua de apomorfina subcutánea (ICAS). Se determina la frecuencia de PNP mediante parámetros clínicos y neurofisiológicos, dosis diaria totale de levodopa y duodopa según corresponda, años de enfermedad y tratamiento y parámetros bioquímicos.

Resultados: De los 14 pacientes con IICLC, 12 (86%) muestran datos neurofisiológicos compatibles con PNP axonal: 9 (64.5%) con afectación mixta y 3 (21.4%) sensitiva. 12 de ellos presentan afectación clínica, siendo las manifestaciones más frecuentes la hipopalestesia y la hiporreflexia distal. De los 10 pacientes con LDO, 2 (20%) muestran PNP axonal sensitiva y 1 (10%) afectación mixta. De los pacientes con ICAS, 1 (12.5%) presenta PNP axonal sensitiva. Aunque los niveles de B6 fueron sensiblemente inferiores en los pacientes con IICLC, estos y los niveles de vitaminas B12 no diferían significativamente en función de la terapia recibida.

Conclusión: Objetivamos una alta prevalencia de PNP en pacientes con EP en tratamiento con IICL. La PNP parece asociarse a este y no a otros regímenes de tratamiento. No objetivamos relación entre la PNP y déficit de vitaminas. Son necesarios estudios prospectivos diseñados adecuadamente para confirmar nuestros resultados y aclarar los posibles factores determinantes de PNP en pacientes con EP.

NUEVOS MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (2005-2015): REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sanchez Ferro, A. [1]; Elsehabi, M. [2]; Godinho, C. [3]; Salikovic, D. [2]; Hobert, M.A. [2]; Domingos, J. [4]; van Uem, J.M. [2]; Ferreira, J. [4]; Maetzler, W. [2]

1. Servicio de Neurología. HM-CINAC; 2. Servicio de Neurología. Hertie Institut; 3. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Center of Interdisciplinary Research Egas Moniz (CiiEM); 4. Instituto de Medicina Molecular. Clinical Pharmacology Unit

Objetivos: La última década ha sido testigo de una expansión de nuevos métodos destinados a la evaluación de la enfermedad de Parkinson (EP) con tecnología (NAM-PD). Sin embargo, el estado actual de estos NAM-PD con respecto a su madurez, viabilidad y utilidad en la evaluación de la EP no se ha evaluado de forma sistemática .

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de los artículos publicados entre 2005-2015. De 9.503 publicaciones identificadas en PubMed y Web of Science, se evaluaron 848 documentos completos. De ellos, 588 artículos originales fueron evaluados para evaluar los parámetros de clinimetría, características de las poblaciones estudiadas, junto con la madurez y otros aspectos tecnológicos.

Resultados: Sesenta y cinco por ciento de los estudios incluyeron < 30 pacientes, < 50 % emplearon una metodología estándar de pruebas diagnósticas, 8 % confirmaron sus resultados, y el 87 % tuvieron lugar en la clínica o laboratorio. Las características axiales

fueron el aspecto más frecuentemente estudiado, seguido por la bradicinesia. La rigidez y los síntomas no motores se investigaron rara vez. Sólo el 6 % de los sistemas alcanzó un nivel de madurez tecnología que justifica su uso actual para cuantificar la EP.

Conclusión: Esta evaluación sistemática proporciona una visión general de las opciones actuales para la evaluación cuantitativa de la EP. Hay una necesidad particular de estandarizar los estudios y de que estos sean colaborativos para confirmar los resultados de las iniciativas preliminares. También es necesario evaluar los dominios que están actualmente insuficientemente investigados y validar los NAM-PD existentes y futuros .

ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA Y APATÍA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO LONGITUDINAL A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Botí, M.; Pascual-Sedano, B.; García-Sánchez, C.; Martinez-Horta, S.; Peretó, M.; Horta-Barba, J.; Pagonabarraga, J.; Marín-Lahoz, J.; Bejr-Kasem, H.; Pérez-Pérez, J.; Campolongo, A.; Gironell, A.; Kulisevsky, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La apatía se sugiere como posible efecto adverso de la estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico (ECP-NST). Distintos estudios muestran datos contradictorios y pocos aportan resultados tras varios años de seguimiento. En este estudio analizamos la frecuencia y severidad de la apatía a lo largo de tres años de seguimiento y su relación con otras variables.

Material y métodos: Analizamos 40 pacientes que recibieron ECP-NST bilateral. Se registraron datos sociodemográficos y clínicos pre-ECP como edad, sexo, educación, años de evolución o dosis l-dopa equivalente-LED y neuropsicológicos (MMSE, DRS, fluencias, FrSBe). Se analizaron los cambios pre-ECP-post-ECP a los 3,6,12,24 y 36-meses en severidad y frecuencia de la apatía y su relación con cambios en LED y cognición.

Resultados: Tras 3 años solo se dan 6 casos nuevos (5%) de apatía pero la su severidad incrementa notablemente a los 24 ($p=0.02$) y 36-meses ($p=0.002$). Esto no se relaciona con la disminución LED pre-post-ECP-NST ($r=-0.239$;$p=0.166$) pero si con un peor rendimiento cognitivo global pre-ECP-NST en MMSE ($r=0.487$;$p=0.001$), memoria ($r=0.336$;$p=0.03$) y visuo-construcción ($r=-0.363$;$p=0.02$), siendo el empeoramiento en visuo-construcción el elemento que más se asocia a la severidad de la apatía a los 3 años ($r=0.413$;$p=0.008$).

Conclusión: La ECP-NST no se relaciona con nuevos casos de apatía post-IQ pero si con un empeoramiento a partir de los 24 meses de seguimiento difícilmente atribuible solo a la ECP-NST. El rendimiento cognitivo previo y su empeoramiento sobre dominios corticales -y no frontales- es la variable que mejor predice el incremento en la severidad de la apatía.

ENCEFALITIS ANTI-IGLON5: UNA NUEVA CAUSA DE COREA Y DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A TRASTORNO DEL SUEÑO

González de Echávarri Gómez, J.M. [1]; Gaig, C. [2]; Martínez, E. [2]; Pagonabarraga, J. [1]; Martínez-Horta, S. [1]; Graus, F. [2]; Kulisevsky, J. [1]; Pérez-Pérez, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Describir el caso clínico de una mujer con corea, deterioro cognitivo y trastorno del sueño de inicio subagudo debidos a una encefalitis antiIgLON5.

Material y métodos: Presentamos una mujer de 69 años con antecedente de bocio multinodular, que consulta por un cuadro progresivo de seis meses de evolución de movimientos hipercinéticos asociados a trastorno de la marcha, deterioro cognitivo, alteración del sueño y labilidad emocional. A la exploración destacaban movimientos coreicos generalizados, posturas distónicas, miokimias faciales, impersistencia oculomotora, e imposibilidad para la marcha en tándem. En la exploración neuropsicológica la paciente presentaba una alteración de las funciones ejecutivas y de la memoria episódica.

Resultados: Se realizó analítica estándar sin alteraciones con factores de maduración, función tiroidea y ceruloplasmina normales, estudio de autoimnunidad (incluidos antifosfolípidos y antineuronales) y serologías negativas. Estudio genético de enfermedad de Hungtinton negativo. Punción lumbar con 3 células, glucosa y proteínas normales, bandas oligoclonales y proteína 14.3.3 negativas; RM cerebral con hiperintensidad bitemporal medial, PET-18FDG sin alteraciones. La polisomnografía mostraba una parasomnia tanto REM como no REM, apneas del sueño y estridor. Finalnente se detectaron autoanticuerpos anti-IgLON5 en LCR diagnósticos de encefalitis anti-IgLON5. La paciente inicia tratamiento con inmunoglobulinas, corticoterapia y tetrabenazina con mejoría sintomática.

Conclusión: Presentamos un caso de corea con deterioro cognitivo y alteración del sueño de curso subagudo debida a una encefalitis anti-IgLOG5. Esta entidad fue descrita por primera vez en 2014 y debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de cuadros clínicos subagudos y crónicos de corea, deterioro cognitivo y trastorno del sueño.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y DE CONECTIVIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y CAMBIOS COGNITIVOS LEVES

Martínez Horta, S.; Pagonabarraga, J.; Sampedro, F.; Fernández de Bobadilla, R.; Marín Lahoz, J.; Horta-Barba, A.; Perez Perez, J.; Bejr-Kasem, H.; Pascual Sedano, B.; Campolongo, A.; Gironell, A.; Kulisevsky, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: El perfil cognitivo de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) es muy heterogéneo y eminentemente disejecutivo, pero son las alteraciones de tipo cortical-posterior las que se asocian a futura demencia. Mediante análisis de imagen multimodal, queremos analizar la topografía anatómico-funcional que subyace el rendimiento cognitivo, intentando distinguir redes neuronales involucradas en los diferentes déficits cognitivos asociados a la EP

Material y métodos: Análisis prospectivo de 14 pacientes con EP sin demencia en estadío inicial-intermedio (edad=65±5; H&Y=2±2) evaluados mediante la escala PD-CRS y RM multimodal, utilizando secuencias T13D, DTI y resonancia funcional en reposo. Se aplicó modelo de regresión entre puntuaciones cognitivas y parámetros de imagen, obteniendo medidas de volumen en sustancia gris (vSG), conectividad funcional de la red por defecto (DMN) y tractografía en sustancia blanca (DTI-FA) ($p<0.005$;$k=50$).

Resultados: El rendimiento cognitivo global se relacionó con vSG a nivel fronto-temporo-parietal y de DTI-FA en fascículos longitudinal superior y fronto-occipital inferior. Se vio una clara relación entre PD-CRS-frontal y vSG a nivel prefrontal (dorsal y ventro-medial), y entre PD-CRS cortical-posterior y vSG parietal inferior y superior, así como disminución de la conectividad funcional entre los subsistemas fronto-parietales y temporales-mediales de la DMN.

Conclusión: El rendimiento cognitivo en los dominios cubiertos por la PD-CRS muestra una clara dependencia con la integridad de distintos sistemas fronto-subcorticales y corticales-posteriores. La PD-CRS topografía y captura de manera óptima cambios, incluso sutiles, relativos a la integridad funcional y estructural de los territorios implicados.

EL ROL DE LAS PLAQUETAS COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Jesús Maestre, S. [1]; Medina Vizuete, A. [2]; Mendez del Barrio, C. [3]; Macias, D. [3]; Sánchez Seda, S. [3]; Huertas Fernández, I. [3]; Carrillo García, F. [3]; Carballo Cordero, M. [3]; Mir Rivera, P. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Medicina. Hospital Virgen del Rocío; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: En la etiopatogenia de la enfermedad de Parkinson (EP) intervienen factores genéticos y tóxico-metabólicos, entre ellos, fenómenos inflamatorios. Las plaquetas actúan como reactantes de fase aguda ante la existencia de inflamación subyacente. Asimismo, el tamaño plaquetario se relaciona con su actividad, siendo las de mayor tamaño más activas. El objetivo fue evaluar si existían diferencias en el valor de plaquetas así como en el volumen de las mismas reflejado a través del volumen plaquetario medio (VPM) entre pacientes con EP y controles sanos (CS).

Material y métodos: Se incluyeron 564 pacientes con EP (61.9% varones; edad media 65.95±11.8 años) y 259 CS (56.4% varones; edad media 61.47±14.5 años). Se determinaron los valores de plaquetas y VPM en plasma. La comparación de ambos parámetros entre los grupos se realizó usando chi cuadrado. En el grupo de EP se evaluó el estadío de Hoehn y Yahr (H&Y). Para su comparación con el valor de VPM y plaquetas se usó la prueba Kruskall-Wallis.

Resultados: No se obtuvieron diferencias significativas en el nivel de plaquetas en ambos grupos (244.85±72.15x109/L en EP vs 240.22±8.84x109/L en CS; p>0.05). Los pacientes de EP mostraron una tendencia hacia valores superiores de VPM (EP: 9.98±4.88 fl vs CS:9.54±1.47 fl; p=0.062). Comparando por sexos, las mujeres con EP mostraron valores de VPM mayores que en CS (p<0.05). En el grupo de EP no se relacionaron los niveles de plaquetas o VPM con el estadío H&Y.

Conclusión: Los valores de VPM podrían reflejar la existencia de fenómenos inflamatorios subyacentes involucrados en la etiopatogenia de la EP.

COMORBILIDAD EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO LONGITUDINAL COMPARATIVO CON PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y UN GRUPO CONTROL

Suárez Castro, E.; Expósito Ruíz, I.; Tuñas Gesto, C.; Aneiros Díaz, Á.M.; López Fernández, M.; de Deus Fonticoba, T.; Nuñez Arias, D.; Bermúdez Torres, M.; Santos García, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos

Objetivos: El objetivo del presente estudio es (1) analizar la comorbilidad y polifarmacia de un grupo de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), (2) compararla con un grupo control y otro de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y (3) observar como cambian a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal con seguimiento a 3 años (2012-2015), monocéntrico, en el que se incluyeron 149 pacientes con EP (57% varones, 70.9±8.6 años), 44 sujetos control y 44 pacientes con EA. La comorbilidad y polifarmacia en situación basal (visita 1, V1) y a los 3 años (visita 2, V2) para cada paciente se evaluó mediante los siguientes cuestionarios: (1) The International Classification of Diseases, Tenth-Revision (ICD-10); (2) Charlson-Index; (3) Comorbidity-Polypharmacy Score; (4) Elixhauser Comorbidity Measure.

Resultados: El número total de comorbilidades (ICD-10) y polifarmacia (> 3 medicamentos crónicos) en V1 fue significativamente mayor en los pacientes con EP y EA que en el grupo control (4.4±2.3 vs 5.2±2.4 vs 3.4±1.9 [p=0.001] y 81.2% vs 75% vs 56.8% [p=0.004], respectivamente). Las enfermedades del sistema circulatorio (ICD-10/capítulo-IX) y endocrinas, nutricionales y metabólicas (ICD-10/capítulo IV) fueron las más frecuentes en todos los grupos. Hubo un incremento significativo (p=0.001) de la comorbilidad en los tres grupos sin diferencias entre ellos a los 3 años (incremento medio de 1.7 ±1.8).

Conclusión: La comorbilidad y polifarmacia en los pacientes con EP es elevada, similar a la de los pacientes con EA y mayor que en sujetos control y se incrementa significativamente en el tiempo.

ALTERACIONES CORTICALES-POSTERIORES ASOCIADAS A DÉFICITS ESPECÍFICOS EN EL RECONOCIMIENTO DE PAREIDOLIAS FACIALES EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN FASE PRE-SINTOMÁTICA

Martínez Horta, S.; Perez Perez, J.; Horta-Barba, A.; Pagonabarraga, J.; Pascual Sedano, B.; Campolongo, A.; Marín Lahoz, J.; Kulisevsky, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: En la enfermedad de Huntington (EH) existen cambios corticales-posteriores identificables >15 antes del diagnóstico cuyas implicaciones funcionales son poco conocidas. Los territorios corticales-posteriores implicados en el reconocimiento facial son sensibles a la progresión de la EH. Su integridad funcional puede ser estudiada midiendo en localizaciones occipito-temporales la respuesta neuro-eléctrica provocada por estímulos faciales y conocida como componente N170. Objetivo: Estudiar cambios potenciales en la morfología de N170 y medidas clínicas/conductuales relacionadas en EH pre-sintomática (preEH).

Material y métodos: Se estudiaron 16 individuos asintomáticos (CAG > 39) y 16 controles sanos apareados por edad, sexo y educación. Se registraron variables clínicas y socio-demográficas, enfatizando en medidas sensibles a la progresión de la EH (apatía, UHDRS-TMS, carga patológica=CAGxEdad y cognición). Se registró EEG durante una tarea basada en el reconocimiento de objetos, caras y pareidolias faciales.

Resultados: No se encontraron diferencias conductuales/neurofisiológicas entre grupos para el reconocimiento de objetos y caras. Los preEH mostraron un incremento significativo de errores en el reconocimiento de pareidolias (p=0.002) y un componente N170 eminentemente inexistente ante estos estímulos (p=0.001). La disminución de N170 se relacionó con errores de reconocimiento (r=0.548; p=0.002), apatía (r=0.450; p=0.01) y cognición (r=.530; p=.003).

Conclusión: Más de 15 años antes del inicio clínico de la EH, existen anomalías funcionales corticales-posteriores que alteran los mecanismos implicados en el procesamiento y reconocimiento de las pareidolias faciales. Específicamente, los resultados sugieren afectación de la corteza visual occipito-temporal extraestriada. La evaluación de estos sistemas aparece como una medida sensible a capturar cambios tempranos asociados a la progresión de la EH.

SÍNDROME DE FAHR: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Altuna Azkargorta, M. [1]; Rubio Baines, I. [1]; Gastón Zubimendi, I. [1]; Cámara Marcos, M.S. [2]; Quesada Jiménez, P. [1]; Ayuso Blanco, T. [1]; Erro Aguirre, E. [1]; Clavero Ibarra, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra

Objetivos: El síndrome de Fahr es un trastorno neurológico esporádico y hereditario infrecuente, caracterizado por depósito

anómalo de calcio en ganglios basales, tálamo y cerebelo; cursa con alteraciones neurológicas (trastornos del movimiento, alteración de lenguaje, demencia, síntomas neuropsiquiátricos y/o disfunción cerebelosa) en ausencia de alteraciones tóxico-metabólico-infecciosas. Presentamos una serie de pacientes con diagnóstico de síndrome de Fahr y realizamos revisión bibliográfica.

Material y métodos: Revisamos 15 pacientes diagnosticados de Síndrome Fahr en nuestro centro entre los años 2000 y 2016.

Resultados: La muestra consta de 9 varones y 6 mujeres, con edad al debut de 63.33años (42-84años). 8 pacientes tienen agrupación familiar, 53.33% de la muestra, sin disponer en la actualidad de confirmación genética. Los síntomas más frecuentes al inicio son: trastornos del movimiento (20%), deterioro cognitivo (20%) y alteración conductual (6.7%). Asimismo el deterioro cognitivo (40%) y la alteración de la marcha (40%) son los síntomas más frecuentes en la evolución. Destacamos que el 26.7% de los pacientes presentan hipoacusia neurosensorial. El 100% presentan calcificaciones en ganglios basales, 53.3% en cerebelo y 53.3% en tálamo.

Conclusión: - El síndrome de Fahr presenta una gran variabilidad de los síntomas y de la edad de presentación. Esta variabilidad del fenotipo clínico, radiológico y genotipo debe tenerse en cuenta en el consejo clínico-genético de pacientes asintomáticos. - Planteamos añadir la hipoacusia neurosensorial a este conjunto de síntomas dada la gran prevalencia en nuestra muestra. - Posiblemente se trate de un síndrome infradiagnosticado dado el número de pacientes de nuestra muestra en comparación a los datos previos publicados.

FOCO ENDÉMICO DE ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN LA PROVINCIA DE CÁCERES

Gómez Gutiérrez, M. [1]; Duque San Juan, B. [1]; Duran Herrera, C. [2]; Garcia Moreno, P. [2]; Martinez Descals, A. [3]; Yerga Lorenzana, B. [1]; Barragan Prieto, A. [1]; Duque Holguera, M. [1]; Portilla Cuenca, J.C. [1]; Casado Naranjo, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 2. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 3. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: En Europa la prevalencia estimada para la enfermedad de Huntington (EH) es de 5-10/100000 hab., estando descritas áreas consideradas endémicas por su alta prevalencia. Nuestro objetivo es estimar la prevalencia de la EH en una población rural de la provincia de Cáceres.

Material y métodos: Se han registrado a sujetos durante los años 2015-2016 siguiendo la metodología del estudio Registry y Enroll, ampliando posteriormente la muestra en visitas directas a voluntarios de la población a estudio. Se elaboraron árboles genéticos correspondientes a 10 familias, 3 de ellas originarias de un tronco común y el resto sin aparente parentesco inicial. Todas las familias tienen progenitores nacidos en el pueblo. El diagnóstico de la EH se estableció mediante estudio genético, Consideramos asimismo a sujetos en riesgo los familiares de primer y segundo grado que no tienen realizado dicho estudio genético y son asintomáticos.

Resultados: La población a estudio tiene censados a 2020 habitantes. De los sujetos analizados, 29 son enfermos de Huntington, lo cual supone una prevalencia mínima estimada de 1450/100000 hab. De toda la muestra al menos hay 80 sujetos que se consideran en riesgo actualmente.

Conclusión: En nuestro análisis la prevalencia mínima estimada para la EH fue 250 veces mayor a la esperada por lo que proponemos la existencia de un foco endémico para la enfermedad de Huntington en esta población.

ULTRASONIDO FOCAL DE ALTA INTENSIDAD PARA EL TRATAMIENTO DEL TEMBLOR ESENCIAL: EFICACIA CLÍNICA Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE LA TALAMOTOMÍA UNILATERAL

Martinez Fernandez, R. [1]; Pineda Pardo, J.A. [1]; del Álamo, M. [2]; Hernández, F. [1]; Rodriguez Rojas, R. [1]; Obeso Martin, I. [1]; Casas, S. [1]; Vela, L. [1]; Obeso, J.Á. [1]

1. CINAC. CINAC-HM Hospital Puerta del Sur; 2. CINAC. CINAC-HM Hospital Puerta del Sur, Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Reportar la experiencia del CINAC-HM Puerta del Sur en el tratamiento del temblor esencial (TE) con ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU).

Material y métodos: Entre julio 2015 y febrero de 2016 se realizaron talamotomías unilaterales del núcleo ventrointermedio (Vim) a 12 pacientes con TE discapacitante y refractario al tratamiento médico. La severidad del temblor fue evaluada mediante la Clinical Rating Scale for Tremor (CRST) previamente al procedimiento y a los 3 meses. Los pacientes respondieron, antes y tras el tratamiento, una escala de percepción de discapacidad (de 0 a 100% con valores más altos indicando mayor autonomía). Se registraron efectos indeseados. Se realizó análisis radiológico topográfico de las lesiones.

Resultados: La CRST total presentó una mejoría media del 56% (<0.00001). Además, las puntuaciones de temblor para el hemicuerpo tratado se redujeron en un 74% (<0.00001). La parte C de la CRST que evalúa la discapacidad para actividades de la vida diaria mejoró un 75% (<0.00001). La percepción de autonomía por parte de los pacientes aumentó del 42% hasta el 77% (p<0.0001). A los tres meses, una paciente presentaba leve ataxia de la marcha y tres referían parestesias peribucales y/o disgeusia. El volumen medio de las lesiones fue de 64.9mm3 (8.1 x 4.0 x 7.2mm) y la localización 14.8mm lateral a AC-PC y 8.2mm anterior a PC. Se encontró una correlación positiva entre la mejoría del temblor y el porcentaje de Vim lesionado.

Conclusión: La talamotomía por HIFU es un tratamiento seguro y eficaz para reducir la discapacidad asociada al TE refractario al tratamiento médico.

Trastornos del Movimiento II

α-SINUCLEÍNA, TAU Y ß-AMILOIDE LCR: VALORES DE SUS RELACIONES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y EL DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO

Delgado Alvarado, M. [1]; Gago Calderón, B. [2]; Gorostidi, A. [2]; Jimenez Urbieta, H. [2]; Ruiz Martinez, J. [3]; Bergareche Yarza, A. [3]; Martí Masso, J.F. [4]; Martinez Lage, P. [5]; Izaguirre, A. [5]; Rodriguez Oroz, M.C. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Area de Neurociencias. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia; 3. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 4. Servicio de Neurología. Hospital Quirón Donostia; 5. Servicio de Clínica de memoria. Fundación CITA-Alzheimer

Objetivos: Estudiar los niveles de ßAmiloide-1-42 (Aß1-42), tau total (T-Tau), tau fosforilada (P-Tau) y α-sinucleina, así como diferentes ratios entre ellas como posibles biomarcadores de EP y deterioro cognitivo en la EP.

Material y métodos: Se realizó punción lumbar y evaluación clínica y neuropsicológica a 40 pacientes con EP (cognitivamente normales (EPCN) (n=15) y con EP-DCL (n=22)) y 40 controles. Los niveles en LCR de Aß1-42, T-Tau, P-Tau y α-sinucleina se midieron con kits comerciales de ELISA.

Resultados: Ajustando por edad, los pacientes con EP presentaron niveles de Aß1-42 y α-sinucleina menores que los controles y ratios T-Tau/α-sinucleina, P-Tau/α-sinucleina, T-Tau/Aß+α-sinucleina y P-Tau/Aß+α-sinucleina mayores. Un análisis ROC mostró un área bajo la curva para la ratio P-Tau/α-sinucleina de 0.856 para diferenciar pacientes de controles con una sensibilidad de 97.1% y una especificidad de 61.8% para el punto de corte ≥0.392. No se observaron diferencias en ninguna proteína ni ratio entre pacientes con EP-DCL y EPCN. Las ratios T-Tau/Aß, T-Tau/α-sinucleina y T-Tau/Aß+α-sinucleina correlacionaron negativamente con el z score de memoria y no con la función cognitiva global u otros dominios. Respecto a la función visuoespacial las ratios T-Tau/α-sinucleina y P-Tau/α-sinucleina se correlacionaron negativamente con la puntuación de la copia de los pentágonos pero no con la puntuación del VOSP.

Conclusión: Las ratios Tau/α-sinucleina, particularmente P-Tau/α-sinucleina en LCR, podrían tener valor diagnostico en la EP y en la progresión de la misma al deterioro de la función visuoespacial y memoria. Además, la ratio T-Tau/Aß puede ser indicativa de alteración de memoria.

CORRELACIÓN ENTRE HIPERECOGENICIDAD DE SUSTANCIA NEGRA Y LA CLÍNICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON CON NUEVO MÉTODO DE VALORACIÓN DE LA HIPERECOGENICIDAD

Camacho Velásquez, J.L.; Rivero Sanz, E.; Tejero Juste, C.; Lopez del Val, L.J.; Santos Lasaosa, S.; Iñiguez Martinez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Evaluar si la suma de las áreas hiperecogenicas de ambas sustancia negra tiene mejor correlación con la clínica en pacientes con enfermedad de Parkinson.

Material y métodos: Se examinó a pacientes con enfermedad de Parkinson de la Unidad de Trastornos del Movimiento de nuestro centro, a quienes se les realizo ecografía transcraneal para la medición del área hiperecogenica de la sustancia negra, y se realizó minucioso examen físico a fin de evaluar el puntaje en la escala UPDRS-III. Se excluyeron pacientes con antecedentes de ictus, hidrocefalia, lesiones ocupantes de espacio, patologías infecciosas y/o inflamatorias agudas.

Resultados: de 90 pacientes examinados 4 fueron excluidos por mala ventana temporal. De los 86 restantes, 55.8% eran hombres; la edad media fue de 68.31 ±8.35 años, la duración media de los síntomas fue de 8.18±6.46 años. La dosis equivalente de levodopa recibida fue de 621.15mg/dia. Se encontró correlación positiva estadísticamente significativa entre el área hiperecogenica y la puntuación total del UPDRS-III, rigidez y bradicinesia (r=0.382, p=0.0002; r=0.368, p=0.0004 y r=0.254, p=0.018 respectivamente), mas no fue así con el temblor (r=0.121, p=0.267).

Conclusión: Con el presente estudio encontramos una correlación estadísticamente significativa entre el UPDRS-III, la rigidez y la bradicinesia y la suma de ambas áreas hiperecogenicas de la sustancia negra. Este nuevo método de suma de hiperecogenicidades se relaciona mejor con la clínica de pacientes con Enfermedad de Parkinson.

LATERALIDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS PARKINSONIANOS Y FENOTIPO DE LA ENFERMEDAD

Abril-Jaramillo, J. [1]; Carmona, M. [2]; Luquin, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: En la enfermedad de Parkinson (EP) se desconoce cuál es la causa y si la progresión de la enfermedad es similar en ambos lados. Como objetivo se estudia el debut y la evolución según desde que lado inician los síntomas.

Material y métodos: Se incluyen 150 pacientes con EP idiopática valorados en la Unidad de Trastornos del Movimiento de la C.U.N, desde el 2010-2015 con un mínimo de 3 años de enfermedad. Se analizaron el lado de inicio de los síntomas y si existe alguna relación con el fenotipo, complicaciones motoras o alteraciones cognitivas y del humor.

Resultados: En el inicio de los síntomas predominó el lado derecho sobre el izquierdo 63% vs 37%. El fenotipo tremórico predominó en los de inicio de lado derecho frente al izquierdo, 69 vs 55%; las discinesias fueron de un 33% vs 18% con predominio de axiales coreicas, 39% vs 70%. 6.59 años fue el tiempo hasta la aparición de fluctuaciones motoras. El inicio de Levodopa-aparición de fluctuaciones motoras fue de 4.78 años vs 4.64 años. Los trastornos del estado de ánimo fue de 22% vs 11%. El deterioro cognitivo leve 15.7% vs 9 %. Los TCI 8.4% vs 2%.

Conclusión: Nuestros resultados indican que es más frecuente que la EP se inicie por el lado correspondiente al hemisferio dominante. Además, el lado por el que se inicie la enfermedad se relaciona con un fenotipo diferente y un patrón de complicaciones motoras y no motoras también distinto. Es necesario realizar un estudio con un número mayor de pacientes

INFLAMACIÓN Y MUERTE NEURONAL DOPAMINÉRGICA EXACERBADA POR INFLAMACIÓN GASTROINTESTINAL LOCAL EN RATONES PARKINSONIANOS

Gil Martínez, A.L.; Valiente Alarcón, M.; Cano, J.A.; Estrada Esteban, C.; Gonzalez Cuello, A.M.; Fernández Gómez, F.J.; Fernández Villalba, E.; Herrero Ezquerro, M.

Servicio de Neurociencias. Universidad de Murcia

Objetivos: Analizar la relación entre procesos inflamatorios específicos en el tubo digestivo con la inflamación y muerte neuronal de la vía nigroestriada en el Parkinsonismo.

Material y métodos: 48 ratones adultos jóvenes (C57BL/6) fueron divididos en 4 grupos: a) Control; b) Parkinsonismo inducido por inyección i.p. de MPTP (30 mg/Kg); c) Tratados con sodio dextrano (DSS) al 2.5% diluido en agua; y d) tratados con MPTP mas DSS. Tras el sacrificio, se extrajeron los cerebros para el estudio inmunohistoquímico cuantitativo de muerte neuronal (TH) y de inflamación (GFAP, IL-6, TGF-beta, nNOS).

Resultados: A nivel de la SNpc existía disminución muy significativa ($p<0.001$) de células TH positivas en los grupos tratados con MPTP+DSS respecto al control, y aumento significativo ($p<0.05$) de la liberación de IL-6 (mediador pro-inflamatorio) sobre TGF-beta (mediador anti-inflamatorio). A nivel del estriado existía incremento significativo ($p<0.05$) de los niveles de GFAP en los grupos tratados con MPTP+DSS respecto a los demás grupos.

Conclusión: El incremento de inflamación local en el tubo digestivo refuerza el proceso neurodegenerativo dopaminérgico en el Parkinsonismo, reforzando la hipótesis de la interacción deletérea del eje intestino-cerebro en la enfermedad de Parkinson.

POLIMORFISMO RS11558538 DEL GEN HISTAMINA-N-METIL-TRANSFERASA (HNMT) Y RIESGO PARA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Jiménez Jiménez, F.J. [1]; Alonso Navarro, H. [1]; García Martín, E. [2]; García-Agúndez Pérez-Coca, J.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Sureste; 2. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Extremadura; 3. Departamento de Farmacología. Universidad de Extremadura

Objetivos: Varios datos neuropatológicos, bioquímicos y farmacológicos sugieren un posible papel de la histamina en la etiopatogenia de la enfermedad de Parkinson (EP). Varios estudios han encontrado asociación entre el polimorfismo de nucleótido simple (SNP) rs11558538 del gen histamina-N-transferasa (HNMT) con el riesgo para EP, dato que no fue encontrado en otros estudios. Realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis de los estudios publicados sobre el riesgo para EP y el polimorfismo HNMT rs11558538.

Material y métodos: Se utilizaron varias bases de datos para realizar la revisión sistemática, el software Meta-Disc1.1.1 para realizar el metaanálisis de los estudios válidos sobre el SNP HNMT RS11558538, y el estadístico Q para valorar la homogeneidad entre estudios.

Resultados: El metaanálisis incluyó 4 estudios válidos de asociación de casos y controles sobre el SNP HNMT rs11558538 y el riesgo para EP (2108 pacientes/2158 controles). La frecuencia del alelo menor mostró asociación significativa con disminución de riesgo para EP tanto en la serie total como en Caucasianos. Aunque la homocigosis para el alelo menor no alcanzó significación estadística, los test de tendencia indicaron la existencia de un efecto gen-dosis. Los Odds Ratios diagnósticos (95% CI) para el alelo rs11558538T fueron 0.61 (0.46-0.81) para la serie completa y 0.63 (0.45-0.88) par sujetos caucasianos.

Conclusión: Este metaanálisis confirma los datos de algunas publicaciones que sugieren disminución del riesgo para EP en portadores del alelo menor del SNP HNMT rs11558538.

EL ANÁLISIS DE SUERO, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y SALIVA INDICA QUE PACIENTES DE PARKINSON IDIOPÁTICO SOBREEXPRESAN PARK9 Y PRESENTAN ALTERACIONES DE TIPO HALOGENANTE Y ATPASICO

Fernandez Espejo, E. [1]; Damas Hermoso, F. [2]; García Moreno, J.M. [3]; Chacón, J. [4]; Martín de Pablos, A. [5]

1. Departamento de Fisiologia Medica. Universidad de Sevilla; 2. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme; 3. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 4. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Luisa (Clínica Esperanza de Triana); 5. Servicio de Cirugía. Universidad de Sevilla

Objetivos: La deficiencia de PARK9, también llamada ATP13A2, causa el síndrome de Kufor-Rakeb, una forma genética recesiva del Parkinson (EP), así como formas juveniles de EP idiopático (EPI). PARK9 posee un dominio ATPásico, cuya función se relaciona con la actividad lisosomal y mitocondrial ATPásica, y un dominio deshalogenante. Los datos sobre niveles de PARK9 en cerebro en EPI son contradictorios. Los objetivos del estudio fueron medir en suero, líquido cefalorraquídeo y saliva los niveles de PARK9, así como la capacidad ATPásica y halogenante de los fluidos.

Material y métodos: Se midieron mediante ELISA y autooxidación atmosférica de proteinas halogenadas tipo AOPP. Los fluidos se obtuvieron de pacientes de EPI y sujetos control, con consentimiento informado y aprobación de los comités éticos correspondientes.

Resultados: Los resultados indicaron que los niveles de PARK9 estaban elevados en LCR ($p<0,003$) y saliva ($p<0,05$), respecto a controles. La actividad ATPásica estaba disminuida en suero ($p<0,006$) y LCR ($p<0.02$) en los pacientes. Se detectaron niveles basales de AOPP en un porcentaje significativo de LCR de pacientes (43%), no en controles, y la tasa de autooxidación halogenante estaba acelerada en LCR de los pacientes. Sin embargo, no se detectaron correlaciones entre los niveles de PARK9 y los efectos bioquímicos observados.

Conclusión: En resumen, en los pacientes de EP, PARK9 se sobreexpresa en LCR y saliva, la actividad ATPásica está reducida en suero y LCR, y existe estrés halogenante con pérdida de capacidad deshalogenante en LCR.

INTERLEUQUINAS EN LCR Y PLASMA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y EN EL DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO

Delgado Alvarado, M. [1]; Gago Calderón, B. [2]; Gorostidi, A. [2]; Jimenez Urbieta, H. [2]; Ruiz Martinez, J. [3]; Bergareche Yarza, A. [3]; Martí Masso, J.F. [4]; Martinez Lage, P. [5]; Izaguirre, A. [5]; Oregi, A. [2]; Sepúlveda, L. [6]; Rodriguez Oroz, M.C. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Area de Neurociencias. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia; 3. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 4. Servicio de Neurología. Hospital Quirón Donostia; 5. Servicio de Clínica de memoria. Fundación CITA-Alzheimer; 6. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia

Objetivos: Evaluar citoquinas en LCR y plasma de pacientes con EP como posibles biomarcadores de EP y deterioro cognitivo leve (EP-DCL).

Material y métodos: Se realizó evaluación clínica y neuropsicológica y punción lumbar a 40 pacientes (cognitivamente normales (EPCN) (n=15) y EP-DCL (n=22)) y 40 controles. Los niveles en LCR de IL-1ß, IL-2, IL-6, IFNγ y TNF-α se midieron mediante tecnología multiplex (Luminex®). Las citoquinas detectables en LCR (IL-6 and TNF-α) se midieron en plasma mediante ELISA.

Resultados: En LCR, las concentraciones de IL-1ß, IL-2, e IFNγ fueron indetectables en todos los sujetos. Ajustando por edad y nivel educativo los niveles de TNF-α fueron mayores en pacientes ($p=0.021$) que en controles y los de IL-6 no eran diferentes entre los grupos. En plasma, los niveles de IL-6 no mostraron diferencias y los de TNF-α fueron indetectables. No se observaron diferencias entre pacientes con EP-DCL y EPCN en plasma ni en LCR. Tras ajustar por edad los niveles plasmáticos de IL-6 se correlacionaron negativamente con el dominio de lenguaje (Test de denominación de Boston y fluencia semántica) ($r=-0,553$; $p=0.009$). No hubo correlaciones en los controles.

Conclusión: Los niveles de TNF-α en LCR pueden ser un biomarcador de EP. Los niveles plasmáticos de IL-6 pueden ser un indicador de deterioro cognitivo incipiente ya que la fluencia semántica se ha asociado con progresión a demencia en la EP.

METABOLISMO SERICO DEL HIERRO Y SUMA DE HIPERECOGENICIDADES DE LA SUSTANCIA NEGRA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Rivero Sanz, E.; Camacho Velásquez, J.L.; Lopez del Val, J.; Tejero Juste, C.; Santos Lasaosa, S.; Iñiguez Martinez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Evaluar si existe relación entre los niveles séricos de hierro, ferritina, transferrina y la suma de ambas áreas hiperecogenicas de la sustancia negra en pacientes con Enfermedad de Parkinson

Material y métodos: Se examinó a pacientes con enfermedad de Parkinson de la Unidad de Trastornos del Movimiento de nuestro centro, a quienes se les realizo ecografía transcraneal para la medición del área hiperecogenica de la sustancia negra bilateral con su posterior suma; se tomó muestra sanguínea para valorar niveles de ferritina, transferrina y hierro. Se excluyeron pacientes con antecedentes de ictus, hidrocefalia, lesiones ocupantes de espacio, patologías infecciosas y/o inflamatorias agudas.

Resultados: De 90 pacientes examinados 4 fueron excluidos por mala ventana temporal. De los 86 restantes, 55.8% eran hombres; la edad media fue de 68.31 ±8.35 años, la duración media de los síntomas fue de 8.18±6.46 años. La dosis media equivalente de levodopa fue de 621.15mg/dia. Se encontró una correlación positiva entre el área hiperecogenica y los niveles de ferritina, y una correlación negativa con la transferrina, ambos con significación estadística (r=0.219, p=0.043 y r=-0.225, p=0.037 respectivamente), los niveles de hierro no mostraron correlación.

Conclusión: En el presente estudio encontramos una correlación estadísticamente significativa entre los niveles séricos de ferritina (positiva) y transferrina (negativa) y la suma de areas hiperecogenicas de la sustancia negra.

ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO COMPARATIVO A LOS DIEZ Y VEINTE AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Blazquez Estrada, M. [1]; Collía Fernández, A. [2]; Alvarez González, C. [2]; Seijo Fernández, F. [3]; Fernández de León, R. [3]; Sol Álvarez, J. [4]; Menéndez González, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Facultad de Medicina de Oviedo; 3. Servicio de Neurocirugía. Centro Médico de Asturias; 4. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo y transversal de dos grupos de pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico a los 10 y 20 años del inicio de esta cirugía en la Unidad de Cirugía Funcional para los Trastornos del Movimiento del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

Material y métodos: Se seleccionaron 40 pacientes con Enfermedad de Parkinson intervenidos en la Unidad de Cirugía Funcional para los Trastornos del Movimiento del HUCA para la implantación de electrodos de estimulación cerebral profunda en el NST bilateral siguiendo el protocolo CAPSIT-PD. Se dividió la muestra en dos grupos de 20 pacientes cada uno. El primer grupo formado por pacientes intervenidos a los 10 años de la implantación de esta técnica (2004-2005) y el segundo por pacientes intervenidos a los 20 años de su inicio (2013-2014). El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS 15.0

Resultados: No se encontraron diferencias en el perfil clínico y epidemiológico entre los pacientes de ambos grupos. En el grupo 1 la indicación quirúrgica fueron las discinesias pico de dosis, mientras que en el grupo 2 la principal indicación fue el deterioro fin de dosis. Los pacientes intervenidos en 2013-2014 se encontraban en un estadio menos evolucionado que el grupo 2003-2004. Se confirma la eficacia del tratamiento quirúrgico en pacientes con EP intervenidos en el HUCA, la reducción del tratamiento farmacológico tras la cirugía, así como la reducción de las complicaciones quirúrgicas.

Conclusión: La experiencia de nuestra Unidad Multidisciplinar para la Cirugía de Trastornos del Movimiento, mejora los resultados quirúrgicos y reduce las complicaciones

PROGRAMA DE DONACIÓN DE CEREBROS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN ESPAÑA: UNA REALIDAD NECESARIA EN MARCHA

Santos García, D. [1]; Teijeira Bautista, S. [2]; Val Varela, V. [2]; de Luna Crespo, F. [3]; López Manzanares, L. [4]; Pastor Muñoz, P. [5]; Corte Torres, M.D. [6]; Bilbao Urquiola, R. [7]; Gil Aldea, I. [8]; Rábano Gutiérrez, A. [9]; García Sánchez, M.I. [10]; Antúnez Almagro, C. [11]; Campos Martín, Y. [12]; Grau Rivera, O. [13]

1. Servicio de Neurología. Hospital Arquitecto Marcide; 2. Servicio de Neurociencias. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo (IBIV); 3. Servicio de Neurociencias. Oficina de Coordinación de la Plataforma Nacional de Biobancos, CNIO; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 5. Servicio de Neurología. Hospital de Terrassa; 6. Servicio de Neurociencias. Biobanco del Principado de Asturias; 7. Servicio de Neurociencias. Biobanco Vasco; 8. Servicio de Neurociencias. Biobanco Navarrabiomed, Servicio Navarro de Salud; 9. Servicio de Neurociencias. Banco de Tejidos CIEN, Fundación CIEN, Instituto de Salud Carlos III; 10. Servicio de Neurociencias. Biobanco Hospitalario Virgen Macarena (Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía); 11. Servicio de Neurociencias. Biobanco en Red de la Región de Murcia (BIOBANC-MUR), Instituto Murciano de Investigación Biobasanit; 12. Servicio de Neurociencias. Biobanco Hospital Virgen de la Salud, BioB-HVS, Toledo; 13. Servicio de Neurociencias. Banc de Teixits Neurològics

Objetivos: La realización de estudios neuropatológicos de muestras de tejido cerebral en casos de enfermedades neurodegenerativas es fundamental para poder avanzar en el conocimiento. El objetivo de este trabajo es describir un programa de donación de cerebros de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) en España: "COPPADIS BRAIN DONATION PROGRAM" (CBDP).

Material y métodos: El objetivo de CBDP es obtener el cerebro donado del mayor número de pacientes con EP participantes en el estudio COPPADIS-2015 (COhort of Patients with PArkinson´s DIsease in Spain, 2015; COH-PAK-2014-01) con el fin de confirmar neuropatológicamente el diagnóstico y correlacionar los hallazgos clínicos y paraclínicos (genética, marcadores moleculares, imagen) observados con los hallazgos patológicos. Dicho programa implica la implementación de un protocolo definido que incluye la obtención del consentimiento informado del donante, flujo desde el fallecimiento hasta la incorporación de las muestras al biobanco y las variables anatomopatológicas recogidas. Participan los centros del estudio COPPADIS-2015 (45 centros con más de 130 investigadores) y 9 biobancos de España coordinados por la Plataforma Nacional de Biobancos.

Resultados: CBDP se implementará a partir del año 2017. Durante el año 2016 se están realizando las tareas de coordinación para la puesta en marcha del programa.

Conclusión: COPPADIS BRAIN DONATION PROGRAM constituye un proyecto pionero y necesario a nivel nacional que contará con la participación de la red nacional de biobancos existente en España. Su implantación ofrecerá una fuente muy valiosa de muestras a la investigación en la EP.

SE ESTÁ CAMBIANDO REALMENTE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON? ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS COHORTES DE PACIENTES CON 20 AÑOS DE DIFERENCIA

Simonet Hernández, C.; Cerdán Santacruz, D.M.; Fernández Rodríguez, B.; Castrillo Sanz, A.; Duarte García-Luís, J.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Segovia

Objetivos: Describir y comparar la enfermedad de Parkinson (EP) en dos cohortes de la provincia de Segovia entre la última década y nuestra serie descrita entre 1978-1998.

Material y métodos: Se analizan retrospectivamente 54 pacientes con diagnóstico de EP según criterios del Brain Bank, seguidos desde el diagnóstico hasta los 10 años de evolución. Se compara con los resultados de la serie anterior.

Resultados: Se observa una mejoría de un punto en la escala Hoehn y Yahr tanto inicial como a los 10 años, siendo el estadio I y III los más frecuentes en el inicio y final, respectivamente. A los 10 años el 54% se controla con 2 fármacos, entre ellos levodopa, a su vez fármaco inicial más utilizado. La primera compli-

cación motora (CM) aparece 1.73±4.47 años más tarde que en la serie anterior. Objetivamos un incremento en el porcentaje de discinesias y un descenso de las fluctuaciones motoras entre ambas cohortes. La depresión sigue siendo la manifestación psiquiátrica más frecuente. Tan solo el 4% presenta trastorno del control de impulsos y el 15% demencia. Destaca un 11% de los pacientes con curso clínico estable y un 30% sin CM a los 10 años.

Conclusión: En nuestro medio, tras comparar ambas cohortes, observamos un cambio en la historia natural de la EP. Probablemente debido a un mayor conocimiento por parte de profesionales y enfermos de los aspectos más determinantes de la enfermedad; junto con un tratamiento precoz que modificaría la aparición de las complicaciones. Sin embargo serán necesarios más estudios descriptivos para confirmar el cambio.

MANEJO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

García Malo, C.; Vinagre Aragon, A.; Novo Ponte, S.; Mena Romo, L.; Sánchez Alonso, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Elaboración de una guía para manejo de medicación en paciente con enfermedad de Parkinson (EdeP) ingresado.

Material y métodos: Se elabora una guía de manejo de paciente con EdeP ingresado. La guía se divide en dos apartados teniendo en cuenta si el paciente presenta o no disponibilidad de vía oral. Para los pacientes que no toleran vía oral, diferenciamos entre tolerancia o no a la vía enteral. Para los pacientes que pueden beneficiarse de la vía enteral, se describe la conversión de fármacos a "requerimiento total de L-dopa" y forma de administración de la misma a través de SNG. Para el grupo de pacientes en los que no es posible la vía enteral, se describe un algoritmo para calcular "requerimiento total de L-dopa" y conversión a rotigotina transdérmica, junto con dosis rescate de apomorfina si mayores requerimientos. Los factores de conversión utilizados se obtuvieron a partir de la bibliografía más actualizada revisada.

Resultados: Elaboración de una guía de manejo con diferentes algoritmos según situación clínica del paciente.

Conclusión: -Importancia del manejo adecuado del paciente con EdeP ingresado, dada la complejidad de su tratamiento, especialmente en pacientes sin disponibilidad de vía oral. -Incidimos en el riesgo que puede implicar el cese brusco de fármacos dopaminérgicos, que puede llevar a la instauración de síndrome de disregulación dopaminérgica, relacionado con alta mortalidad.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON DE INICIO JUVENIL

Horta Barba, A. [1]; Martinez-Horta, S. [1]; Perez-Perez, J. [1]; Martínez-Descals, A. [2]; Campolongo Perillo, A. [1]; Pagonabarraga, J. [1]; Pascual Sedano, B. [1]; Marin-Lahoz, J. [1]; Bejr-Kassem Marco, H. [1]; Study Group, E. [1]; Kulisevsky, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: La enfermedad de Huntington juvenil (EHJ) representa una entidad extremadamente infrecuente. Las características cognitivo-conductuales que la acompañan son poco conocidas, siendo objetivo de estudio del presente trabajo.

Material y métodos: De la cohorte mundial del estudio Enroll-HD se identifican los casos diagnosticados y se analizan aquellos con inicio previo a los 25 años de edad.

Resultados: De 2236 casos, 68 (3%) cumplen criterios para EHJ (edad-debut=21±3;9-25). Existen antecedentes de depresión en el 62% de los casos, irritabilidad (60%), agresividad (35%), apatía (60%), conducta obsesiva (42%), psicosis (17%) y deterioro cognitivo (64%). El tiempo medio de aparición de los síntomas no-motores es de 1.3±3 años pre-diagnóstico, viéndose antes de los 5 años en un 10% de los casos e incrementado hasta el 20% en los casos de psicosis. Entre los 0 y 5 años de evolución los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes fueron la depresión (46%), apatía (45%), irritabilidad (39%) y psicosis (9%). En el 60% de los casos el estado cognitivo global se mostró alterado (MMSE=25±3) y en rango de demencia en el 30%. El tiempo de evolución se relacionó con la severidad de los síntomas motores (r=.370; p=.003) y el declive funcional (r=.286; p=.02) pero no con empeoramiento cognitivo/conductual significativo.

Conclusión: En la EHJ la prevalencia de los síntomas neuropsiquiátricos es, exceptuando la psicosis, similar a la descrita en población adulta pero aparece más tarde. En etapas tempranas existe un marcado deterioro cognitivo. A pesar de un notable empeoramiento motor y funcional, los síntomas cognitivo-conductuales se mantienen relativamente estables a los 10 años de evolución.

MANEJO DE PACIENTES CON PARKINSONISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Planas Ballvé, A. [1]; Muñoz Martin, M. [2]; Ispierto González, L. [3]; Vilas Rolan, D. [3]; Crespo Cuevas, A.M. [3]; Abraira Del Fresno, L. [4]; Canento Sanchez, T. [3]; Álvarez Ramo, R. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Atención Primaria. CAP Molí Nou, Sant Boi de Llobregat; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 4. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Describir interacciones farmacológicas y los posibles factores clínicos asociados en los pacientes con parkinsonismo en Atención Primaria (AP).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de características demográficas y tratamientos recibidos de pacientes con parkinsonismo atendidos en la Unidad de Trastornos del Movimiento de nuestro centro a los que tenemos acceso en la historia clínica informatizada de AP y prescripción electrónica (2008-2015).

Resultados: Se incluyeron 328 pacientes (57,9% varones; edad media 71,1±9,9 años). 247 (75,3%) tenían enfermedad de Parkinson, 39 (11,9%) parkinsonismo atípico, 21 (6,4%) farmacológico y 12 (3,7%) vascular. 126 (38,4%) pacientes habían recibido al menos un fármaco contraindicado (53,2%: 1 fármaco, 27%: 2 fármacos y 19,8%: 3 o más). Los pacientes que habían recibido fármacos contraindicados eran mayores (72,8 ± 8,7 vs 70,2 ± 9,9 años, p=0,016), hubo una mayor proporción de mujeres (52,4 vs 47,6%, p=0,003), con un mayor número de problemas activos (15,8 vs 12,6, p<0,001), mayor proporción de deterioro cognitivo (25,4 vs 13,4%, p=0,006) y trastorno psiquiátrico (31 vs 20,4%, p=0,031), más tratamientos activos en el momento de la revisión (10,3 vs 7,3, p<0,001) y mayor relación de número de fármacos/año (5,3 vs 3,4, p<0,001). No hubo diferencias en cuanto a los años de evolución de la enfermedad (6,4 vs 5.8 años, p=0,11).

Conclusión: Una tercera parte de los pacientes con parkinsonismo recibieron fármacos contraindicados en atención primaria. Entre los factores asociados destaca mayor edad, comorbilidad, presencia de deterioro cognitivo y trastornos psiquiátricos. Es necesario implementar estrategias de optimización del manejo de estos pacientes para evitar interacciones farmacológicas potencialmente graves.

DURACIÓN DEL EFECTO DE LA TOXINA BOTULINICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Contreras Chicote, A. [1]; Velázquez pérez, J.M. [2]; de la Casa Fages, B. [2]; Pérez Sánchez, J. [1]; Muñoz Gónzalez, A. [1]; Grandas Pérez, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: Hasta ahora las infiltraciones de toxina botulínica (TXB) para el tratamiento de la distonía se realizan a intervalos fijos de, al menos, tres meses, aunque la mejoría clínica puede ser mas corta. El objetivo de este trabajo es evaluar la duración del efecto clínico de la TXB en pacientes con distonías focales y analizar si se adapta a los intervalos reales de tratamiento.

Material y métodos: .Se incluyeron 90 pacientes consecutivos con distonia cervical o blefaroespasmo tratados con TXB en nuestro centro. Se les administró un cuestionario sobre la duración subjetiva del efecto de la última infiltración de TXB. Se recogió el intervalo de administración de las 3 últimas sesiones de TXB en cada paciente. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y ANOVA

Resultados: La edad media fue 67,8 ± 14,0 años y 73% eran mujeres . 31 pacientes presentaban distonía cervical y 59 blefaroespasmo. 38 pacientes (42,2 %) referían la reaparición de los síntomas antes de 3 meses, siendo la duración media de la mejoría 8,6 ± 2,1 semanas en distonia cervical y 8,3 ± 1,7 semanas en blefaroespasmo. El intervalo medio de aplicación de TXB fue 15,3 ± 3,2 semanas, existiendo una diferencia significativa ($p< 0,05$) en relación con la duración de la respuesta clínica.

Conclusión: En el 40 % de pacientes con distonias focales tratados con TXB la duración de la mejoría clínica es inferior a 3 meses. Para optimizar esta terapia, los intervalos de administración de TXB deberían ser flexibles e individualizados.

Trastornos del Movimiento III

ALTERACIONES DE LA CONECTIVIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ALUCINACIONES MENORES

Bejr-kasem Marco, H.B. [1]; Pagonabarraga Mora, J. [2]; Martínez Horta, S. [2]; Sampedro, F. [2]; Marín Lahoz, J. [2]; Perez Perez, J. [2]; Horta Barba, A. [2]; Pascual Sedano, B. [2]; Kulisevsky Bojarski, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Hasta el 50% de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan alucinaciones menores, que se han relacionado con alteraciones estructurales en la vía visual dorsal. Se desconocen, sin embargo, las alteraciones de conectividad funcional asociadas con estos cambios. Mediante "resting-state"-fMRI analizamos cambios funcionales de EP inicial con y sin alucinaciones menores.

Material y métodos: Muestra de 14 pacientes con EP sin demencia, <5 años evolución, con (n=7) y sin (n=7) alucinaciones menores, equiparados por edad, educación, medicación y cognición. Se adquirieron imágenes de RM-T13D y "resting-state"-fMRI, realizando análisis comparativo entre grupos de volumen sustancia gris (vSG) y conectividad funcional de los nodos identificados mediante vSG ($p<0.005$;$k=50$).

Resultados: La presencia de alucinaciones correlacionó con disminución de vSG en regiones de integración visuoperceptiva posterior. El análisis de conectividad funcional mostró alteraciones a nivel de la red neuronal por defecto, gyrus angular y amígdala en el grupo alucinadores. En relación al precuneus, se detectó menor conectividad con córtex cingulado anterior y gyrus supramarginalis (BA40), y mayor conectividad con lóbulo parietal superior (BA7) y gyrus temporal transverso (BA41). El gyrus angular presentó menor conectividad con córtex orbitofrontal y mayor conectividad con BA40 y polo temporal anterior. La amígdala mostró aumento de conectividad con gyrus temporal superior, precuneus y BA40.

Conclusión: La presencia de alucinaciones menores se asoció con disrupción de áreas heteromodales implicadas en la integración de percepciones visuales, somatoestésicas complejas y propioceptivas, y con aumento de conectividad en áreas involucradas en procesamiento del sentido de la posición y diferenciación del propio cuerpo respecto el espacio peripersonal (BA7, BA41).

UTILIDAD DE LA MDS-UPDRS PARA CRIBAJE DE COMPLICACIONES NO MOTORAS

Marín Lahoz, J.; Fernandez de Bobadilla, R.; Pagonabarraga Mora, J.; Martinez Horta, S.; Horta Barba, A.; Bejr-Kasen Marco, H.; Pascual Sedano, B.; Pérez Pérez, J.; Gironell Carreró, A.; Kulisevsky Bojarski, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Detectar la presencia de síntomas no motores que puedan requerir una evaluación exhaustiva y posible intervención es un elemento crucial, pero a veces complejo, en la práctica clínica diaria. Analizar la capacidad de la parte I de la MDS-UPDRS como instrumento de cribaje de trastornos afectivos, conductuales, cognitivos y somnolencia

Material y métodos: Se analizaron los datos obtenidos en 93 pacientes con enfermedad de Parkinson (edad=66±9,6) en estadio inicial-intermedio (H&Y=2±0,37). Un neurólogo administró los ítems de la parte I de la MDS-UPDRS (cognición, depresión, ansiedad, apatía, síndrome desregulación dopaminérgica-SDD y somnolencia diurna). Un neuropsicólogo ciego a la evaluación previa valoró los mismos ámbitos mediante extensa evaluación neuropsicológica (PD-CRS, HADS, AS-14, QUIP y Epworh). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y curvas ROC para cada ítems en relación con las escalas de referencia.

Resultados: Una puntuación > 0 mostró un muy alto valor predictivo negativo en todas las áreas exploradas: Cognición=89.6%, Depresión=96.6%, Ansiedad=93.8%, Apatía=90.5%, SDD=83.6% e Hipersomnolencia=90%. La especificidad de ese corte fue baja tener utilidad diagnóstica: 57,3%, 62,2%, 55,5%, 71,2%, 97,6% y 49,1%. Las áreas bajo la curva correspondientes fueron: 0,71, 0,64, 0,75, 0,69, 0,7, y 0,77.

Conclusión: La parte I de la MDS-UPDRS tiene una buena capacidad para cribaje de varias complicaciones no motoras pero no para realizar diagnósticos. Ante un resultado positivo se debería realizar una evaluación más profunda que permita no solo confirmar el diagnóstico sino evaluar las causas.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE TRES ESCALAS COGNITIVAS PARA IDENTIFICAR DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: MOCA, PD-CRS Y ACE-III

Fernández de Bobadilla Martínez, R. [1]; Horta Barba, A. [2]; Matías-Guiu Antem, J.A. [3]; Pagonabarraga Mora, J. [2]; Martínez Horta, S. [2]; Kulisevsky Bojarski, J. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Centro Neurológico de Atención Integral (CNAI); 2. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Comparar la capacidad diagnóstica de tres escalas cognitivas globales para detectar Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en enfermedad de Parkinson (EP): Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Parkinson's Disease-Cognitive Rating Scale (PD-CRS) y Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III).

Material y métodos: La Movement Disorders Society (MDS) propuso guías para diagnosticar EP-DCL incluyendo dos niveles

de evaluación (nivel-1:abreviado y nivel-2:extenso). Disponer de escalas con alto poder discriminativo y adaptadas a estos nuevos criterios puede mejorar la precisión identificando EP-DCL. La muestra incluye pacientes con EP inicial (≤5 años evolución) con rendimiento cognitivo normal (EP-NC) y EP-DCL según criterios nivel-2 (dos test/dominio). Mediante curvas ROC se calculó área bajo la curva (AUC) y sensibilidad (SEN) y especificidad (ESP) de los mejores cut-off para cribaje y diagnóstico en escalas de nivel-1.

Resultados: Tras superar los criterios de inclusión 71 pacientes con EP [53.5% hombres; edad=68.7(10.0SD) años; educación=11.5(4.9SD) años; evolución EP=2.0(1.7SD) años] completaron la evaluación. Veinte pacientes fueron diagnosticados como EP-DCL (28.2%) y 51 como EP-NC. Los EP-DCL eran significativamente mayores y presentaban peor rendimiento cognitivo en todos los dominios. El análisis ROC de ACE-III (AUC=0.87) mostró un cut-off para cribaje <89/100(SEN=0.80; ESP=0.76) y para diagnóstico <88/100(SEN=0.75; ESP=0.84). Para MoCA (AUC=0.82) el cut-off de cribaje fue <25/30(SEN=0.80; ESP=0.74) y de diágnóstico <24/30(SEN=0.70; ESP=0.80). Para PD-CRS (AUC=0.93) <83/134(SEN=0.80; ESP=0.82) fue el mejor cut-off para ambos propósitos.

Conclusión: PD-CRS mostró el mejor rendimiento como herramienta diagnóstica de EP-DCL, frente a ACE-III y MoCA. Estos resultados apoyan la recomendación de la MDS permitiendo aplicar una evaluación abreviada como opción para identificar EP-DCL entre pacientes sin demencia.

CORRELATOS NEURONALES DE LOS DÉFICITS DE RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON INICIAL

Pagonabarraga Mora, J.; Martinez-Horta, S.; Sampedro, A.; Marín-Lahoz, J.; Pérez Pérez, J.; Bejr-Kasem Marco, H.; Horta Barba, A.; Pascual Sedano, B.; Kulisevsky Bojarski, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Los déficits de reconocimiento emocional facial pueden presentarse desde fases muy iniciales de la enfermedad de Parkinson (EP), se asocian con mayor deterioro cognitivo, y se relacionan de manera independiente con mayor discapacidad funcional. Mediante RM multimodal, analizamos los correlatos neuronales de los déficits de reconocimiento emocional facial en una muestra de pacientes con EP sin demencia ni depresión de <5 años de evolución.

Material y métodos: Análisis de 14 nuevos pacientes con EP sin demencia ni depresión de <5 años de evolución (edad 64.8±5 años; tº evolución 2.2±1.7 años) evaluados mediante test Ekman-60Faces y secuencias de RM-T13D, DTI y resting fMRI. Mediante modelos de regresión entre puntuaciones conductuales y parámetros de imagen, obtuvimos medidas de volumen sustancia gris (vSG), conectividad funcional (resting fMRI) y anisotropía funcional (DTI-FA) ($p<0.005$;k=50).

Resultados: El rendimiento en el test de Ekman, covariado por función cognitiva, correlacionó con menor vSG en córtex frontopolar, gyrus fusiforme y gyrus angular derechos, gyrus temporal medial izquierdo, y precuneus bilateral. Las puntuaciones en Ekman correlacionaron con menor DTI-FA en tractos retrolenticular, longitudinal superior y límbico posterior. El estudio de conectividad funcional detectó disrupción de tres sistemas independientes implicados en cognición social: 1) gyrus angular derecho con gyrus frontal superior medial, 2) córtex frontopolar (BA10) con gyrus frontal medial y 3) córtex orbitofrontal con córtex cingulado anterior y gyrus temporal superior bilateral.

Conclusión: Los déficits de reconocimiento emocional se relacionan desde fases iniciales con la disfunción combinada de redes distantes implicadas en cognición social, apareciendo como un nuevo marcador precoz de diseminación de la enfermedad.

VARIABLES EN NEUROSONOLOGÍA TRANSCRANEAL QUE APOYAN DIAGNÓSTICO DE PARKINSONISMO VASCULAR FRENTE A ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA

Morales Caba, L.; Martinez Torres, I.B.; Tembl Ferrairo, J.I.; Argente Escrig, H.; Lago Martin, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe (València)

Objetivos: El diagnóstico de parkinsonismo vascular (PV) es complejo, basándose en variables clínico-radiológicas que permiten diferenciarlo de la enfermedad de Parkinson (EP). Se ha propuesto que el aumento del índice de pulsatilidad (IP) determinado por doppler transcraneal apoya el diagnóstico de PV. Por otra parte, el área de hiperecogenicidad en mesencéfalo (HEM) se correlaciona con la probabilidad de EP. Nuestro objetivo es determinar si hay diferencia significativa en los IP entre los pacientes con PV y EP procedentes de una consulta especializada en trastornos del movimiento.

Material y métodos: Se realiza un análisis del IP en una muestra de 56 pacientes (35 mujeres, mediana de edad 71 años), entre los cuales había 13 con diagnóstico establecido de PV y 43 con EP. Describimos además las diferencias en otras medidas como el área el HEM (tomando el pedículo con mayor valor) y variables demográficas.

Resultados: Hallamos una diferencia en el valor medio del IP (1’268 en PV, 1’013 en EP), siendo significativa la media de la diferencia entre estos: -0’255, $p<0,003$ (IC95% -0’415, -0’095). El 95% de los IP en PV se hallan entre 1’14 y 1’4. La HEM media fue 0’227 en PV y 0’3 en EP, con una diferencia media de 0’08, $p<0’188$ (IC95% -0’054, 0’227). Tampoco hubo diferencia en variables demográficas.

Conclusión: En nuestra población, un IP >1’14 podría ser un marcador de etiología vascular en los pacientes con parkinsonismo. Consideramos oportunos estudios para valorar de forma prospectiva el IP como valor de apoyo al diagnóstico de PV.

BLEFAROSPASMO PRETARASAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ELECTROMIOGÁFICAS Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON TOXINA BOTULÍNICA

Muñoz González, A. [1]; Traba Lopez, A. [2]; Pérez Sánchez, J.R. [1]; Esteban García, Á. [2]; Grandas Pérez, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Describir las características clínicas y electromiográficas (EMG) del blefarospasmo pretarsal (BT) y la respuesta al tratamiento con toxina botulínica (TXB) a largo plazo.

Material y métodos: Pacientes con blefarospasmo idiopático sin respuesta al tratamiento con TXB inyectada en los puntos convencionales. Evaluación clínica y estudio EMG con registro simultáneo de las diferentes partes del Orbicularis Oculi (OO) y del músculo elevador del párpado superior. Evaluación de la respuesta clínica a TXB tras aplicación pretarsal mediante la escala funcional de Elston.

Resultados: Se identificaron 24 pacientes (20 mujeres) con afectación selectiva de la porción pretarsal del OO, con tres patrones clínico-EMG : dificultad para apertura palpebral (25 %), parpadeo excesivo (33 %), combinación de los anteriores con espasmos de oclusión (48%). Todos los pacientes mejoraron tras aplicación pretarsal de TXB ($p<0,001$), con respuesta mantenida tras inyecciones periódicas durante un seguimiento de 8.4±4.9 años. La dosis de TXB fue 46.8 ± 11.8 U (Botox) y la duración de la respuesta fue 9.8 ±1.8 semanas, recuperando una visión funcional normal el 58 %. Se realizaron 491 sesiones de tratamiento. Efectos secundarios: hematomas locales (8), debilidad OO (9), diplopía (1).

Conclusión: Se confirma la existencia de un subtipo de blefarospasmo con afectación predominante o exclusiva de la porción pretarsal del OO. Sus características clínicas y EMG permiten su identificación. La aplicación selectiva de TXB en la porción pretarsal del OO es un tratamiento muy efectivo a corto y largo plazo en estos pacientes con pocos efectos secundarios.

ARCA1: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y GENETICA DE LA PRIMERA FAMILIA ESPAÑOLA

Arias Gómez, M. [1]; Blanco Arias, P. [2]; Arias Rivas, S. [1]; Pardo Fernández, J. [1]; Quintans Castro, B. [3]; Sobrido Gómez, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Fundación de Medicina Xenómica. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 3. Servicio de Fundación Pública de Medicina Xenómica. SERGAS

Objetivos: Presentar 2 pacientes con heredoataxia cerebelosa recesiva ARCA1 y describir su fenotipo clínico, hallazgos paraclínicos y genéticos.

Material y métodos: Paciente 1.- Varón (40 a.); desequilibrio al caminar, iniciado a los 27 años. Padres sanos; no consanguinidad. Su cuadro progresó lentamente con ataxia truncal y apendicular, y disartria. Paciente 2.- Mujer (32 a.), hermana del anterior; inestabilidad de la marcha, iniciada a los 22 años; curso progresivo con mayor afectación que la del paciente-1. Ambos desarrollaron un síndrome pancerebeloso asociado a leve piramidalismo, sin otras alteraciones neurológicas o sistémicas. Se realizaron estudios analíticos, neurofisiológicos, RM cerebromedular y estudios genéticos. Con la sospecha de ARCA1 se solicitó secuenciación masiva del gen SYNE1 (NM 033071.3).

Resultados: Análisis (hemograma, frotis, bioquímica, vitaminas B12, E y fólico, lipidograma, AFP, CEA, láctico/pirúvico, ceruloplasmina, cobre): normales. RM: atrofia pancerebelosa sin alteración de sustancia blanca. ENMG y potenciales evocados multimodales: leve afectación de PESS al estimular en miembros inferiores. Estudio genético: identificadas dos variantes probablemente patogénicas (heterocigosis compuesta) en SYNE1: c.13045C>T; p.R4349X (exón-77) y c.25114C>T;p.R8372X (exón-140), que previsiblemente producen un codón de parada y proteína truncada. Estas variantes no han sido previamente descritas.

Conclusión: La ARCA 1, descrita inicialmente en Beauce-Quebec, ha sido reportada también en Japón, Brasil y recientemente en distintos países europeos, pasando a ser una de las ataxia recesivas mas frecuente. El enorme tamaño génico suponía una dificultad diagnóstica hasta la implantación de las nuevas tecnologías de secuenciación genómica. Esta primera familia descrita en España, en nuestro conocimiento, presenta un síndrome cerebeloso prácticamente puro tras 10 años de evolución.

TEMBLOR DE ACCIÓN REFRACTARIO AL TRATAMIENTO. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA ZONISAMIDA EN 93 PACIENTES

Ortega Suero, G.; García Azorín, D.; García Moreno, H.; Liaño Sánchez, T.; Alonso Frech, F.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El temblor de acción es el motivo principal de consulta en las unidades de trastornos del movimiento y supone con frecuencia una importante causa de discapacidad. El temblor esencial (TE) y la enfermedad de Parkinson (EP) son las etiologías principales, pero puede observarse en otras entidades como el temblor distónico y cerebeloso.

Material y métodos: Se estudió la evolución de 93 pacientes (45 mujeres y 48 varones) que acudieron a la consulta especializada entre 2012 y 2016 por temblor de acción refractario al tratamiento convencional de primera línea y a los que se les propuso tratamiento con zonisamida. 47% correspondían a TE, 18% a EP, 22% compartían signos de TE+EP y 12% eran pacientes con esclerosis múltiple. Se valoró la impresión clínica global del paciente/cuidador, así como la repercusión sobre las actividades de la vida diaria y la realización de espiral.

Resultados: 43% de los pacientes presentaron una mejoría sostenida, 23% no mejoraron y en 34% no se pudo determinar por intolerancia inicial o falta de seguimiento. No se observaron diferencias significativas entre la respuesta y la etiología. 20% presentaron efectos secundarios siendo los mas frecuentes del sistema nervioso central o gastrointestinales. Se observó también mejoría en un porcentaje significativo de pacientes con temblor cefálico asociado.

Conclusión: La zonisamida puede ser un fármaco de utilidad en pacientes con temblor de acción refractario a los tratamientos de primera línea independientemente de su etiología. La tolerancia es aceptable y puede considerarse una buena opción en aquellos con temblor cefálico.

LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DEL TEMBLOR ESENCIAL UTILIZANDO UN SISTEMA PORTÁTIL BASADO EN SMARTWATCH

Vieira Campos, A. [1]; Zheng, X. [2]; Ordieres, J. [2]; Balseiro Gómez, J. [1]; Labrador Marcos, S. [1]; Aladro Benito, Y. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 2. Departamento de Ingeniería Industrial. Escuela Técnica Superior de Madrid

Objetivos: El temblor esencial (ET) presenta fluctuaciones de amplitud durante el día que interfieren en la evaluación de la eficacia del tratamiento. La gravedad del temblor se cuantifica mediante escalas validadas que sólo proporcionan una evaluación puntual y subjetiva durante una visita clínica. Los sensores de movimiento muestran una buena correlación con las escalas, proporcionando una cuantificación más objetiva del temblor.

Material y métodos: Presentamos un sistema portátil para monitorizar el temblor de forma continua durante las actividades diarias. Consiste en un reloj inteligente con un acelerómetro triaxial, un dispositivo móvil que envía los datos en tiempo real y un servidor remoto. Se incluyen 8 pacientes con TE. El tiempo de monitorización medio por paciente es de 26 (± 6,05) horas. Se utiliza la escala Fahn Tolosa Marin para validar el rendimiento del sistema.

Resultados: Se obtiene correlación significativa entre las puntuaciones estandarizadas del neurólogo y las auto-evaluaciones del pacientes ($r = 0,84$; $p = 0,009$), entre las registradas por el dispositivo y las puntuaciones del neurólogo ($r = 0,80$; $p = 0,005$) y las autoevaluaciones del paciente ($r = 0,97$; $p = 0,032$), así como entre las auto-evaluaciones del paciente diarias ($r = 0,87$; $p < 0,001$). Se muestra una representación gráfica de la cuantificación de la gravedad del TE en diferentes escalas de tiempo.

Conclusión: Este estudio muestra la viabilidad de la monitorización prolongada y continua de la intensidad del TE durante las actividades diarias por un sistema portátil sin restricciones del movimiento, una herramienta útil para analizar la eficacia y la efectividad del tratamiento.

TEMBLOR MIOCLÓNICO DISTÓNICO ASOCIADO HETEROTOPIA DE NEURONAS DOPAMINÉRGICAS. UNA NUEVA ENTIDAD LEVODOPA SENSIBLE

Pascual Carrascal, D. [1]; Cubo, E. [1]; Gil Polo, C. [1]; Jorge Roldán, S. [1]; Lanchas Alfonso, I. [2]; Miguel Martínez, B. [2]; Hernando Asensio, A. [1]; Porqueres Bosch, E. [1]; Casas Peña, E. [1]; Arnaiz Senderos, S. [1]; Aguado García, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: Presentación de un caso clínico de temblor juvenil con manifestaciones, respuesta al tratamiento y hallazgos gammagráficos atípicos, no descritos en la bibliografía.

Material y métodos: Varón de 16 años, sin antecedentes médicos de interés salvo ligera discapacidad intelectual, que consulta por historia de temblor desde los 4 años, de predominio en extremidades superiores y con repercusión en las actividades habituales. Existen varios casos similares en parientes varones por parte materna.

Resultados: La exploración neurológica revela temblor con sacudidas mioclónicas en ambos miembros superiores y postura distónica en manos con la escritura. El estudio analítico, incluyendo hormonas tiroideas, ceruloplasmina y función hepática fue normal, así como las serologías y el estudio de autoinmunidad. Se realizó cariotipo, descartándose síndrome de X frágil. El estudio de metabolitos dopaminérgicos en LCR no mostró alteraciones. En la RM craneal se aprecia nódulo periventricular-subpendimario derecho, isointenso con la sustancia gris. Se realiza DaTSCAN que muestra hipocaptación presináptica asimétrica en ambos putámenes y área de heterotopia dopaminérgica en línea media a nivel mesencefálico. Se inició tratamiento con levopoda a dosis de 300 mg/día, con importante mejoría de los síntomas motores y en el rendimiento académico. Actualmente pendiente de estudio genético familiar.

Conclusión: Este es el primer caso descrito de heterotopia de neuronas dopaminérgicas y su respuesta a la levodopa. Por tanto, el temblor mioclónico distónico puede ser secundario a anomalías estructurales de la vía dopaminérgica y debe ser incluido en la categoría de trastornos del movimiento levodopa sensible junto a los síndromes parkinsonianos o la distonía hereditaria sensible a la levodopa.

EDUCACIÓN Y RIESGO DE DEMENCIA INCIDENTE DURANTE LAS FASES MOTORA Y PREMOTORA DEL TEMBLOR ESENCIAL (NEDICES)

Benito León, J. [1]; Contador, I. [2]; Bermejo Pareja, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Salamanca

Objetivos: Los pacientes con temblor esencial (TE) de comienzo tardío podrían tener un mayor riesgo de demencia. Esta bien sustentado que la educación (indicador de reserva cognitiva) tiene un papel protector contra la demencia, pero su influencia en las fases premotora y motora del TE es desconocida. Determinamos el impacto de la educación sobre el riesgo de demencia en una cohorte de pacientes con TE y controles.

Material y métodos: 3.878 participantes mayores de 65 años sin demencia fueron seguidos durante 3.2 años. Dividimos la cohorte en tres grupos: participantes con TE premotor (diagnosticados de TE incidente durante el seguimiento, pero no al inicio), TE prevalentes (diagnosticados de TE en ambas fases) y controles. El nivel educativo fue estratificado en bajo (estudios primarios o menos) vs. alto (secundarios o más).

Resultados: Ocho (16.7%) de los 48 premotores con menor educación desarrollaron demencia incidente vs. uno (3.3%) de los 30 premotores con mayor educación vs. nueve (7.1%) de los 126 TE con educación inferior vs. siete (8.8%) de los 80 TE con mayor educación vs. 92 (4.8%) de los 1.911 controles con menor educación vs. 44 (2.6%) de los 1.683 controles mayor educación ($p<0.001$). Los riesgos relativos de demencia incidente (referencia=controles más educados) fueron 5.84 (premotores con baja educación, $p<0.001$); 1.36 (premotores con alta educación, $p=0.76$); 2.13 (TE con menor educación, $p=0.04$); 2.79 (TE con mayor educación, $p=0.01$); y 1.66 (controles con menor educación, $p=0.01$).

Conclusión: Un mayor nivel educativo podría disminuir el riesgo de demencia durante la fase premotora del TE, pero no en la motora.

ÁREAS CEREBRALES IMPLICADAS EN EL SÍNDROME DE TOURETTE: ESTUDIO CON PET-FDG

García-Ramos García, R. [1]; Gonzalez, N. [1]; Vallés Salgado, M. [2]; Lopez Valdes, E. [1]; Alonso Frech, F. [1]; Catalan Alonso, M.J. [1]; Cabrera Martin, M.N. [3]; Matías-Guíu Antem, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Evaluar la actividad metabólica cerebral regional (rCMRglc) en el síndrome de Tourette y su relación con las variables demográficas, clínicas y neuropsicológicas.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyen 13 pacientes con síndrome de Tourette (43.84 +/- 14.6 años) y 13 controles (51.9 +/- 10.6) ($p=0.081$). El diagnóstico se hizo mediante criterios clínicos de DSM-V . Se recogieron variables demográficas y clínicas. Los pacientes fueron evaluados con: escala global de severidad de los tics de Yale, escala Beck, escala Hamilton, escala deL TOC de Yale-Brown, cuestionario TDAH del adulto- ASRS-18 y una batería neuropsicológica. Se realizó a todos los individuos un PET-FDG y se compararon los valores de rCMRglc en pacientes y controles.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre pacientes y controles en la actividad metabólica global. Los análisis de correlación entre los pacientes y las variables clínicas fueron: correlación negativa entre metabolismo cerebral y puntuación en la escala Hamilton de depresión con región frontal superior izquierda y en menor medida derecha ($p <0.005$); correlación negativa con el metabolismo cerebral de varias zonas del lóbulo frontal y la escala de severidad de los TICs de Yale ($p<0,005$). Además se ha hecho un análisis detallado de las zonas de interés teórico implicadas en el síndrome de Tourette (ROI).

Conclusión: Se observan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles principalmente en el lóbulo frontal. El análisis basado en ROI aporta información que nos permite conocer con más precisión las áreas cerebrales implicadas en la fisiopatología del síndrome de Tourette.

COREA Y TRASTORNO DEL SUEÑO EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTI-IGLON5. DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO CASO

Ballesteros Plaza, L. [1]; Pérez Martínez, D.A. [2]; de la Morena Vicente, A. [1]; Martin García, H. [1]; Manzano Palomo, S. [1]; Muñiz Castrillo, S. [1]; Puertas Muñoz, I. [3]; Gaig Ventura, C. [4]; Graus Ribas, F. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Cristina; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 4. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Presentamos un nuevo caso de encefalitis con anticuerpos anti-IgLON5.

Material y métodos: Varón de 58 años, tabaquismo activo, con cuadro de dos meses de evolución de trastorno del sueño, con insomnio de conciliación e inquietud motora con somniloquios en la transición vigilia-sueño, y afectación disautonómica con sudoración y enuresis nocturnas. Posteriormente refiere disfagia para sólidos y presenta movimientos involuntarios con afectación predominante cervical y periescapular, temblor en manos e inestabi-

lidad para la deambulación. La exploración neurológica muestra trastorno hipercinético con tics coreiformes con afectación axial predominante, impersistencia motora y ataxia truncal leve.

Resultados: Estudio con analítica completa normal incluyendo serologías y autoinmunidad, RMN craneal normal, LCR con hiperproteinorraquia leve,anticuerpos onconeuronales negativos en suero y LCR, EEG y EMG normales. Pulsioximetría con hipoventilación nocturna. Sospecha inicial de encefalitis autoinmune. Tratamiento con megadosis de corticoides, neurolépticos y BiPap. Mejoría inicial, posteriormente empeoramiento y episodios bruscos de hipoventilación. Se administra ciclo de inmunoglobulinas. Se realiza nueva determinación analítica con resultado positivo para anticuerpos anti-IgLON5 en suero y LCR. Ingreso en otro centro hospitalario con realización de plasmaféresis e inicio de tratamiento con rituximab. Se realiza V-PSG con datos de sueño no-REM desestructurado y muy baja eficiencia del sueño. Nuevo episodio de hipoventilación con broncoaspiración y fallecimiento un año después del inicio de los síntomas.

Conclusión: La encefalopatía asociada a anticuerpos anti-IgLON5 presenta un cuadro clínico característico de trastorno del sueño prominente junto con trastorno respiratorio y afectación del SNC con expresión clínica variable. Es una entidad recientemente descrita para cuyo mejor conocimiento aportamos un nuevo caso.

ESTUDIO CLÍNICO Y NEUROFISIOLÓGICO DE LOS REFLEJOS COLGADOS EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Perez Perez, J. [1]; Díaz Manera, J. [1]; Mendez Guerrero, A. [2]; Pagonabarraga Mora, J. [1]; Martínez Horta, S. [1]; Carceller Sindreu, M. [3]; Horta Barba, A. [1]; Marin Lahoz, J. [1]; Bejr-Kasem Marco, H. [1]; Pascual Sedano, B. [1]; Kulisevsky Bojarski, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Los reflejos colgados (RC) es un signo exploratorio clásico en la enfermedad de Huntington (EH), sin embargo su presencia en individuos presintomáticos no ha sido evaluada sistemáticamente y su origen es todavía incierto.

Material y métodos: Estudio prospectivo de la presencia de RC en individuos genéticamente positivos para la mutación del gen IT15 causante de la EH. Se dividieron a los individuos en función de la puntuación de la Unified Huntington's disease rating scale (UHDRS) en presintomáticos (preEH UHDRS<5) y sintomáticos (EH UHDRS ≥5). Se evaluó la presencia de RC a nivel rotuliano. Se realizó un electromiograma (EMG) con aguja para valorar la respuesta motora a nivel de cuadriceps del reflejo rotuliano y se registraron los patrones de respuesta en los distintos grupos evaluados.

Resultados: Se incluyeron 24 individuos, 14 preEH, 10 EH. Edad media 43±6 años, 6 varones, CAG 42±3. El RC estaba presente a nivel clínico en el 14% de preEH y en el 80% de los EH. En el estudio EMG se pudieron distinguir 3 tipos de patrones: Monofásico (respuesta motora simple) n=5 preEH; dícroto (respuesta motora seguida de otra de menor intensidad) preEH n=7, EH n=1 y polifásica (respuesta motora contínua) preEH n=2, EH n=9. Se identificaron 2 pacientes con RC cruzados.

Conclusión: Los RC son un hallazgo frecuente en EH pudiendo observarse ya en individuos presintomáticos. Su traducción EMG (respuesta dícrota y polifásica) puede detectarse desde estadios presintomáticos pudiendo constituir un marcador preclínico de la EH. Este hallazgo podría estar en relación a una afectación a nivel medular precoz.

¿SE ASOCIAN LOS TICS A MAYOR RIESGO DE PRESENTAR DIFICULTADES ACADÉMICAS? ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA COHORTE DE ESCOLARES EN LA PROVINCIA DE BURGOS

Casas Peña, E. [1]; Cubo Delgado, E. [1]; Arnaiz Senderos, S. [1]; González Deza, C. [2]; Ausin, V. [2]; Delgado, V. [2]; Saez, S. [2]; García-Soto, X.R. [3]; Calvo, S. [4]; Cordero, J. [5]; Trejo Gabriel y Galán, J.M. [1]; Macarrón Vicente, J.L. [1]; de la Fuente Anuncibay, R. [6]; Kompoliti, K. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; 2. Facultad de Educación. Universidad de Burgos; 3. Servicio de Psicología Clínica. Hospital Universitario de Burgos; 4. Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Burgos; 5. Servicio de Gerencia de Atención Primaria. Hospital Universitario de Burgos; 6. Servicio de Pedagogía. Universidad de Burgos; 7. Servicio de Neurología. Rush University Medical Center

Objetivos: Analizar si la presencia de tics se relaciona con un incremento del riesgo de desarrollar bajo rendimiento académico.

Material y métodos: Estudio de cohortes en el que se analizan alumnos expuestos (con tics) y no expuestos (sin tics) de diferentes tipos de escuelas y niveles educativos. Fueron evaluados al inicio del estudio (2008, 2009) y en el seguimiento (2014). Consideramos bajo rendimiento académico la repetición de curso desde 2010. Los criterios de la DSM-IV-TR definieron el diagnóstico de trastorno por tics. Los niños se compararon según características clínicas, escuela y características ambientales. La hazart ratio ajustada (HRs) con un IC del 95% se calculó mediante el análisis de regresión de Cox, tras ajustar factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 264 alumnos (edad media 14.0 ± 1.71), 148 (56%) varones, 77 (29.2%) presentaban tics y 34 (12.8%) repitieron curso. Los que repitieron curso presentaban: menor cociente intelectual (p=0.02), más alteraciones conductuales, ansiedad generalizada y trastornos de espectro autista (p=0.002; 0.009 y 0.008), padres con menor nivel educacativo (p<0.0001), menor rendimiento deportivo, mayor número de horas de televisión (p=0.001; 0.02) y menor apoyo psicológico en la escuela (p=0.001). En el análisis de regresión de Cox, el HRs durante 4 años mostró que el bajo rendimiento se asociaba con menor apoyo psicológico (HRs=17.5, IC 95% 5.7-53.9) y menor realización de deporte (HRs=4.02, IC 95% 1.3-11.8).

Conclusión: La presencia de tics no se asocia con bajo rendimiento escolar. El apoyo académico temprano y la modificación de características ambientales son necesarios para ayudar a los niños con mayor dificultad escolar.

POSTER

Ataxias P

ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, DE EFICACIA, TOLERANCIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON AMANTADINA EN LAS ATAXIAS CEREBELOSAS DEGENERATIVAS

Rodríguez de Rivera Garrido, F.J.; Mangas Guijarro, M.A.; Pulido Valdeolivas, I.; Sanz Gallego, I.; Arpa Gutierrez, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Determinar la eficacia de Amantadina en pacientes con ataxia cerebelosa degenerativas distintas de Ataxia de Friedreich medida mediante la escala SARA. Objetivos de seguridad y tolerancia.

Material y métodos: Estudio doble ciego, controlado con placebo, de 1 año de duración, con Amantadina a dosis de 100 mg dos veces al día administrada por vía oral. Se les realizaron revisiones periódicas cuatrimestrales, evaluándoseles con la escala de ataxia SARA y otoneurología. Además, en las visitas basal y final se les realizaron los siguientes estudios: valoración neuro-oftalmológica y RM cerebral. En cada visita cuatrimestral se obtuvieron las variables de seguridad (hemograma, bioquímica, test de embarazo y ECG).

Resultados: Se reclutaron 33 pacientes (19 hombres y 14 mujeres. Edad media 54,87). Grupo Amantadina (22 pacientes, 11 H/ 11 M. Edad media 57,63), Grupo Control (11, 8 H / 3 M. Edad media 49,36). Durante el seguimiento 15 pacientes (45,45%) dejaron el estudio por intolerancia (GA 10: 45,45% / GC 5: 45,45%), predominantemente insomnio y molestias gastrointestinales. En ninguno de ambos grupos se objetivaron cambios en la Escala SARA ni en los estudios otoneurológicos o de RMN. Los controles de Laboratorio y oftalmológicos no objetivaron efectos secundarios.

Conclusión: No encontramos evidencia que la amantadina pueda ser eficaz en las ataxias cerebelosas.

A PROPÓSITO DE UN CASO CON ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER Y DEBUT CEREBELOSO: CUANDO LOS HUESOS SON LA SOLUCIÓN

Perez Pereda, S. [1]; Jiménez López, Y. [1]; Serrano Cárdenas, K. [1]; Gallardo Agromayor, E. [2]; Insunza Gaminde, A. [3]; Cagigal Cobo, M.L. [4]; Infante Ceberio, J. [1]; Pelayo Negro, A.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: La enfermedad de Erdheim-Chester es una histiocitosis de células no Langerhans rara con afectación multiorgánica, siendo las manifestaciones más frecuentes a nivel del SNC: diabetes insípida, síndrome cerebeloso, lesiones orbitarias y masas extraaxiales. Descripción de un caso con debut cerebeloso y revisión de casos en nuestro hospital durante los últimos 20 años.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 72 años con cuadro progresivo de 1 año de evolución de ataxia de la marcha y disartria. Asimismo, describimos retrospectivamente otros 2 casos: varón de 55 años con diabetes insípida que posteriormente desarrolla un síndrome cerebeloso progresivo y mujer de 49 años con historia de dolor óseo y posterior aparición de diplopía y exoftalmos.

Resultados: Caso 1: se observaron hiperintensidades de señal en región periacueductal, pedúnculos cerebelosos y núcleos dentados en la RM craneal, así como infiltración de grasa perirrenal en la TAC corporal y lesiones osteoscleróticas en regiones metafisodiafisarias en la serie ósea. Se confirmó el diagnóstico mediante biopsia ósea y hallazgo de histiocitos espumosos CD1a-, CD68+ y S100 focalmente +, con mutaciones BRAF+. Actualmente en tratamiento con Vemurafenib. Casos 2 y 3: ambos casos desarrollaron afectación multisistémica pulmonar, cardiaca y retroperitoneal junto con la neurológica, falleciendo finalmente a pesar del tratamiento inmunosupresor con corticoides y/o azatioprina. El diagnóstico etiológico se obtuvo igualmente mediante biopsia ósea tras PET óseo sugestivo.

Conclusión: Es importante conocer esta entidad dentro del diagnóstico diferencial del síndrome cerebeloso, por sus implicaciones pronósticas y terapéuticas. Las lesiones óseas se consideran patognomónicas de la enfermedad.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO ASOCIADO A LA ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL X: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DEMENCIA EN EL ADULTO JOVEN

García Rúa, A. [1]; Álvarez Carriles, J. [2]; Suárez Santos, P. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Díaz Baamonde, A. [3]; Peña Suárez, J. [4]; Álvarez Martínez, M.V. [5]; Ramón Carbajo, C. [1]; Morís de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neuropsicología. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Central de Asturias; 4. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias; 5. Servicio de Genética. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X (ALD-X) es una enfermedad infrecuente por mutaciones del gen ABCD1, que origina acúmulo de ácidos grasos de cadena muy larga fundamentalmente en el sistema nervioso. Produce deterioro cognitivo no bien tipificado. Nuestro objetivo es caracterizar el perfil neuropsicológico de un paciente con ALD-X de inicio en el adulto.

Material y métodos: Varón de 48 años con antecedentes familiares de trastorno de la marcha no filiado en cinco varones de la familia. Presenta paraparesia espástica de larga evolución asociada a reciente trastorno conductual con apatía y abulia, con mala respuesta a antidepresivos. La RM cerebral demostró afectación de sustancia blanca frontal bilateral confirmándose la mutación c.869C>G en el gen ABCD1.

Resultados: El estudio neuropsicológico exhaustivo evidenció un deterioro cognitivo-ejecutivo generalizado compatible con demencia. Un análisis cualitativo de dicho perfil neuropsicológico mostró marcado enlentecimiento en el procesamiento de la información y severa disfunción ejecutivo-atencional (atención selectiva, atención sostenida, planificación, monitorización, flexibilidad mental, inhibición cognitiva y conductual, anosognosia). Este patrón sugiere una disfunción prefronto-subcortical bilateral (derecho>izquierdo) congruente con las áreas afectadas en la RM.

Conclusión: La ALD-X en su forma cerebral de inicio en el adulto puede representar una causa infrecuente de deterioro cognitivo de perfil disejecutivo en sujetos con síntomas neurológicos focales menores o incluso asintomáticos. El estudio neuropsicológico debe formar parte del control evolutivo en estos pacientes ya que conlleva implicaciones pronósticas y terapéuticas, al estar considerado un marcador precoz de la fase desmielinizante rápidamente progresiva.

ATAXIA AUTOINMUNE POR ANTICUERPO ANTIGAD +

Diaz Diaz, J.; Barcenilla, B.; Fanjul, S.; Manrique de Lara, P.; Huertas Gonzalez, N.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa

Objetivos: La ataxia autoinmune por anticuerpos anti-decarboxilasa del ácido glutámico(antiGAD) es una forma rara y esporádica de ataxia cerebelosa que afecta predominantemente a mujeres entre 20-70 años y se caracteriza por ataxia subaguda de la marcha. Suele asociarse a otras enfermedades autoinmunes, sobretodo diabetes tipo 1. El diagnóstico es de exclusión en pacientes con anticuerpos antiGAD+, tras descartar síndrome paraneoplásico. Se ha descrito mejoría clínica con inmunoterapia.

Material y métodos: Mujer de 69 años con diabetes tipo 2, enfermedad pulmonar intersticial, hipotiroidismo y gastritis crónica atrófica. Presenta un cuadro intermitente de dos años de evolución de vértigo e inestabilidad de la marcha, con exploración neurológica normal y RM cerebral con atrofia cerebelosa. Ingresa por empeoramiento progresivo del vértigo al que se añade nistagmus vertical en posición primaria y lateral en miradas laterales, dismetría en las cuatro extremidades y ataxia de la marcha.

Resultados: Un estudio analítico completo mostró BOC en LCR y déficit de B12 y fólico. La realización de radiografía de tórax, TC body, PET-TC y estudio ginecológico descartaron neoplasia oculta. Los anticuerpos onconeuronales fueron negativos, excepto anticuerpos antiTPO y antiGAD. Posteriormente se inició tratamiento con inmunoglobulinas con mejoría progresiva en pocas semanas.

Conclusión: La ataxia autoinmune antiGAD+ cuenta con muy pocos casos descritos en la literatura. Su diagnóstico es de exclusión. Es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de síndromes cerebelosos o ataxias de curso subagudo o crónico, sobretodo si asocian otras enfermedades autoinmunes, ya que el inicio temprano de la inmunoterapia predice mejoría clínica y se relaciona con una menor discapacidad.

ATAXIA DE CHARLEVOIX-SAGUENAY: DESCRIPCIÓN DE DOS NUEVOS CASOS DE UNA FAMILIA CON UNA VARIANTE PROBABLEMENTE PATOGÉNICA EN EL GEN SACS

Costa Arpín, E. [1]; Blanco Arias, P. [2]; Prieto González, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Genética. Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Cen

Objetivos: La ataxia de Charlevoix-Saguenay es una enfermedad autosómica recesiva de inicio infantil que cursa con síndrome cerebeloso y espasticidad. En la región canadiense de Charlevoix-Saguenay tiene una prevalencia elevada (1/22) pero es muy poco frecuente en otras áreas geográficas. Nuestro objetivo es describir dos nuevos casos.

Material y métodos: Descripción del cuadro clínico y evolutivo dos individuos con ataxia de Charlevoix-Saguenay y una variante extremadamente infrecuente en el gen SACS.

Resultados: Un varón de 36 años y una mujer de 34, únicos hijos de un matrimonio no consanguíneo y sin antecedentes familiares. La clínica comenzó a los 15-16 meses de edad con torpeza de movimientos, tropiezos frecuentes y dificultad para articular el lenguaje. Presentan palabra escándida, nistagmo espontáneo, dismetría bilateral, espasticidad en las extremidades inferiores con hiperreflexia, Babinski bilateral, pie cavo y marcha ataxo-espástica. Los niveles de vitaminas y aminoácidos, el cariotipo, la audiometría y el estudio cardiológico son normales. Los PEATC presentan un retraso y desestructuración de la onda V. En la neuroimagen se detecta una marcada atrofia de vermix, mesencéfalo y médula. El varón asocia además miopía magna, una incipiente polineuropatía sensitivo-motora axonal y un rendimiento intelectual bajo. En ambos pacientes el estudio genético ha detectado una inserción de una adenina en homocigosis en el gen SACS que condicionaría un codón de parada prematuro y una proteína truncadaNM_014363.5(SACS):c.12508dupA;NP_055178.3:p.M4170Nfs*18).

Conclusión: Presentamos dos nuevos casos de ataxia de Charlevoix-Saguenay con un fenotipo típico y con una mutación que no había sido descrita previamente.

VARIANTE CEREBELOSA DE ENCEFALOPATÍA DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanco Vicente, E.

Servicio de Neurología. Hospital General de Villarrobledo

Objetivos: El cerebelo es una de las principales dianas de autoinmunidad del sistema nervioso, siendo tres hasta el momento las ataxias inmunomediadas no paraneoplásicas establecidas clínicamente: ataxia por gluten, por anticuerpos antidecarboxilasa glutámica ácida (antiGAD) y encefalopatía de Hashimoto.

Material y métodos: Mujer de 57 años sin antecedentes familiares en tratamiento sustitutivo por tiroiditis crónica autoinmune, consultó por inestabilidad en la marcha de dos meses de evolución asociada a disartria y alteración en la escritura. Presentaba seguimiento ocular sacádico, habla escandida leve, dismetría y disdiadococinesia leves en extremidades izquierdas, balanceo en sedestación y marcha inestable con imposibilidad para el tándem. Puntuación escala SARA (Scale for the Assessment and Rating of Ataxia) inicial 5,5 puntos, progresando la clínica hasta una SARA de 16 puntos. La RM cerebral mostraba discreta atrofia de vermis cerebeloso. Se descartó patología infecciosa o tumoral. El LCR era normal y el EEG mostraba leve lentificación frontotemporal. Las hormonas tiroideas fueron normales, los anticuerpos antitiroglobulina negativos, y los antiperoxidasa >600 UI/ml, siendo los anticuerpos antiGAD y el resto de autoinmunidad negativos.

Resultados: Se trató a la paciente con dosis altas de metilprednisolona i.v., produciéndose mejoría clínica inicial (SARA 10,5 puntos) con empeoramiento parcial en las semanas siguientes (SARA 11,75 puntos), por lo que se asociaron inmunoglobulinas i.v. y corticoides orales a dosis altas.

Conclusión: El diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto se basa en la presencia de anticuerpos antitiroideos y la respuesta a corticoides. Dada la reversibilidad de la clínica, es importante considerar la etiología autoinmune en pacientes con ataxia esporádica, incluso con estudios normales.

LA IMPORTANCIA DEL NEURÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UNA ENTIDAD RARA: XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA

Gonzalez Salaices, M. [1]; Oyanguren Rodeño, B. [2]; Diaz Montoya, B. [1]; Saiz Sepúlveda, M.A. [1]; Gil Moreno, M.J. [1]; López de Silanes, C. [1]; Casanova Peño, L.I. [1]; Eimil Ortiz, M. [1]; Muñiz Castrillo, S. [1]; Trabajos García, O. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Torrejon; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital de Torrejon

Objetivos: La xantomatosis cerebrotendinosa es una enfermedad hereditaria rara, tratable, con detención de la progresión de los síntomas por lo es prioritario el diagnóstico precoz. La media de retraso en el diagnóstico tras el inicio de los síntomas es entre 17-19 años en las últimas series publicadas El objetivo de este trabajo es detallar la sintomatología neurológica más frecuente, los signos y síntomas sistémicos típicos y los hallazgos característicos de neuroimagen.

Material y métodos: Varón de 35 años que acude a consulta de Neurología por episodios de mareo inespecíficos de segundos de duración e inestabilidad progresiva de la marcha. En la exploración neurológica se objetiva una ataxia leve de la marcha y bradipsíquia. Sin alteraciones en la exploración sistémica. Como antecedentes previos destaca; Ictericia neonatal. Retraso escolar.

Epilepsia entre los 12-18 años con CGTC. Intento de suicidio a los 18 años con politraumatismo grave. Desde la infancia múltiples episodios de diarrea.

Resultados: Resultados más relevantes: RM craneal: lesiones bilaterales y simétricas en el cerebelo y núcleos dentados. Valoración oftalmológica; opacidad anterior en cristalino Estudio genético: mutaciones compatibles con XCT.

Conclusión: Las dos formas clínicas mas frecuentes son la atáxica (72%) y la espinal (28%) que cursa con paraparesia. Los síntomas sistémicos más frecuentes son las cataratas (92%) y la diarrea crónica. Los xantomas típicos sólo aparecen en un 56% y de forma tardía. Introducir esta entidad en nuestro algoritmo diagnóstico de ataxias y mielopatías de causa incierta sobre todo si asocian los síntomas sistémicos típicos.

Cefaleas P1

SÍNDROME DE EAGLE: UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE SERIE DE CASOS

Chavero Moreno, E.; viguera romero, F.J.; Ruiz de Arcos, M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: El síndrome de Eagle es un cuadro clínico provocado por la elongación del proceso estiloideo y/o la calcificación del ligamento estiloideo que ocasiona una serie de síntomas que pueden variar desde dolor craneocervical, vértigo, molestias faríngeas e incluso episodios ictales por afectación de la carótida. Sigue siendo una entidad imprescindible para el diagnóstico diferencial de pacientes con dolores crónicos y mala respuesta a tratamientos convencionales ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico se dilata en el tiempo. Presentamos una serie de casos y una revisión del tema.

Material y métodos: Se recogen cinco casos de los últimos siete años y se analizan las características de presentación clínica, la demora hasta el diagnóstico final, el tratamiento médico o quirúrgico empleado y la evolución. Asimismo se recaban estudios publicados al respecto en los últimos 7 años.

Resultados: En nuestra muestra la mayoría son mujeres con quejas de cefaleas y dolor cervical valoradas en consultas de neurología y otorrinolaringología, con una demora de un año de media hasta el diagnóstico. La mayoría se ha sometido a tratamiento quirúrgico, con buena respuesta posterior.

Conclusión: Hay que tener en cuenta este síndrome pues se estima que está infradiagnosticado. El diagnóstico diferencial incluye disfunción de articulación temporomandibular, migraña y neuralgia del glosofaríngeo. Se debería incluir de rutina en la exploración la palpación de la fosilla tonsilar para descartar este proceso, junto con pruebas radiológicas para evitar la demora diagnóstica de un proceso con tratamiento específico y buena respuesta.

ESTADO MIGRAÑOSO Y LEUCOENCEFALOPATÍA AGUDA GRAVE POR PURA ALEGRÍA

Belvis Nieto, R. [1]; Aceituno, A. [2]; Robert Olaya, J. [3]; Mas Sala, N. [1]; Morollón, N. [1]; Sotoca, J. [1]; Vidaller, A. [1]; Yagüe Gimeno, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dexeus; 2. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus; 3. Servicio de Medicina Interna. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: El "quemagrasas" Pura Alegria® de venta libre en Internet fue declarado ilegal en su país de origen, México, en Marzo-2015 y la Agencia de Consumo Española advirtió de su toxicidad en Julio-2015. Actualmente, se han comunicado 6 pacientes en Cataluña y 2 en Texas con leucoencefalopatía y/o neuropatía desmielinizante asociada a Pura Alegría®.

Material y métodos: Mujer de 29 años con migraña episódica sin aura de baja frecuencia (1-2 episodios/mes) tratados con AINEs y sin otros antecedentes. Acude varias veces a Urgencias por estado migrañoso (ICHD3 Beta: 1.4.1.) y estado de aura migrañosa (ICHD3 Beta: A1.4.5) durante 1 mes con auras visuales atípicas en fenomenología y duración (más de 2 horas) y cefalea que no cede con triptanes ni con AINEs parenterales en urgencias. Ingresa con corticoides i.v. En RM cerebral: desmielinización generalizada de toda la sustancia blanca más intensa en cuerpo calloso.

Resultados: Los estudios serológicos, autoinmunes y de leucodistrofias fueron negativos. Valorábamos biopsia cerebral cuando la familia informó que la paciente tomaba Pura alegría©, dato no revelado en múltiples anamnesis. Había casos semejantes en 2 hospitales catalanes por lo que, puestos en contacto, se solicitó análisis de Pura Alegría© a la AEMPS (Marzo-2015) que detectó malonobén, un potente insecticida industrial prohibido en Europa que inhibe la tiroxinquinasa, enzima de la síntesis inicial de la mielina

Conclusión: La paciente se recuperó progresivamente tras abandonar Pura Alegría© y la RM se normalizó en 6 meses; al igual que los otros siete casos conocidos, tanto los centrales (leucoencefalopatía) como los periféricos (neuropatía desmielinizante).

PAQUIMENINGITIS COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA VASCULITIS PRIMARIA DEL SNC

Alberola Amores, F.J.; Torregrosa Ortiz, M.; Bonet de la Nuez, M.; Marhuenda Bermejo, L.; Navarro Cantó, L.; Lorente Gomez, L.; García Quesada, M.A.; Sola Martinez, M.D.; Alom Poveda, J.

Servicio de Neurología. Hospital General de Elche

Objetivos: La vasculitis primaria del sistema nervioso central (VPSNC) es una enfermedad idiopática, recurrente, limitada al SNC y a las cubiertas meníngeas, relativamente infrecuente, con un número limitado de casos descritos en la literatura.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 54 años sin antecedentes relevantes, que consulta por cefalea punzante hemicraneal derecha intensa y mantenida que empeora con maniobras de Valsalva, con respuesta parcial a analgesia habitual. Se pauta amitriptilina e indometacina, pero sigue presentando varios episodios de las mismas características que se desencadenan con Valsalva o cambios posturales. Se realiza RM encefálica objetivando captación difusa por la lepotmeninge, sin otras imágenes relevantes. Se completa estudio con analítica completa, incluyendo reactantes de fase aguda, autoinmunidad y trombofilia que son negativos. El análisis del LCR sólo muestra la presencia de BOC en espejo.

Resultados: Ante la sospecha de VPSNC, se solicita arteriografía sin evidenciar alteraciones. Se inicia tratamiento empírico con corticoides, con mejoría clínica y radiológica. Al reducir dosis se produce un empeoramiento en la RM con reaparición de la captación y de la cefalea; por lo que se solicita biopsia meníngea que confirma infiltrado linfocitario focal perivascular concordante con vasculitis. En la actualidad la paciente se encuentra en tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida, controlada totalmente.

Conclusión: La afectación meníngea como única manifestación de la VPSNC es una entidad muy poco frecuente, en la que la biopsia sigue siendo la prueba diagnóstica gold standard. La importancia del diagnóstico precoz y de certeza radica en la necesidad de un tratamiento inmunosupresor a largo plazo.

CEFALEA CON LESIONES PREPUCIALES. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE LA ENFERMEDAD DE WEGENER

Córdova Infantes, M.D.R.; Constantino Silva, A.B.; Martínez Acevedo, M.; Muñoz Vega, P.; González Plata, A.; Ceberino Muñoz, D.; Roa Montero, A.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivos: La granulomatosis con poliangeítis (Granulomatosis de Wegener) es una vasculitis de vasos de pequeño calibre, necrotizante, multisistémica que afecta preferentemente al tracto respiratorio y riñón, siendo la afectación genital excepcional. Presentamos el caso de un paciente con cefalea en el que la biopsia de las lesiones prepuciales son clave en el diagnóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Varón de 61 años diagnosticado de sinusitis, que acude por cefalea junto con síndrome constitucional de 4 meses de evolución, presentando ptosis palpebral unilateral meses antes. A la exploración presenta hipertrofia parotídea leve, paresia del VI par izquierdo, tumefacción pétrea supraciliar izquierda no dolorosa y lesiones prepuciales. Se realiza estudio completo con análisis completo, LCR, pruebas de imagen y biopsias, para descartar origen autoinmune, infeccioso e infiltrativo.

Resultados: Se obtiene c-ANCA positivos con PR3. Resto de autoinmunidad, onconeuronales, HLAB51, ECA, Sífilis, Borrelia, Brucella, LCR (presión y citología incluídas) normales; RMN de órbitas con engrosamiento bilateral de ambas glándulas lacrimales; RMN cerebral con contraste normal; TAC toraco-abdominal con nódulos en LSD, LID y en LII, adenopatías hiliares y mediastínicas; TAC larígeo con sinusopatía inflamatoria. En la biopsia de las lesiones prepuciales se halla tejido de granulación con ulceración, no siendo encontrado en las pulmonares, LCR y senos. Se diagnostica de granulomatosis de Wegener (3 criterios) con resolución completa del cuadro con corticoterapia.

Conclusión: En el diagnóstico diferencial de las sinusitis, las enfermedades sistémicas han de ser descartadas. Aunque la afectación genital de la enfermedad de Wegener es infrecuente, puede ser de ayuda en el diagnóstico de esta enfermedad.

CEFALEA TRIGÉMINO-AUTONÓMICA SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Solanas Letosa, E.; Arés Luque, A.; Álvarez Noval, A.; Hernández Rodríguez, J.; Lara Lezama, L.B.; González Nafría, N.; Cabezas Delamare, B.; Fernández López, J.F.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivos: Las cefaleas trigémino autonómicas pertenecen al espectro de cefaleas primarias caracterizadas por dolor unilateral localizado en el territorio inervado por el nervio trigémino y que ocurren en asociación con síntomas autonómicos craneales ipsilaterales.

Material y métodos: Se trata de un varón de 59 años con antecedentes de sarcoidosis en estadio I y uveítis, en seguimiento actual por Neumología por probable carcinoma epidermoide de pulmón. Presenta desde hace un mes dolor periorbitario derecho intenso y continuo, con exarcebaciones sobreañadidas de minutos de duración,. Los episodios de dolor se acompañan de ptosis palpebral, inyección conjuntival y lagrimeo y congestión nasal ipsilateral. Es diagnosticado en Urgencias de cefalea en racimos, y tratado con corticoides y verapamilo sin clara mejoría. A la exploración, se observa ptosis e inyección conjuntival en ojo derecho e hipoalgesia en territorio V1,V2 derechos.

Resultados: Se realiza RM craneal en la que se observa un engrosamiento nodular de la pared posteroinferior del globo ocular derecho que se realza con gadolinio. Se decide tomar biopsia del mismo, confirmándose metástasis coroidea de carcinoma de pulmón.

Conclusión: Las cefaleas trigémino autonómicas son cefaleas primarias idiopáticas que tienen en común varias características clínicas, crisis de cefalea intensa, de duración breve, unilateral, acompañada de los síntomas autonómicos típicos. Se dividen en cefalea en racimos, hemicránea paroxística nocturna, SUNCT y SUNA. A pesar de sus elementos comunes, los ataques difieren en frecuencia y duración, así como la respuesta al tratamiento. Lo llamativo de nuestro caso es el debut de una cefalalgia autonómica del trigémino en el contexto de una cefalea secundaria.

TROMBOSIS ASOCIADA A TROMBOPENIA: UNA ENCRICIJADA TERAPÉUTICA

Fayos Vidal, F.; Marrero, P.; Castrillon, I.; Gonzales de Echevarria, J.M.; Roig, C.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La trombosis venosa cerebral (TVC) supone un 1% de los ictus. Se presenta como cefalea progresiva con signos de alarma, focalidad o crisis; a la exploración observamos signos de hipertensión intracranial. El tratamiento es la anticoagulación, pero hay situaciones en que resulta controvertido. Presentamos un caso en el que coinciden TVC con brote de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Material y métodos: Una mujer de 40 años con migraña crónica, síndrome antifosfolípido, mutación del factor V de Leiden, PTI y Lupus eritematoso sistémico consulta por empeoramiento de intensidad y duración de sus crisis migrañosas. La exploración fue normal. El fondo de ojo objetivó papiledema bilateral.

Resultados: La analítica sanguínea mostró trombopenia (33.000 plaquetes) y leucocitosis. La sangre periférica presentaba 2% d de esquistocitos. La tomografía craneal objetivó una hiperdensidad en el seno transverso y el angioTc mostró una trombosis. La resonancia magnética confirmó el diagnóstico. A pesar de la plaquetopenia se inició heparina sódica ajustada por peso y recuento plaquetar y acetazolamida. Respecto al brote de PTI, administramos corticoidese inmunoglobulinas. La paciente evolucionó favorablemente sin presentar hemorrágias, aumentando las plaquetas a 112.000 en 5 días.

Conclusión: El tratamiento de la TVC es la anticoagulación. Posiblemente la PTI asocia un mayor riesgo protrombótico por micropartícules plaquetarias, aunque no está clarament establecido. En nuestro caso, independientmente de la PTI, la paciente presentaba tendencia protrombótica por el síndrome antifosfolípido y la mutación Factor V Leiden. Si coexisten las dos patologías no está contraindicada la anticoagulación por encima de 30.000 plaquetas, aunque se recomienda ajustar las dosis al recuento plaquetar

SÍNDROME DE LA OREJA ROJA SECUNDARIO A UN IMPLANTE DENTARIO

Loscertales Castaños, J.B. [1]; González Hernández, A. [2]; Miranda Bacallado, Y. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Roque Las Palmas de GC

Objetivos: El síndrome de la oreja roja (SOR) es un trastorno poco frecuente, caracterizado por episodios unilaterales o bilaterales de dolor urente y enrojecimiento de la oreja. Presentamos un caso en el que el comienzo del SOR coincidió temporalmente con un procedimiento dentario.

Material y métodos: Mujer, 59 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica. Dos meses antes de la valoración en consulta se colocó un implante dentario. Desde entonces comenzó con una cefalea localizada en una zona redondeada (del tamaño de la palma de la mano) en territorio de V1 derecha. El dolor es urente, de intensidad media. Le dura aproximadamente 1-2 horas y, característicamente, se asocia con enrojecimiento y sensación de quemazón de la oreja derecha. Frecuencia diaria. Aparece por la tarde-noche. La exploración neurológica en el momento de la consulta fue normal.

Resultados: Se realizó una RM craneal, que no mostró alteraciones en el territorio del trigémino. Se realizó RM cervical que no mostró lesiones. Se inició tratamiento con pregabalina hasta 75 mg cada 12, con mejoría de los episodios, que en los 3 primeros meses pasó de 1 diario a 1 cada 5 días.

Conclusión: El SOR es un trastorno poco conocido, que debe conocerse, puesto que, si no, puede infradiagnosticarse, debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas y a que la exploración intercrisis es normal. Aunque no se recoge como una de las causas habituales, las intervenciones dentarias podrían producir de forma secundaria un SOR, probablemente por afectación trigeminal retrógrada.

SÍNDROME DE RAEDER Y SIGNO DEL ARLEQUIN COMO DEBUT DE SARCOIDOSIS

Aranda Calleja, M.A. [1]; Torres Gaona, G.A. [1]; Nieto Gonzalez, P. [1]; Diez Barrio, A. [1]; Murcia Garcia, F.J. [1]; Martín Gil, L. [1]; Venegas Perez, B. [1]; Prieto Jurczynska, C. [1]; Guillan Rodriguez, M. [2]; Bellido Cuellar, S. [2]; Suarez Vega, V.M. [3]; Pardo Moreno, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena; 2. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 3. Servicio de Radiología. Hospital Infanta Elena

Objetivos: Presentar un síndrome de Raeder con signo del Arlequín como debut sarcoidosis

Material y métodos: Varón de 35 años, fumador. Valorado por dolor ocular derecho, irradiado a región frontal, duración de 1-3 horas. Asocia ptosis palpebral ipsilateral y quemosis . A la exploración destaca un síndrome de Horner parcial con ptosis y miosis derecha . Se inició tratamiento con prednisona en pauta descendente 3 semanas con mejoría hasta la resolución completa Unos meses después presenta episodio de flushing en región frontal y supraorbitaria izquierdas de dos horas de duración, sin dolor y aumento de sudoración en dicha hemicara. Como pruebas complementarias se ha realizado RM cerebral y angioRM de polígono de Willis y troncos supra aórticos, sin alteraciones, estudio analítico completo incluyendo autoinmunidad, marcadores tumorales, ECA, LDH, sin alteraciones y TC de tórax que muestra adenopatías mediastínicas aumentadas de tamaño a valorar sarcoidosis o linfoma

Resultados: El paciente permanece asintomático sin episodios de dolor, persistiendo algún episodio ocasional de flushing hemifacial izquierdo. Remitido a Neumología para completar estudio que se realiza en otro centro, mediante broncoscopia con biopsia transbronquial normal y PAAF con biopsia de adenopatía paratraqueal con hallazgos de linfadenitis granulomatosa no necrotizante, compatible con sarcoidosis. Se completa con PET-TC que descarta afectación en otras localizaciones, confirmando el diagnóstico de sarcoidosis pulmonar estadío I. Ante la ausencia de afectación a otro nivel se decide manejo conservador

Conclusión: Ante un síndrome de Raeder debemos tener clara la anatomía para localizar correctamentela lesión y considerar etiologías menos frecuentes de origen inflamatorio como la sarcoidosis.

CEFALEA EN TRUENO CON AFECTACIÓN TRIGÉMINO-AUTONÓMICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE: UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN

Martinez Ulloa, P.L.; Albóniga-Chindurza Barroeta, A.; Escobar Villalba, A.; Pérez Torre, P.; Monreal Laguillo, E.; Martínez Poles, J.; García Barragán, N.; Corral Corral, I.; Masjuan Vallejo, J.; Buisán Catevilla, J.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Describimos el caso de un paciente con un único episodio de cefalea en trueno acompañada de rasgos trigémino-autonómicos secundaria a síndrome de vasoconstricción cerebral reversible idiopático, también conocido como síndrome de Call-Fleming.

Material y métodos: Varón de 48 años sin antecedentes de interés que presenta un cuadro de cefalea súbita, bifrontal, de calidad pulsátil, de alta intensidad 10/10 asociada a lagrimeo, rinorrea, náuseas, vómitos y un episodio de crisis convulsiva generalizada. Nula respuesta a analgesia oral e intravenosa requiriendo perfusión de mórfico

Resultados: El examen neurológico fue normal, sin signos meníngeos. Analítica de sangre normal, incluyendo serologías. Estudio de LCR con leve aumento de proteínas de 65.5 mg/dl, resto normal. Estudio de TC craneal, angio-TC cerebral, dúplex transcraneal y RM cerebral normales. En arteriografía cerebral se evidencian múltiples irregularidades en calibre arterial, en collar de cuentas, con numerosos segmentos de estenosis muy focal no ateromatosa. Se inicia tratamiento con nimodipino vía oral con buena respuesta y desaparición del dolor que se mantiene ya en ausencia de tratamiento médico. Se realiza arteriografía de control en tres meses que fue normal, sin evidenciar zonas de estenosis.

Conclusión: Se trata de un caso de cefalea en trueno con datos atípicos en su presentación como la afectación trigémino-autonómica con rinorrea y lagrimeo, y poco frecuentes como la crisis convulsiva. En nuestro caso fue posible diagnosticar en fase aguda de vasoespasmo y confirmar su normalización posterior, siendo por ello compatible con un síndrome de Call-Fleming.

Cefaleas P2

¿ES LA MIGRAÑA UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE?

Martínez Salio, A. [1]; Pérez Méndez, D. [2]; Méndez Guerrero, A. [1]; Martínez Flores, J.A. [2]; Simarro Díaz, A. [1]; Hernández Gallego, J. [1]; Serrano Hernández, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Inmunología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Está bien establecida la comorbilidad entre la migraña y algunas enfermedades autoinmunes, la migraña es un cuadro propuesto dentro del espectro del síndrome antifosfolípido e incluso hay estudios básicos que defienden una alteración en la inmunoregulación en la patogenia de la migraña. Nosotros estudiamos la determinación de nuevos anticuerpos antifosfolípido en sujetos migrañosos frente a la población normal dentro de un estudio clínico más amplio.

Material y métodos: En una consulta ambulatoria de Neurología se propuso participar en el estudio a todos los pacientes migrañosos diagnosticados (con criterios IHS) a lo largo de tres meses. Se recogió en la anamnesis el diagnóstico de otra enfermedad autoinmune, entre otros datos. El estudio tiene financiación de una beca FIS, ha pasado comité ético, y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: De los 30 pacientes que aceptaron participar en el estudio, 11 tenían una enfermedad autoinmune. Se determinaron en una primera etapa anticuerpos anticardiolipina (IgG, IgM, IgA) y angi B2 GPI (IgG, IgM, IgA). Sólo dos pacientes, uno de cada grupo, han resultado positivos para estos anticuerpos, lo cual no permite establecer diferencias con la población general ni entre los dos subgrupos.

Conclusión: No hemos conseguido demostrar una presencia de marcadores de síndrome antifosfolípido que permita incluir la migraña en el cuadro clínico ni demostrar una patogenia autoinmune en nuestra muestra de pacientes migrañosos. Nuestro objetivo es

aumentar el tamaño muestral, establecer subgrupos y ampliar el estudio inmunológico de los pacientes para confirmar o refutar esta hipótesis.

DATOS CLÁSICOS DE ALARMA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CONFIRMADA: ¿SE QUEJA DEMASIADO EL PACIENTE, ES NUESTRA ANAMNESIS INSUFICIENTE O SON LOS DATOS DE ALARMA INESPECÍFICOS?

García Azorín, D. [1]; González García, N. [1]; Abelaira Freire, J. [2]; Mayo Canalejo, D. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Domínguez Bernal, C. [2]; Porta Etessam, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Atención Primaria. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La migraña es la cefalea primaria que con mayor frecuencia motiva la consulta en urgencias. En ocasiones tiene formas de presentación atípicas o la descripción del paciente de su cefalea puede ser confusa y dificultar el diagnóstico.

Material y métodos: Presentamos una serie de 21 pacientes que consultaron por cefalea en urgencias, con diagnóstico confirmado de migraña y seguimiento posterior en consulta (media 12 meses, rango 4-17). Se realizó una entrevista estructurada a los pacientes por parte de un evaluador ciego al diagnóstico y se analizó la información clínica de los episodios. Analizamos la frecuencia con la que los pacientes refieren posibles datos de alarma al interrogatorio dirigido, en la anamnesis estándar y en la anamnesis realizada por el neurólogo de guardia (en 12/21 casos).

Resultados: Todos los pacientes reportaron algún dato de alarma en el interrogatorio dirigido (media 4, rango 1-8), si bien la mayoría no había sido referido en la anamnesis estándar. Algunos datos de alarma clásicos fueron referidos por la mayoría de los pacientes, como el empeoramiento progresivo (62%), tener un componente postural(52%), cervicalgia (52%) o ser despertado (47%). La intensidad EVA media referida fue de 8,4/10 (rango 7-10).

Conclusión: Dada la ausencia de biomarcadores específicos, el diagnóstico de un paciente con cefalea obliga a la integración de una anamnesis minuciosa, una exploración detallada y al empleo juicioso de exploraciones complementarias. Es frecuente que los pacientes con migraña refieran algún síntomas clásicos de alarma, debiéndose interpretar estos datos dentro del correcto contexto clínico.

HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA COMO DEBUT DE CÁNCER DE PULMÓN. UNA FORMA NO DESCRITA DE CEFALEA VAGAL

Latorre González, G.; Correas Callero, E.; García Castañón, I.; Rabasa Pérez, M.; del Valle Loarte, M.; Rodríguez de Antonio, L.A.; Fernández Barriuso, I.; Gutiérrez Delicado, E.; Vázquez Pérez, A.V.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos: Presentar un caso de cefalea vagal no descrito hasta la fecha.

Material y métodos: Descripción clínica de un paciente con cefalea como primer síntoma que llevó al diagnóstico de cáncer de pulmón y que simulaba una cefalea primaria probablemente, por afectación vagal.

Resultados: Varón de 59 años fumador, sin antecedentes de cefalea primaria, valorado por episodios de dolor recurrente periocular izquierdo, intenso, con lagrimeo e inquietud de 10-15 minutos de duración Presentaba 4-6 episodios diarios desde hacía más de 4 semanas. Las pruebas de neuroimagen resultaron normales. Intentos de tratamiento con antiinflamatorios y triptanes fueron infructuosos. Las crisis se abortaron completamente con dosis terapéuticas de indometacina oral. En la radiografía de tórax se apreció masa parahiliar izquierda que resultó ser un carcinoma microcítico de pulmón. Se realizó tratamiento oncológico activo, pudiéndose retirar la indometacina.

Conclusión: La cefalea vagal aglutina un conjunto entidades, atribuidas a compresión o irritación del nervio vago, generalmente en el mediastino. Aunque su existencia no es reconocida por la clasificación de la IHS, se postula la conexión del núcleo solitario con el núcleo caudal del trigémino como elemento esencial de su fisiopatología. Se han descrito diversos fenotipos, generalmente de dolor facial, faríngeo o simulando una hemicránea continua, sin que hasta la fecha se hubiera descrito un caso con criterios de hemicránea paroxística y respuesta clara a indometacina. Al igual que las compresiones neurovasculares del trigémino, una misma lesión periférica podría producir distintas tipologías clínicas y ponen el foco en el correcto estudio de estas entidades, sobre todo en el momento del debut.

MIGRAÑA CON AURA TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON EL INHIBIDOR DE LOS CANALES IF/IH, IVABRADINA

Latorre González, G.; Correas Callero, E.; Rabasa Pérez, M.; Rodríguez de Antonio, L.A.; Fernández Barriuso, I.; Gutiérrez Delicado, E.; García Castañón, I.; Vázquez Pérez, A.V.; del Valle Loarte, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos: Relacionar la migraña con aura con la fisiopatología de los canales If/Ih a propósito de un paciente tratado con ivabradina.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico de migraña con aura asociada al uso de ivabradina.

Resultados: Varón de 56 años con micardiopatía hipertrófica familiar y migraña sin aura episódica, que comienza tratamiento con ivabradina para control de arritmias. En clara relación temporal aparecen por primera vez episodios de aura visual binocular con fenómenos positivos y algún episodio de aura sensitiva, así como fosfenos nocturnos continuos. El estudio complementario completo fue negativo. Se optimizó tratamiento estándar de su migraña con aceptable control.

Conclusión: La ivabradina es un inhibidor de los canales If del nodo, utilizado en arritmología. Afecta también a los canales Ih de la retina, teniendo el 15% de los pacientes que lo consume fosfenos. La cefalea es un efecto adverso común, tanto en los ensayos pivotales como en su uso en vida real, aunque rara vez obliga a la suspensión. Los canales Ih también se encuentran en el cerebro y se asocian a fenómenos de excitabilidad cortical, habiéndose relacionado marginalmente con la fisiopatología de la migraña. Aunque el uso del fármaco no es muy extendido, en nuestro conocimiento este es el segundo caso en el que se produce el debut del aura migrañosa y el primero con auras no exclusivamente visuales. Los intentos de relacionar al fármaco con la fisiopatología de la onda de supresión cortical propagada en modelos animales han sido infructuosos, probablemente porque exista algún mecanismo más complejo.

¿HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA CON PATRÓN TEMPORAL ATÍPICO O CEFALEA EN RACIMOS CON RESPUESTA A INDOMETACINA?

Silva Hernández, L.; Gutiérrez Viedma, A.; Gómez Mayordomo, V.; García Moreno, H.; Romeral Jiménez, M.; Porta Etessam, J.M.; Cuadrado Pérez, M.L.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: La hemicránea paroxística (HP) y la cefalea en racimos (CR) forman parte del espectro de las cefaleas trigémino-

autonómicas (CTA). Según la Clasificación Internacional de las Cefaleas, estas entidades se distinguen por los parámetros temporales del dolor y por la respuesta a los tratamientos. Se ha descrito respuesta a indometacina en algunos casos de CR, pero esta respuesta suele ser tardía y suele requerir dosis altas del fármaco.

Material y métodos: Se comunica un caso de CTA con patrón temporal propio de la CR y respuesta a indometacina característica de la HP.

Resultados: Mujer de 62 años, que en el último año presenta episodios de dolor punzante e intenso (9-10/10) con origen en hemiarcada dental superior izquierda y extensión a hemifacies izquierda, acompañado de ptosis palpebral y lagrimeo homolaterales. Los episodios duran 30-60 minutos y se repiten con una frecuencia de 1-2 al día (máximo 4 al día), con predominio nocturno. La RM de cerebro es normal. El cuadro clínico no responde al tratamiento sintomático con zolmitriptán intranasal y el tratamiento preventivo con verapamilo. El tratamiento con indometacina en dosis de 50 mg al día proporciona una respuesta absoluta, que se mantiene durante 6 meses. La retirada de indometacina se sigue de una recurrencia inmediata de los síntomas, lo que obliga a reiniciar el tratamiento con nueva respuesta.

Conclusión: El caso cumple criterios diagnósticos para CR. Sin embargo, la refractariedad a algunos de los tratamientos habituales de la CR y la respuesta a dosis bajas de indometacina sugieren unos mecanismos fisiopatológicos más propios de la HP.

ODONTALGIA ATÍPICA REFRACTARIA CON RESPUESTA SATISFACTORIA A TOXINA BOTULÍNICA

Silva Hernández, L.; Gutiérrez Viedma, A.; Mayo Canalejo, D.; Toledo Alfocea, D.; García Moreno, H.; Porta Etessam, J.M.; Cuadrado Pérez, M.L.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: La odontalgia atípica (OA) es un dolor continuo localizado en los dientes, o en el alveolo que queda tras una extracción dental, en ausencia de causa dental identificable. Aunque la causa es desconocida se postula un origen neuropático. En ocasiones el dolor se extiende a otras regiones faciales. Recientemente se ha comunicado una serie de casos con respuesta a toxina botulínica tipo A (TB-A).

Material y métodos: Describimos un nuevo caso de OA con respuesta satisfactoria a la infiltración local de TB-A.

Resultados: Varón de 50 años que hace 20 años, tras extracción de cordal inferior izquierdo, comenzó a presentar dolor continuo, opresivo y de intensidad moderada en encía inferior y hemilabio inferior izquierdos, con exacerbaciones de dolor intenso desencadenadas por la estimulación táctil peribucal. No ha respondido a analgésicos, antidepresivos ni oxcarbazepina; la gabapentina ha reducido la intensidad. Se infiltran 20 U de TB-A (Botox®) al 2%, repartidas en 8 puntos a nivel gingival y perialveolar, y 5 U adicionales en hemilabio inferior izquierdo. Al mes presenta mejoría, con reducción del área e intensidad en un 50%, y suspende gabapentina. Tras dos meses el dolor es intermitente y muy leve. A los 5 meses reaparece un dolor de características similares al descrito previamente. Se infiltran 25 U de TB-A, y a las dos semanas el dolor vuelve a ser leve e intermitente.

Conclusión: Las infiltraciones locales de TB-A pueden tener un efecto terapéutico en la OA. Se necesitan nuevas observaciones y ensayos clínicos controlados para demostrar la eficacia de la TB-A en la OA.

TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA NUMULAR POSTSCALP: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bosque Varela, P.; Pérez Pereda, S.; Jiménez López, Y.; Sánchez De la Torre, J.R.; González Quintanilla, V.; Oterino Duran, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla

Objetivos: La cefalea numular es una cefalea rara cuyos criterios diagnósticos se incluyen en la III Clasificación Internacional de Cefaleas. Se ha descrito en pacientes tras traumatismo o cirugía craneal. La patogenia es incierta. Trastornos sensitivos como la alodinia y la hiperalgesia apuntan a una forma focal de síndrome regional complejo. Descripción de un caso de cefalea postscalp resistente a múltiples tratamientos, que respondió al tratamiento con Toxina Botulínica.

Material y métodos: Varón de 58 años que tras sufrir un traumatismo craneoencefálico con scalp extenso en hemicráneo derecho desarrolló una cefalea diaria moderada de carácter punzante en dicha región, con exacerbaciones de intensidad severa y duración variable, con intensa alodinia, fotofobia grave e intolerancia a los movimientos cefálicos, sin signos trigéminoautonómicos. Se realizó una RMN que descartó una causa secundaria. La cefalea fue resistente a múltiples tratamientos analgésicos (AINES, triptanes, opiáceos, gabaérgicos e indometacina) y preventivos (propranolol, amitriptilina, flunarizina y topiramato). Alcanzó la máxima puntuación en las escalas MIDAS y HIT6.

Resultados: El tratamiento con 200 unidades de Toxina Botulínica tipo A (OnaBT) distribuidas epicranealmente siguiendo las zonas cicatriciales del scalp cada 3 meses indujo desde la primera sesión una mejoría sustancial tanto de la cefalea como de la alodinia y la fotofobia. La escala SF12 mostró una neta mejoría en la calidad de vida del paciente.

Conclusión: La OnaBT fue el único tratamiento eficaz en nuestro paciente y puede considerarse una opción en casos de cefalea asociada a scalp grave. Se discutirá el mecanismo de acción terapéutica posible.

HIPOTENSION INTRACRANEAL BENIGNA (HIB): TRES CASOS CON PRESENTACIÓN ATIPICA

Gonzalez Fernandez, L.; Betancourt Gomez, L.B.; Corona Garcia, D.J.; Díaz Urrea, C.; Barredo Benítez, P.; Gualda Heras, J.; Garcia Tercero, R.; Torres San Narciso, E.; Díaz Marín, C.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: La HIB se caracteriza por una disminución en el volumen del LCR. El síntoma típico es la cefalea ortostática que mejora con el paciente en decúbito supino. Sin embargo, en algunas ocasiones los pacientes no presentan este tipo de cefalea, la presión de LCR es normal o se acompañan de otros signos clínicos menos frecuentes. Presentamos tres casos de HIB con clínica atípica y resolución tras colocación de parche dural.

Material y métodos: 1) Mujer de 55 años con antecedentes de parálisis facial de repetición que ingresa por cefalea holocraneal acompañada de disminución de agudeza visual en OI donde se observa edema de papila. 2) Hombre de 69 años que ingresa por cefalea atípica de 2 meses de evolución, con cambios en la localización, alodinia a la palpación y nula respuesta a la analgesia escalonada. 3) Mujer de 67 años que ingresa por cefalea no ortostática e hipoacusia derecha de un mes de evolución.

Resultados: Ninguno de los casos presentó cefalea ortostática típica ni se pudo demostrar la existencia de fístula dural en RM medular con Gd intratecal. Sin embargo, como dato objetivo obtuvimos en los tres casos una presión de apertura de LCR baja y una mejoría significativa tras la colocación de parche dural.

Conclusión: La disminución del volumen de LCR produce un descenso de las estructuras cerebrales que causa tracción de los nervios craneales pudiendo producir una gran variedad de síntomas. Por lo tanto, debemos de sospechar este síndrome a pesar de no presentarse con el ortostatismo típico.

TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA EN EL H.U.GETAFE

Labrador Marcos, S.; Terrero Carpio, R.; Vieira Campos, A.; Urtiaga, S.; Gil-Olarte Montesinos, I.M.; Martínez Melendez, B.; Balseiro, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Múltiples estudios indican que la toxina botulínica es útil en el tratamiento de la migraña crónica. Nos proponemos analizar los resultados que se han obtenido en el H.U.Getafe en el tratamiento de la migraña con toxina botulinica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre el uso de toxina botulínica como tratamiento de la migraña en el H.U.Getafe. Para ello se analiza una base de datos proporcionada por el servicio de informática del hospital con un total de 549 pacientes que asistían a consulta de toxina botulínica desde el año 1998 al 2014. Un total de 49 acudían por migraña.

Resultados: De los 49 pacientes, 44 eran mujeres y 5 hombres, con edad media al inicio del tratamiento de 48.7 (desviación típica 12.6). 38 pacientes recibieron tratamiento y éste tuvo una efectividad excelente en 8, buena en 18, regular en 2, mala en 7 y nula en 3. La dosis media mínima usada es de 101.15UI botox. La dosis media máxima es de 133.71UI botox. Se registraron efectos secundarios en 7 pacientes, entre los que destacan debilidad muscular (2 pacientes) y dolor local (4 pacientes). 14 pacientes abandonaron el tratamiento (9 por ineficacia, 3 por motivos desconocidos y 2 por alta).

Conclusión: Se demuestra que el tratamiento de la migraña con toxina botulínica en el H.U.Getafe es efectivo en un 68.4%. Se han producido efectos secundarios en el 18% de los pacientes, siendo el más frecuente el dolor local. Un 36% de los pacientes abandonó el tratamiento (64% de ellos por ineficacia).

Cefaleas P3

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA E HIPOPLASIA DE SENOS VENOSOS: ESTUDIO DE UNA SERIE DE 49 PACIENTES

Méndez del Barrio, C.; González Oria, C.; Murillo Espejo, E.; Bernal Sánchez-Arjona, M.; Jimenez Hernández, M.D.

Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es un síndrome neurológico constituido por cefalea, papiledema, alteraciones visuales y presión de apertura de LCR mayor a 25 cmH20. El objetivo fue examinar la existencia de hipoplasia de senos venosos cerebrales, ya que creemos que la presencia de un segmento estenótico o una atresia puede estar relacionado con un aumento de presión patológico, lo que podría ayudarnos a conocer mejor la fisiopatología de esta enfermedad, aún desconocida.

Material y métodos: Se estudiaron 49 pacientes diagnosticados de HII tras estudio extenso. Analizamos datos demográficos, clínica de debut, signos y síntomas acompañantes, tratamiento mediante derivación, y hallazgos radiológicos como la hipoplasia de senos venosos, y otros signos radiológicos observados en esta patología.

Resultados: Se analizaron 49 pacientes (44 mujeres), con media de edad de 30 años. Un 84% presentó cefalea al inicio, 94% papiledema bilateral y un 37% presentó disminución de agudeza visual. El 40% presentó más de una recurrencia, siendo necesario tratamiento quirúrgico en un 20%. Presentaban estenosis de seno transverso unilateral el 30%. De las variables, fue estadísticamente significativa ($p<0,05$) la existencia de una mayor presión de apertura de LCR con la presencia de hipoplasia de seno transverso

Conclusión: La hipertensión intracraneal está relacionada con alteraciones del flujo venoso cerebral. La trombosis de dichos senos es una causa clara de hipertensión intracraneal por dicho motivo. La Hipertensión intracraneal idiopática es una entidad no del todo conocida, siendo frecuente encontrar en estos pacientes hipoplasias y estenosis de senos pudiendo estar implicados estos hallazgos en la fisiopatología de esta entidad.

CEFALEA POR ACTIVIDAD SEXUAL PRIMARIA: CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE 23 PACIENTES

Juanatey García, A. [1]; Martínez Pías, E. [1]; Trigo López, J. [1]; Blanco García, L. [1]; Navarrete Pérez, J.J. [1]; Moreno Mayordomo, R. [1]; Barón Sánchez, J. [2]; Pedraza Hueso, M.I. [1]; Ruiz Piñero, M. [1]; Guerrero Peral, Á.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos: Pretendemos analizar las características de una nueva serie de pacientes con cefalea por actividad sexual primaria.

Material y métodos: Incluimos casos atendidos en una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario durante 8 años y medio (Enero 2008 - Junio 2016). Recogimos datos demográficos, clínicos, y la presencia de otras cefaleas primarias. En todos se realizó un estudio de neuroimágen incluyendo estudio angiográfico.

Resultados: Consideramos 23 pacientes (12 varones, 11 mujeres) diagnosticados de cefalea por actividad sexual primaria, de entre un total de 4420 (0,52%) atendidos en la mencionada Unidad. Edad al inicio de 43,9 ± 12,6 años (17-60). Seis casos (26,1%) asociaban una migraña. En 18 (78,3%) la cefalea aparecía justo antes o durante el orgasmo, y en 5 (21,7%) durante la excitación sexual. Además, en 10 pacientes (43,5%) la cefalea se desencadenaba por un esfuerzo físico, y en 3 (13%) por maniobras de Valsalva. La intensidad del dolor era de 8,5 ± 1,5 (5-10), alcanzándose en 16 casos (69,6%) en menos de 1 minuto. El carácter era predominantemente pulsátil (12 casos, 52,2%), y la localización bilateral (17, 73,9%). Sólo en 3 (13%) aparecían síntomas vegetativos. Cinco pacientes (21,7%) describieron únicamente dos episodios de cefalea, mientras que en el resto el dolor se desencadenaba en el 78,9 ± 24,9% (30-100) de las actividades sexuales, con un periodo sintomático de 14,6 ± 20,2 meses (1-70).

Conclusión: La cefalea por actividad sexual primaria es infrecuente en una Unidad de Cefaleas. Las características de nuestra serie son comparables a las descritas con anterioridad.

ESTUDIO DEL ÍNDICE DE PULSATILIDAD CEREBRAL EN MIGRAÑA: SIN SIGNOS DE ENFERMEDAD DE PEQUEÑO VASO ASOCIADA

Larrosa Campo, D. [1]; Ramón Carbajo, C. [1]; Martínez Camblor, P. [2]; Riesco Pérez, N. [1]; Cernuda Morollón, E. [1]; Pascual Gómez, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Estadística. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: El Indice de Pulsatilidad (IP) es una medida de las resistencias vasculares cerebrales. Su elevación es un marcador de enfermedad de pequeño vaso cerebral (EPVC) por cambios estructurales en la pared vascular como lipohialinosis o microaterosclerosis. Los datos relativos al IP en migraña son escasos y contradictorios. Se pretende determinar la presencia de signos de EPCV en migraña y su relación con la frecuencia de ataques.

Material y métodos: La muestra comprende 51 mujeres (38.69±12.97 años) con criterios de migraña episódica (ME) y 120 mujeres (43.73±11.76 años) con criterios de migraña crónica (MC) según la clasificación ICHD-III beta. El IP fue calculado mediante estudio de doppler transcraneal en las arterias cerebral media (ACM) posterior (ACP) y basilar (AB).

Resultados: El IP fue normal en todas las arterias. IP en ME: ACM 0.908 ± 0.109, ACP 0.916 ± 0.101, AB 0.920 ± 0.100. IP en MC : ACM 0.889 ± 0.131, ACP 0.910 ± 0.151, AB 0.882 ± 0.146. La comparación del IP entre ME y MC no muestra diferencias significativas para ninguna de las arterias (ACM p= .309, ACP p= .770, AB p= .136). La comparación entre territorios arteriales no muestra diferencias significativas en ME (ACM vs. ACP p= .702, ACM vs. AB p= .395, AB vs. ACP p= .973) ni en MC (ACM vs. ACP p= .079, ACM vs. AB p= .252, ACP vs. AB p= .404)

Conclusión: Nuestros resultados no sugieren la presencia de EPCV, por cambios estructurales en la pared vascular, asociada a la migraña o a la frecuencia de los ataques.

INFARTO MIGRAÑOSO AGUDO. ASPECTOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS Y PRONÓSTICOS. SERIE DE 6 CASOS

Belvis Nieto, R. [1]; Mas Sala, N. [1]; Aceituno, A. [2]; Morollón, N. [1]; Sotoca, J. [1]; Yagüe Gimeno, S. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dexeus; 2. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: La migraña puede ser la causa del 14% de los infartos cerebrales en menores de 45 años. El RR de infarto en la migraña con aura es de 2.27 y es más frecuente en mujeres menores de 45 años, fumadoras, que toman AO y que presentan un FOP. Presentamos una descripción de una serie de pacientes con infarto migrañoso-IM.

Material y métodos: Pacientes con IM (ICHD-3 beta: 1.4.3): Infarto isquémico en la neuroimagen congruente con la sintomatología que es igual que sus auras previas excepto que al menos uno de los síntomas dura más de una hora

Resultados: Atendimos 6 pacientes con IM (Edad media: 39.2 años) durante el período 2007-2016. La sintomatología fue la habitual de las auras de los pacientes: visual-4, visual&sensitiva-2. Tiempo medio de llegada a urgencias: 26.8 h. La puntuación media NIHS fue de 1.5 puntos. La topografía en RM-DW cerebral fue: ACM:2, ACP:2, tálamo:2. Los estudios cardiovasculares fueron normales. Factores de riesgo asociados: HTA-1, DM-0, colesterol-0, tabaco-2, sedentarisme-3, AO-4, FOP-2, trombofilia-1 (media: 2.2). El valor Rankin i Barthel a los 3 meses fue de 0 y 100 en todos los pacientes. No ha habido ninguna recurrencia durante un follow-up medio de 49.5 meses.

Conclusión: El infarto migrañoso, aunque es la complicación más temida de la migraña, es extraordinariamente infrecuente. La poca alarma inicial que genera la sintomatología aura-like, a los pacientes y a los médicos de urgencias, provocó que se salieran de ventana terapéutica. A pesar de ello, el pronóstico vital y funcional en nuestra serie fue excelente.

¿SON CONSISTENTES EN VIDA REAL LOS DATOS SOBRE TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA? EXPERIENCIA EN UNA MUESTRA DE UN HOSPITAL SECUNDARIO

Latorre González, G. [1]; González González, S.C. [2]; Correas Callero, E. [1]; Rabasa Pérez, M. [1]; del Valle Loarte, M. [1]; Rodríguez de Antonio, L.A. [1]; García Castañón, I. [1]; Fernández Barriuso, I. [1]; Gutiérrez Delicado, E. [1]; Vázquez Pérez, A.V. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; 2. Departamento de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos: Describir el perfil de paciente candidato a iniciar tratamiento con onabotulinumtoxin-A en una consulta monográfica y corroborar las conclusiones de investigaciones previas.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo sobre una muestra de pacientes con migraña crónica y criterios para iniciar el uso de toxina botulínica a lo largo de un año.

Resultados: Se seleccionaron 34 pacientes (85% mujeres, edad media 45 años). 24% migraña con aura, 76% sin aura. 3% criterios de unilateralidad. Presentaban abuso de analgesia un 59%. Al inicio del primer ciclo, el 41% no tenía tratamiento preventivo, 18% estaba tratado con antidepresivos, 3% betabloqueantes, 6% combinaciones de betabloqueantes y neuromoduladores y 32% combinación de neuromoduladores y antidepresivos. 65% no presentó ningún efecto adverso, el 32% presento efectos adversos leves locales y el 3% moderados (cefalea y paresia de frontalis). No aparecieron efectos adversos de gravedad. La media del valor de la escala HIT-6 al inicio fue de 66,7 (9,24 DE) y al final 60,88 (8,5 DE). El valor medio al inicio del tratamiento de la escala MIDAS fue 81,67 (57,2 DE) puntos y al final del tratamiento 39,4 (43,4 DE) puntos. La variación media de las escalas es mayor en aquellos pacientes que no presentan abuso de analgesia (p>0,05). Las visitas a urgencias diminuyeron más 63%. La eficacia percibida y la mejoría en las escalas aumenta con el número de ciclos recibidos.

Conclusión: En nuestra muestra se confirman los datos de eficacia y seguridad de toxina botulínica en migraña crónica, aportando reproductibilidad y coherencia a los resultados de estudios previos.

CEFALEA POSTPUNCIÓN Y OTRAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Andres Marin, N. [1]; De la Riva Juez, P. [1]; Gonzalo Yubero, N. [1]; Tainta Cuezva, M. [1]; Caminos Altuna, N. [2]; Urtasun Ocariz, M.A. [1]; Marti Masso, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 2. Servicio de Hematología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: La quimioterapia intratecal (TIT) se administra de forma invasiva mediante una punción lumbar. El objetivo es describir la incidencia de cefalea postpunción y otras complicaciones tras la administración de TIT

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes con patología hematológica o sistémica que recibieron una o varias TIT en el H.U. Donostia desde Julio de 2012 a Diciembre de 2014. Se realizaron encuestas personales cinco días tras la administración de la TIT

Resultados: Se realizaron 97 TIT en 30 pacientes. La patología subyacente más frecuente fue el Linfoma no Hodgkin. La combinación de TIT más utilizada fue metotrexate, citarabina e hidrocortisona. La edad media fue de 55 años(35.0-67.5) y el 33.3% eran mujeres. En base a los criterios diagnósticos de la "International Headache Society", se detectó cefalea en 10 procedimientos(10.3%) y en 6 pacientes(20% de los pacientes) con una media de duración de la cefalea entre 4 y 36 horas con una mediana de 15 horas. Los pacientes que presentaron cefalea postpunción en una ocasión, tenían riesgo de padecerla en procedimientos sucesivos, ya que hasta el 50% de la muestra recurrió. Otras complicaciones observadas fueron dolor lumbar en 7 pacientes y parestesias transitorias en piernas en un paciente. Un tercio tuvieron al menos una de las complicaciones arriba mencionadas. No se objetivaron complicaciones graves

Conclusión: Las complicaciones relacionadas con la TIT suele ser leves, pero pueden ocurrir tan frecuentemente como en un tercio de los pacientes. Se necesitan estrategias preventivas con el fin de minimizar la incidencia de complicaciones en esta población especialmente vulnerable

SOBREDIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA BASILAR EN CONSULTA DE NEUROLOGÍA GENERAL

Murillo Espejo, E.; Bernal Sánchez Arjona, M.; Méndez del Barrio, C.; González Oria, C.; Jimeénez Hernández, M.D.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La migraña basilar (MB) o migraña con aura de tronco de encéfalo es un subtipo de migraña infrecuente en la que los síntomas del aura están originados en el tronco de encéfalo. Nuestro objetivo es analizar si existe un correcto diagnóstico de esta entidad en consultas de Neurología General (NG).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que analizamos qué pacientes diagnosticados de MB en consultas de NG cumplen los criterios de la 3ª edición de la clasificación internacional de cefaleas (ICHD-3)

Resultados: De 53 pacientes diagnosticados de MB, únicamente 15 (28,3%) cumplían los criterios ICHD-3. De los 38 pacientes que no cumplían criterios, el 44,7% no los cumplían por presentar un único síntoma de localización troncoencefálica; el 15,7% por haber presentado un único episodio compatible; el 5,2% por no presentar síntomas de aura típica y el 2,6% por asociar debilidad. En 9 pacientes(23,7%) el diagnóstico se estableció considerando la presencia de síntomas sensitivos bilaterales como síntoma de localización troncoencefálica (criterio presente en la ICHD-2).De los pacientes que sí cumplían criterios los síntomas más frecuentes fueron ataxia y diplopia(40%), disminución del nivel de conciencia y vértigo(33,3%) y tinnitus(13,3%).

Conclusión: El correcto diagnóstico de MB debe realizarse con cautela, atendiendo a los criterios ICHD-3. No obstante creemos que en la práctica clínica diaria existen casos de migraña con síntomas de aura claramente originados en el tronco de encéfalo en los que no se puede establecer este diagnóstico por tratarse de un episodio aislado o no acompañarse de otro síntoma troncoencefálico, resultando esta clasificación demasiado estricta.

SÍNDROME DE CUELLO-LENGUA SECUNDARIO A SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL

Diaz Diaz, J.; Barcenilla, B.; Juarez Torrejon, N.; Luciano Garcia, Z.M.; Estelles Pals, M.T.; Serrano Lopez, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa

Objetivos: El síndrome cuello-lengua es una neuralgia infrecuente, caracterizada por episodios paroxísticos de dolor en territorio del nervio lingual y la raíz C2 con/sin parestesias asociadas, habitualmente ipsilaterales, desencadenados con la rotación cervical por compresión de la raíz C2 entre atlas y axis. Presentamos un caso de síndrome cuello-lengua secundario a síndrome de Klippel-Feil.

Material y métodos: Mujer de 35 años con antecedentes de CIV intervenida, con episodios paroxísticos de segundos de duración, desencadenados con movimientos cervicales, de parestesias/calambre en cara lateral de lengua y cervicalgia. A la exploración facies ligeramente dismórfica, asimetría en cejas, epicantus, ptosis leve bilateral, orejas de implantación baja y paladar ojival. Exploración neurológica normal.

Resultados: RM de columna cervical con fusión de cuerpos vertebrales C6-C7 con disco intervertebral rudimentario y cambios degenerativos ,más importantes en C4-C6 que condicionan estenosis leve y segmentaria del canal raquídeo. RM cerebral sin malformación de Arnold-Chiari, ni platisbasia o impresión basilar. En AngioRM hipoplasia del sistema vertebrobasilar. Escoliosis dorsal en radiografía.

Conclusión: El síndrome cuello-lengua puede ser secundario a distintas patologías de la columna cervical. El síndrome de Klippel-Feil es una enfermedad congénita perteneciente a las malformaciones de la charnela craneo-cervical, caracterizada por la fusión de 2 o más vértebras cervicales, con/sin otras alteraciones musculoesqueléticas o afectación visceral (15% cardiopatía estructual). La fusión de los segmentos vertebrales afectados limita su movilidad, compensándose mediante la hipermovilidad de los segmentos adyacentes que provocaría la compresión de C2 con ciertos movimientos cervicales, lo que explicaría la asociación con el síndrome cuello-lengua en nuestro paciente.

IMPACTO SOCIAL, PERSONAL Y EMOCIONAL DE LA MIGRAÑA EN NUESTRO PAÍS

Porta Etessam, J. [1]; González García, N. [1]; García Azorin, D. [1]; Parejo Carbonel, B. [1]; Ruíz, L. [2]; Gago, A. [3]; Ruiz Nieto, N. [1]; Fernández Ruiperez, L. [1]; Latorre, G. [4]; García Morales, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Henares; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos: La migraña es una enfermedad incapacitante que limita al paciente en su vida y se acompaña de incomprensión por parte de las personas que los rodean. Analizamos una serie de 45 pacientes con migraña procedentes de 4 centros hospitalarios a los que se les ha realizado cuestionario estructurado

Material y métodos: Se seleccionan de manera aleatoria y consecutiva 45 pacientes con migraña procedentes de 4 centros distintos a los que se les realiza un cuestionario sobre aspectos personales, compresión de la enfermedad y limitación en su vida habitual.

Resultados: La edad media de 43,6 (DS 13) relación mujer-hombre de 3,5-1. La edad media de inicio fueron los 19 años. El 84% eran formas episódicas. El 69% la consideran una enfermedad crónica y el 40% una enfermedad discapacitante. Ningún paciente presentó una adicción relacionada con la cefalea. El 67% presentaba una sensación de ansiedad y rabia frente a la enfermedad. El 45% no se sienten igual que el resto y un 18% se consideran dependientes de los demás. Un 13% cree que por la migraña no debería tener hijos. El 64% no puede trabajar con la migraña y el 16% no ha informado en su trabajo. El 51% ha tenido que coger la baja y 33% refiere problemas en el trabajo, sintiéndose discriminado el 27%.

Conclusión: La migraña es un cuadro discapacitante en el que los pacientes sienten incomprensión por la sociedad y refieren evidentes problemas laborales. Es fundamental mantener campañas de concienciación sobre la migraña para mejorar la calidad de vida de los pacientes

EXPERIENCIA EN EL USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Velázquez Benito, A. [1]; Santos Lasaosa, S. [1]; Bellosta Diago, E. [1]; Viloria Alebesque, A. [1]; Suller Martí, A. [1]; Íñiguez Martínez, C. [1]; López Bravo, A. [2]; Vinueza Buitrón, P. [1]; Garrido, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Lozano Blesa

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento con onabotulinumtoxinA en paciente con neuralgia del trigémino.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de neuralgia del trigémino que fueron tratados con onabotulinumtoxinA durante el período comprendido entre abril de 2015 y abril de 2016.

Resultados: Se analizaron 11 pacientes con edad media de 71 años (42-88) y predominio femenino (54,5%). El 63,6% tenían afectación derecha, más frecuentemente de V2-V3 (63,6%) seguido de pacientes con afectación de las tres ramas. El 45,5% de los pacientes estaba en tratamiento con tres fármacos para el control del dolor. Los más frecuentes fueron carbamazepina y deri-

vados (72,7%), gabapentina (54,5%) y lacosamida (36,4%). Se realizó un primer ciclo de tratamiento con onabotulinumtoxinA al todos los pacientes, dos ciclos a 8 pacientes, tres ciclos a 5 pacientes y un máximo de cuatro ciclos a 2 pacientes. La dosis máxima infiltrada por ciclo fue de 50 UI (media 41,46 UI). 3 pacientes habían sido tratados previamente con termocoagulación. La mayoría de los paciente experimentó mejoría, solo dos pacientes rechazaron continuar con el tratamiento. El principal efecto secundario fue la parálisis transitoria de musculatura facial.

Conclusión: OnabotulinumtoxinA está autorizado para su uso en pacientes con migraña crónica, sin embargo, se ha visto como también puede tener un efecto beneficioso en otro tipo de cefaleas primarias como la cefalea en racimos o la neuralgia del trigémino. Presentamos una breve series de casos que muestran el efecto de dicho fármaco en sujetos con neuralgia del trigémino aunque sería preciso completar estos datos con ensayos clínicos.

Cefaleas P4

ALTERACIONES STROKE MIMICK EN TC MULTIMODAL EN PACIENTES CON CEFALEA

Sánchez-Vizcaíno Buendía, C. [1]; Díaz Pérez, J. [1]; Valero López, G. [1]; Zamarro Parra, J. [2]; Morsi, O. [1]; Morales Ortiz, A. [1]; Espinosa de Rueda Ruíz, M. [2]; Parrilla Reverter, G. [1]; Martín Fernández, J.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Describimos los hallazgos stroke-mimick en TC-multimodal de dos pacientes con cefalea y focalidad neurológica.

Material y métodos: Recolección de pacientes atendidos por cefalea con focalidad neurológica y hallazgos en TCmultimodal stroke-mimick en 6 meses.

Resultados: -Varón, 37 años, antecedente de migrañas con aura. Recibido como código ictus del despertar por afasia precedida de cefalea leve. A la exploración estaba agitado, mutista, y con hemiparesia derecha leve. El TAC craneal fue normal, el Angio-TC reveló irregularidad y disminución del calibre de los vasos intracraneales del hemisferio izquierdo, y el TC-Perfusión un aumento del TTM y disminución del VSC del hemisferio izquierdo. La arteriografía cerebral y punción lumbar fueron normales. El cuadro resolvió en 24 horas. EEG y RM cerebral normales. Habiendo presentado dos episodios similares, se diagnosticó de migraña hemipléjica. -Varón, 14 años. Despierta con cefalea acompañada de alteración del lenguaje y debilidad de extremidades derechas, siendo derivado como código ictus. A la exploración presentaba disfasia mixta y paresia braquial derecha leve. El TAC craneal y angioTC fueron normales, el TC-perfusión mostraba aumento del TTM con disminución del FSC en áreas occipital y frontal izquierdas. Punción lumbar: 108 leucocitos/uL (100% mononucleares), 60mg/dl de proteínas, resto de bioquímica y microbiología normal. Quedó asintomático en 6 horas, presentando un nuevo episodio autolimitado días después. Se diagnosticó de síndrome de cefalea con déficit neurológico transitorio y pleocitosis.

Conclusión: Los hallazgos de neuroimagen en estos pacientes pueden simular un ictus isquémico agudo. La sospecha clínica unida a la falta de distribución en un territorio vascular son claves para el diagnóstico.

CEFALEA CON FENOTIPO CLÍNICO DE MIGRAÑA CON AURA EN UN SÍNDROME DESCOMPRESIVO

Auzmendi Pinedo, L.; Ochoa De Castro, A.I.; Aguilera Irazabal, B.; Sainz Pelayo, A.; Fernández Velasco, J.M.; Freijo Guerrero, M.D.M.; Álvaro González, L.C.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: La enfermedad descompresiva (ED) es un trastorno grave debido a caídas de presión en los ascensos rápidos de los buzos. Esto genera gradientes que facilitan la formación de burbujas de nitrógeno que penetran en la sangre desde tejidos blandos periféricos. Así se producen embolismos periféricos que pueden afectar a diversos órganos, entre ellos el cerebro, médula y sistema nervioso periférico. La cefalea es una manifestación común. Describimos un caso con fenotipo tipo migraña con aura (MA), persistente.

Material y métodos: Paciente varón de 34 años, buzo profesional, sano y sin Hª previa de cefalea. Un año antes sufrió un accidente por descompresión. Fue tratado en cámara hiperbárica con una demora de 22 horas. Se mantenía con mialgias y sobre todo con cefalea severa (VAS: 5-7), pulsátil, frontal amplia, con náuseas, de 1-3 días, 1 a 2 veces/semana. Se precedía de fotopsias y oscurecimiento visual bilaterales de < 60 minutos.

Resultados: Rx tórax (fase aguda): enfisema subcutáneo cervical; RMN cráneo-cervical-plexo: sin lesiones estructurales; PET: áreas de hipoperfusión en corteza temporal derecha y región inferior de cerebelo izquierdo y Doppler TC sin alteraciones ni foramen oval. Se ha iniciado tratamiento con naproxeno y eletriptán síntomaticos y con propanolol preventivo.

Conclusión: 1- Descripción pionera de fenotipo puro MA en ED. 2- Mecanismo por elucidar: sensibilización periférica por burbujas persistentes o central por lesiones visibles PET (cerebelo).

NEURALGIA SUPRATROCLEAR BILATERAL AISLADA DE ORIGEN POSTRAUMÁTICO

Villar Quiles, R.N.; Gutiérrez Viedma, Á.; García Azorin, D.; Pérez Pérez, A.; Hernández González-Monje, M.; Silva Hernández, L.; Cuadrado Pérez, M.L.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El nervio supratroclear, rama terminal de la división oftálmica del trigémino (V1), recoge la sensibilidad del territorio medial de la frente. Hasta ahora no se han descrito casos de neuralgia supratroclear (NS) aislada, sin afectación del territorio inervado por el nervio supraorbitario.

Material y métodos: Describimos un caso de NS bilateral pura, que apareció tras traumatismo en región frontal y nasal, con respuesta al bloqueo anestésico superficial de los nervios supratrocleares.

Resultados: Varón de 47 años que presenta, tras traumatismo en región frontal y raíz nasal, episodios de dolor punzante de intensidad moderada en región frontal medial izquierda, con una duración variable (minutos a horas). En ocasiones el dolor se extiende a la región frontal medial derecha. El TC de cráneo y órbitas fue normal. Acude a la consulta con dolor de intensidad 7/10 en región frontal medial izquierda. En la exploración se objetiva hipersensibilidad a la palpación de ambos nervios supratrocleares, así como hiperalgesia y alodinia en el territorio del nervio supratroclear izquierdo. Tras bloqueo anestésico mediante inyección de 0,5 cc de bupivacaína al 0,5% en los puntos de emergencia de los dos nervios supratrocleares, entre la nariz y la escotadura supraorbitaria, el dolor remite y el paciente permanece asintomático.

Conclusión: La NS se caracteriza por dolor en el territorio medial de la frente e hipersensibilidad a la palpación del nervio supratroclear. Puede tener un origen postraumático y presenta buena respuesta al bloqueo anestésico superficial sobre la emergencia del nervio. Sería necesaria la descripción de un mayor número de casos para corroborar esta observación.

CUANDO EL TRATAMIENTO NO SOLO DETIENE EL DOLOR: BRADICARDIA EXTREMA POR CARBAMACEPINA

García Azorín, D.; Toledo Alfocea, D.; González García, N.; Liaño Sánchez, T.; Pérez Pérez, A.; Ortega Suero, G.; Horga Hernández, A.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Todo médico conoce la neuralgia del trigémino y se haga o no un diagnóstico apropiado, es habitual que el clínico inicie tratamiento. La carbamazepina es un tratamiento efectivo pero no exento de efectos adversos. Pese a ser infrecuente, la bradicardia es un efecto segundario grave que puede comprometer la vida del paciente.

Material y métodos: Paciente de 55 años con un dolor facial de segundos de duración tipo "descarga" de inicio periorbitario izquierdo, provocado al morder, tocarse o notar viento, sin episodios nocturnos. Negaba síntomas trigeminoautonómicos. Se inició carbamazepina, con cese del dolor pero relatando sensación de mareo que ocurría en torno a una hora después de la toma de la medicación. El paciente describía haberse objetivado frecuencias de hasta 30 lpm y un estudio Holter mostró 43 paros sinusales de hasta 6,2 segundos. En la curva de frecuencias del Holter se observó una caída en la frecuencia cardiaca 1 hora después de cada toma de carbamazepina. El cardiólogo planteó la colocación de marcapasos, pero al sustituir carbamazepina por pregabalina se normalizó la frecuencia cardiaca en un nuevo Holter persistiendo el paciente asintomático.

Resultados: La carbamazepina es uno de los fármacos más empleados por los neurólogos y, pese a ser bien tolerado y ser conocidos otros de sus efectos secundarios, existe la posibilidad de producir alteraciones del ritmo cardiaco, especialmente en pacientes ancianos y predispuestos. La retirada del tratamiento puede normalizar dichas alteraciones.

Conclusión: Ante todo paciente en tratamiento con carbamacepina con síncopes, mareos o bradicardia debe tenerse en cuenta la posibilidad de bradicardia secundaria.

TRATAMIENTO PREVENTIVO EN MIGRAÑA CRÓNICA: ZONISAMIDA ¿UN NUEVO TRATAMIENTO PREVENTIVO EFICAZ?

Vela Souto, A. [1]; Estrella Leon, B. [2]; Lopez Garay, C. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Moncloa; 2. Servicio de Neurología. Univerisdad Europea de Madrid; 3. Servicio de Neurología. Universidad Europea de Madrid

Objetivos: 1. Objetivo principal: Observar la eficacia de flunaricina, nebivolol y zonisamida en el tratamiento preventivo de 3 grupos de pacientes diagnosticados de migraña crónica. 2. Objetivos secundarios: Determinar la influencia de los hábitos de vida

Material y métodos: Se reclutaron durante 4 meses 40 pacientes con migraña crónica según criterios de IHS, sin terapia preventiva previa, que se distribuyeron en 3 grupos de tratamiento preventivo; flunaricina 5 mg/día, nebivolol 5 mg /día y Zonisamida 50 mg/día. Se determinaron el número de episodios al mes, intensidad según escala de EVA asi como factores socioeconómicos, demográficos y hábitos de vida. Se revisó la respuesta a los 3 meses de iniciado el tratamiento

Resultados: Nebivolol redujo un 85% el número de episodios frente a flunarizina (80%) y Zonisamida (58,3%.). Se registró un resultado mejor para pacientes que tomaron Nebivolol, observando que esta se hacía a expensas de las formas graves. En el grupo Nebivolol y Zonisamida hubo un descenso significativo de las cefaleas invalidantes hacia formas de cefalea leve o ausencia completa de síntomas. En el grupo de la Flunarizina tanto los episodios graves como los leves disminuyeron. Los resultados de este estudio son muy favorables para los tres fármacos, principalmente para Nebivolol y Flunarizina, sinembargo no estadísticamente significativos

Conclusión: -Los tres fármacos reducen la intensidad y el número de episodios de migraña, siendo Nebivolol el de mejores resultados en la serie -Se observa un mejor control en los pacientes que practican ejercicio habitualmente, que siguen una dieta sana y que no duermen más de 8 horas

ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL: ACETATO DE ESLICARBAZEPINA, ¿UN NUEVO TRATAMIENTO EFICAZ?

Vela Souto, A. [1]; Lopez Garay, C. [2]; Estrella Leon, B. [3]; Lema Bartolome, J. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Universidad Europea de Madrid; 3. Servicio de Neurología. Univereidad Europea de Madrid; 4. Facultad de Medicina. Universidad Europea de Madrid

Objetivos: Estudio observacional sobre el beneficio terapéutico del tratamiento de la cefalea tensional en dos grupos de pacientes que han recibido tratamiento con amitriptilina y acetato de eslicarbazepina (ESL)

Material y métodos: Revisión de historias clínicas durante 4 meses de pacientes con cefalea tensional que no habían mantenido tratamiento preventivo en ninguna ocasión. En total formaron parte del estudio 14 pacientes, 7 recibieron tratamiento con amitriptilina y otros 7 con acetato de eslicarbazepina. Se comparó la eficacia de los fármacos en cuanto porcentaje de disminución del número de episodios separados por intensidades y en función de las características epidemiológicas seleccionadas

Resultados: Mejoría de los episodios en todas las intensidades en los dos grupos de tratamiento. Los pacientes en tratamiento con amitriptilina experimentaron una desaparición completa de los episodios de intensidad moderada y severa. Los pacientes en tratamiento con ESL presentaron un porcentaje de disminución del número de episodios menor. En las variables epidemiológicas se han visto resultados significativos es los pacientes mayores de 45 años. En este subgrupo la mejoría observada con amitriptilina sigue siendo mayor que con ESL.

Conclusión: 1. El ESL podría consideraste como una opción de segunda elección en el tratamiento preventivo de la cefalea tensional. 2. No es aconsejable el empleo de ESL en pacientes mayores de 45 años. 3. Recomendamos la realización de estudios a gran escala con una N más grande para comparar las variables incluidas en el estudio y determinar así cuales podrían ser determinantes de la eficacia del tratamiento

DESVIACIÓN DE LA DEFINICIÓN DE MIGRAÑA CRÓNICA Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

Alberte Woodward, M. [1]; García Roca, L. [2]; González Ardura, J. [1]; Guijarro del Amo, M. [1]; Martínez Pérez-Balsa, A. [3]; Pego Reigosa, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti; 2. Facultade de Medicina e Odontoloxía. Universidade de Santiago de Compostela; 3. Servicio de Neurología. Hospital Da Costa

Objetivos: Determinar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento preventivo con toxina botulínica tipo A (TBA) y en dosis y puntos de inyección utilizados en función del grado de ajuste a la definición teórica de migraña crónica (MC).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de historias de pacientes tratados con TBA en los tres hospitales del área sanitaria desde la inclusión de la indicación de MC en ficha técnica en 2011. Estudio está autorizado por el Comité de Ética regional y clasificado por la AEMPS.

Resultados: Se identifican 23 pacientes (18 mujeres, 78%), de los que 8 (7 mujeres, 88%) no se ajustan (NA) a la definición de MC, siendo el motivo más habitual tener menos de 15 días de cefalea al mes (5 casos). La evolución media en el número de días de cefalea en el grupo NA es de -30% (rango: +66% a -100%), frente a -48% en el grupo que sí se ajusta a definición (SA). Alcanzaron una reducción de al menos el 50% de días de cefalea el 42,9% de NA y el 50% de los SA. Los pacientes NA fueron tratados con una media de 80U de TBA en 15 puntos de inyección, frente a 117U y 23 puntos en el grupo SA. 62,5% de NA y 75% de SA llegaron a estar libres de profilaxis oral.

Conclusión: Con las limitaciones propias del reducido tamaño muestral y la heterogeneidad del grupo NA, parece inferirse que determinados pacientes pueden beneficiarse del tratamiento preventivo con TBA aun sin reunir criterios estrictos de MC.

RESPUESTA A LACOSAMIDA EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA

Sanchez Lozano, P. [1]; García Rua, A. [2]; Suarez Santos, P. [3]; Gonzalez Delgado, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La migraña crónica (MC) es una patología frecuente y de difícil manejo puesto que los pacientes suelen precisar visitas frecuentes y numerosos ajustes de medicación. En ocasiones los tratamientos habituales no funcionan por lo que debemos buscar nuevas alternativas terapéuticas.

Material y métodos: Realizamos un estudio experimental de respuesta a lacosamida en paciente con MC. Se recogieron características demográficas y clínicas de su enfermedad.

Resultados: Se reclutaron 27 pacientes con MG. La edad media fue de 40,93 años. El tiempo medio de evolución fue de años 12,78 años. Por sexos, el 78% eran varones y el 22% eran mujeres. El número de crisis mensuales era en torno a 18,85 días/mes. El 74% había tomado 2 o más tratamientos preventivos. Hubo una disminución en el número de crisis en el 70,5%. De estos, el 73,7% disminuyó el consumo de analgésicos. El 84,2% respondió a dosis de 100 mg/cada 12 horas. La duración media del tratamiento fue de 2,6 meses.

Conclusión: En nuestra serie, la lacosamida se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la MC por lo que podemos utilizarla como alternativa al tratamiento convencional ya que apenas tiene interacciones con otros fármacos y presenta escasos efectos secundarios.

RESPUESTA A LACOSAMIDA EN PACIENTES CON CEFALEA TENSIONAL

Sanchez Lozano, P. [1]; García Rua, A. [2]; Suarez Santos, P. [3]; Gonzalez Delgado, M. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La cefalea tensional (CT) es la forma más común de cefalea y representa un importante problema de salud. Apenas existen tratamientos efectivos para ella por lo que debemos buscar nuevas alternativas terapéuticas. Numerosos fármacos se han probado sin éxito, aunque recientemente se ha iniciado el uso de lacosamida como tratamiento preventivo en paciente con migraña, por lo que también podría ser efectivo en la CT.

Material y métodos: Realizamos un estudio experimental de respuesta a lacosamida en paciente con CT. Se recogieron características demográficas y clínicas de su enfermedad.

Resultados: Se reclutaron 25 pacientes con CT. La edad media fue de 45,12 años. El tiempo medio de evolución fue de años 3,91 años. Por sexos, el 36% eran varones y el 64% eran mujeres. El número de crisis mensuales era en torno a 12,08 episodios. El 57,7% había tomado al menos 2 tratamientos preventivos. Hubo una disminución en el número de crisis en el 64%. De estos, el 81,3% disminuyó el consumo de analgésicos. El 87,5% respondió a dosis de 100mg/cada 12 horas. La duración media del tratamiento fue de 2,76 meses.

Conclusión: En nuestra serie, la lacosamida se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la CT por lo que podemos utilizarla como alternativa al tratamiento convencional ya que apenas tiene interacciones con otros fármacos y presenta escasos efectos secundarios.

RESPUESTA A TOXINA BOTULÍNICA EN UN CASO DE AURA PERSISTENTE

Silva Hernández, L.; Gutiérrez Viedma, A.; Hernández González-Monje, M.; Romeral Jiménez, M.; García Sáez, R.; Cuadrado Pérez, M.L.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos

Objetivos: El aura persistente sin infarto (APSI) es una entidad infrecuente, aunque bien documentada. En la literatura revisada no existen casos de respuesta a toxina botulínica.

Material y métodos: Comunicamos un caso de APSI con respuesta satisfactoria a toxina botulínica tipo A (TB-A).

Resultados: Varón de 35 años, migrañoso con aura visual y sensitiva típica desde la infancia, que presenta empeoramiento de sus auras habituales. Las auras son visuales y sensitivas, aparecen con frecuencia diaria y se prolongan durante varias horas. Se acompañan de cefalea leve e intermitente, estrictamente hemicraneal izquierda. La RM de cerebro es normal. La frecuencia de auras se mantiene a pesar de terapia con magnesio y lamotrigina. Se inicia tratamiento con topiramato, que se retira por falta de efecto y mala tolerancia. Tras 11 meses las auras se hacen persistentes. Una nueva RM descarta infarto cerebral. Al mes se realiza prueba terapéutica con infiltración de 155 U de TB-A según protocolo PREEMPT. A partir de las dos semanas el paciente mejora progresivamente, hasta quedar con 1-2 episodios mensuales de aura típica de 15-20 min seguidos de su cefalea habitual. Tras suspender el tratamiento neuromodulador la situación clínica permanece estable, sin que el paciente haya requerido nuevas dosis de TB-A en dos años de seguimiento.

Conclusión: Las infiltraciones de TB-A pueden ser efectivas en pacientes con APSI. Es posible que la TB-A tenga un efecto directo o indirecto sobre los mecanismos cerebrales implicados en la generación y mantenimiento del aura. Se necesitan nuevas observaciones y estudios controlados a fin de corroborar esta hipótesis.

Conducta y Demencias P1

ESTUDIO DE LOS POLIMORFISMOS DE VARIOS GENES RELACIONADOS CON EL RENDIMIENTO COGNITIVO

Montejo Carrasco, P. [1]; Montenegro Peña, M. [2]; López-Higes Sánchez, R. [3]; Delgado Losada, M. [4]; Reinoso Garcia, A.I. [2]; Marcos Dolado, A. [5]; Lopez Mico, C. [5]; Barabash, A. [6]; Cabranes Díaz, J.A. [6]

1. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 2. Instituto de Salud Pública.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 3. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II (Procesos cognitivos); 4. Facultad de Psicología. Universidad Complutense; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 6. Servicio de Neurogenética. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Estudiar, en mayores de 65 años el efecto de los polimorfismos de varios genes en memoria episódica, lenguaje, velocidad de procesamiento, rendimiento cognitivo general.

Material y métodos: Muestra: 196 mayores de 65 años (media edad: 71.30; DT= 4.75) sin demencia (criterio clínico y MMSE>23). Historia clínica y evaluación neuropsicológica amplia; la memoria se midió con lista de palabras (LPW), textos Wechsler MTW) y recuerdo libre Test 7Minutos (RL7M). Se estudiaron polimorfismos de nucleótido simple (SNP) de los genes: BDNF, ACT, CHRNA7, COMT, NRG1, BACE1, ErbB4, APOE_rs429358, APOE_rs7412, APOE4_hap, CLU, PICALM, CR1, NGF; con APOE también se estudiaron sus diversos alelos.

Resultados: Hay diversos genes con SNPs asociados con rendimiento cognitivo (Para todos, Anova, p>0.05). Con rendimiento cognitivo general: APOE rs429358, CLU; con memoria episódica (LPW, RL7M): APOE_rs429358, CLU, PICALM, BACE, NRG1 y COMT; con lenguaje: COMT, CLU, BACE y CR1; con volumen intracraneal y de sustancia gris: BDNF, APOE_rs429358 y PICALM; con quejas de memoria: APOE_rs429358. APOE rs7412 no se asocia con ninguna función cognitiva. Los alelos del APOE e2 y e3 se asocian a mayor rendimiento que el e4 en cognición general y memoria episódica. Ninguno se asocia con velocidad de procesamiento. Los tamaños de efecto (Eta2) son para todos >0.04; destacan CR1 en denominación (Test Boston: Eta2=0.22) y APOE (LPW y RL7M: Eta2=0.10). Algunos SNPs se potencian entre sí.

Conclusión: Se presentan genes que se asocian al rendimiento cognitivo. Su estudio nos ofrece claves en la investigación con sujetos normales, deterioro cognitivo y E. Alzheimer.

INFLUENCIA DEL POLIMORFISMO DE NEUREGULIN-1 EN EL RENDIMIENTO COGNITIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON DIFERENTES GRADOS DE DETERIORO

Barabash Bustelo, A. [1]; Pelaez Alvarez, J.C. [2]; Lopez Pantoja, J.L. [2]; Montenegro Peña, M. [3]; Marcos Arribas, L. [4]; Llanero Luque, M. [3]; Marcos Dolado, A. [4]; Maestu Unturbe, F. [5]; Cabranes Diaz, J.A. [2]

1. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Deterioro Cognitivo. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo Ayto. Madrid; 4. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 5. Servicio de Psicología. Facultad de Psicología, UCM

Objetivos: El gen de Neuregulin-1 (NRG-1) es un gen de riesgo para la esquizofrenia y trastornos bipolar y psicótico. La variante rs6994992 en el promotor de NRG-1 se asocia con la integridad de macroestructuras frontales y temporales y de la densidad de sustancia blanca, tanto en adultos con esquizofrenia como en sanos y neonatos, habiéndose relacionado con la creatividad en personas con alto rendimiento académico e intelectivo.

Material y métodos: Comparamos el rendimiento neuropsicológico según el genotipo en 231 sujetos de entre 57 y 88 años, divididos en 4 grupos: Sujetos control (Co, n=75), Deterioro Cognitivo Amnésico Unidominio (DCLa, n=48), Multidominio (DCLm, n=87) y Enfermos de Alzheimer (EA, n=31). Al menos un alelo T se evidenció en 44 Co (63,8%), 22 DCLa (46,8%), 55 DCLm (64,7%) y 21 EA (52,4%). Se realizó una batería neuropsicológica.

Resultados: Se encontró una diferencia de 3 aciertos en la parte B del Trail Making Test (TMT-B) entre los individuos con un alelo T de NRG-1 (p=0.015) considerando deterioro cognitivo, edad, género, años de educación, ocupación principal y las interacciones entre el gen y estas variables. Además, tener uno o dos alelos multiplica por 1,15 los aciertos en TMT-B (95% CI: 0.994-1.322; p=0.06).

Conclusión: La variante rs6994992 en NRG-1 puede estar asociada con el rendimiento cognitivo cuando analizamos el resultado del TMT-B, lo cual puede estar relacionado con el seguimiento conceptual complejo, la memoria de trabajo o la flexibilidad cognitiva.

APOE Y RENDIMIENTO COGNITIVO GENERAL Y DE MEMORIA EN NORMALES Y SUJETOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE. ¿INTERVIENE MÁS EL APOE EN EL DIAGNÓSTICO O EN LA FUNCIÓN?

Montejo Carrasco, P. [1]; Montenegro Peña, M. [2]; De Andrés Montes, M.E. [2]; García Marín, Á. [2]; Gómez Sánchez-Garnica, J.M. [1]; Cabranes Díaz, J.A. [3]; Marcos Dolado, A. [4]; Laura Marcos-Arribas, L. [4]; Barabash, A. [3]

1. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 2. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 3. Servicio de Neurogenética. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Estudiar, en mayores de 65 años normales y con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) el efecto de los polimorfismos de APOE en memoria episódica y rendimiento cognitivo general.

Material y métodos: Muestra: mayores de 65 años (media edad:71,30; DT=4,75), normales n=142, con DCL n=34). Historia clínica y evaluación neuropsicológica amplia. Evaluación: Rendimiento cognitivo general, MMSE; memoria, Wechsler lista de palabras (LPW). Se estudió APOE4_hap (rs429358; rs7412) y sus alelos.

Resultados: Rendimiento MMSE: la asociación con APOE es significativa (ANOVA, p=0,000; Eta2 =0,11; si controlamos por edad, Eta2 = 0,09; aunque el efecto de la edad hace que Eta2 total sea 0,19). Rendimiento memoria episódica, asociación significativa: p=0,002; Eta2:0,07; al introducir edad: Eta2=0,06; el efecto total: Eta2=0,16. De los dos SNPs estudiados: rs429358 asociación con MMSE, p=0,000; Eta2=0,10; con LPW: p=0,000; Eta2=0,06; rs7412 asociación con MMSE p=0,95; con LPW: p=0,94. Por diagnósticos (DCL/NoDCL), estudiamos los alelos: con ε2 ε3 (n=11) tienen DCL 8,3 %; del ε3 ε3 (n=123), son DCL 17,9 % y los que llevan algún variante ε4 (n=37) son DCL 27 %, pero la asociación no es estadísticamente significativa. Tampoco hay asociación con los SNPs.

Conclusión: En nuestra población, el gen APOE con sus alelos está claramente ligado al rendimiento cognitivo general y, con algo menor efecto, al rendimiento en memoria episódica. De los dos SNPs, solamente rs429358 se asocia al rendimiento cognitivo y de memoria. Sin embargo no encontramos asociación significativa con el diagnóstico clínico Normal-DCL, este hecho podría ser a causa de la heterogeneidad del DCL.

PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA ESTUDIADOS CON PET AMILOIDE

Cañizares Ledo, E. [1]; Del Olmo Rodríguez, A. [1]; Sopena, P. [2]; García Ull, J. [1]; Gómez Martínez, J. [1]; Vielba Gómez, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital 9 de Octubre

Objetivos: La Afasia Primaria Progresiva (APP) es una enfermedad degenerativa que por su afectación unimodal es de más difícil diagnóstico. Hay tres variantes clínicas de APP con criterios clínicos establecidos. Pese a que etiológicamente cada subtipo se relaciona más con un proceso degenerativo diferente, ésta asociación es meramente estadística y es difícil en la fase inicial de la enfermedad identificar el proceso nosológico subyacente en el paciente concreto. Para solventarlo los nuevos marcadores biológicos como el PET amiloide pueden ser muy útiles en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio de pacientes con sospecha de APP en base a criterios clínicos en que sospechó que podría ser el debut de una enfermedad de Alzheimer.

Resultados: Presentamos una serie de casos de APP estudiados mediante la técnica de PET con marcador de beta amiloide.

Conclusión: Las técnicas de biomarcadores y entre ellas el PET amiloide suponen una nueva forma de precisar el diagnóstico y mejorar la atención a nuestros pacientes

EXPERIENCIAS EN LA APLICACIÓN DEL PET AMILOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DETERIORO COGNITIVO

Cañizares Ledo, E. [1]; Del Olmo Rodríguez, A. [2]; Sopena, P. [3]; García Ull, J. [2]; Gómez Martínez, J. [2]; Vielba Gómez, I. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Manises; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Dr. Peset; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital 9 de Octubre

Objetivos: La sociedad española actual, con un mayor nivel educativo y unos mayores conocimientos de las enfermedades neurológicas ha comenzado a exigir en la consulta de Neurología un diagnóstico más preciso de las enfermedades degenerativas cada vez en fases más tempranas. La nueva revisión de criterios diagnósticos con la inclusión de biomarcadores permite un diagnóstico más temprano de enfermedad de Alzheimer en pacientes paucisintomáticos y asintomáticos en riesgo.

Material y métodos: Descripción del empleo del PET amiloide de acuerdo a las recomendaciones de uso en una serie de pacientes atendidos en la Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo de nuestro centro.

Resultados: Presentamos nuestros resultados con el empleo del PET amiloide en nuestra consulta de Deterioro Cognitivo.

Conclusión: El PET amiloide, bien utilizado, puede ser una herramienta de gran ayuda en el diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer y para el diangóstico diferencial de otras causas de deterioro cognitivo.

TIPIFICACIÓN DE LA ETIOLOGÍA DEL DETERIORO COGNITIVO Y DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO EN UN CENTRO RESIDENCIAL DE LA TERCERA EDAD (SARQUAVITAE)

Aguilar Barberá, M. [1]; Cerulla Torrente, N. [2]; Castejón, C. [2]; Vila Jorba, L. [3]; Almería, M. [1]; Alvarez Fernandez, I. [1]; Arribas, S. [1]; Morera, A. [4]; Muntal Encinas, S. [5]; Calzado, N. [4]; Soler Girabau, P. [6]; Pascual Torramade, J. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 2. Servicio de Neurología. UEN SARquavitae Bonanova; 3. Servicio de Trabajo Social. Llar Pere Barnés - Arrels; 4. Servicio de Neuropsicología. Fundació AVAN Sabadell; 5. Servicio de Neuropsicología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; 6. Servicio de Enfermería. CAP Sant Oleguer - Sabadell; 7. Servicio de Dirección Médica. SARquavitae Barcelona

Objetivos: En los Centros Residencias son atendidas muchas personas con deterioro cognitivo sin que, con frecuencia, se reconozca su etiología. Nuestro proyecto va dirigido a realizar el diagnóstico etiológico y su fase evolutiva.

Material y métodos: Estudio observacional/descriptivo de 50 pacientes consecutivos, ingresados (Grupo I), externos (Grupo E). Se realizó anamnesis, exploración, escalas (MMSE, NPI, Blessed, RDRS2, GDS/FAST) y comparación entre grupos.

Resultados: 27(54%) hombres, 23(46%) mujeres; viudos (52%), casados (42%). Ingresados 19(38%). Escolaridad 11,33±5,00. Reserva cognitiva (77,8%). Deterioro cognitivo 43 (86%) (Quejas subjetivas memoria (2%), deterioro cognitivo ligero (28%), demencia (56%). Etiología: 16 Alzheimer, 2 Lewy, 2 DLFT, 7 Demencia Vascular, 2 Demencia mixta, 15 Parkinson, 3 PK-Plus y 3 Secundaria. Antecedentes familiares de demencia (33,3%). Factores riesgo vascular (77%); HTA (59,6%), diabetes (17,4%), dislipemia (43,5%), cardiopatía (39,1%) e ictus (19,1%). Tratamiento: IACE (22,4%), medicación psicoactiva (55,1%), estimulación polivalente (36,7%). El Grupo I era más longevo al inicio (79,2±10,5)(66,9±8,5) (p=0,0001) y al final (84,9±8,7)(71,2± 8,3)(p=0,0001) con más alteración cognitiva MMSE (17,2±8,1)(23,7±6,2) (p<0,02) y funcional en sub-escala Blessed-AVD (6,5±0,8)(2,6±3,0)(p=0,001) y sub-escala RDRS-II (14,5±0,7)(10,4±2,2) (p=0,003). En Grupo E destacaba más afectación conductual, NPI y sub-escala RDRS2-III (p<0,01) (p<0,02). No diferencias significativas en el resto de mediciones.

Conclusión: El deterioro cognitivo es muy prevalente en este grupo de población. Alzheimer, Complejo Parkinson-Demencia y Patología Vascular son las etiologías más frecuentes. Observamos baja prescripción de tratamiento específico, alta de psicofármacos y 1:3 realizan talleres polivalentes. Los ingresados son mayores y están más afectados (cognición y función). En población externa predominan los trastornos de conducta.

SUPLEMENTO MÉDICO ALIMENTARIO SOUVENAID EN EL DETERIORO COGNITIVO LIGERO Y LA DEMENCIA LEVE

Aguilar Barberá, M.; Calzado, N.; Casas Hernanz, L.; Pastor, P.; Pujol, N.; Almeria, M.; Arribas, S.; Alvarez Fernandez, I.; Badenes Guia, D.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Objetivos: La formación, reparación y funcionamiento de las sinapsis neuronales requiere determinados nutrientes. El suplemento médico alimentario Souvenaid (SMAS) está diseñado para mejorar dicha función sináptica. Objetivo del estudio, prescribir SMAS en el deterioro cognitivo ligero (DCL) y en demencia leve y analizar los cambios a nivel cognitivo, conductual y funcional.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo longitudinal, abierto no controlado de un grupo de 123 personas con diagnóstico de deterioro cognitivo ligero (DCL o demencia leve) y tratados con SMAS. Se valoraron (basal, 3, 6, 9 y 12 meses) cambios cognitivos (MMSE), memoria (Test-FCRST), conducta (NPI) y función (Blessed). Análisis estadístico mediante el GLM de medidas repetidas, incluyendo como covariables la edad, género, años de educación, diagnóstico (DCL vs demencia leve) y tratamientos farmacológicos en curso. Para estudiar la relación entre la duración en meses del tratamiento con SMAS y el rendimiento cognitivo, conductual y funcional se aplicó la correlación parcial, incluyendo las covariables previamente mencionadas.

Resultados: Seguían con el SMAS, al final del estudio 116 pacientes (adherencia del 94,30%). Tras 6 y 12 meses se mantuvieron estables en cognición y función y mejoraron en conducta con una disminución del número de síntomas, de su severidad, frecuencia y con una reducción del impacto a nivel familiar.

Conclusión: El SMAS es un producto bien tolerado y con una elevada adherencia. Estabiliza los déficits cognitivos y funcionales a los 6 y 12 meses. Mejora de forma significativa los trastornos de conducta. El beneficio es superior en el DCL que en la demencia leve.

HISTORIA NATURAL DE DEMENCIA FRONTO-TEMPORAL EN LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE DEMENCIAS

Moreno Ramos, T.; Matías-Guiu Antem, J.; García-Ramos García, R.; Fernandez Matarrubia, M.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La historia natural de la demencia fronto temporal (DFT) está poco descrita, en cuanto a datos de síntomas asociados, supervivencia, y causas de fallecimiento. Existen muy pocos trabajos publicados sobre este tema.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional, transversal, de pacientes en una consulta de una unidad de memoria, con diagnóstico de DFT variante conductual. Se han incluido 63 pacientes, de los cuales fallecieron 13 (20,6%).

Resultados: La edad media al diagnóstico de los pacientes fue 63 años, con un retraso medio, desde que habían comenzado los síntomas de 3,5 años. Los síntomas acompañantes más frecuentes, que fueron surgiendo a lo largo de la enfermedad, en nuestros pacientes fueron: pulsión por la comida (61,9%), parkinsonismo (47,6%) de los cuales solo el 23,80% habían tomado neurolépticos, acumlación (38%). Solo un 14,20% de los pacientes, refieren alucinaciones. Llama la atención, que hasta un 28,5% de estos pacientes, habán sido diagnosticados de depresión antes de acudir a nuestra consulta. Y tenían antecedentes en familiares de primer grado de demencia un 28,5% y psiquiátricos un 14,2%. La supervivencia media de los casos fallecidos, desde el comienzo de los síntomas fue de 9,6 años.

Conclusión: Este estudio nos muestra la historia natural de la DFT en nuestra muestra de pacientes, con datos de supervivencia y características de los pacientes.

AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA NO FLUENTE CON AFECTACIÓN HEMISFÉRICA DERECHA

Fernández Lebrero, A. [1]; Pérez Lorenzo, G. [1]; Pías Peleteiro, J.M. [1]; Aldrey Vázquez, J.M. [1]; Domínguez Vivero, C. [1]; Ares Pensado, B. [1]; Cortés, J. [2]; Castro, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: Presentar un caso de afasia progresiva primaria con afectación hemisférica derecha en un paciente diestro.

Material y métodos: Varón de 75 años, diestro, con escolarización primaria. Acude a la consulta por una alteración del lenguaje de 2 años de evolución. Inicialmente presentó bloqueos en el discurso y dificultad para encontrar las palabras adecuadas. Con el paso del tiempo la fluencia verbal empeoró y se añadió un trastorno en la articulación y ritmo de lenguaje, que dio lugar a un discurso monótono y carente de inflexiones. Presenta también sensación constante de ocupación en la garganta, que no le condiciona dificultad para tragar. La exploración neuropsicológica muestra reducción en la fluidez verbal con latencia en las respuestas, defectos gramaticales, disartria y disprosodia. No se objetiva una alteración en otros aspectos de lenguaje, ni tampoco en memoria, praxias, razonamiento o conducta. En la exploración neurológica general destaca una limitación en la supraversión ocular, fasciculaciones linguales y desviación lingual hacia la izquierda.

Resultados: La RM cerebral muestra atrofia cortical de predominio frontoparietal bilateral y asimetría ventricular por mayor volumen del asta frontal izquierda. La PET revela asimetría en la actividad metabólica cortical, con areas hipometabólicas en hemisferio derecho tanto a nivel frontal como en lóbulo temporal y talámo. Mediante ENMG no pudo demostrarse denervación, incluyendo la musculatura bulbar.

Conclusión: La afasia primaria progresiva no fluente es una variante lingüística de la degeneración lobar frontotemporal que puede asociarse con enfermedad de neurona motora. Este caso revela la contribución del hemisferio a priori no dominante en diversas facetas del lenguaje.

Conducta y Demencias P2

VALOR PREDICTIVO DEL SPECT FP-CIT EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO TRATADOS CON DERIVACIÓN

Méndez del Barrio, C. [1]; Oropesa Ruiz, J.M. [1]; Kaen, A. [2]; Muñoz, A. [1]; García Solis, D. [1]; Franco Macías, E. [1]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Analizar asociación entre resultado del SPECT FP-CIT y la respuesta a shunt en pacientes con hidrocefalia crónica del adulto (HCA) tratados con derivación ventrículo-peritoneal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Criterios de inclusión: <80 años + criterios diagnósticos de HCA + test de infusión con Rout>14 + SPECT FP-CIT pre-shunt (normal o con mínimas alteraciones no diagnósticas de parkinsonismo degenerativo). Escala NPH pre y postshunt. Respuesta a shunt: inicial (≤3 meses) y largo plazo (≥12 meses).

Resultados: 17 pacientes: 13/17 con FP-CIT normal y 4/17 con mínimas alteraciones. De los 13 con FP-CIT normal, sólo 1/13 paciente no mantuvo la respuesta a largo plazo. De los 4 pacientes con FP-CIT con mínimas alteraciones, 2/4 no mantuvieron la respuesta al shunt a largo plazo.

Conclusión: La normalidad de SPECT FP-CIT puede ser útil para predecir buena respuesta a shunt a largo plazo en pacientes con HCA. Por el contrario, la presencia de incluso sólo mínimas alteraciones en esta prueba puede asociarse a mal pronóstico a largo plazo.

¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Leira Feijóo, Y. [1]; Ameijeira, P. [2]; Domínguez, C. [3]; Pías Peleteiro, J.M. [3]; Blanco, J. [2]; Aldrey, J.M. [3]

1. Departamento de Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); 2. Departamento de Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Santiago de Compostela; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: Revisar de forma sistemática la evidencia epidemiológica disponible sobre la asociación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad de Alzheimer.

Material y métodos: La estrategia de búsqueda incluyó artículos publicados hasta Enero de 2016 en las bases de datos electrónicas (MEDLINE, EMBASE y Web of Science) así como una búsqueda manual, la cual se llevó a cabo por dos revisores independientes (YL y CD). Los criterios de selección para incluir los artículos en el análisis fueron estudios observacionales en los cuales los pacientes presentaran parámetros diagnósticos de enfermedad periodontal y de Alzheimer. La calidad de los estudios seleccionados se realizó mediante la escala Newcastle-Ottawa.

Resultados: De un total de 550 artículos y tras el análisis por título y resumen, se identificaron 45 artículos potencialmente relevantes. Finalmente, 5 estudios cumplieron los criterios de inclusión (dos estudios transversales, dos casos-controles y un estudio de cohortes prospectivo). Tras la realización del análisis de calidad

metodológica, la mayoría de los estudios presentaban un bajo riesgo de sesgo. Sólo dos estudios presentaban valores de OR/RR ajustados para los principales factores de confusión, los cuales oscilaron entre 2,31 [1,15-4,66] y 1,4 [0,9-2,1].

Conclusión: A pesar de los resultados positivos encontrados en la mayoría de los estudios incluidos, la falta de OR/RR ajustados y la heterogeneidad de los estudios puede limitar los resultados de la presente revisión sistemática. Se requieren futuros estudios epidemiológicos con diferentes diseños, así como estudios fisiopatológicos para investigar esta asociación. Nº de registro en PROSPERO: CRD42016035377.

EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA COMPUTARIZADA EN LA ANCIANOS SANOS Y CON DETERIORO COGNITIVO

Gomez Gallego, M.; Lara Romero, O.

Servicio de Neurociencias. Universidad Catolica san Antonio

Objetivos: En este trabajo se realiza una revisión sistemática de los ensayos clínicos que han utilizado técnicas de estimulación cognitiva computarizada (ECC) como método de tratamiento para retrasar la pérdida de funciones cognitivas en ancianos sanos, en pacientes con enfermedad Alzheimer y en sujetos con deterioro cognitivo leve

Material y métodos: Se consultaron las bases de datos bibliográficas MEDLINE y EBSCO, utulizabdo estrategias de busqueda con las palabras clave computer-based training, video games, Alzheimer's disease OR mild cognitive impairment y older adults. Se incluyeron todos los estudios escritos en inglés o español, cuyos participantes tenían una edad igual o superior a 60 años. Quedaron excluidos los estudios que no utilizaron procedimientos de ECC, aquellos cuyo propósito no era la rehabilitación de funciones cognitivas o los que no incluían pacientes con EA o DCL.

Resultados: Se identificaron veintisiete estudios, 19 usaron programas específicos de ordenador, 7 videojuegos y 1 intervenciones multidisciplinar. La mayoria de estudios (17) se realiza sobre ancianos sanos. Globalmente, tanto en ancianos sanos como en deterioro cognitivo o demencia se aprecian mejorías en las funciones ejecutivas y memoria respecto a la estimulacion cognitiva tradicional, que no siempre se extienden a otros dominios cognitivos o se generalizan a las actividades de la vida diaria.

Conclusión: La ECC debido a su carácter interactivo y flexibilidad podría ser útil para mantener las capacidades cognitivas de sujetos sanos y con deterioro cognitivo debido a enfermedad de Alzheimer.

COPATOLOGÍA AMILOIDE EN HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO: PATRÓN DE IMAGEN MEDIANTE PET-PIB Y PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

Rodríguez Rodríguez, E. [1]; Jimenez-Bonilla, J. [2]; Velasquez, C. [3]; Pozueta, A. [4]; Quirce, R. [2]; Caballero-Arzapalo, H. [3]; González-Suárez, A. [1]; Vázquez-Barquero, A. [3]; Sánchez Juan, P. [4]; Banzo Marraco, I. [2]; Martín-Láez, R. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL y CIBERNED; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL y CIBERNED

Objetivos: La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática(HCA) es una entidad compleja. En un porcentaje variable de pacientes se encuentra amiloide cerebral, aunque su significado es discutido. Nuestros objetivos son: estimar el porcentaje de pacientes con HCA con amiloide cortical mediante PET-PIB, estudiar las diferencias en el patrón de retención de PIB respecto a pacientes con enfermedad de Alzheimer(EA), y analizar si existen diferencias neuropsicológicas entre pacientes con HCA PIB positivos(HCAi+) y PIB negativos(HCAi-).

Material y métodos: El estudio fue aprobado por CEIC-Cantabria. Se incluyeron en el estudio: 13 pacientes con HCAi probable, 7 controles PIB-negativos y 7 pacientes con EA (PIB-positivos), previo consentimiento. Para la realización del PET-PIB se inyectaron 555MBq de 11C-PIB(tiempo incorporación radiotrazador=60 min, tiempo adquisición=30min). El análisis de imágenes se hizo visualmente. Además, se realizó una medición semicuantitativa en términos de SUVratio(SUVr) usando ROIs en 6 regiones corticales(frontal, temporal, parietal, occipital, cingulado anterior y precuneus) bilateralmente, considerando el cerebelo como referencia.

Resultados: Visualmente, 10 individuos se consideraron HCAi- y 3 HCAi+(edad PET=71,9±5,9vs77,0±6,3,p=0,247; edad inicio=67,9±7,6vs75,3±7,2;p=0,16). Se encontraron diferencias significativas en las SUVr de todas las regiones estudiadas($p<0,05$) al comparar HCAi+ con controles sanos y HCAi-. La comparación de las SUVr entre pacientes HCAi+ y EA no desveló diferencias significativas en ninguna región. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en el perfil neuropsicológico de HCAi+ vs HCAi-.

Conclusión: 23% de las HCAi presentaron depósito de amiloide. El patrón de retención de PIB no difiere de la EA. No encontramos diferencias en el perfil neuropsicológico que distingan la HCAi con depósito cerebral de amiloide.

¿QUÉ CAPACIDAD DE USO TIENEN LAS PERSONAS MAYORES DE UNA TABLETA? COMPARACIÓN DE DIVERSAS ACCIONES CON VISTAS A UTILIZARLAS EN ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Moltó Jordà, J. [1]; Muñoz Batista, M. [2]; Arteaga Moñino, E. [3]; Orta López, J. [4]; Blasco López, L. [5]; Linares Pellicer, J. [4]; Santonja Sanz, J. [6]; Llorca Alcón, M. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios; 2. Servicio de Universitat de València. Departament de Mètodes d investigació i Diagnòstic en Educació (MIDE; 3. Servicio de Cruz Roja Alcoy. Técnico de Orientación,; 4. Instituto Tecnológico de Informática. Un iversitat Politècnica de València. Campus Alcoi; 5. Servicio de Luisablascodesign. Diseñadora gráfica; 6. Servicio de Médico geriatra. Centro Geriátrico Preventori Mariola La Asunción; 7. Servicio de Universitat Politècnica de València. Campus Alcoi. Dep. Ingeniería de Sistemas y Computadores.

Objetivos: Valorar en una población anciana, sana, su capacidad para realizar diferentes acciones sobre una tableta, un toque, toques repetidos, arrastre, arrastre con dos dedos, etc como paso previo a utilizar esta tecnología como base de estimulación cognitiva en sujetos con demencia.

Material y métodos: En total evaluamos a 116 sujetos, 96 mujeres, edad media 70.93+/-5.68 años. El 53,4% tenían una formación de primaria completa. Ninguna cumplia criterios de Demencia. Un 20% refería quejas subjetivas de memoria. Se realizó la prueba en una sola sesión en una sala municipal de nuestra ciudad con ayuda de voluntarios formados. El 77.6% nunca había utilizado una tableta y el 40,5% utilizaba ocasionalmente con sus familiares un móvil. Evaluamos en cada acción la comprensión de la orden, la demanda de ayuda, el número de errores y el tiempo de ejecución. Comparamos mediante Xi cuadrado las variables cualitativas y mediante ANOVA las variables continuas con test de normalidad previo.

Resultados: La ejecución de las diferentes acciones fue adecuada, sin diferencias estadísticamente valorables por edad, sexo, nivel formativo, nivel previo de uso de las tabletas o nivel de utilización de móviles inteligentes con sus familiares, ni por la pre-

sencia de quejas subjetivas de memoria. La necesidad de ayuda o refuerzo estuvo alrededor del 10-15%. La comprensión fue superior al 80%. El número de pacientes con alto número de errores se situó en torno al 10-15% según accion valorada.

Conclusión: La población anciana, independientes de su nivel formativo o conocimiento de nuevas tecnologías es capaz de utilizarlas.

MANEJO DE TABLET POR PACIENTES CON DEMENCIA. DATOS DE EXPERIENCIA PILOTO. PROYECTO APPTIVAMENTE

Moltó Jordà, J. [1]; Arteaga Moñino, E. [2]; Blasco López, L. [3]; Muñoz Batista, M. [4]; Orta López, J. [5]; Linares Pellicer, J. [5]; Llorca Alcón, M. [6]; Santonja Sanz, J. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Los Lirios; 2. Servicio de Técnico de Orientación. Cruz Roja Alcoy; 3. Servicio de Diseñadora gráfica. Luisablascodesign; 4. Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació (MIDE). Universitat de València; 5. Instituto Tecnológico de Informática. Universitat Politècnica de València. Campus Alcoi; 6. Servicio de Dep. Ingeniería de Sistemas y Computadores. Universitat Politècnica de València. Campus Alcoi; 7. Servicio de Médico geriatra. Centro Geriátrico Preventori Mariola La Asunción

Objetivos: Valorar en una pequeña cohorte de pacientes con estadio moderado de demencia tipo Alzheimer su capacidad para manejar movimientos básicos en tecnología de pantalla táctil.

Material y métodos: Hemos valorado a 17 pacientes en estadio GDS 3 y 4 mediante una series de ejercicios que permiten medir su destreza en movimientos básicos en pantalla táctil, toque, toque en movimiento, multiotque, arrastrar y soltar, trazar una silueta, movimiento del instrumento. Los ejercicios se han adaptado desde la aplicación TELLA para enseñanza matemática a síndrome de Down. Los pacientes tenían una media de edad de 78+/-8.55 (rango 58-91) años, 9 mujeres. Predominaban los que habían recibido solo estudios de primaria incompleta (7). Pocos habían utilizado previamente una tablet (6). 2 pacientes presentaban problemas de artrosis y 1 paciente alucinaciones visuales.

Resultados: En general, la ejecución fue muy aceptable, destacando que aquellos pacientes con problemas graves de artrosis (2) o con cambios de conducta graves, no concluyeron las tareas. Sin embargo, en el resto el porcentaje de ejecución correcta fue alto en las tareas más simples, cercano al 100%, bajando al 50,83% en tareas complejas como el multitoque. Ni el GDS, ni el uso previo de tecnología marcaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: La tecnologia de pantalla táctil, con movimientos y actividades sencillos, puede ser aplicada en tareas para pacientes con demencia tipo Alzheimer. Sería razonable intentar diseñar una aplicación basada en esta tecnología para estimular a los pacientes con demencia, utilizando los movimientos sencillos identificados en este estudio.

ALTERACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRADUCIR A LA SEGUNDA LENGUA EN PACIENTES BILINGÜES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Gómez Ruiz, I. [1]; Bello López, J. [2]; Ávila Rivera, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de l'Hospitalet; 2. Servicio de Neurología. Hospital General de l´Hospitalet. Consorci Sanitari Integral

Objetivos: La alteración lenguaje en pacientes bilingües con demencia no solo puede afectar de forma diferente a cada lengua, sino también a la capacidad para traducir de una a otra. Estudio para analizar/comparar la capacidad para traducir palabras en controles sanos (CS), pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y pacientes con APP.

Material y métodos: Muestra: 30 sujetos bilingües equilibrados divididos en 3 grupos (CS=10; EA=10; APP=10). Material: administración de los subtests de traducción de palabras del Test de la Afasia para Bilingües. Estadística: comparaciones intragrupo (L1 vs L2) e intergrupo (controles vs EA vs APP) mediante test de Wilcoxon y U de Mann-Whitney respectivamente. Análisis en función de la dirección de la traducción: primera lengua a segunda (L1 a L2) y viceversa (L2 a L1).

Resultados: Las comparaciones intragrupo muestran una mayor dificultad para traducir de L1 a L2 en los dos grupos de pacientes (test de Wilcoxon, $p<0,05$), pero no en el grupo de CS en el que el rendimiento es similar. En general, los pacientes con APP rinden peor que los pacientes con EA en ambos sentidos de la traducción, que a su vez rinden peor que los CS (U de Mann-Whitney, $p<0,05$).

Conclusión: En pacientes bilingües con EA y APP, las tareas de traducción ponen de manifiesto una mayor dificultad para acceder al léxico de su L2. Estos resultados sugieren un mayor deterioro del sistema léxico-semántico de la lengua menos utilizada en la vida diaria.

CORRELACIÓN DEL PATRÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICO EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS. REVISIÓN EN UNA SERIE DE 18 REGISTRADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Villaescusa Urbaneja, M.C. [1]; Pedro Pérez, J. [1]; Veciana De Las Heras, M. [1]; Martínez Yélamos, S. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Revisar el porcentaje de casos con alta sospecha clínica de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob que presentan el patrón electroencefalográfico típico con "periodic Sharp wave complexes" (PSWC) en el Hospital Universitario de Bellvitge de 2006 a 2015.

Material y métodos: A propósito de un caso con alta sospecha clínica de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) ingresado en el servicio de neurología del Hospital Universitario de Bellvitge en Febrero de 2016, se ha realizado una búsqueda y revisión de los casos con ECJ del hospital en los últimos 10 años. Se han correlacionado los hallazgos electroencefalográficos según la evolución clínica.

Resultados: 12 de los 18 casos presentaban el patrón electroencefalográfico típicoa posteriori de la aparición de mutismo acinético y mioclonías. En 4 casos no hubo hallazgos en EEG de PSWC y en 2 aparecieron sincrónicos o antes de la clínica. Además, se observaron varias características electroencefalográficas según el estadio clínico de la enfermedad. En la mayoría de los casos el registro elevtroencefalográfico previo al mutismo acinético y las mioclonias mostraba un registro inicial con enlenteciemiento de base difuso o de predominio frontal. La actividad rítmica delta intermitente frontal y los ritmos lentos delta trifásicos que evolucionan a la organización de PSWC se dan mayoritariamente de forma sincrónica a la evolución de las manifestaciones clínicas. Estos hallazgos se4 observaron en el 64.28 % de los casos.

Conclusión: El patrón electroencefalográfico de PSWC se correlaciona con los hallazgos clínicos de mutismo acinético y mioclonias siendo el mejor momento para el registro electroencefalográfico de los PSWC tras la aparición de la clínica.

ALUCINACIONES MENORES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NOVO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Piñol Ripoll, G. [1]; Ruiz Julian, M. [2]; Sanchez, E. [1]; Arias Pastor, A. [3]; Blasco, E. [4]; Gil, M.P. [2]; Huerto, R. [1]; Balleste, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Santa María; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Santa María; 4. Servicio de Geriatría. Hospital Santa María

Objetivos: Las alucinaciones menores (AME) consisten en la presencia de alucinaciones pasajeras y/o sentimiento de presencias que se han descrito en otras entidades como la Enfermedad de Parkinson (EP). En la Enfermedad de Alzheimer (EA) no está descrita su presencia ni su prevalencia. Evaluamos la frecuencia de AME en pacientes con EA leve-moderada con diagnóstico de novo y sin tratamiento específico para la EA y lo comparamos con un grupo de población de referencia sin deterioro cognitivo.

Material y métodos: Estudio transversal de casos y controles. Todos los sujetos fueron sometidos a una valoración cognitiva (MMSE), conductual (NPI) y funcional (GDS). Para describir las AME se utilizó una entrevista semiestructurada descrita en pacientes con EP. Se compararon datos clínicos, cognitivos y demográficos entre los pacientes con EA y los controles sanos.

Resultados: Se incluyeron 100 controles y 30 pacientes. La prevalencia de AME fue mayor en pacientes con EA comparado con controles (43,8% vs 5%; $p<0.05$). Todas las AME fueron visuales y sensoriales. Buena correlación entre las AME y la presencia de delirios, alucinaciones, apatía/indiferencia y conducta motora anómala ($p<0.05$). Comparando los pacientes con EA con y sin AME, estas son más frecuentes en pacientes con peores puntuaciones en delirios, alucinaciones, depresión, conducta motora anómala y alteraciones de la alimentación ($p<0.05$) pero no se correlacionan con la edad o el MMSE.

Conclusión: Las AME aparecen como un síntoma frecuente en la EA y están relacionadas con otros síntomas conductuales. Se insiste en la necesidad de interrogar dado que los pacientes no las refieren de forma espontánea.

Conducta y Demencias P3

CORRELACION ENTRE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y EL ESTADIAJE DE LA PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Guerra Martín, V. [1]; García Otero, M.C. [1]; Zea Sevilla, M.A. [2]; del Ser, T. [2]; Rabano, A. [3]

1. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas; 2. Servicio de Neurología. Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas; 3. Servicio de Neuropatología. Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas

Objetivos: Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) en pacientes con demencia son muy frecuentes, sin embargo su sustrato patológico es poco conocido. Se examina la relación entre presencia, frecuencia y gravedad de los SNP con diferentes hallazgos neuropatológicos

Material y métodos: Se recogieron en 71 pacientes (85.8 años ± 6.8) con demencia moderada-severa los síntomas neuropsiquiátricos (inventario NPI-NH) a su ingreso en el Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía y el estadiaje neuropatológico (Braak-tau, Thal, NIAA, NIAC y α-sinucleína) tras la donación del cerebro al Banco de Tejidos de la Fundación CIEN 3.1 ± 1.9.y años más tarde.

Resultados: El estadio de las escalas neuropatológicas de Alzheimer en el estudio post mortem correlaciona significativamente con la frecuencia y gravedad de agitación (Thal: r=.257 p=0.031, r=.284 p=0.016; Braak-tau: r=.312 p=0.018, r=.373 p=0.001; y NIAC: r=.289 p=0.015, r=.271 p=0.022), ansiedad (NIA-A: r=.272 p=0.022, r=.273 p=0.021, y Braak-tau: r=.399 p=0.001, r=.405 p<0.001), irritabilidad (Braak-tau: r=.253 p=0.033, r=.274 p=0.021) y trastornos del apetito (Thal: r=-.368 p=0.009 y r=-.412, p=0.003) en el momento de la institucionalización. Estas correlaciones se mantienen al año. La patología de Lewy se asocia a presencia de alucinaciones (p=0.023) y comportamiento motor aberrante (Braak- α-sinucleína: p=0.035)

Conclusión: La frecuencia y gravedad de numerosos SNP están relacionadas con el estadio de la patología neurodegenerativa en una muestra de pacientes con demencia avanzada.

VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO AÑADIDO DE UNA SEGUNDA PRUEBA DE MEMORIA VERBAL PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA EN PACIENTES CON DETERIRO COGNITIVO LEVE

Sala Matavera, I. [1]; Illán Gala, I. [1]; Alcolea Rodríguez, D. [1]; Andres Salgado, S. [2]; Sanchez Saudinós, M. [1]; Morenas Rodríguez, E. [1]; Subirana Castillo, A. [1]; Videla Toro, L. [1]; Carmona Iragui, M. [1]; Ribosa Nogué, R. [1]; Blesa González, R. [1]; Fortea Ormaechea, J. [1]; Lleó Bisa, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Neurología. Fundación Universitaria De Ciencias De La Salud

Objetivos: La alteración de la memoria verbal episódica representa la afectación principal inicial en la mayoría de pacientes con una enfermedad de Alzheimer (EA).Tres biomarcadores (Abeta42, tau y p-tau) en líquido cefaloraquídeo (LCR) han mostrado utilidad diagnóstica para identificar la EA en fase prodrómica. Objetivo: Comparar el valor diagnóstico de dos pruebas de memoria verbal para la detección de EA prodrómica (EAp) y la predicción de conversión a demencia en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL).

Material y métodos: Se incluyeron 202 pacientes con DCL (Petersen et al. 1999), 53.9% mujeres, con una edad media de 69.4 años (dt:8.3), MMSE de 26.9 (dt:2.5), con un seguimiento medio de 30,9±25 meses y estudio de biomarcadores en LCR. Se realizó una evaluación neuropsicológica extensa que incluía dos tests de memoria verbal episódica: FCSRT (recuerdo libre y con facilitación semántica) y CERAD (evocación libre y reconocimiento). Se calcularon puntuaciones z. Se definió EAp como t-Tau/Aß42 > 0,52

Resultados: El 48.5% de pacientes presentaban un perfil de biomarcadores indicativo de EAp. El grupo con LCR positivo para EA mostró un peor rendimiento mnésico para todas las medidas ($p<0.0001$). La combinación de dos medidas de recuerdo tardío (FCSRT+CERAD) representa la mejor medida para detectar EAp ($p<0.0001$).El porcentaje de conversores a demencia que sólo fallan una prueba (FCSRT tardío total) es del 10% frente al 45.9% de los que fallan en dos pruebas

Conclusión: La combinación de dos medidas de recuerdo libre y facilitado aumenta la probabilidad de detección de EA prodrómica y también la conversión a demencia en sujetos con DCL

LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR ACELERAN LA PROGRESIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Aguilar Barberá, M.; Alvarez Fernandez, I.; Pastor Muñoz, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Objetivos: Objetivos: En la demencia las lesiones de pequeño vaso, generalmente subcorticales, indican patología cerebrovascular y sugieren mal pronóstico. Queremos determinar si la presencia de factores de riesgo vascular (FRV), condicionan por si solos un incremento en la progresión de la demencia.

Material y métodos: 1402 pacientes con deterioro cognitivo ligero (DCL) o demencia. Se recogieron los antecedentes de HTA, DM, dislipemia, cardiopatía e ictus. Se analizaron las diferencias de FRV en función de la etiología de la demencia y se midió el tiempo de evolución hasta alcanzar los estadios GDS 5 a 7.

Resultados: Se detectaron FRV mayores (HTA y/o DM y/o cardiopatía y/o ictus) en 922 (63,8%) de la muestra; HTA (57,8%), DM (23,1), dislipemia (45,1%) y cardiopatía (23,9%). En demencia vascular y mixta: HTA (76-87%), dislipemia (56-70%), cardiopatía (40%), ictus (35-46%) y DM (15-35%) con diferencias significativas en relación al resto de patologías degenerativas (p=0,05). Con FRV la demencia alcanza un GDS 5-7 a los 7,37±3,95 años, y sin FRV a los 8,91±4,97 (p=0,006). En el análisis univariante se demuestra que la presencia FRV se correlaciona con la duración de la enfermedad. La condicionan la sola presencia de HTA, así como las agrupaciones de cardiopatía + DM + HTA; y la de cardiopatía + depresión + dislipemia.

Conclusión: Los factores de riesgo vascular marcan el pronóstico y la progresión de la demencia, sobretodo la HTA y la cardiopatía. Su prevención, detección y aplicación de medidas correctoras es parte fundamental de la estrategia terapéutica.

CARACTERIZACIÓN DERMATOGLÍFICA DE UNA MUESTRA DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Faro Burgos, I. [1]; Gutiérrez Redomero, E. [2]; Rábano Gutiérrez, A. [3]; Valentí Soler, M. [3]

1. Dpto. Ciencias de la Vida Facultad de Biología, CC. Ambientales y Química. Universidad de Alcalá de Henares; 2. U.D. Antropología Física. Dpto. Ciencias de la Vida Facultad de Biología, CC. Ambientales y Química. Universidad de Alcalá de Henares; 3. Unidad Multidisciplinar de Apoyo. Fundación CIEN

Objetivos: Las crestas epidérmicas comparten el mismo origen ectodérmico con el sistema nervioso central y su fase crítica de diferenciación coincide con la del desarrollo fetal del cerebro. Su morfología está genéticamente determinada, pero es susceptible a los mismos factores ambientales que también pueden perturbar el desarrollo del cerebro. Han sido utilizadas como marcadores del neurodesarrollo fetal en el autismo, la enfermedad bipolar o la esquizofrenia, pero existen pocos estudios en la enfermedad de Alzheimer (EA). El objetivo es analizar posibles diferencias entre los dermatoglifos de personas mayores sin trastorno cognitivo y personas con EA.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y transversal realizado en Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía-Fundación, previa firma de CI. Obtención de impresiones digitales y palmares bilaterales de personas cognitivamente sanas y personas con EA mediante grafito y papel adhesivo, caracterización dermatoglífica y análisis estadístico.

Resultados: Se analizaron las impresiones dactilares y palmares de 116 voluntarios sanos (CONTROL) y 54 pacientes diagnosticados de EA, obteniendo diferencias significativas entre los dos grupos en: las frecuencias para el tipo de figura dactilar y en el área hipotenar, la frecuencia de los pliegues palmares siendo mayor en el grupo EA, y el trirradio a-b en palma entre ambas manos, y en la posición del trirradio t en las mujeres.

Conclusión: Las personas con EA de este estudio presentan un patrón dermatoglífico característico, lo que sugiere factores genéticos y epigenéticos comunes en el desarrollo del SNC y la piel, y asociados a EA

HEPARANASA 2 Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Fernández Vega, I. [1]; Martin, C. [2]; Garcia Suarez, O. [3]; Muñiz Alonso, B. [4]; Ordiales, H. [5]; Lorente Gea, L. [6]; Vicente Etxenausia, I. [7]; Merayo Lloves, J. [8]; Quiros Fernandez, L.M. [9]; Garcia, B. [9]

1. Servicio de Anatomía Patológica. HUA-Txagorritxu; 2. Servicio de Biología Funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Instituto Fernández-Vega.; 3. Departamento de Morfología y Biología Celular. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Instituto Universitario Fernández-Vega. Oviedo.; 4. Servicio de Biología Funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.; 5. Servicio de Biología Funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo; 6. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Áraba. Sede Txagorritxu. HUA-Txagorritxu; 7. Servicio de Biobanco Vasco para investigación (O+eHun). Hospital Universitario de Araba. Sede Txagorritxu.; 8. Departamento de Investigación. Instituto Universitario Fernández-Vega. Oviedo.; 9. Departamento de Biología Funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Instituto Universitario Fernández-Vega.

Objetivos: Llevar a cabo por primera vez un estudio de la expresión de la Heparanasa 2 (HPSE) en la enfermedad de Alzheimer (EA) valorando diferentes áreas y grados de intensidad de la enfermedad.

Material y métodos: Análisis de la expresión de HPSE2 mediante técnicas de PCR a tiempo real y técnicas de inmunohistoquímica. Se han seleccionado 4 cerebros (1 control, 1 con EA leve, 1 con EA moderada y 1 con EA severa) en los que se han elegido 7 áreas específicas (amígdala cerebral, hipocampo anterior, hipocampo posterior, circunvolución temporal media, cisura calcarina, núcleo basal de Meynert y cerebelo).

Resultados: La HPSE2 se expresó en todas las áreas de todos los cerebros estudiados. La HPSE2 mostró alteraciones en los niveles de expresión dependientes de la zona cerebral estudiada y de la fase evolutiva de la enfermedad. Mediante inmunohistoquímica se observó expresión de HPSE en las placas neuríticas y también en relación con los ovillos neurofibrilares presentes en las neuronas atróficas.

Conclusión: La HPSE2 sufre alteraciones en los niveles de expresión en la EA, dependientes de la zona cerebral estudiada y del estadio Braak&Braak. Su expresión tisular se correlaciona con las lesiones características de la EA.

NIVELES BAJOS DE VITAMINA D PUEDE ASOCIARSE A MAYOR DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Suárez Castillejos, C.; Morís de la Tassa, G.

Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Los estudios sobre la relación entre la vitamina D y la enfermedad del Alzheimer (EA) presentan resultados controvertidos. El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre los niveles de calcidiol y el estado cognitivo en pacientes con EA y deterioro cognitivo (DC).

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 60 pacientes diagnosticados de EA y DC consecutivos. Se evaluó el estado cognitivo mediante MMT y test de Moca, escala funcional GDS, índice de Barthel, síntomas psiquiátricos según escala NPI. Además, se valoró la capacidad para la marcha con el test Tinetti. Se realizó análisis de concentraciones plasmáticas de calcidiol y parámetros analíticos relacionados.

Resultados: La edad media fue de 78,5 años (57% mujeres). Los valores medios de calcidiol fueron de 18,5 ng/dL. Las puntuaciones medias obtenidas fueron: MMT: 19,8; Test de Moca: 11,9; GDS: 4,02; Tinetti: 13,07 y NPI: 2,78. Se encontraron valores estadísticamente significativos para la asociación entre los ni-

veles plásticos de calcidiol y la puntuación en el MMT (r = 0,258 con p<0,05 / p=0,46). En cambio, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el calcidiol y el resto de parámetros estudiados.

Conclusión: A pesar de que la muestra es pequeña se encontró una correlación positiva entre los niveles de calcidiol y el estado cognitivo de los pacientes únicamente medidos en valores de MMT. Los niveles bajos de vitamina D pueden influir en el estado cognitivo de los pacientes con DC o ser consecuencia de mala alimentación o escasa exposición al sol.

AGREGADOS DE ALFA SINUCLEÍNA FOSFORILADA (SER 129) EN ENFERMEDAD CREUTZFELDT-JAKOB FAMILIAR

Valentí Azcárate, R. [1]; Martínez Valbuena, I. [1]; Carmona Abellán, M.D.M. [1]; Marcilla García, I. [1]; Tuñón Álvarez, T. [2]; Álvarez Gigli, L. [2]; Alonso Herrero, L. [3]; Lacruz Bescos, F. [3]; Luquin Piudo, M.R. [1]

1. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Estudiar la expresión de sinucleína fosforilada en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) y el Insomnio familiar fatal (IFF) en las que existe un cambio conformacional de la proteína PrPc a su isoforma patológica PrPsc. Depósitos de proteínas como tau y alfa-sinucleína se han descrito en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. Proponemos estudiar si en los pacientes con prionopatías (ECJ familiar y en IFF) existen depósitos de agregados de alfa-sinucleína.

Material y métodos: Estudiamos corteza frontal, sustancia Negra y cerebelo de 2 pacientes con ECJ familiar (padre e hija), 2 con IFF y 4 sujetos control. Se realizaron técnicas inmunhistoquímicas frente a sinucleína fosforilada (pSer129), PrP, Tau (pSer 396) y su cinasa GSK3-beta (pTyr 216). Se realizaron también técnicas de doble inmunofluorescencia.

Resultados: En los pacientes con ECJ observamos una inmunoreactividad de sinucleína (pSer129) en la corteza frontal y en el cerebelo mayor que en los controles y los pacientes con IFF, donde no hubo inmunoreactividad.

Conclusión: Presentamos por primera vez dos casos de pacientes con ECJ familiar con inclusiones de sinucleína (pSer129) en distintas regiones cerebrales. Su implicación en la fisiopatología de la ECJ será discutida.

FRECUENCIA Y CORRELATOS NEUROPSIQUIÁTRICOS DE LAS PAREIDOLIAS EN LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

Subirana Castillo, A.; Sala Matavera, I.; Morenas Rodríguez, E.; Pascual Goñi, E.; Sánchez Saudinós, M.B.; Alcolea Rodríguez, D.A.; Illán Gala, I.; Carmona Iragui, M.; Ribosa Nogué, R.; Videla Toro, L.; Fortea Ormaechea, J.; Blesa González, R.; Lleó Bisa, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Las pareidolias son ilusiones visuales complejas frecuentes en pacientes con Demencia con Cuerpos de Lewy (DCLw). El objetivo del trabajo es estudiar la frecuencia y los correlatos neuropsiquiátricos (delirios, alucinaciones, sensación de pasaje-presencia) con las pareidolias en pacientes con DCLw comparados con controles sanos.

Material y métodos: Se incluyeron 44 sujetos (54.5% mujeres), edad media de 74,9 años (dt: 9,4) y MMSE de 25.3 (dt: 3,3), 34 con DCLw probable (McKeith et al., 2005) y 10 controles sanos, evaluados entre enero/2014 y octubre/2015. Se administró una evaluación neuropsicológica completa que incluía el Test de Pareidolias (Uchiyama et al., 2012). Los familiares completaron un inventario neuropsiquiátrico (NPI) y un cuestionario de alteraciones de la percepción (CAP, Morenas). Se analizó la frecuencia de pareidolias y las correlaciones entre los distintos test.

Resultados: Un 94,4% de los pacientes con DCLw presentaba pareidolias en alguno de los subtest de la prueba: imágenes (91.2%) y caras (82,4%) con media de 8,9 (dt:8,5) pareidolias totales, frente al 20% de controles con media 0.6 (dt:1,6). Se registró la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en el 70,6% de pacientes (64,7% alucinaciones, 55,8% de delirios, 38,2% de sensación de presencia-pasaje), frente al 30% en controles (sensación de presencia-pasaje). La presencia de pareidolias correlacionó con la presencia de alucinaciones en CAP (r=0,47, p=0,001) y NPI (r=0,35, p=0,01).

Conclusión: La presencia de pareidolias en DCLw es muy frecuente y correlaciona con las alucinaciones visuales. Son necesarios más estudios para determinar la importancia de la evaluación de las pareidolias en el diagnóstico y evolución de la DCLw.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ) VARIANTE DE HEIDENHAIN CON INICIO ATÍPICO

Martinez Ulloa, P.L.; Acebrón Sánchez, F.; Escobar Villalba, A.; Nedkova Hristova, V.; Pérez Torre, P.; Monreal Laguillo, E.; Buisán Catevilla, J.; Masjuan Vallejo, J.; García Barragán, N.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Los déficits campimétricos pueden encontrarse frecuentemente en enfermedades neurológicas. La causa más frecuente son los ictus pero en ocasiones es necesario hacer un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un caso con una forma de presentación atípica como debut de una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ): variante Heidenhain.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico

Resultados: Varón de 75 años, hipertenso, presenta un cuadro brusco de hemianopsia homónima izquierda por el que ingresa en el hospital. Durante la hospitalización sufre rápido empeoramiento visual presentando agnosia visual asociativa y finalmente ceguera cortical, deterioro cognitivo grave con episodios confusionales, y mioclonías multifocales. La proteína 14-3-3 fue positiva en LCR, el EEG reveló ondas trifásicas periódicas generalizadas, en RM cerebral destacaba restricción en difusión cortical bilateral, asimétrica en región parietal posterior, y lóbulos occipitales. El paciente falleció al mes y medio en el hospital.

Conclusión: La ECJ es una enfermedad neurodegenerativa poco frecuente. La variante Heidenhain aparece en menos de un 20 % de los casos y se caracteriza por la presencia insidiosa de síntomas visuales (visión borrosa, restricción campo visual…) desde el inicio. A pesar de la forma de presentación, en nuestro caso, puede establecerse el diagnóstico de ECJ con alta certeza por la evolución clínica, los hallazgos de la RNM cerebral, el EEG y la detección de la proteína 14-3-3 en el LCR. El diagnóstico de certeza requiere la necropsia cerebral. Este caso remarca la alta expresividad clínica que presenta una entidad como la ECJ.

Enfermedades Cerebrovasculares P1

SNPS: STROKE ACENOCOUMAROL PHARMACOGENETIC STUDY

Colàs Campàs, L. [1]; Monserrat Monserrat, M.V. [1]; Cambray Carner, S. [1]; Molina Seguín, J. [2]; Benabdelhak, I. [2]; Marzo, C. [3]; Sanahuja, J. [2]; Quílez, A. [2]; González Mingot, C. [2]; Gil Villar, M.P. [2]; Vena Martínez, A.B. [4]; Royo, J.L. [5]; Purroy Garcia, F. [2]

1. Clinical Neurosciences Group. IRB Lleida - Fundació Doctor Pifarré; 2. Unidad de Ictus. Clinical Neurosciences Group. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Unidad de Hemostasia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 4. Unidad de Geriatria. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 5. Especialidades quirúrgicas, bioquímicas e inmunológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos: Los antagonistas de la vitamina K (Acenocoumarol(AC)) son el principal tratamiento para prevenir los ictus isquémicos(IS) asociados a la presencia de fibrilación auricular(FA). Nuestra hipótesis es que en los pacientes que habían presentado un IS tratados con AC, existe un genotipo que predispone a presentar un IS durante los dos primeros años de tratamiento.

Material y métodos: Genotipamos cinco SNPs presentes en la enzima diana del AC(VKORC1), la enzima responsable de la degradación del AC(CYP2C9) o la enzima responsable de regular la biodisponibilidad de Vitamina K(CYP4F2) en 36 pacientes con FA tratados con AC que sufrieron un IS. Se secuenció el ADN de todos los pacientes y los datos se analizaron con CLC Main Work-Bench 7 y SPSS.

Resultados: La Diabetes, Edad<80años y el SNP rs2108622(CYP4F2) se asociaron significativamente con el riesgo de sufrir un ictus precoz. La curva de Kaplan-Meyer para rs2108622 mostró que más del 60% de los pacientes con doble mutación en este SNP presentaban un IS antes de cumplirse 730 días de recibir medicación con AC. Este SNP también se ha asociado a resistencia a AC, así que comparamos las dosis de AC recibidas por estos pacientes con las de 44 pacientes con FA tratados con AC durante más de dos años que no sufrieron IS, se vio que no existían diferencias entre las dosis por genotipo entre las dos cohortes.

Conclusión: El SNP rs2108622 puede predisponer a sufrir un IS durante los dos primeros años de tratamiento con AC y este riesgo no es debido a una mala anticoagulación.

VALOR PREDICTIVO DEL PORCENTAJE DE TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO (TRT) SOBRE EL RIESGO DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL (HIC) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K (AVK)

Estévez Fraga, C. [1]; Molina Sanchez, M. [2]; Alvarez Velasco, R. [1]; Crespo Araico, L. [1]; Agüero Rabes, P. [1]; Viedma Guiard, E. [1]; Alonso Canovas, A. [1]; De Felipe Mimbrera, A. [1]; Masjuan Vallejo, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Objetivos: Determinar la calidad de la anticoagulación en pacientes tratados con AVK (TRT de los 6 meses previos) que presentan una HIC.

Material y métodos: Registro prospectivo de pacientes en tratamiento con AVK ingresados por una HIC en la unidad de ictus entre 2013-2015. Se recogieron de modo retrospectivos los INR de los 6 meses previos al ingreso para calcular el TRT.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, edad media 79 años y 48% mujeres. Cuarenta y seis presentaban una fibrilación auricular (FA) y 4 tenían una válvula mecánica. Las HIC fueron: profunda 44 %, lobar 26%, parenquimatosa extensa 20% y tronco 10%. La mediana del NIHSS al ingreso fue de 10. El INR medio al ingreso fue de 2,8 en FA y de 3,5 en válvula mecánica. Un 36 % presentaron INR supraterapéuticos al ingreso. El TRT medio durante los 6 meses previos fue del 67%, con un tiempo sobre rango terapéutico de 17 % y bajo rango terapéutico de 17 %. Durante el ingreso se objetivó crecimiento del hematoma en 8/21 pacientes en que se repitió imagen. Se limitaron esfuerzos terapéuticos al ingreso en el 30%. En el 60 % se revirtió la anticoagulación. Tres fueron intervenidos quirúrgicamente. A los 3 meses solamente el 30% de los pacientes eran independientes (ERm 0-2) siendo la mortalidad de un 57 %.

Conclusión: Los pacientes que presentaron una HIC por AVK tuvieron un buen control de la anticoagulación medida con el TRT durante los 6 meses previos.

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA EN EL ÁREA IV

Suárez Carantoña, C.; González Terriza, F.J.; Suárez Fernández, M.D.C.; Calleja Puerta, S.

Servicio de Neurología. Hospital General de Asturias

Objetivos: Cuantificar la incidencia y definir las características de la hemorragia intracerebral espontánea en un área sanitaria de Asturias.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluye a todo paciente de un área santaria de Asturias que, durante el año 2013, hubiera sufrido una hemorragia cerebral intraparenquimatosa diagnosticada mediante neuroimagen.

Resultados: Se identificaron un total de 92 pacientes, lo que representa una incidencia de 26,97 casos/100.000 habitantes/año, con una edad media de 75,28 años, siendo mujeres el 57,6%. La etiología más frecuente fue la hipertensiva (44,7%) aunque la localización más frecuente de la hemorragia fue la lobar (51,7%). La activación del código ictus y la presencia de cefalea se asociaron a un aumento de la supervivencia (p=0,03 y p=0,01). Por el contrario, se observó un impacto negativo en la supervivencia cuando la edad era mayor de 75 (p=0,02), m-Rankin previo mayor de 3 (p=0,04), convulsiones al ingreso (p=0,02), GCS<8 (p=0,00), volumen de hemorragia >25ml (p=0,00), sangrado intraventricular (p=0,00), hidrocefalia (p=0,00), desplazamiento de línea media (p=0,00), edema (p=0,01) y fiebre al ingreso (p=0,04).

Conclusión: La prevalencia de la hemorragia intracerebral en nuestra área sanitaria fue similar a la de otros estudios publicados con anterioridad. La presentación clínica y los hallazgos de neuroimagen fueron buenos predictores de la mortalidad.

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA Y RECURRENCIA DE ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Porqueres Bosch, E.; Bravo Anguiano, Y.; Bártulos Iglesias, M.; Hernando Asensio, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: Analizar la incidencia de hemorragia (cerebral, sistémica) y la recurrencia de ictus isquémico en pacientes anticoagulados con antivitamina K (AVK) o con anticoagulantes de acción directa (ACOD).

Material y métodos: Se recogen prospectivamente datos de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus de nuestro hospital con ictus isquémico cardioembólico por fibrilación auricular que se anticoagularon, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2015. Se recogen variables demográficas, factores de riesgo vascular, tipo de ictus, anticoagulante pautado, situación funcional al alta y a los tres meses. Se recoge de forma retrospectiva la incidencia de hemorragia cerebral, hemorragia en otra localización grave/no grave y recurrencia vascular.

Resultados: Ingresaron 1375 pacientes: edad media 72,8 (26-96), varones 60,1%, AIT 14,1%, ictus isquémico 86,2%. Se anticoaguló a 454 (38,6%): el 68.1% con AVK (309 acenocumarol, 1 warfarina), 9,7% (44) con dabigatran, 14.8% (67) con apixaban y el 7% (3) con rivaroxaban. Se perdió el seguimiento en 150 pa-

cientes. De los 304 restantes, 33 (10,8%) presentó algún tipo de hemorragia a los 3-36 meses: 17 graves 5,2% (1 cerebral y no mortal, 15 sistémicas graves y 1 sistémica mortal) y 16 (3,5%) sistémicas no graves. Tuvieron una recurrencia vascular cerebral 17 pacientes (4,2%). No se encontaron diferencias entre el grupo tratado con AVK o ACOD en cuanto a las hemorragias, recurrencia o rankin a los tres meses.

Conclusión: Nuestros resultados son similares a los metanalisis de los ensayos pivotales en cuanto a incidencia de sangrados mayores y recurrencia. El tamaño de la muestra no permite encontrar diferencias entre los distintos anticoagulantes.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL VASOESPASMO ARTERIAL EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Muñoz Lopetegui, A. [1]; Totorika Txurruka, I. [1]; Navia Álvarez, P. [2]; Andres Marin, N. [1]; Fernandez García de Eulate, G. [1]; Rodríguez-Antigüedad Muñoz, J. [1]; Díez González, N. [1]; González López, F. [1]; de la Riva Juez, P. [1]; Tainta Cuezva, M. [1]; de Arce Borda, A. [1]; Martinez Zabaleta, M.T. [1]; Larrea Peña, J.Á. [2]; Massó Romero, J. [2]; Martí Massó, J.F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 2. Servicio de Neurorradiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Describir la frecuencia y características del vasoespasmo arterial como complicación de la hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática y analizar los resultados de su tratamiento endovascular en nuestro centro. Comparar los resultados con lo descrito en la literatura.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los ingresos por HSA aneurismática en nuestro hospital en los años 2014 y 2015 y más concretamente de los casos de vasoespasmo arterial que requirieron tratamiento endovascular por su gravedad y/o refractariedad. Revisión bibliográfica de resultados previamente descritos.

Resultados: De 86 pacientes con HSA aneurismática (62% mujeres), 20 (23%) presentaron vasoespasmo. 11 (55%) fueron angiográficamente moderados/severos y recibieron tratamiento endovascular (82% mujeres). Se emplearon nimodipino intraarterial local, angioplastia o ambos. 6 (54%) precisaron más de una intervención y en dos casos la resolución completa no fue técnicamente posible, sin repercusión clínica. No hubo complicaciones mayores derivadas de la intervención. En 7 pacientes se objetivó una lesión isquémica cerebral en la imagen de control. 7 (64%) fueron independientes (mR<3) al alta y 9 (82%) a los 3 meses. Falleció un paciente por otras complicaciones de la HSA.

Conclusión: El vasoespasmo arterial sintomático post-HSA que persiste pese a la terapia endovenosa intensiva (triple H) presenta una buena respuesta al tratamiento endovascular, que se muestra además una técnica segura, pese a ser frecuente la necesidad de intervenciones repetidas. El 82% de los pacientes conservó la independencia. Nuestros resultados son similares a los de estudios previos, aunque existe poca literatura, la mayoría series de casos retrospectivas, heterogéneas en cuanto a indicación, tipo de tratamiento o resultados medidos.

MORTALIDAD HOSPITALARIA ASOCIADA A HEMORRAGIA INTRACRANEAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL

Álvarez Velasco, R.; Matute Lozano, C.; De Felipe Mimbrera, A.; Alonso Cánovas, A.; Estevez Fraga, C.; González Gómez, J.; Masjuán Vallejo, J.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Describir las características de los pacientes fallecidos con hemorragia intracraneal.

Material y métodos: Recogimos de forma retrospectiva todos los pacientes fallecidos en nuestro centro con diagnóstico realizado durante el ingreso de hemorragia intracraneal en los años 2014 y 2015.

Resultados: Hubo 120 pacientes fallecidos con diagnóstico de hemorragia intracraneal (4% de los fallecimientos). La edad media fue de 74 años (10-99 años), 46% fueron mujeres. 32(27%) pacientes estaban anticoagulados. El 69% de los pacientes en tratamiento con acenocumarol tenían un INR inferior a 3. La localización de los hematomas fue: profundo 30(25%), lobar 28(23,3%), extenso 27(22,5%), subaracnoidea 17(14,2%), subdural 8(6,7%), cerebelo 5(4,2%), intraventricular 3(2,5%), tronco 2(1,7%). La causa de la hemorragia fue: sangrado de lesión subyacente 23(19,1%), anticoagulantes 21(17,5%), traumatismo 7(5,8%), hipertensivo 18(15%), post-fibrinolisis 7(5,8%), otras causas 10(8,4%) y causa desconocida 34(28,3%) . En 66 pacientes (55%) se limitaron los esfuerzos terapéuticos desde el inicio. Del resto se realizó cirugía en 17 (14,2%). Se revirtió la anticoagulación en 10 (30% de los anticoagulados). La causa del fallecimiento fue el propio hematoma en 57(47,5%), infecciosa 50(41,7%), cardíaca 12(10%).

Conclusión: La hemorragia intracraneal es una causa importante de fallecimiento en el ámbito hospitalario. Las hemorragias por anticoagulantes supusieron la segunda causa identificada de hemorragia, la mayoría por acenocumarol en pacientes en rango terapéutico. La mayoría de pacientes fallecieron por causas diferentes al hematoma.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA - NO ANEURISMÁTICA DE CAUSA INHABITUAL

Romero Imbroda, J. [1]; del Canto Pérez, C. [2]; Sagrario Fustero, M.T. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Melilla; 2. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Melilla; 3. Servicio de Oftalmología. Hospital Comarcal de Melilla

Objetivos: Hemorragia subaracnoidea (HSA) define la presencia de sangre en espacio subaracnoideo, entre aracnoides y piamadre, normalmente ocupado por líquido cefalorraquídeo (LCR). La causa más frecuente son traumatismos craneales. La mayoría de HSA no traumática se produce por ruptura de aneurisma intracraneal. El 15-20% no presentan lesión vascular en angiografía cerebral, en muchos de estos casos el mecanismo de sangrado no se identifica. Entre los factores facilitadores destaca: uso de antiagregantes, anticoagulantes o comorbilidad por HTA o coagulopatía. Otras patologías neurológicas pueden asociar HSA concomitante en su patogenia.

Material y métodos: Exponemos 2 casos de HSA no traumática – no aneurismática de origen inhabitual.

Resultados: Caso 1: mujer, 74 años epiléptica que consulta por cefalea y hemiparesia derecha. El TC cerebral sugirió infarto venoso parietal posterior izquierdo y HSA témporo-parietal izquierdo. La Angio-RM venosa cerebral confirmó trombosis de seno venoso transverso izquierdo. Se anticoaguló con evolución favorable, sin secuelas. Caso 2: mujer, 52 años, antecedente de hepatitis autoinmune tratada con innmunomodulación crónica. Consulta por cefalea, nauseas y disfunción visuo-espacial en relación con crisis hipertensiva. Se realizó RM cerebral que mostró lesiones compatibles con síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y HSA bifrontal. LCR compatible con HSA. El Angio-TC cerebral no mostró anomalías. Buena evolución.

Conclusión: La presencia de HSA en PRES sucede en aproximadamente el 5% de casos según series. La asociación HSA - trombosis venosa cerebral es aún más infrecuente. El mecanismo

de sangrado en estas dos circunstancias no queda claramente dilucidado. La evolución en los pacientes expuestos resultó muy favorable.

PAPEL DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO CON SOSPECHA DE ORIGEN CARDIOEMBÓLICO

Reyes Leiva, D. [1]; Llull, L. [1]; Amaro, S. [1]; Borrego, S. [1]; Guasp, M. [1]; Montejo, C. [1]; Vicente, M. [1]; González, E. [1]; Vidal, B. [2]; Obach, V. [1]; Urra, X. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Entre el 20 y el 40% de los ictus isquémicos se atribuyen a una fuente cardioembólica. La capacidad diagnóstica de fuentes embólicas del ecocardiograma transesofágico (ETE) es del 40-60%. Sin embargo, desconocemos el rendimiento diagnóstico y el impacto terapéutico en pacientes con ictus agudo. El objetivo de nuestro estudio es describir los hallazgos del ETE en una muestra de pacientes con ictus agudo de causa indeterminada y sospecha de origen cardioembólico, evaluar el cambio de categoría etiológica a cardioembólico y el cambio de tratamiento antitrombótico derivado del ETE.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los informes de los ETE buscando fuentes embólicas identificables específicamente en el estudio transesofágico. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo vascular y características del ictus, el tratamiento antitrombótico administrado tras el evento, la causa del ictus y el cambio de tratamiento.

Resultados: Entre Abril 2012 y Octubre 2015, se realizaron 120 ETE en pacientes con ictus de probable origen cardioembólico. El 59% eran hombres y la edad media de 61 (15) años. Los hallazgos más frecuentes fueron: ateromatosis aórtica (43%), FOP (30%), vegetación valvular (9%) y ecocontraste espontáneo (2%). La realización del ETE supuso un cambio de categoría etiológica en el 13% de los casos y de tratamiento en el 33%. El 61% de los pacientes recibió anticoagulación al alta.

Conclusión: En pacientes seleccionados, el ETE contribuye al diagnóstico etiológico del ictus y modifica el tratamiento antitrombótico en un tercio de los casos.

ICTUS VERTEBRO-BASILAR TRAS LA MORDEDURA DE UNA VÍBORA

Sánchez Gómez, A. [1]; Villas, M. [1]; Matos, N. [1]; Agüero, D. [2]; Salgado, E. [2]; Amaro, S. [1]; Llull, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Cada año se producen más de 2 millones de envenamientos por mordedura de serpiente y cerca de 50.000 muertes. El veneno de algunas especies puede causar manifestaciones neurológicas. Se han descrito una treintena de casos de ictus isquémico tras mordedura de serpiente. La hipotensión, la hipercoagulabilidad y el daño endotelial se han propuesto como los mecanismos responsables de la isquemia

Material y métodos: Descripción del caso clínico de un paciente con ictus vertebro-basilar ocurrido a las 12 horas de la mordedura de una víbora

Resultados: Varón de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, mordido por una serpiente (víbora áspid -Vipera aspis-) mientras paseaba por el bosque. A las 3 horas de la mordedura presenta malestar general y vómitos por lo que consulta en un centro hospitalario. Doce horas después, inicia de forma brusca disminución del nivel de conciencia, disartria, nistagmo multidireccional y hemiparesia izquierda, procediéndose a intubación y realizándose un TC cerebral simple que no muestra lesiones. Ante la sospecha de neurotoxicidad por envenenamiento, se traslada a nuestro centro para tratamiento. A su llegada, se administra suero antiofídico y se repite la neuroimagen (TC craneal y RM con angio-RM), que muestra un ictus isquémico establecido en territorio vertebrobasilar (hemisferio cerebeloso derecho, protuberancia y mesencéfalo), así como una oclusión del tercio distal de la arteria basilar

Conclusión: Aunque rara, la isquemia cerebral es una complicación de la mordedura de serpiente. Debe realizarse un diagnóstico precoz que permita administrar el suero antiofídico y plantear terapias de reperfusión vascular cerebral

COMPLICACIONES INFECCIOSAS INTRAHOSPITALARIAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR AGUDA

Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Quesada López, M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Torres Alcázar, A. [1]; Andreu Gálvez, M. [2]; Villegas Martínez, I. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Garnés Sánchez, C.M. [3]; Dudekova, M. [4]; Del Amor Espin, M.J. [5]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Giménez De Béjar, V. [1]; Jimeno Almazán, A. [6]; Torres Perales, A.M. [4]; López López, M. [1]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Kahn Mesia, E. [1]; Hernández Hortelano, E. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 5. Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 6. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Analizar las complicaciones infecciosas intrahospitalarias de los pacientes con ictus isquémico/hemorrágico y su influencia en la morbimortalidad.

Material y métodos: Análisis descriptivo siendo la población objeto los pacientes con ictus isquémico/hemorrágico que ingresaron en la unidad de ictus el último año. Se excluyeron los pacientes con ataque isquémico transitorio y aquellos con infecciones al ingreso. Para la gradación de la focalidad neurológica se empleó la escala NIHSS.

Resultados: De los 291 pacientes recogidos, el 11% presentó complicaciones infecciosas, siendo las respiratorias (50%) y urinarias (31,3%) las más frecuentes. Presentaron mayor frecuencia de infecciones intrahospitalarias: a) Los pacientes con hemorragia cerebral (22.7% en hemorrágicos versus 10% en ictus isquémicos). b) Aquellos con mayor focalidad neurológica al ingreso (6-8% de los pacientes con NIHSS<5 al ingreso, frente a un 21% de los pacientes con NIHSS>10, $p<0.05$). Los pacientes con complicaciones infecciosas presentaron mayor tiempo de estancia hospitalaria ($p<0.001$), así como una frecuencia 2,4 veces mayor de exitus que el resto (siendo incluso mayor en aquellos con "infección respiratoria" y "sepsis sin foco aparente").

Conclusión: Una proporción importante de pacientes con ictus presenta complicaciones infecciosas durante el ingreso, siendo en nuestro trabajo la infección respiratoria la más frecuente. Los pacientes con mayor gravedad neurológica al ingreso presentaron mayor frecuencia de complicaciones infecciosas y mayor mortalidad intrahospitalaria. Por ello, consideramos clave la adopción de medidas de vigilancia de aquellos factores que pueden predisponer el desarrollo de infecciones nosocomiales, especialmente en la población con patología cerebrovascular aguda.

NIHSS<10 Y OCLUSIÓN DE GRAN VASO EN LOS TIEMPOS DEL TRATAMIENTO COMBINADO

Valero López, G.; Morales Ortiz, A.; Albert Lacal, L.; Baidez Guerrero, A.E.; Carreón Guarnizo, E.; Garcia-Villalba Navaridas, B.; Cabrera Maqueda, J.M.; Diaz Perez, J.; Navarro Garcia, J.C.; Sanchez-Vizcaino Buendia, C.; Parrilla Reverter, G.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: En los últimos ensayos clínicos la trombectomía mecánica ha demostrado mucha eficacia en el tratamiento del ictus con oclusión en gran vaso. Sin embargo la realización de trombectomía en pacientes con oclusión en gran vaso y clínica moderada-leve es controvertida por el balance riesgo-beneficio. El objetivo de nuestro estudio es valorar el resultado de la intervención y la seguridad del procedimiento en estos pacientes.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo, un análisis univariante y de regresión logística binaria de variables epidemiológicas, clínicas, de seguridad y resultados de la intervención de nuestra muestra de 430 pacientes obtenidos entre mayo de 2010 y Abril de 2016. Dividimos nuestra muestra en torno a una variable pronostica y de gravedad clínica como es el NIHSS tomando como punto de corte un NIHSS preprocedimiento <10 comparándolas con aquellos pacientes con una puntuación NIHSS>=10.

Resultados: El numero de pacientes a los que se les ha hecho trombectomía con NIHSS<10 es bajo. Hay mayor tendencia a realizar trombectomía en pacientes con NIHS baja en los que son mas jóvenes y es mas frecuente que estos pacientes tengan mejor pronostico a los 3 meses y menor mortalidad. Ademas la intervención en estos pacientes no ha demostrado una mayor tasa de complicaciones intraprocedimiento ni de hemorragias sintomáticas post-trombectomia respecto a aquellos pacientes con un NIHSS>10 ni diferencias en cuanto la tasa de recanalización.

Conclusión: El uso de la terapia combinada en aquellos paciente con ictus secundario a oclusión de gran vaso y NIHSS<10 es una terapia segura y con un pronostico favorable.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR AGUDO EN ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DISTAL DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Andres Marin, N. [1]; De la Riva Juez, P. [1]; De Arce Borda, A.M. [1]; Tainta Cuezva, M. [1]; Muñoz Lopetegui, A. [1]; Fernandez Garcia de Eulate, G. [1]; Rodriguez-Antigüedad Muñoz, J. [1]; Martinez Zabaleta, M.T. [1]; Gonzalez Lopez, F. [1]; Diez Gonzalez, N. [1]; Masso Romero, J. [2]; Larrea Peña, J.A. [2]; Navia Alvarez, P. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;
2. Servicio de Radiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: El tratamiento endovascular de los ictus con oclusiones arteriales localizadas a nivel proximal de la circulación anterior ha demostrado ser beneficioso. La indicación de este tratamiento en oclusiones aisladas localizadas en el segmento distal de la arteria cerebral media (segmento M2) no está bien definida. Nuestro objetivo es analizar la eficacia del tratamiento endovascular en las oclusiones aisladas de M2 en términos de recanalización, pronóstico funcional y complicaciones y comparar los resultados con las oclusiones M1

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes que presentaron una oclusión de M2 y que fueron tratados endovascularmente en el H.U. Donostia entre Julio de 2012 y Enero de 2016. Se analizaron porcentaje de recanalización (Escala modificada "Thrombolysis in Cerebral Infarction" TICI >2b), pronóstico funcional al alta y a los 3 meses (Escala Rankin modificada, ERm <2) y complicaciones (transformación hemorrágica sintomática, complicaciones relacionadas con la técnica). Este grupo fue comparado con los pacientes con oclusiones M1

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes con oclusión en M2, con una media de edad de 68.5. Se consiguió recanalización TICI >2b/3 en el 89.5%, con un tiempo medio punción-recanalización de 56.82 minutos. Un paciente presentó transformación hemorrágica sintomática. No hubo complicaciones relacionadas con la técnica. El 73.7% de los casos fueron autónomos a los 3 meses. No hubo diferencias significativas entre los grupos M1 y M2 en eficacia, pronóstico y seguridad

Conclusión: Estos resultados sugieren que el tratamiento endovascular de los pacientes con ictus agudo por oclusión de M2 consigue buenos resultados en términos de eficacia y seguridad

Enfermedades Cerebrovasculares P2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RECANALIZACIÓN EN LA TROMBECTOMÍA INTRARTERIAL MECÁNICA

Cabrera Maqueda, J.M.; Fuentes Rumí, L.; Valero López, G.; Diaz Pérez, J.; Vazquez Lorenzo, J.; Sánchez-Vizcaíno Buendía, C.; Carreón Guarnizo, E.; Morales Ortíz, A.; Albert Lacal, L.; García-Villalba Navaridas, B.; Espinosa De Rueda, M.; Moreno Dieguez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Describir los factores clínicos y de procedimiento que pueden influir en la recanalización exitosa o no de los pacientes con ictus por oclusión de gran vaso tratados con trombectomía intraarterial mecánica (TIAM) así como el impacto de ésta en el pronóstico funcional.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las trombectomías realizadas entre 2010-2016. Se dividieron en dos grupos según Thrombolysis In Cerebral Infarction score: recanalización exitosa (TICI 2b o 3) y no recanalización (TICI menor o igual a 2a). Se analizaron características clínicas de los pacientes, etiología del ictus y severidad según NIHSS, influencia de los tiempos, tratamiento con rTPA y dispositivo usado; asimismo, se evaluó repercusión en la NIHSS tras TIAM, tasa de hemorragia sintomática, así como el pronóstico funcional con la Escala Rankin modificada (mRS) y mortalidad.

Resultados: De los 498 pacientes registrados, 39 (7,8%) no recanalizaron (NR) y 459 (91,6%) recanalizaron exitosamente (RE). La edad (NR Me 74, RE Me 69, p<0,002), el tipo de arteria ocluida (p<0,006), la duración del procedimiento (NR Me 92, RE Me 58, p< 0,01), la diferencia en el NIHSS pre-postprocedimiento (NR Me 2, RE Me 9, p<0,01) y la mortalidad (p < 0,01) mostraron diferencias significativas entre los dos grupos.

Conclusión: La recanalización exitosa es más frecuente en la arteria cerebral media. Los pacientes que no se recanalizan tienen mayor mortalidad. La edad y la duración del procedimiento son mayores en los no recanalizados. La diferencia de NIHSS antes y después del procedimiento es mayor en el grupo que consigue recanalización exitosa.

DEMORA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES DE OTRAS ÁREAS: DRIP&SHIP VS TRASLADO DIRECTO A CENTRO DE REFERENCIA

García Tercero, R.M.; Beltrán Blasco, I.; López Hernández, N.; Gualda Heras, J.; Diaz Urrea, C.; Barredo Benitez, P.; Corona García, D.J.; González Fernández, L.; Llorente Ayuso, L.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Ante un paciente con ictus agudo y oclusión de gran vaso, el modelo drip&ship frente al traslado directo al centro de

referencia son dos opciones con sus ventajas e inconvenientes. Nuestro objetivo es analizar, en nuestro medio, las demoras hasta el inicio del TEV entre ambos modelos y las diferencias en la aplicación previa de fibrinolisis con objeto de identificar áreas de mejora.

Material y métodos: De forma prospectiva se registraron todos los paciente sometidos a TEV en nuestro centro durante el año 2015, excluyendo los procedentes de nuestro departamento, los de inicio indeterminado y aquellos de territorio posterior. Variables recogidas: NIHSS basal, edad, demora hasta TEV, trombolisis iv en hospital previo o en nuestro centro y Rankin a los 3 meses.

Resultados: Un total de 88 pacientes recibieron TEV, de los cuales 46 pacientes cumplían los criterios de inclusión. 19 de ellos fueron traslados secundariamente desde su hospital (edad 63 años, NIHS 16,6) y 27 fueron trasladados directamente (edad 71,7 años, NIHS 16,8), con una diferencia de 47 minutos a favor de los pacientes trasladados directamente (172 m vs 219 m). Un 47% (9/19) de los trasladados desde otro hospital iniciaron allí tratamiento iv, frente a un 60% (16/27) de los trasladados directamente.

Conclusión: En nuestro medio, pese a que el retraso en iniciar el TEV en los pacientes con traslado secundario es menor a lo descrito por otros autores, el porcentaje de pacientes que son trasladados con fibrinolisis previa (drip&ship) es bajo.

¿PODEMOS PREDECIR LA CIRCULACIÓN COLATERAL EN EL ICTUS AGUDO POR LAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES?

Ramos Martín, M.D.C. [1]; Trillo Senin, S. [1]; Martínez Vicente, L. [1]; Alcántara Miranda, P. [1]; Bashir Viturro, S. [1]; Aguirre Hernández, C. [1]; Bárcena Ruiz, E. [2]; Caniego Monreal, J.L. [2]; Vallacieros Alvarez, J. [1]; Zapata Wainberg, G. [1]; Vieira Campos, A. [3]; Fernández Tamayo, A.M. [1]; Ximénez-Carrillo Rico, A. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: La circulación colateral (CC) en el ictus ha sido relacionada con diferentes características de los pacientes con resultados dispares. Nos hemos propuesto analizar la relación del grado de CC con variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas del ictus.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida prospectiva de datos con oclusión de la ACM M1 tratados mediante terapia endovascular (TE) en nuestro centro. La CC fue estimada en imágenes de angio-TC mediante una escala derivada del "Regional Leptomeningeal score" de Menon. Se correlacionó con un total de 58 variables.

Resultados: N= 141. Edad media: 66,3 años (SD: 14,8). Sexo: 57.6% mujeres. Se encontró una correlación significativa entre un menor grado de CC y consumo de tabaco ($p<0.01$), hábito enólico ($p<0.05$), carga de vasculopatía cerebral previa en la escala de Fazekas ($p<0.01$), creatinina en Urgencias ($rho=0.22$, $p<0.01$) y el NIHSS pre-tratamiento ($rho=0.24$, $p<0.01$)). Se asoció de forma significativa una mejor CC con tratamiento con IECAS ($p<0.05$) y ARAII ($p<0.01$), FA ($p<0.01$), mayor temperatura en urgencias ($rho=0.039$, $p<0.05$) y menor infarto inicial en mapa de volumen sanguíneo cerebral (CBV) ($rho=0.29$, $p<0.01$). Mayores niveles de ácido úrico al ingreso se relacionaron con mejor CC ($rho=0.25$, $p<0.01$).

Conclusión: En nuestro estudio la CC se ha relacionado de forma significativa con varios parámetros, siendo la mayor parte de ellos antecedentes previos y por tanto no modificables. Como factores a destacar para futuros estudios hemos encontrado una asociación positiva con el tratamiento con IECAS y ARA II.

TRATAMIENTO DE ANEURISMAS CEREBRALES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ¿SE HA IMPUESTO DEFNITIVAMENTE EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR?

Reig Roselló, G.; Ramos Martin, C.; Martínez Vicente, L.; Villacieros Álvarez, J.; Zapata Wainberg, G.; Trillo Senin, S.; Bárcena Ruiz, E.; Caniego Monreal, J.L.; Nombela Merchán, F.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: El tratamiento del aneurisma cerebral precisa un abordaje multidisciplinar, especializado e individualizado según el paciente. Nos hemos planteado revisar el tratamiento realizado de los aneurismas cerebrales en nuestro centro en los últimos 5 años.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados por aneurisma cerebral, roto o no roto, de 2011 a 2015 en nuestro centro. El tipo de tratamiento fue decidido en sesión multidisciplinar individualizando en los casos de tratamiento no urgente. Se recogieron variables demográficas, clínicas y del procedimiento realizado.

Resultados: N= 219 pacientes. 46,6% tratamiento urgente. 54,4% programado. Tratamiento endovascular 83% y quirúrgico 17% Grupo tratamiento urgente: edad media 58 años (DE 13), 70% mujeres, presentación clínica como HSA 85% y crisis epiléptica 14%, Hunt y Hess mediana 2. Tratamiento endovascular 89%, siendo más frecuente la embolización coils. Un 14% presentaron cuello remanente. Complicaciones del tratamiento 16%. La mortalidad global a los 3 meses fue del 15% y un 29% presentaron un déficit neurológico residual. Un 4% requirió retratamiento. Grupo tratamiento programado: edad media 57 años(DE11), 78% mujeres. Aneurisma incidental en el 78%, Tratamiento endovascular 78%, siendo más frecuente el stent diversor de flujo. Un 15% presentaron cuello remanente. 12 % de complicaciones del tratamiento, el 11% con déficit neurológico asociado. Un 6% requirió retratamiento.

Conclusión: En nuestro centro el tratamiento endovascular es el tratamiento de elección en 9 de cada 10 pacientes, de tratamiento urgente y en 4 de cada 5 pacientes en tratamiento programado. Una mayor facilidad para realizar tratamiento precoz de los aneurismas con esta técnica podría justificarlo.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LAS CAUSAS DEL ICTUS/ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT) DE ETIOLOGÍA CARDIOEMBÓLICA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Torres Alcázar, A. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Quesada López, M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Andreu Gálvez, M. [2]; Giner Caro, J.A. [3]; Villegas Martínez, I. [1]; Fortuna Alcaraz, L. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Garnés Sánchez, C.M. [4]; Dudekova, M. [5]; Hernández Hortelano, E. [1]; Ortega Ortega, M.D. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Kahn Mesia, E. [1]; Torres Perales, A.M. [5]; Giménez De Béjar, V. [1]; López López, M. [1]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Fages Caravaca, E. [1]; Cabello Rodríguez, L. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Estudiar las principales fuentes cardioembólicas en los pacientes con Ictus y AIT en nuestra área de salud.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal, siendo la población objeto los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus (UI) de nuestro hospital (mayo 2015-mayo 2016), seleccionando aquellos que presentaran Ictus/AIT de etiología cardioembólica.

Resultados: Se recogen un total de 77 pacientes con Ictus/AIT cardioembólico (21.04% del total). El territorio vascular más afectado fue el carotídeo (61%), mientras el 11,7% del total presentaron ictus multiterritoriales. Las principales fuentes cardioembólicas fueron: fibrilación auricular (FA) 85.7%, valvulopatía reumática 9.1%, prótesis valvular mecánica 7.8%, flutter 6.5%, IAM>4 semanas (FEVI<28%) 6.5%, trombo aurícula/ventrículo izquierdos 5.2%, insuficiencia cardíaca congestiva (FEVI<30%) 2.6%, seno enfermo 2.6%, miocardiopatía dilatada 1.3%, endocarditis 1.3%, foramen oval permeable 2.6%. El 26% de los pacientes presentaron más de una fuente cardioembólica. Del total de pacientes con FA, el 50% fue diagnosticada de novo (60,6% mediante telemetría (UI) y 39,4% mediante electrocardiograma (ECG-Urgencias)). El 52.38% de los pacientes anticoagulados con antivitamina-K estaban en rango infraterapéutico, y el 42,86% de los tratados con anticoagulantes de acción directa tomaban una dosis infraterapéutica en el momento de sufrir el ictus.

Conclusión: En nuestro trabajo, la causa más frecuente de ictus cardioembólico hallada fue FA (85,7%), si bien 1 de cada 4 pacientes presentó más de una fuente cardioembólica. La telemetría-UI y ECG-urgencias, permitieron diagnosticar a más del 50% de los pacientes con FA/Flutter no conocidos. Respecto a la anticoagulación, más del 50% de los pacientes estaban infratratados en el momento de sufrir el ictus.

FÍSTULAS CARÓTIDO-CAVERNOSAS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE TRES CASOS CLÍNICOS

Blázquez Medina, E. [1]; Aguilar Tejedor, Y. [2]; García Rodríguez, J.R. [1]; Pinar Sedeño, G. [1]; García García, N. [1]; Mirdawood, S. [1]; Castellano Santana, J. [1]; Díaz Díaz, A. [1]; Muñóz García, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Objetivos: Revisión y presentación de tres casos de fístulas carótido-cavernosas en un hospital de tercer nivel: Su forma de presentación, proceso diagnóstico, manejo terapéutico y resultado clínico y angiográfico.

Material y métodos: Presentamos tres casos de fístulas carótido-cavernosas indirectas comentando su forma de presentación clínica, con cefalea, dolor ocular, oftalmoparesia, proptosis, e hiperemia conjuntival fundamentalmente, así como su proceso diagnóstico a través de pruebas de imagen, manejo terapéutico mediante embolización con coils en todos los casos y valoración de los resultados clínicos y angiográficos.

Resultados: En los tres casos el procedimiento de embolización de las fístulas tuvo un resultado satisfactorio desde el primer momento, llegándose al cierre completo de las fístulas carótido-cavernosas, confirmado por arteriografía. Además se evidenció una mejoría clínica con evolución favorable de la sintomatología. Dos de los casos presentaban una oftalmoparesia residual tras el procedimiento, uno de los pacientes fue intervenido de estrabismo y el otro está pendiente de la cirugía.

Conclusión: La embolización con coils resulta un método efectivo para el tratamiento de las fístulas carótido-cavernosas de tipo indirecto, confirmándose una mejoría clínica así como angiográfica, con un resultado favorable en posterior arteriografía de control.

CUANDO EL ACVA NO ES FRECUENTE

Vieira Campos, A.; Urtiaga Valle, S.; Terrero Carpio, R.; Labrador Marcos, S.; Maiso, E.; Martínez Menéndez, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: El ictus infantil presenta una incidencia global de 1,8-13/100000 niños/año, siendo 5-10 veces más frecuente en el período neonatal que postnatal. El de tipo isquémico es más frecuente y su etiología es muy variada, en ocasiones con varios factores etiológicos implicados.

Material y métodos: Se presentan dos casos clínicos.

Resultados: Lactante varón de 7 meses que ingresa procedente de urgencias para estudio de hemiparesia izquierda súbita. Horas antes de los síntomas había sufrido TCE leve y un cuadro catarral sin fiebre el día anterior. Se realiza TAC craneal que muestra calcificaciones puntiformes en zona de ganglios de la base bilaterales. En RM cerebral se observa infarto isquémico agudo en territorio de núcleos lenticular y caudado derechos. AngioRMN cerebral, ecocardiograma, serologías, hipercoagulabilidad y resto de estudio, sin alteraciones. Mujer de 3 meses que presenta desviación fija de la cabeza y la mirada hacia el lado izquierdo. En ecografía trasfontanelar presenta imágenes lineales hiperecogénicas de aspecto ramificado en ambos talamos sugerente de vasculopatía lenticuloestriada. RM craneal con lesión isquémica subaguda en núcleo lenticular y caudado derechos. Estudio vascular del polígono de Willis con disminución de calibre distal de ACM derecha y en vasos lentículoestriados. Resto de estudio etiológico normal.

Conclusión: Se presentan dos casos de lactantes con ictus agudo en ganglios basales asociado con mineralización de las arterias lenticuloestriadas, uno de ellos tras un trauma menor. Se trata de una entidad clínicoradiológica ("angiopatía mineralizante") descrita en varios estudios recientes. Constituye menos del 2% de los ictus isquémicos infantiles pero es una entidad a tener en cuenta.

CASO CLÍNICO: ICTUS CARDIOEMBÓLICO RECURRENTE Y RESISTENCIA AL DABIGATRÁN

Anciones Martín, C.; Vera, R.; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.; Acebrón Sánchez-Herrera, F.; Escobar Villalba, A.; Martínez Poles, J.; Cruz, A.; De Felipe, A.; Matute, C.; Masjuán, J.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Los anticoagulantes directos han mejorado la prevención del ictus cardioembólico en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). No requieren control analítico de su actividad anticoagulante en la práctica habitual dada la estabilidad de sus niveles plasmáticos. El Dabigatrán Etexilato (DE) prolonga cualitativamente el Tiempo de Tromboplastina Parcial activado (TTPa) y cuantitativamente el Tiempo de Trombina (TT).

Material y métodos: Mujer de 78 años con FANV anticoagulada con DE 110 mg/12h, que ingresa por un ictus isquémico cardioembólico, detectado y evaluado tras 12 horas de la última dosis del fármaco, que evoluciona favorablemente. Al alta, se modifica la dosis a 150 mg/12 h con control estricto de su función renal. Tres meses después reingresa por un segundo ictus isquémico y embolia a miembro inferior izquierdo sucesivos, con resolución espontánea de la clínica neurológica y se objetiva un trombo en la orejuela de aurícula izquierda en el ecocardiograma.

Resultados: En ambos ingresos la paciente asegura cumplimiento terapéutico y presenta TTPa normales. El test HEMOCLOT® muestra un TT diluido alargado de forma insuficiente (67.4 seg) a las 2 horas de la toma de DE 150 mg, que revela resistencia parcial al fármaco. Finalmente se decide cambiar a otro anticoagulante a largo plazo y programar cierre percutáneo de orejuela.

Conclusión: La resistencia al DE es infrecuente, pero la debemos considerar en pacientes cumplidores del tratamiento que presentan embolias recurrentes y/o normalidad del TTPa, de cara a modificar la estrategia de prevención secundaria de ictus isquémico por FANV.

AFASIA PARA LENGUAJE DE SIGNOS: LA ANATOMÍA DEL LENGUAJE EN SORDOMUDOS

Anciones Martín, C.; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.; Acebrón Sánchez-Herrera, F.; Guirao Rubio, C.M.; Martínez Ulloa,

P.; Nedkova, V.; Escribano Paredes, B.; Estévez Fraga, C.; Álvarez Velasco, R.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: El lenguaje de signos constituye una forma de comunicación compleja en la que intervienen diferentes sistemas neuronales implicados en el procesamiento visuoespacial y en la producción de un lenguaje gestual fluído. Clásicamente se ha atribuído al hemisferio derecho la función de la interpretación del lenguaje no verbal y al izquierdo el de la producción y comprensión de los elementos verbales. Sin embargo, en sordomudos la gesticulación activa el córtex occipitotemporal y prefrontal, y el giro temporal superior izquierdos; sugiriendo que como en oyentes, la corteza frontotemporal izquierda es la principal responsable de su génesis.

Material y métodos: Mujer de 86 años diestra, sordomuda de nacimiento y usuaria de lenguaje de signos, traída a Urgencias por una compañera también sordomuda por incapacidad para la comunicación con ella. La acompañante refiere que la paciente no entiende sus gestos y que es incapaz de producirlos para hacerse entender inteligiblemente.

Resultados: La resonancia magnética craneal con secuencias de difusión y angio-RMN reveló múltiples lesiones isquémicas en borde posterolateral de núcleo lenticular y cápsula externa izquierda así como a nivel de centro semioval y corona radiata ipsilateral. En las secuencias con angio-RMN se observaba una disminución del flujo en dos ramas anteriores del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda.

Conclusión: Presentamos un caso de una mujer sordomuda con afasia con lesiones en localizaciones atípicas sugiriendo que la producción de lenguaje de signos, implica a un gran número de estructuras neurales cuya lesión resulta en la afectación para la comprensión o emisión del lenguaje gesticulado.

ICTUS DEL DESPERTAR: QUÉ SE DEBE HACER Y QUÉ ES LO QUE HACEMOS

Auzmendi Pinedo, L. [1]; Aguilera Irazabal, B. [1]; Sainz Pelayo, A. [1]; Fernandez Velasco, J.M. [1]; Idro Montes, J.L. [1]; González López, S. [1]; Gorostiza Hormaetxe, I. [2]; Freijo Guerrero, M.D.M. [1]; Rodriguez Antiguedad, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 2. Servicio de Investigación. Hospital de Basurto

Objetivos: Los ictus del despertar(ID) suponen un 20% de los ictus isquémicos y un dilema terapéutico. Estudios con neuroperfusión sugieren que se producen en las horas previas al despertar, por lo que podrían ser candidatos a terapias de reperfusión. Estudiamos los ID y su manejo diagnóstico-terapeútico en nuestra unidad de ictus(UI).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por ID en nuestra UI en 2015. Registramos variables demográficas, NIHSS(inicial/alta), mRankin(basal/alta), angioTC-perfusión(si/no), ASPECTS(<6/≥6), tratamiento inicial(IV/IA/IV+IA/otros). Comparamos las variables según angiotc-perfusión si/no.

Resultados: Incluimos 100(18.2%) pacientes con ID de los 573 ingresos en la UI en el 2015. Edad media(DE): 74,7(11,33). ASPECTS≥6: 96/100(96%), realizándose angiotac-perfusión en 47/96(49%). De estos 47 pacientes, 6(13%) fueron tratados con terapia de reperfusión (5 IV y 1 IA.) con edad media(DE): 83.5(5,8), NIHSS media inicial/alta: 13/1 y mRankin mediana basal/alta: 0/1. Únicamente encontramos diferencias (p<0,05) en NIH inicial: 6/1 en relación con estudio de angiotac-perfusión (si/no).

Conclusión: En nuestro centro, los pacientes con ID a los que no se les realizó TC multimodal tenían una NIH inicial más baja. La evolución de los tratados con terapias de reperfusión fue favorable, pero es necesario aumentar el número de pacientes tratados con las mismas terapias para confirmar dichos resultados. La realización de TAC multimodal en todos los ID permitiría aumentar el número de pacientes que pueden beneficiarse de los tratamientos de reperfusion.

DÉFICIT DE ADA2: CAUSA DE ICTUS EN PACIENTE JOVEN. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS

Gonzalez Fernandez, L. [1]; Barredo Benítez, P. [1]; Betancourt Gomez, L.B. [1]; Corona Garcia, D.J. [1]; Díaz Urrea, C. [1]; Garcia Tercero, R. [1]; Gualda Heras, J. [1]; Torres San Narciso, E. [1]; Aróstegui, J. [2]; López Hernández, N. [1]; Aranda, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: El déficit de ADA2 (DADA2) produce un síndrome caracterizado por inflamación, vasculitis sistémica, ictus de repetición y alteraciones inmunológicas. Presentamos el caso de un paciente con déficit de ADA2 y analizamos las manifestaciones neurológicas de este síndrome.

Material y métodos: Describimos el caso de un varón joven con clínica y genética compatibles y realizamos una revisión de las manifestaciones neurológicas presentadas en los casos existentes hasta la fecha.

Resultados: Varón de 30 años que debuta con una hemorragia intraparenquimatosa a los 22. Posteriormente, sufre un ictus lacunar en 2010 en tálamo izquierdo y 3 nuevos eventos isquémicos en ganglios basales izquierdos en 2011, 2014 y 2015. A nivel sistémico presenta hemorragias digestivas, episodios febriles desde la infancia y una estenosis ureteral intervenida en 1988, encontrando en la biopsia un infiltrado inflamatorio sugestivo de vasculitis. Se realiza un estudio etiológico de ictus extenso que resulta normal, a excepción de una IgM y ADA2 bajas y esplenomegalia. Con estos datos solicitamos el estudio del gen implicado (CECR1) en el DADA2 en el que se encuentran dos mutaciones compatibles. En la bibliografía existen hasta la fecha 58 casos publicados de este síndrome, de los cuales 38 presentan manifestaciones neurológicas: ictus isquémicos (57.8%), neuropatía periférica (31.5%) y hemorragias cerebrales (21%). Se recomiendan diferentes pautas de tratamiento inmunosupresor, entre las que destacan los fármacos anti TNF.

Conclusión: Las mutaciones del gen CECR1 son una causa rara de ictus de repetición. Debemos sospecharla en pacientes jóvenes con ictus y sobretodo, con otras manifestaciones sistémicas de vasculitis.

ICTUS ISQUÉMICO Y POLUCIÓN AMBIENTAL: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA EN LA CIUDAD DE BARCELONA

Avellaneda Gómez, C. [1]; Vivanco-Hidalgo, R.M. [1]; de Ceballos Cerrajería, P. [1]; Zabalza de Torres, A. [1]; Gómez González, A. [1]; Serra Martínez, M. [1]; Basagaña Flores, X. [2]; Wellenius, G.A. [3]; Roquer González, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 2. Servicio de (CREAL). Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental; 3. Center for Environmental Health and Technology. Universidad de Brown

Objetivos: La enfermedad cerebrovascular es una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad. Los factores de riesgo clásicos explican solo una parte del riesgo atribuïble. La polución del aire se ha relacionado con el riesgo de episodios cardiovasculares, pero se desconoce qué papel juega cada contaminante sobre

el riesgo de ictus isquémico (AIS). El objetivo primario fue analizar la relación entre la exposición aguda a carbón negro (BC), NO2 y material particulado 2.5 (PM 2.5) y el AIS, y en el secundario, para las diferentes etiologías (TOAST).

Material y métodos: Estudio caso-cruzado basado en datos de la cohorte prospectiva de ictus BasicMar (2005-2014) y en datos de contaminación atmosférica y meteorológicos obtenidos de estaciones del área de referencia (Barcelona).

Resultados: Se analizaron 3311 casos (hora de inicio conocida, pertenecientes al área de referencia). La edad media fue 75 años (50%, mujeres). La etiología más frecuente fue cardioembólica (32.3%). La mediana (microgr/m3) de PM2.5 fue 17.5, NO2 41 y BC 1.4. Para la ventana de exposición 24 horas no se halló asociación entre PM2.5 ni NO2 y AIS con una OR cercana a 1 (OR=0.99, p=0.604 y OR=1 p=0.816 respectivamente), excepto para BC (OR=1.023, p=0.396). En el análisis por subtipo etiológico, se detectó una asociación entre el BC y la etiología indeterminada (OR=1.124 p=0.053).

Conclusión: En nuestro estudio no se encontró asociación entre la exposición aguda a contaminantes atmosféricos y el AIS. Aunque no estadísticamente significativa, podría haber una relación entre la exposición aguda a BC y el riesgo de AIS de etiología indeterminada.

Enfermedades Cerebrovasculares P3

RESULTADOS DE HOLTER IMPLANTABLE EN ICTUS CRIPTOGÉNICO

Mena Romo, L.; Garcia Malo, C.; Vinagre Aragón, A.; Novo Ponte, S.; Carneado Ruiz, J.; González Santiago, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Determinar factores precipitantes, tiempo y frecuencia de fibrilación auricular (FA) paroxística tras la colocación de Holter implantable en ictus criptogénico en nuestro centro.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con ictus criptogénico y alta sospecha de ictus cardioembólico según clínica o características de neuroimagen. Ausencia de otras etiologías de ictus tras estudio completo incluyendo dúplex-TSA y TC, holter-ECG 24h y ecocardiogragía transtorácica (ETT). Se coloca holter implantable por Servicio de Cardiología recibiendo información online mensualmente. Se estudia la relación entre dilatación de aurícula izquierda (AI) en ETT y extrasistoles supraventriculares (ESV) en holter y detección de FA.

Resultados: Se incluyen 53 pacientes, 59% varones, edad media 64 años. 60% hipertensos, 17% diabéticos, 29% dislipémicos y 32% fumadores. Se detectó FA en 12 pacientes (23%). El momento de detección varió desde 15 días hasta 24 meses, con una media de 6 meses. En el grupo de FA: 5 presentaban AI normal(41%), 3 dilatación leve (25%) y 4 moderada (33%). 21 pacientes presentaron ESV en holter-ECG, detectándose FA en el 52% de éstos. El 92% de pacientes que desarrollaron FA presentaron ESV en holter-ECG, con una mediana de 234 latidos (mínimo 17 y máximo 5287) versus la mediana de 95.5 latidos (mínimo 15 máximo 9777) de ESV en pacientes sin FA.

Conclusión: La media de tiempo transcurrido hasta la detección de FA es altamente variable, siendo difícil establecer un límite de tiempo para mantener el dispositivo. La presencia de ESV tiene importante valor predictivo de desarrollo de FA, incluso mayor que las alteraciones estructurales en la AI.

EMBOLIA PULMONAR POR MIGRACIÓN DE GLUE

Pérez Pérez, A. [1]; Silva Hernández, L. [1]; Romeral Jiménez, M. [1]; Toledo Alfocea, D. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Moreu Gamazo, M. [2]; Rosati, S. [2]; Gómez-Escalonilla Escobar, C.I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las fístulas arteriovenosas (FAV) piales son malformaciones en las que las arterias drenan a un único canal venoso, careciendo de un nido verdadero. La embolización de dicha lesión con agentes líquidos es una de las principales opciones terapéuticas. La mayoría de las complicaciones relacionadas con esta técnica ocurren en la circulación cerebral, siendo raras las relacionadas con la migración del material a la circulación sistémica. Presentamos un caso de embolia pulmonar por migración de pegamento a la circulación sistémica tras la embolización de una FAV.

Material y métodos: Mujer de 32 años, sin antecedentes relevantes que tras la realización de una RM cerebral por galactorrea, se evidencia una FAV pial dependiente de la arteria cerebelosa posteroinferior y de la arteria cerebelosa superior izquierdas, con drenaje a vena supravermiana cerebelosa precentral con hidrocefalia secundaria por compresión del acueducto de Silvio. Se realiza tratamiento endovascular con embolización completa con pegamento, visualizándose en las series finales paso de una pequeña cantidad de dicho material a la vena.

Resultados: Después del procedimiento, presenta disnea con taquicardia sinusal en el electrocardiograma e hipoxemia con alcalosis respiratoria en la gasometría arterial. Se realiza angio-CT de arterias pulmonares que objetiva obstrucción de una arteria segmentaria pulmonar izquierda por material hiperdenso, con infarto pulmonar asociado.

Conclusión: Aunque la embolia pulmonar por migración de pegamento tras un tratamiento endovascular cerebral es una complicación rara, ésta debe considerarse cuando el paciente presente una clínica e imagen compatibles. Destacando la hiperdensidad del material embólico como hecho característico en el estudio de imagen.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ACODS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ICTUS ISQUÉMICO: EXPERIENCIA CLÍNICA EN NUESTRO CENTRO

Fernández Valiente, M.; Monteagudo Gómez, M.; Rojas Bartolomé, L.; Sánchez Larsen, Á.; Hernández Fernández, F.; García García, J.; Ayo Martín, Ó.; Segura Martín, T.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: Los ACODs son una alternativa terapéutica a los antagonistas-vitamina K en la prevención del embolismo asociado a FA. Además de comodidad posológica, presentan mucha menor frecuencia de complicaciones hemorrágicas intracraneales. Sin embargo, se ha cuestionado su eficacia y seguridad fuera del escenario de los ensayos clínicos. No existe apenas experiencia publicada sobre su utilidad en prevención secundaria (PS) en vida real.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo; recogemos pacientes con ACODs como PS de ictus, atendidos en la unidad PCV de nuestro hospital, en los últimos 39 meses, con seguimiento clínico de al menos 3 meses. Se recogieron datos epidemiológicos, de indicación, escalas CHADs2-HASBLED y complicaciones hemorrágicas. Comparamos los resultados de seguridad y eficacia con estudios pivotales (p.e. ROCKET-AF-ictus, recurrencia 2.79%pacientes/año; hemorragias clínicamente significativas 13.31%pacientes/año; hemorragias mayores 3.13%pacientes/año, HIC 0.59%pacientes/año).

Resultados: 179 casos, mujeres 44.13%. 65% rivaroxaban, 31% apixaban, 4% dabigatran. Seguimiento medio 15 meses. Edad 77 años mediana. Anticoagulación de novo en el 67.6%. HASBLED 3(mediana). CHADs2 3(mediana). Inicio de la ACO 4 días (mediana) tras ictus (rango 1- 90). Se documentaron 7 recurrencias (3.13%pacientes/año), 21 hemorragias clínicamente significativas

(9.38%pacientes/año), 3 mayores (1.34%pacientes/año) y 1 HIC (0.44%pacientes/año). Existieron importantes diferencias entre distintos ACODs, que se comentarán en la comunicación.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que los ACODs son fármacos seguros y eficaces, con perfiles en vida real incluso más favorables que los publicados en estudios pivotales, pese a ser utilizados precozmente tras el ictus, en población más anciana con HASBLED-CHADs2 más elevados. Además, pudiera existir un perfil idóneo de uso diferente para cada ACOD.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PREVIO CON ESTATINAS Y DE LOS NIVELES DE COLESTEROL EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ICTUS TRATADOS CON FIBRINÓLISIS INTRAVENOSA

Barragán Prieto, A. [1]; Portilla Cuenca, J.C. [1]; Yerga Lorenzana, B. [1]; Duque Holguera, M. [1]; Martín González-Haba, P. [2]; Caballero Muñoz, M.D.M. [1]; Jimenez Caballero, P.E. [1]; Casado Naranjo, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 2. Servicio de Medicina. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: La relación entre los niveles de colesterol y el tratamiento previo mediante estatinas con la evolución del ictus isquémico (II) es controvertida. Nuestro objetivo es evaluar la evolución de los pacientes tratados con rtPA intravenoso atendiendo al nivel de colesterol y al uso de estatinas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Analizamos las características basales, niveles de colesterol, tratamiento previo con estatinas, características del ictus, y evolución según: diferencia NIHSS basal y 2 horas tras rtPA (dNIHSS), transformación hemorrágica en <36h (Th), mortalidad hospitalaria y situación funcional a 90 días. Diferenciamos GA: no estatinas y GB si estatinas. Utilizamos test Chi2 para las variables cualitativas y T de Student o no paramétricas para las cuantitativas. Realizamos análisis de regresión para las variables pronósticas.

Resultados: Incluimos 310 pacientes. Encontramos diferencias en edad (66,4±13,4 vs 71,6 ±9,7, p0,001), niveles de colesterol total (180,5±42,4 vs 163,2±33,2, p0,0006), hipertensión arterial (55,2% vs 69%, p<0,0001), diabetes mellitus (18,6% vs 43,8%, p<0,001), dislipemia (23,5% vs 76,5%, p<0,001) y cardiopatía isquémica (11,3% vs 37,1%, p<0,001). La NIHSS basal fue similar (13,6±5,7 vs 14,5±6,4, p0,27). Excepto una tendencia en la Th (14% vs 22,5%, p0,07) no observamos diferencias significativas en el resto de variables pronósticas. El nivel de colesterol se asoció de forma negativa con la dNIHSS [ß -0,02 (-0,03;-0,04)].

Conclusión: En nuestra serie el tratamiento previo con estatinas no se asoció a diferencias en la evolución de los pacientes tratados con rtPA, excepto una tendencia a mayor sangrado intracraneal. Los niveles de colesterol se asociaron a una peor respuesta clínica precoz.

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS Y NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Labandeira Guerra, C.; Vicente Alba, P.; Fernández Pérez, M.J.; Martínez Hervés, H.; Moreno Carretero, M.J.; Maciñeiras Montero, J.L.; Alonso Losada, M.G.; Álvarez Rodríguez, E.; Bellas Lamas, P.; Fraga Bau, A.; Koukoulis Fernández, A.; Aguado Valcarcel, M.; Andrade Grande, C.M.; Muñoz García, D.; Sánchez Herrero, J.; Romero López, J.; Castro Vilanova, M.D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivos: La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es una entidad infrecuente y grave, de presentación clínica heterogénea y etiologías diversas. Revisamos los casos recogidos en nuestro centro en los últimos veinte años.

Material y métodos: Se estudian de forma retrospectiva los pacientes adultos diagnosticados desde 1995 hasta abril de 2016, analizando factores predisponentes, características clínicas, comorbilidad, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados: Se analizaron 38 pacientes; 24 mujeres (63,2%) y 14 varones (36,8%), con una mediana de edad de 42.5 años (IQR 32.5 51,50). Los factores predisponentes más frecuentes fueron tratamientos hormonales (28.9%) y anemia (42.1%). 10 de las 24 mujeres (41,7%) seguían tratamiento con anticonceptivos orales, 2 estaban embarazadas y otra en puerperio. Se realizó estudio de trombofilia al 67,7% de los pacientes, siendo positivo en un 21,4 % de los casos. La clínica inicial más frecuente fue la cefalea (76,3%), seguido de focalidad motora (44,7%). La RM fue el método diagnóstico más utilizado, siendo el TC el método diagnóstico inicial en un 50% de los casos. El seno longitudinal superior fue el más frecuentemente afectado (52,6%). No se demostró correlación entre la localización de la trombosis y la clínica, salvo en los casos con afasia. Se registraron complicaciones durante el ingreso hospitalario en 21 casos (56,6%), incluyendo tres pacientes que fueron exitus (8.1% del total).

Conclusión: La TSVC es una enfermedad infrecuente y multifactorial, con elevada morbi-mortalidad que debemos tener en cuenta ante un cuadro de cefalea persistente, en especial en mujeres que reciben tratamiento hormonal. La resonancia magnética es el principal método diagnóstico.

CALIDAD DE VIDA Y HÁBITOS TÓXICOS TRAS EL ICTUS ISQUÉMICO: EVOLUCIÓN Y REPERCUSIÓN DE LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS

Aguilera Irazabal, B. [1]; Auzmendi Pinedo, L. [1]; Idro Montes, J.L. [1]; Ochoa de Castro, A.I. [1]; Fernandez Velasco, J.M. [1]; Sainz Pelayo, A. [1]; Gorostiza Hormaetxe, I.R. [2]; Freijo Guerrero, M.D.M. [1]; Rodriguez-Antigüedad Zarrantz, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 2. Unidad de Investigación. Hospital de Basurto

Objetivos: El cese de hábitos tóxicos(HT) es una medida importante en la prevención secundaria del ictus junto con otros cambios del estilo de vida.Todo ello, junto con las secuelas (físicas y psicológicas), influyen en la calidad de vida(CV) de los pacientes. Estudiamos los cambios en los HT, la repercusión de las recomendaciones médicas en ellos y la CV percibida por los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional de todos los pacientes ingresados en Neurología con Ictus isquémico/AIT entre Enero-Mayo del 2015.Registramos:sexo, edad, NIH al alta(NIHA), mRankin al alta(MRA), a 3 meses(MR3), tabaco y alcohol(si/no) y unidades/día al ingreso y 3 meses, razón de reducción HT: voluntad propia(VP), orden médica(OM), ambas(A), otras(O); razón no reducción HT: falta de voluntad(FV), ausencia de orden médica(AM), ausencia de métodos de ayuda(AMA) y resultados de la ECVI-36 a los 3 meses. Analizamos la relación entre las variables con el cese de HT.Empleamos ANOVA comparando variables cuantitativas y Chi2 Pearson o Fisher para categóricas.

Resultados: n=126.Edad media(DE):75,1(11,9);mujeres:66(52,4%); Tabaco:23(18,3%); Alcohol:47(37,3%), NIHA:0; MRA:1;MR3:1. Reducción de tabaco:16(69,6%);VP:4(25,0%),OM:4(25,0%),A:7(43,8%),O:1(6,3 %). No reducción: FV:5(71,4%), AM: 1(14,3%),AMA:1(14,3%). Reducción alcohol:21(44,7%);VP:10(47,6%),OM:4(19,0%),A:7 (33,3%). No reducción:FV:3(11,5%),AM:20(76,9%), AMA:1 (3,8%). ECVI-36:Afectación estado físico:31,2%(Leve:20%); Afectación emocional:58,4%(Leve: 41,6%); Afectación sentimental:42,4%(Leve: 24,8%) Únicamente encontramos asociación significativa entre reducción del tabaco con sexo femenino y MRA mayor.(P<0,05).

Conclusión: Necesitamos estrategias para aumentar el abandono de los HT en nuestros pacientes, especialmente el alcohol. Las secuelas y el sexo femenino se asocian a una mayor disminución de los HT. El aspecto emocional repercute en la CV independientemente de las secuelas físicas. El reconocimiento y apoyo en este sentido mejorarían la calidad de la atención a nuestros pacientes.

SHUNT DERECHA-IZQUIERDA: INFLUENCIA DE LA DEPENDENCIA DE VALSALVA

Torres Alcázar, A.D.; Espinosa Oltra, T.; Sánchez Villalobos, J.M.; Quesada López, M.; Díaz Jiménez, I.; Dudekova, M.; Fuentes Ramirez, F.; Garnes Sanchez, C.; Hernandez Martinez, J.J.; Guzmán Martín, A.; Lopez Lopez, M.; Soria Torrecillas, J.J.; Giménez De Bejarr, V.; Tortosa Shanchez, T.; Pérez Vicente, J.A.

Servicio de Neurología. Hospital U. Santa Lucía

Objetivos: Analizar la influencia de la dependencia de valsalva (estudio de shunt derecha-izquierda) sobre la valoración del paciente con enfermedad cerebrovascular.

Material y métodos: A partir de una serie hospitalaria de pacientes atendidos en el laboratorio de neurosonología para la realización de un estudio de shunt en el contexto del proceso diagnostico de la enfermedad cerebrovascular, se obtiene edad, genero, sospecha etiológica de embolismo paradójico, recidiva y presencia de factores de riesgo vascular. El estudio neurosonológico se realiza según protocolo habitual, diferenciando la magnitud de la comunicación así como la dependencia de la maniobra de valsalva. Para analizar la asociación entre la dependencia de valsalva y el resto de variables se ha realizado la prueba de Chicuadrado de Pearson.

Resultados: De un total de 116 pacientes, se obtiene una muestra de 60 pacientes con shunt positivo (neurosonológico o ecocardiográfico). Un 45% sufrió un evento carotideo, 35% vertebrobasilar y 8.3% en ambos territorios, 8.4% tienen lesiones silentes y un 3.3% tuvieron evento no cerebral. En el 56.7% hay una alta sospecha el embolismo paradójico como causa. La dependencia de valsalva se asocia con la sospecha de embolismo paradójico de manera significativa ($X2(2)=8.179$, $p=0.017$), pero no con el riesgo de recidiva ($X2(2)=0.888$, $p=0.642$). Al analizar solo los shunt de grado significativo, la asociación se mantienen ($X2(1)=4.012$, $p=0.045$). Ni genero, edad y presencia de factores de riesgo vascular se asocian con la dependencia de valsalva.

Conclusión: La dependencia de valsalva, detectable mediante estudio neurosonológico, influye en la sospecha del embolismo paradójico como etiología del evento cerebrovascular.

VALIDACIÓN DEL SISTEMA COAGUCHEK EN EL MANEJO DEL CÓDIGO ICTUS

Cardona Portela, P. [1]; Cayuela Caudevilla, N. [1]; Lara Rodriguez, B. [1]; Quesada García, H. [1]; Valero Politi, J. [2]; Rubio Borrego, F. [1]; Martinez Yélamos, A. [1]; Escrig Avellaneda, A. [1]; Bardes, I. [3]; Castro, M.J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Bioquimica. Hospital Universitari de Bellvitge; 3. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Los sistemas de determinación de la coagulación point-of-care (Coaguchek) pueden ser de utilidad en la valoración en urgencia de los códigos ictus. Su validación con los resultados de la analítica no se han establecido en código ictus.

Material y métodos: Analizamos 1232 pacientes consecutivos activados como código ictus que fueron evaluados con Coaguchek en la primera valoración en urgencias en los últimos dos años. Comparamos sus resultados con los obtenidos en el laboratorio de urgencias. Determinamos la diferencia de tiempo en obtener los resultados con ambos sistemas.

Resultados: Las diferencias en los valores INR del Coaguchek y del laboratorio fue de tan solo 0.07. El tiempo medio de espera entre los resultados del Coaguchek y el de la analítica fue de 46+/-9 minutos En 135 pacientes se obtuvieron unos valores de INR>1.70 en Coaguchek. El 92% de estos valores se correspondían con los resultados de INR del laboratorio de urgencias con una variabilidad del 0.20, la mayoría de ellos pacientes anticoagulados. En 8% restante la mitad presentaban falsas elevaciones del INR que se desvelaron tras segunda determinación con Coaguchek y en los restantes se determinó mediante la analítica. Estos falsos positivos acontecieron en los primeros 5 meses del uso del sistema.

Conclusión: El uso de sistemas point-of-care en urgencias permiten una determinación inmediata y fiable de los tiempos de coagulación. Su utilización en los servicios de emergencias requiere una mínima formación para evitar falsos positivos que no afectan a la seguridad del uso tratamiento trombolítico y permitirá acortar los tiempos puerta-aguja de la trombolisis.

APORTACIONES ASISTENCIALES Y ECONÓMICAS DE UNA CONSULTA PILOTO DE NEUROSONOLOGÍA

de la Cruz Cosme, C. [1]; Salinas Iñigo, E. [1]; Ortigosa Arrabal, M.D.L.P. [2]; Márquez Martínez, M. [1]; Romero Acebal, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 2. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: Los estudios neurosonológicos siguen en manos de radiología en un buen número de hospitales españoles. Se pretende valorar las aportaciones y las posibilidades de dimensionamiento de una consulta piloto de neurosonología (CNS).

Material y métodos: Se realiza un análisis observacional retrospectivo de la actividad de una CNS vespertina y bimensual (8 horas/mes), tras 1 año de funcionamiento asumiendo los estudios procedentes de 1/10 consultas generales (CG) y de dudas angioRM/TC al alta de hospitalización (AH) de 1/3 facultativos. Se consideran 15 variables, enumeradas en resultados. Se plantea un análisis de costes.

Resultados: n=81. Hombres 53 (65%). Edad media 63 años. Prevalencia de hipertensión arterial 54%, dislipemia 37%, diabetes 30%, tabaquismo 25%. Procedencia: 81.5% de CG y 18.5% de AH. Motivo: 75% despistaje, 25% dudas en angioRM/TC. Contraindicación angioRM/TC: 10%. Nula ventana temporal: 12%. Resolución diagnóstica: 88% de casos. Modificación diagnóstica y terapéutica: 25% y 18.5%, respectivamente. Corrección del resultado radiológico: 21% de casos. Se detectaron 20 estenosis no informadas en angioRM/TC. La actividad supuso un ahorro de hasta 7.320 €, para ese 10% de las necesidades ambulatorias asumido por la CNS, y hasta 7.531 € para la resolución de dudas de 1/3 casos de hospitalización.

Conclusión: La CNS es resolutiva, lleva a modificaciones tanto diagnósticas como terapéuticas en beneficio del paciente, y corrige e incrementa hallazgos respecto a las pruebas radiológicas. Además, es coste-efectiva, con un margen anual potencial, sólo en actividad ambulatoria, de hasta 95.793 €/año para afrontar sus gastos (previstos máximos el año de implementación al 100% y adquisición del equipo: 61.414.8€).

RELACIÓN ECOGRÁFICA-HISTOLÓGICA EN PLACAS DE ATEROMA CAROTÍDEAS TRATADAS MEDIANTE ENDARTERECTOMÍA

Ruiz Ares, G.; Alba, E.; Ruiz Bravo-Burguillos, E.; Mendieta Azcona, C.; Fuentes, B.; Riera Del Moral, L.; Alonso de Leciñana Cases, M.; Fernández Heredero, A.; Martinez Sanchez, P.; Báez Martínez, E.M.; Díez Tejedor, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Las características ecográficas de las placas de ateroma se han correlacionado con su composición aunque, el principal parámetro para la indicación de endarterectomía carotídea es el grado de estenosis. Nuestro objetivo fue analizar las características histológicas de placas de ateroma obtenidas mediante endarterectomía carotídea y relacionarlas con su aspecto en la ecografía diagnóstica.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes con estenosis mayor del 70% que hayan sido valorados mediante ecografía doppler-color carotídea a los que se trató con endarterectomía incluídos en un periodo de 15 meses en un hospital terciario. Se registraron características demográficas y FRV. Se analizó la descripción ecográfica mediante análisis visual de las placas de ateroma y se relacionó con sus características histológicas.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes, 11 (84,6%) con carótidas consideradas sintomáticas, edad media de 67,9 años (DS 10,6), 12 hombres (92,3%). Mediante ultrasonidos se observó superficie irregular en 7 (63,6%) casos, textura heterogénea en 8 (72,7%), sangrado intraplaca en 1 (9,1%) y ninguna úlcera. En 7 (63,6%) casos predominó el contenido cálcico (ecogénicas). Nueve placas se consideraron inestables y 3 vulnerables. El estudio histológico reveló superficie regular en todos los casos y hemorragia intraplaca en 5 (38,5%), calcificación importante en 6 (46,2%), actividad inflamatoria escasa en 6 (46,2%) y moderada en 1 caso (7,7%). La presencia de calcificación marcada se asoció con cápsula fina (p=0,030).

Conclusión: Las características anátomo-patológicas de las placas de ateroma carotideas muestran mayoritariamente signos de estabilidad. Su correspondencia con el análisis visual en ecografía parece escaso.

EL ICTUS ISQUÉMICO EN EL PACIENTE JOVEN. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV)

López López, M.; Dudekova, M.; Espinosa Oltra, T.; Garnes Sánchez, C.; Guzmán Martín, A.; Torres Alcazar, A.; Sánchez Villalobos, J.; Quesada López, M.; Tortosa Sánchez, T.; Fortuna Alcaráz, L.; Ortega Ortega, M.; Fages Caravaca, E.; Hernández Hortelano, E.; Giménez de Bejar, V.; Soria Torrecillas, J.; Villegas Martínez, I.; Pérez Vicente, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Determinar la prevalencia de los FRCV en la población joven con ictus isquémico en Cartagena.

Material y métodos: A través de un estudio observacional retrospectivo, se analizaron las historias de los pacientes jóvenes ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital Santa Lucía con diagnóstico clínico de ictus isquémico o AIT, durante el periodo bianual 2013-2014. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables.

Resultados: En los años 2013 y 2014 fueron atendidos por ictus isquémico un total de 889 pacientes (436 y 453 respectivamente). De ellos 29 en 2013 (6.6%) y 33 en 2014 (7.3%), un total de 62 pacientes (7%) eran menores de 50 años. La edad media de los pacientes era de 43,32 ± 5,77. El 41,9% eran mujeres y el 58,1% hombres. El orden final de los FRCV en nuestra muestra por orden decreciente fue dislipemia 56,5%, tabaquismo 53,23%, HTA 41,94%, consumo de alcohol 20,97%, diabetes 16,13%, obesidad y consumo de tóxicos ambas un 12,90% y SAHOS un 3,23%.

Conclusión: Tradicionalmente el ictus isquémico en adultos jóvenes estaba relacionado con factores de riesgo inhabituales en otras edades de la vida, sin embargo en los últimos años, hemos asistido a una notable disminución, sin precedentes en la edad media de aparición del ictus isquémico en la población joven, lo que se debe fundamentalmente un aumento en los FRCV clásicos en esta población. Nuestra muestra es superponible al resto de grades series. La identificación de los FRCV representan a día de hoy un papel clave en la busca etiológica del ictus.

ESTUDIO RETROSPECTIVO Y ANALÍTICO DE DISECCIÓN DE CAROTIDA INTERNA EXTRACRANEAL ESPONTÁNEA (DCIEE)

Díaz Pertuz, E.D.; Mayor, S.; Altuna Azkargorta, M.; Muñoz, R.; Camara Marcos, M.; Gallego Culleré, J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Describir las características clínicas, evolutivas y pronosticas de pacientes diagnosticados con DCIEE valorados por Neurología en el CHN.

Material y métodos: Seleccionados pacientes con DCIEE entre el 2000 y 2016, y diagnosticados mediante angio-RM, angio-TC y/0 Doppler. Recogidos variables demográficas, clínicas y radiológicas. Realizado estudio descriptivo y analítico univariante mediante Chi-cuadrado y T- Student de variables asociadas a pronóstico funcional desfavorale al alta, y a los 3 meses, definido como mRankin >=3, frente a <3. para definir el pronóstico funcional al alta y a los 3 meses utilizando las escalas NIHSS y mRankin. Datos expresados como media, desviación estandar(DE) y diferencia de medias(dm).

Resultados: Estudiados 30 pacientes con edad media 51,6 años. Hombres 73,3%. 46,7% HTA, 26,7% dislipemia y 6,7% fumadores. 70% presentó ictus y 26,7% síndrome oculo-simpático. Estenosis significativa 36,7% y oclusión de ACI en 26,7%. Dolor cervico-cefálico 46,7%. Tratamiento antiagregante al alta en 66,7%. mRankin basal 0 en todos. mRankin >=3, 40% y 23.3% al alta y 3 meses respectivamente. Las variables asociadas en univariante con evolucion desfavorable al alta fueron: NIHSS-ingreso, dm9 (IC95%4-14), oclusión carotídea, OR6,67(1,01-44,10) y presencia de ictus, OR2,22(1,34-3,61). A los 3 meses se asoció: Ictus OR1,7(1,14-2,53), NIHSS-ingreso, dm3 (2-16) y NIHSS-alta, dm9 puntos (2-17) y el mRankin-alta OR 8(1-50). Tratamiento al alta no obtuvo significancia estadística asociado a pronóstico en 3 meses. Una recurrencia.

Conclusión: Sólo el NIHSS al ingreso, presencia de ictus y oclusión carotídea se asociaron a un pronóstico funcional desfavorable al alta mientras que a los 3 meses, la oclusión carotídea no alcanzó significancia estadística.

Enfermedades Cerebrovasculares P4

SIPIA PROYECT: STROKE INDUCED PNEUMONIA IN ANDALUSIA: VALOR PREDICTIVO DEL TEST ACUTE STROKE DYSPHAGIA SCREEN (ASDS) EN LA NEUMONÍA ASOCIADA AL ICTUS

Pardo Galiana, B. [1]; Zapata, E. [1]; Moniche, F. [1]; Escudero, I. [1]; Prieto León, M. [1]; Vega Salvatierra, Á. [1]; Uclés Cabeza, Ó. [2]; Jiménez Hernández, M.D. [1]; Ollero Ortiz, Á. [3]; Sánchez García, J.A. [4]; De Francisco, D. [5]; Gamero García, M.Á. [6]; Quesada García, M.Á. [6]; Romera Tellado, M. [7]; De la Cruz Cosme, C. [8]; Sanz Fernández, G. [9]; Montaner, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Facultad de Medicina Sevilla; 3. Servicio de Neurología. Hospital Serrania de Ronda; 4. Servicio de Neurología. Hospital Regional de Málaga; 5. Servicio de Neurología. Hospital de Jaén; 6. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 7. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme; 8. Servicio de Neurología.

Hospital Virgen de la Victoria; 9. Servicio de Neurología. Hospital Juan Ramón Jiménez

Objetivos: Estimar en nuestro medio la validez del Test ASDS como screening de disfagia, y su correlación con la infección respiratoria (IR) asociada al ictus.

Material y métodos: Pacientes con ictus isquémico o hemorrágico de <24 horas de evolución, reclutados de forma consecutiva en un estudio prospectivo y multicéntrico realizado en 6 hospitales andaluces. Se evaluaron factores clínicos, demográficos, la positividad del test ASDS así como la aparición de IR en los pacientes incluidos.

Resultados: Incluimos 201 pacientes [Octubre de 2014-Mayo 2016], con una edad media de 73 años, la mayoría hombres (64.4%), con ictus isquémico (82.4%). La tasa de IR durante el ingreso fue del 15.5%. El ASDS detectó un 64.4% de disfagia. La positividad del test de screening se asocia a mayores tasas de IR (90 % vs 9.7%, p=0.001) en los pacientes con ictus. Así mismo, este estudio muestra la asociación entre IR y la presencia del ítem parálisis facial del ASDS (74.2% vs 25.8%, p=0.004). La IR aparece de forma más precoz en pacientes con bajo nivel de conciencia (p=0.017). Nuestros valores de Sensibilidad (100%) y Especificidad (62.3%) fueron similares a los del test original. El test del agua muestra una elevada especificidad para detectar disfagia.

Conclusión: En nuestra cohorte, el ASDS es un test de Screening sencillo, eficaz y suficiente para detectar disfagia en pacientes con ictus. Su positividad nos permite identificar a pacientes con mayor riesgo de presentar IR.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON ICTUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2014

Triguero Cueva, L.; Gillén Martinez, V.; Blanco Madera, S.; Andreo Jimenez, F.J.; Calle Calle, R.; Carnero Pardo, C.; Maestre Moreno, J.F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Analizar la mortalidad intrahospitalaria asociada a ictus en un hospital andaluz de tercer nivel.

Material y métodos: Análisis de informes de alta con diagnóstico de ictus en 2014 con mortalidad como variable dependiente, relacionándola con variables demográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyen un total de 633 pacientes con diagnóstico de ictus (123 defunciones, 19.4%); 233 hemorrágicos, 36.8% del total (67 defunciones; 10.5% del total, 28.7% de los hemorrágicos); 400 isquémicos, 63.2% del total (56 defunciones; 8.8% del total, 14% de los isquémicos). Edad media±DE global de 68.6±14.5 años; 42.8 % mujeres (71.7±14.3) y 57.2% hombres (66.4±14.3). En el análisis multivariable, las variables asociadas a mortalidad por ictus son la edad (73.9±13.7 en los fallecidos frente a 67.4±13.7 en los no-fallecidos), ictus hemorrágicos frente a ictus isquémicos (OR 1.7), pluripatología (OR 3), anticoagulación con anti-vitaminaK al ingreso (OR 2.9) y severidad del ictus (NIHSS ≥15, OR 5.5). No se obtiene asociación entre mortalidad y sexo, HTA, FA, DM, dislipemia, valvulopatía. De forma global no existe asociación entre el tipo de ictus (isquémico carotídeo, isquémico vértebro-basilar, hemorragia intra-cerebral y hemorragia subaracnoidea) y mortalidad.

Conclusión: La edad, el ictus hemorrágico, la severidad del ictus y la anticoagulación con anti-vitaminaK son las variables que han demostrado asociación con la mortalidad en nuestro estudio. Serían necesario analizar con mayor profundidad la asociación entre anti-vitaminaK e ictus fatal.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON UN SISTEMA ROBÓTICO HÍBRIDO PARA LA REHABILITACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR

Dimbwadyo Terrer, I. [1]; Carrasco Tanarro, L. [1]; Resquin, F. [2]; Gonzalez, J. [2]; Ibañez, J. [2]; Alves, S. [3]; Gonzalez Alted, C. [4]; Bruneti, F. [5]; Pons, J.L. [2]

1. Servicio de Occupational Thinks Research Group. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Universidad Autónoma de Madrid; 2. Servicio de Spanish National Research Council. Neural Rehabilitation Group of the Spanish National Research Council, Madrid, Spain; 3. Servicio de Terapia Ocupacional. Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC); 4. Servicio de Rehabilitation. Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC); 5. Servicio de Catholic University of Asunción. Catholic University of Asunción, Paraguay

Objetivos: Estudiar la satisfacción y esfuerzo percibido de personas tras un ictus con un sistema robótico híbrido para la rehabilitación del miembro superior.

Material y métodos: El estudio incluyó 5 pacientes (2 mujeres y 3 hombres) con ictus hemorrágico, edad media de 42,40±20,05 años, con dominancia derecha y 17,40±14,36 meses desde la lesión. La asistencia al movimiento fue dada por el exoesqueleto Armeo Sprong (Hocoma, Suiza), que compensaba el peso del brazo afecto, y el estimulador Int FES (Technalia, España), que ayudaba a los pacientes a realizar la tarea de alcance estimulando los músculos deltoides anterior y tríceps. Los usuarios llevaron a cao 3 sesiones/1 semana de 1 hora y media aprox. Para evaluar la aceptación y motivación de los usuarios se utilizaron las escalas Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology 2.0 (QUEST) y Self Assessment Manikin (SAM). La escala de esfuerzo percibido de Borg se utilizó para valorar el esfuerzo de los usuarios durante las sesiones.

Resultados: En el QUEST se obtuvo un resultado de 4,6±0,55 sobre 5 en la satisfacción general con el sistema. El test SAM mostró resultados de 7,8±1,79/9 en placer 5,2±0,45 enexcitación y 7,4±1,67/8 en dominancia. La media del test Borg fue de 12,20±0,45, 13,20±3,70 and 13±3,24 en cada uno de los días respectivamente.

Conclusión: El sistema robótico híbrido a mostrado alta satisfacción y aceptación por parte de los usuarios. Así mismo, los pacientes encontraron la tareas propuestas algo difíciles, pero no lo suficiente como para interrumpir el entrenamiento ocn el sistema.

ENCEFALOPATÍA POR CONTRASTE TRAS TROMBECTOMÍA: POSIBLE RELACIÓN CON EL DAÑO ENDOTELIAL

Bashir Viturro, S. [1]; Trillo Senin, S. [1]; Ramos Martín, M.C. [2]; Martinez Vicente, L. [1]; Aguirre, C. [1]; Bárcena Ruiz, E. [3]; Ximénez-Carrillo Rico, A. [1]; Vivancos Mora, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Presentar una serie de pacientes que desarrollaron encefalopatía por contraste asociada a daño endotelial (ECDE) tras trombectomía, y analizar las posible variables asociadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con recogida prospectiva de datos de casos consecutivos de ECDE (definido como deterioro neurológico y extravasación de contraste en TC con posterior resolución en imagen de control) en pacientes con ictus isquémico agudo tratados con trombectomía entre diciembre 2010 y marzo 2016, con revascularización exitosa. Se compararon con pacientes tratados durante el mismo periodo que no presentaron ECDE. El análisis se realizó mediante tests no paramétricos (Prueba U de Mann-Whitney).

Resultados: 6 casos de ECDE: Edad media:78.7años (SD:5,2), Mujeres:16,7%, NIHSS mediana:20, media Rankin al alta:2. Se compararon con los pacientes tratados en ese periodo que no la presentaron (N=118). De manera estadísticamente significativa, los pacientes con ECDE presentaron, en comparación con los que no, mayor media de edad (78,7 vs 65,9; P<0,05), mayor número de pases del catéter durante el tratamiento (4 vs 1;p<0,01) y mayor NIHSS a las 24 horas (19,5 vs 5,5;P<0.05). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con la duración del procedimiento ni con el pronóstico funcional (Rankin al alta y a los 3 meses).

Conclusión: La encefalopatía por contraste es un cuadro relativamente frecuente en pacientes tratados con trombectomía. Su aparición podría estar relacionada con daño directo producido al endotelio durante la trombectomía. En nuestra serie su incidencia ha aumentado con la edad y su aparición no ha repercutido en el pronóstico a largo plazo.

LENGUA HEMIGEOGRÁFICA TRAS UN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Gonzalez Delgado, M. [1]; Martínez Rodríguez, L. [2]; Vega, P. [3]; García, A. [2]; Suárez, P. [2]; Calleja, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Radiología. Hospital General de Asturias

Objetivos: El síndrome trigeminal trófico (STT) característicamente produce ulceración del ala nasal, y menos frecuentemente, la mejilla homolateral, labio superior y frente. Varias causas han sido descritas como causantes del STT, entre las cuales se encuentran alteraciones vasculares y el infarto de tronco encéfalo.

Material y métodos: Presentamos 2 pacientes con lengua hemigeográfica como presentación atípica de dicho síndrome tras un ictus isquémico.

Resultados: El primer paciente, varón de 70 años fue ingresado por un ictus de arteria cerebral media izquierda, con afasia global y hemiparesia derecha. El segundo, un varón de 43 años, fue admitido por un ictus subcortical izquierdo, con disartria y hemiparesia derecha. Ambos pacientes presentaron una lengua hemigeográfica.

Conclusión: La presencia de una lengua hemigeográfica contralateral, no previamente descrita, tras un ictus hemisférico agudo, apuntaría hacia un trastorno en la inervación central trigeminal, probablemente debido a lesiones de las conexiones centrales, lo cual podría sugerir un complejo mecanismo en la producción del STT.

ICTUS ISQUÉMICO COMO COMPLICACIÓN DEL CATETERISMO CARDÍACO. ANÁLISIS DE LOS CÓDIGOS ICTUS ACTIVADOS DESDE EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA Y COMPARACIÓN CON EL RESTO DE CÓDIGOS ICTUS INTRAHOSPITALARIOS

Martín Aguilar, L.; Hernández Pérez, M.; Paré Curell, M.; Planas Ballvé, A.; Broto Fantova, J.; López-Cancio Martínez, E.; Dorado Bouix, L.; Gomis Cortina, M.; Pérez de la Ossa Herrero, N.; Dávalos Errando, A.; Millán Torné, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: El ictus es la complicación neurológica más frecuente tras un cateterismo cardíaco. Su frecuencia es baja (<1%) pero tiene una elevada morbimortalidad. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar las diferencias entre los códigos ictus (CI) postcateterismo y el resto de CI intrahospitalarios.

Material y métodos: Registro prospectivo de activación de CI desde Marzo de 2011 a Febrero de 2016 en el que seleccionamos los casos de activación intrahospitalaria. Estudiamos las características demográficas, gravedad del ictus según escala NIHSS, tiempo de evolución, características radiológicas (escala ASPECTS y presencia de oclusión arterial) y tratamiento realizado. Analizamos la situación funcional mediante la escala modificada de Rankin (mRS) y mortalidad a los tres meses.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes (68±12,8 años, 62,9% hombres), 30 (21%) de los cuales fueron post-cateterismo. La NIHSS basal fue menor en los ictus post-cateterismo que en el resto de CI intrahospitalarios (3[0-7] versus 9[3-18], p=0.01). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a características demográficas, tiempo de evolución, oclusión arterial, territorio afecto o tratamiento realizado, aunque encontramos mayor frecuencia de ataques isquémicos transitorios (30% versus 7,3%) y una tendencia a un mejor pronóstico funcional (1[0-3,5] versus 2 [0-5], p=0.1) en el grupo de ictus post-cateterismo. Ambos grupos presentaron una alta mortalidad (13,3% post-cateterismo y 21,8% en el resto de ictus intrahospitalarios).

Conclusión: Los ictus post-cateterismo cardíaco tienen una menor gravedad inicial y presentan una tendencia a una mejor evolución funcional en comparación con el resto de CI intrahospitalarios.

ESTUDIO DE LA HEMODINÁMICA CEREBRAL EN PACIENTES CON MENINGITIS AGUDA. INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS INFLAMATORIAS DEL LCR EN LAS VELOCIDADES MEDIAS DE LAS ARTERIAS DEL POLÍGONO DE WILLIS

Mota Balibrea, V.C.; Alonso Pérez, J.; González Pérez, A.; Henao Ramírez, J.M.; Medina Rodríguez, A.; Morales Hernández, C.; Gutiérrez Naranjo, J.; Rodríguez Álvarez- Cienfuegos, J.; Hernández Tost, H.; Rodríguez Espinosa, N.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Objetivos: Comparación de las velocidades medias en el polígono de Willis según el predominio celular del LCR. Análisis de la influencia del componente inflamatorio sobre la hemodinámica intracraneal.

Material y métodos: Se seleccionaron casos de meningitis con estudio sonográfico transcraneal entre octubre de 2006 y noviembre de 2013. Se registraron como variables: la edad, el sexo, la velocidad media en las arterias intracraneales, los componentes del LCR y la hemoglobina. La muestra se categorizó en grupos según el componente polimorfonuclear del LCR: mayor o menor al 50% . Se realizó una comparación de medias para muestras independientes con la T de Student. Se analizó en un modelo de regresión lineal la influencia del LCR, de la edad y de la hemoglobina, sobre las velocidades medias.

Resultados: Se identificaron 111 casos; 51,3% de predominio mononuclear y 48,7% polimorfonuclear. La Vm en la ACAI fue mayor en la meningitis de predominio polimorfonuclear 57,6(19,0) vs 49,8(17,3) cm/sg. P= 0,41. En el modelo lineal las variables edad y proteínas en LCR; y edad, proteínas y glucosa en LCR fueron predictoras de la Vm en la ACAI y en la ACAD respectivamente. La variable Hemoglobina(HB) fue predictora de la Vm en las ACMs y la arteria Basilar P<0,05.

Conclusión: La reactividad de la ACA, especialmente la izquierda, se ve alterada por el componente inflamatorio, volviéndose independiente de factores sistémicos como la hemoglobina, a diferencia de la ACM y la basilar. Es posible que diferencias anatómicas condicionen esta diferencia.

ANÁLISIS DE CONSTANTES VITALES COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y RECANALIZACIÓN ENDOVASCULAR

Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; García Álvarez, L. [2]; Murias Quintana, E. [3]; García-Cabo Fernández, C. [1]; Suárez Santos, P. [1]; García Rúa, A. [1]; Ameijide Sanluis, E. [1]; Castañón Apilánez, M. [1]; Benavente Fernández, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Numerosos estudios apuntan hacia la posible influencia de determinados parámetros clínicos vitales en el pronóstico de pacientes con recanalización endovascular mecánica debido a ictus isquémico en fase aguda. El objetivo es tratar de identificar estas variables que actuarían como factores pronósticos

Material y métodos: Se recogen 40 pacientes con ictus isquémico tratados mediante trombectomía mecánica con recanalización efectiva y se dividen en dos grupos de 20 pacientes formados por los fallecidos y los supervivientes tras el procedimiento quirúrgico. Se analizan de forma retrospectiva los antecedentes personales más relevantes así como las constantes vitales en fase aguda.

Resultados: No se observan diferencias significativas entre ambos grupos en los antecedentes personales, pero los pacientes con desenlace fatal tienen al ingreso peor puntuación en la escala NIHSS ($p<0.001$) y escala de Glasgow ($p<0.001$), así como mayor extensión de la isquemia en TAC craneal de perfusión ($p<0.0001$). Este mismo grupo muestra mayores cifras de tensión arterial y glucemia aunque peor saturación de oxihemoglobina respecto al grupo control. Con respecto a las constantes vitales no existen diferencias en cuanto a la presencia de febrícula/fiebre o hallazgo de fibrilación auricular. Tampoco se observan diferencias significativas en la clasificación topográfica o etiológica del ictus ni en la instauración de tratamiento fibrinolítico endovenoso previo.

Conclusión: Resulta esencial un adecuado manejo de la tensión arterial, glucemia y saturación de oxihemoglobina en pacientes con ictus isquémicos tratados en fase aguda mediante trombectomía mecánica como determinantes de un mejor pronóstico clínico y funcional.

ICTUS JÓVENES: CUÁNDO PENSAR EN ETIOLOGIA INFRECUENTE?

Garcia Sanchez, S.M.; Gomez-Choco, M.; Font Padrós, M.A.; Mengual Chirife, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi

Objetivos: La edad media de los ictus ha disminuido y la incidencia de ictus en edad joven ha aumentado en los últimos años. La definición de ictus joven varía según los estudios, aunque la mayoría establecen una edad inferior a los 50 años. Mientras que los factores de riesgo raros han estado sobreestimados en la fisiopatología de los ictus jóvenes, se ha prestado menos atención a los factores de riesgo clásicos. El aumento de la incidencia de ictus en los jóvenes pudiera coincidir con un aumento en la prevalencia de los factores de riesgo clásicos en estos pacientes.

Material y métodos: Revisión de los ingresos por ictus en pacientes < o =50 años en nuestro centro desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015.

Resultados: En ese período de tiempo ingresaron en nuestro centro 67 ictus jóvenes, representando el 8% de los ingresos por ictus. Un 63% eran hombres. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la HTA (49%), el tabaquismo(43%) y la dislipemia (42%). Un 88% de los ictus fueron isquémicos, de los cuales el 69% fueron ictus isquémicos establecidos y el resto AITs. El 25,4% de los ictus isquémicos fueron debidos a causas infrecuentes, mientras que el 13,6% presentaron una etiología indeterminada. En los pacientes que no tenían ningún factor de riesgo vascular las cauas infrecuentes de ictus presentaron el 64%.

Conclusión: Los factoers de riesgo vasculares clásicos son también prevalentes en nuestra población de ictus jóvenes. Las causas infrecuentes son especialmente prevalentes en los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular clásicos.

ARTERIOPATÍA CEREBRAL FOCAL: CUANDO PROGRESA

de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.; Anciones Martín, C.; Acebrón Sánchez-Herrera, F.; Guirao Rubio, C.; Escribano Paredes, B.; Matute Lozano, C.; Masjuán Vallejo, J.; de Felipe Mimbrera, A.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: La arteriopatía cerebral focal es una causa poco frecuente de ictus en edad pediátrica. Se trata de un síndrome clínico idiopático caracterizado por la presencia de estenosis unilateral o segmentaria de arteria carótida distal y/o de vasos del polígono dependientes de esta. Hasta en un 20% de los casos puede cursar de forma transitoria con mayor afectación vascular. Presentamos un caso de arteriopatía cerebral con empeoramiento transitorio, para mejor comprensión de esta entidad.

Material y métodos: Mujer de 16 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, traída como código ictus extrahospitalario por cuadro detectado al despertar consistente en hemiparesia derecha y afasia motora (NIHSS 16), llegando con 6 horas desde la detección de la clínica.

Resultados: La TC cerebral con angio-TC inicial mostró infarto establecido en cabeza del caudado, brazo anterior de cápsula interna y lenticular izquierdos, sin apreciarse oclusiones vasculares. Presentó aceptable evolución; al alta, recuperación total del lenguaje y parcial del déficit motor (NIHSS 8). El estudio completo (analítica con punción lumbar e hipercoagulabilidad, test de Fabry, serologías, ecocardiograma transesofágico) fue normal. Un control mediante angio-RMN 4 meses después mostró afilamiento de arteria cerebral media (ACM) izquierda, realizándose arteriografía cerebral en la que se objetivó moderada estenosis de carótida supraclinoidea distal izquierda con afectación de arteria cerebral anterior (ACA) y ACM ipsilaterales en sus segmentos más proximales. No ha presentado nueva sintomatología hasta el momento actual.

Conclusión: A pesar del buen pronóstico de esta enfermedad, se debe tener en cuenta la posibilidad de empeoramiento clínico-radiológico.

MANEJO AMBULATORIO VS HOSPITALARIO DEL PACIENTE CON AIT

González Herrero, B.; Quesada García, H.; Lara Rodriguez, B.; Cayuela Caudevilla, N.; Martínez Yelamos, A.; Campoy Diaz, S.; Nuñez Guillén, A.; Cardona Portela, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Identificar las diferencias en el estudio vascular y probabilidad de recurrencia de los pacientes ingresados con diagnóstico inicial de AIT y aquellos con manejo en una clínica del AIT.

Material y métodos: Incluimos en un estudio observacional retrospectivo 112 pacientes diagnosticados en urgencias de AIT durante el periodo de un año. Comparamos características epidemiológicas, etiología, puntuación en las escalas de riesgo ABCD, ABCD2, ABCD2I, diagnóstico final, tiempos hasta las

pruebas diagnósticas y recurrencia en pacientes hospitalizados (n=69) vs ambulatorios (n=43). Analizamos la relación entre los mismos factores y la recurrencia.

Resultados: Objetivamos diferencias significativas en el diagnóstico final de AIT (hospitalizado 71% vs ambulatorio 86.04%,p = 0,05) e infarto cerebral (hospitalizado 21,73% vs ambulatorio 6,9%, p= 0,03), pero no de stroke mimic. No encontramos diferencias significativas en edad, sexo, FRCV, ACxFA, en las puntuaciones de las distintas escalas, las etiologías(TOAST), ni agrupando las etiologías de alto riesgo de recurrencia (AR) (cardioembólica y aterotrombótica con estenosis significativa). Existe mayor demora hasta completar el estudio (RMN, Holter y ETT) en el manejo ambulatorio frente a ingresado.

Conclusión: No encontramos diferencias en la recurrencia en función del manejo a pesar de una mayor demora del estudio etiológico en el paciente ambulatorio. La manera de decidir el manejo no se basa en escalas ni en la etiología. A pesar de ello, el diagnóstico final de ictus es más frecuente en los pacientes ingresados y el de AIT en los ambulatorios.

REFLEJO DE TRIPLE RETIRADA ESPONTÁNEO EN PACIENTES CON ICTUS HIPERAGUDO O EMPEORAMIENTO CLÍNICO

Gonzalez Delgado, M. [1]; Martínez Rodríguez, L. [2]; Murias, E. [3]; Suárez, P. [2]; García, A. [2]; Calleja, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Radiología. Hospital General de Asturias

Objetivos: Diferentes movimientos anormales han sido descritos en la enfermedad cerebrovascular, tales como el hemibalismo, corea o distonía relacionados con infartos en tálamo o ganglios de la base; o el limb shaking que apuntaría hacia estenosis carotídea de alto grado. Describimos un movimiento anormal que recuerda el reflejo de triple retirada en cuatro pacientes con ictus hiperagudo o empeoramiento del mismo

Material y métodos: 3 pacientes con ictus subcortical (paciente 1- infarto en arteria coroidea anterior derecha; paciente 2- infarto en arterias lenticuloestriadas derechas; paciente 3- infarto en arterias lenticuloestriadas izquierdas) y un paciente (paciente 4) con extenso infarto en arteria cerebral media izquierda, mostraron un reflejo de triple retirada en la pierna parética mientras sufrían isquemia hiperaguda (pacientes 1,3 y 4) o empeoramiento clínico (paciente 2). Fue descrito por el paciente como calambres dolorosos y su presentación fue independiente de la postura, desapareciendo cuando se alcanzó la estabilización clínica. Se descartó patología carotídea asociada.

Resultados: Un reflejo similar al de triple retirada espontáneo, puede indicar la claudicación de una arteria de pequeño calibre, ya que dicho movimiento se produjo en el momento de isquemia aguda o en el momento de empeoramiento clínico, donde la hipoperfusión juega el papel principal. Este movimiento podría estar en relación con la lesión del tracto corticoespinal.

Conclusión: El reconocimiento de este signo podría ayudar a un correcto diagnóstico y tratamiento precoz en estos pacientes.

Enfermedades Cerebrovasculares P5

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TIEMPOS DE TROMBECTOMIAS MECÁNICAS EN FUNCIÓN DE TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO PREVIO

Boix Moreno, A.; Conde Blanco, E.; Villarreal Vitorica, E.; Corujo Suarez, M.; Filgueira Dominguez, M.; Moragues Benito, M.D.; Tur Campos, S.; Diaz Navarro, R.M.; Legarda Ramirez, I.; Miralbes Celma, S.; Jimenez Martinez, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Analizar los resultados de nuestra serie de pacientes tratados con trombectomia mecánica (TM) en función de si han recibido tratamiento fibrinolítico previo o no.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional, prospectivo de pacientes que han recibido tratamiento endovascular en nuestro centro desde diciembre 2014 hasta diciembre 2015. Diferenciamos dos grupos, pacientes tratados mediante trombectomia primaria (TMP) o trombectomia de rescate tras fibrinolisis endovenosa (TMR). Comparamos variables demográficas, factores de riesgo vascular, gravedad del ictus según la escala NIHSS, tiempos pre y periprocedimiento, evolución funcional a los tres meses según escala modificada de rankin y tipo de recanalización segun la escala TICI.

Resultados: Se han tratado 65 pacientes con TM (34 TMP y 31 TMR). La edad media global es de 64.1 años; 60% hombres; NIHSS al ingreso 16; 30.8% aterotrombóticos, 38.46% cardioembólicos; localización más frecuente de la oclusión: M1 (41.54%) y tándem (24.62%). No detectamos diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las variables antes mencionadas ni en los tiempos desde llegada hasta punción arterial o tiempo de procedimiento. Sin embargo se aprecia mejor tasa de recanalización TICI 2b/3 en el grupo de TMR (78.7% TMP vs 90.3% TMR; p>0.05), y mejor evolución funcional a los 90 dias, mRS </=2 (48.5% TMP y 69.2% TMR, p:0.248) sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: En nuestra serie los pacientes tratados previamente con tratamiento fibrinolitico presentan tendencia a mejor resultado en recanalización y mejor evolución funcional. Por lo que recomendamos tratamiento fibrinolítico previo al tratamiento endovascular lo antes posible, siempre que no haya contraindicaciones.

APLICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÓVILES PARA EL REGISTRO DE LOS TIEMPOS DEL CÓDIGO ICTUS

Sánchez Ruiz de Gordoa, J.; Colina Lizuain, S.; Castillo Álvarez, F.; Erdocia Goñi, A.; Iglesias Gutierrez Cecchini, C.; Gomez Eguilaz, M.; Julian Villaverde, F.J.; Serrano Pons, M.; Marzo Sola, M.E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro

Objetivos: El registro de los tiempos durante la atención urgente de pacientes con patología cerebrovascular puede verse dificultado por el estrés que genera la atención de estos pacientes. Hemos desarrollado una aplicación para dispositivos móviles que ayuda a optimizar el registro de los tiempos del código ictus. Contribuye a concienciar a los profesionales que participan en la atención del ictus agudo (enfermeras, celadores, técnicos, …) a través de un cronómetro.

Material y métodos: Desarrollo, evaluación y difusión de la aplicación compatible con dispositivos móviles.

Resultados: La aplicación es gratuita y es descargable desde el propio póster. Es intuitiva y registra los pasos mediante botones sin necesidad de apuntar manualmente los datos. Quedan recogidas: la hora de llamada y activación del código, llegada a triaje, llegada al escáner e inicio del tratamiento fibrinolítico. Incluye los tiempos específicos en el angiógrafo o los tiempos de activación y traslado de ambulancia a centro de referencia para el rescate intraarterial en función de si el centro realiza el tratamiento endovascular o tienen que derivarlo. El número y disposición de estas pantallas es personalizable por el usuario. Durante todo el procedimiento la presencia de un cronómetro ayuda a concienciar a todos los profesionales del tiempo que se está empleando en cada paso. Los datos registrados se presentan como un informe para poder copiarlos o enviarlos a un email.

Conclusión: Compartimos una aplicación móvil gratuita que facilita el registro y contribuye a mejorar los tiempos del código ictus. Es un ejemplo de adaptación de las nuevas tecnologías a la clínica práctica habitual.

TERAPIA DE RECANALIZACIÓN CAROTIDEA EN FASE AGUDA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DONOSTIA

González López, F. [1]; Larrea Peña, J.A. [2]; de Arce Borda, A.M. [1]; Díez González, N. [1]; de la Riva Juez, P. [1]; Navia Alvarez, P. [2]; Martínez Zabaleta, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 2. Servicio de Radiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Los recientes avances en radiología intervencionista están permitiendo abrir una nueva alternativa terapéutica en lo que respecta al tratamiento del ictus en fase aguda con patología suboclusiva/oclusiva carotidea.

Material y métodos: Se realiza análisis retrospectivo de la base de datos propia de los 19 pacientes que fueron sometidos a terapia de revascularización carotidea en fase aguda entre Agosto del 2011 y Febrero del 2016.

Resultados: Se recogen los datos de 19 pacientes (16 varones) con una edad media de 65.84 años (46-79 años) y NIHSS al ingreso de 15.19 (1-23) . 16 pacientes (84.2%) presenta suboclusión/oclusión ACI +oclusión ACM y los otros 3 oclusión carotídea. 14 pacientes (73.7%) reciben fibrinolisis ev previa. Se realiza ATP+stent en ACI con trombectomía mecánica de ACM en 11 pacientes (57.9%) y a 5 pacientes se les realiza ATP+stent carotideo (26.3%). 15 pacientes (78.9%) reciben tratamiento antiagregante las primeras 24 horas, principalmente doble antiagregación. Se objetiva hemorragia parenquimatosa-1 en 3 pacientes (15.8%) y hemorragia parenquimatosa-2 en otros 3 pacientes (15.8%). Presentan una ERm<3 a los 3 meses del ictus 5 pacientes (26.3%).

Conclusión: Los resultados obtenidos son buenos pero no tan ventajosos como otras series recientemente publicadas. Un factor sería la alta tasa de pacientes con fibrinólisis ev previa, no solo por el riesgo hemorrágico asociado sino también por el retraso que esto acarrea para el inicio del tratamiento endovascular. Por otro lado el elevado porcentaje de pacientes doblemente antiagregados las primeras 24 horas probablemente favorezca la aparición de hemorragia.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA PRIMARIA EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA TROMBÓLISIS IV. ESTUDIO PROSPECTIVO

Alonso de Leciñana Cases, M. [1]; Martínez-Sánchez, P. [1]; García-Pastor, A. [2]; Kawiorski, M.M. [3]; Calleja, P. [4]; Sanz-Cuesta, B.E. [5]; Díaz-Otero, F. [2]; Frutos, R. [6]; Sierra-Hidalgo, F. [7]; Ruiz-Ares, G. [1]; Fandiño Benito, E. [8]; Díez-Tejedor, E. [1]; Gil-Nuñez, A. [2]; Fuentes Gimeno, B. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 6. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor; 8. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos: Evaluar la seguridad de la trombectomía mecánica (TM) primaria comparada con trombolisis IV (TIV) en monoterapia o con la combinación TIV+TM en pacientes con contraindicación médica para TIV. El objetivo secundario es comparar la eficacia en términos de recanalización arterial y evolución clínica.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico (FUN-TPA: ClinicalTrials.gov; NCT02164357) en sujetos con oclusión de gran vaso intracraneal tratados en las primeras 4.5 h desde el inicio de los síntomas con TM primaria en caso de contraindicación médica para TIV, con TIV en monoterapia o con TIV + TM en el caso de persistencia de oclusión arterial. Se evalúan complicaciones del procedimiento, hemorragia cerebral sintomática (HICs), tasa de recanalización, NIHSS a los 7días/alta, Escala de Rankin modificada (EmR) a los 3 meses.

Resultados: 131 pacientes (NIHSS basal 17; IQR: 12; 20); 21(16%) tratados con TM primaria y 110 (84%) con TIV, de los cuales 53 (40%) recibieron TM posterior. La tasa de recanalización fue 81% con TM, 35% con TIV (p<0.001) y 91% con TIV+MT (p=0.25), de HICs 0%, 4% y 6% respectivamente, de independencia (EmR 0-2) 43%, 61% y 68%, y de mortalidad 14%, 11% y 4%. El análisis multivariante comparando la probabilidad de independencia y muerte en pacientes tratados con IVT+MT vs. MT mostró OR 2.8 (95%CI: 0.99-7.98) y 0.24 (95%CI: 0.04-1.52) respectivamente; P=NS.

Conclusión: La TM primaria es una alternativa segura en pacientes con isquemia por oclusión de gran vaso intracraneal con contraindicación médica para TIV.

MEJORANDO LOS TIEMPOS PUERTA–PUNCION FEMORAL EN LA TROMBECTOMIA MECANICA: LA IMPORTANCIA DE EVITAR LA VARIABILIDAD EN LA ACTUACION INTRAHOSPITALARIA

Palazón Cabanes, B. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Sánchez-Vizcaino Buendía, C. [1]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Valero López, G. [1]; Martínez García, F.A. [1]; Parrilla Reverter, G. [2]; Zamarro, J. [2]; Moreno Dieguez, A. [2]; Morales Ortiz, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La publicación de los ensayos clínicos de trombectomía intraarterial mecánica(TIAM)en el año2015 ha dejado clara la importancia de que todos los pacientes con ictus agudo y oclusión en un gran vaso deben iniciar tratamiento con rTPA y continuar con trombectomí,sin que fibrinólisis intravenosa retrase el inicio de la TIAM.Hasta el momento se ha establecido cuál es la mejor estrategia para llevar acabo el tratamiento de reperfusión completo en el menor tiempo posible.El objetivo de nuestro estudio es crear un protocolo de actuación para minimizar tiempos hasta el inicio del procedimiento intrarterial y homogeneizar la actuación en este punto del circuito intrahospitalario del código ictus.

Material y métodos: Puesta en marcha de un protocolo de actuación consensuado para minimizar tiempos entre rTPA y TIAM y análisis de los tiempos puerta-punción en los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con TIAM en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca antes(febrero 2009 y febrero 2014)y después(septiembre 2015 a enero 2016)de la puesta en marcha del protocolo

Resultados: La protocolización del momento de realizar el aviso al equipo de neurorradiología intervencionista localizado en caso de TIAM de rescate así como la concienciación por parte de los neurólogos del nuevo concepto de "tratamiento de reperfusión único" con dos partes(rTPA y TIAM)entre las cuales no debe haber ningún tiempo "muerto" han conllevado un acortamiento significativo del tiempo puerta-punción(98.77vs155.22 min,p<0.01

Conclusión: Dada la mejora que la protocolización y la reducción de la variabilidad han conllevado, recomendamos que el tiempo puerta-punción no exceda 100min,pues la recomendación actual de 120minutos podría ser demasiado laxa.

TROMBECTOMÍA MEDIANTE ASPIRACIÓN CON DISPOSITIVO PENUMBRA: EFICACIA Y SEGURIDAD EN COMPARACIÓN CON STENTRIEVERS

Reyes Leiva, D. [1]; Mancosu, M. [2]; San Roman, L. [1]; Urra, X. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Neurología. AOU Policlinico Universitario

Objetivos: La eficacia de la trombectomía se ha demostrado en ensayos clínicos que utilizaron mayoritariamente "strentrievers". Comparamos la eficacia y seguridad de la aspiración con Penumbra frente al "stentriever".

Material y métodos: Análisis del registro de trombectomía de un centro terciario de ictus desde Noviembre 2015 comparando pacientes tratados con aspiración (n=20) o stentriever (n=29), y con controles históricos de pacientes tratados con stentriever (n=22) o mejor tratamiento médico (n=22) en un ensayo clínico realizado previamente en el mismo centro. El endpoint primario de eficacia fue la revascularización satisfactoria (TICI 2b/3) y el de seguridad las complicaciones periprocedimiento (embolia distal y complicaciones hemorrágicas). Los endpoints secundarios fueron la buena recuperación funcional (mRS<3), la hemorragia sintomática y la mortalidad.

Resultados: No hubo diferencias significativas en las características basales de ninguno de los 4 grupos. La frecuencia de revascularización satisfactoria fue alta y similar entre los grupos de trombectomía y la duración del procedimiento endovascular fue similar. La frecuencia de cualquier conversión hemorrágica fue mayor en el grupo de aspiración, sin diferencias en otras complicaciones periprocedimiento ni en mortalidad. La buena recuperación funcional fue mayor en los dos grupos de stentriever (45%) seguidos del grupo de aspiración (35%) y del tratamiento médico (27%).

Conclusión: A pesar de la alta eficacia recanalizadora de la aspiración con Penumbra, la recuperación funcional de los pacientes podría ser inferior que en la trombectomía mediante stentriever. La utilidad clínica de la aspiración se debería demostrar en ensayos clínicos que demuestren la no inferioridad de esta técnica.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LOS PACIENTES SOMETIDOS A FIBRINOLISIS ENDOVENOSA EN UN HOSPITAL CON ATENCIÓN ESPECÍFICA AL ICTUS FRENTE A OTRO HOSPITAL QUE CARECE DE ELLA

Pérez Hernández, A. [1]; Concepción Perera, C. [2]; González Pérez, A. [3]; Medina Díaz, J. [2]; Trujillo, A. [4]; Médina Rodríguez, A. [3]; González López, A. [3]; Viadero Cervera, R. [1]; Díaz Konrad, V. [3]; Ugalde López, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de La Palma; 2. Servicio de Medicina. Hospital General de La Palma; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 4. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de La Palma

Objetivos: Estudiar las diferencias en las características de los pacientes con un ictus agudo tratados mediante fibrinolisis endovenosa en un hospital con Unidad de Ictus y guardia de neurología y un hospital donde la atención recae en los servicios de Urgencias y Medicina Intensiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de dos muestras de pacientes con un ictus isquémico agudo sometidos a fibrinolisis endovenosa entre 2010 y 2015 en un hospital con atención específica al ictus (AEI) y otro hospital que carece de ella (noAEI). Se recoge edad, sexo, factores de riesgo vascular, NIHSS inicial y al alta, mRS inicial, tiempos, topografía, etiología y complicaciones. Adicionalmente, se recogen las características de los pacientes ingresados por un ictus agudo no sometidos a fibrinolisis para asegurar que las diferencias no se deben a características propias de cada población.

Resultados: Se recogieron 257 pacientes en el AEI y 51 en el noAEI. Se encontraron diferencias significativas en edad (media de 67.17 en AEI y de 62.22 en noAEI; p=0.016), NIHSS inicial (NIHSS menor a 6 en 2 pacientes en noAEI, 3.9%, y 55 en AEI, 21.56%; p=0.001), presencia de cardiopatía (menor en noAEI; p=0.024) e infecciones nosocomiales (23.14% en AEI versus 33.34% en noAEI; p=0.035). No se registran diferencias cuando se incluyen los pacientes ingresados no sometidos a fibrinolisis endovenosa.

Conclusión: La ausencia de una atención específica al ictus mediante guardias de neurología da lugar a la exclusión de pacientes que podrían beneficiarse de la fibrinolisis endovenosa, especialmente mayores y NIHSS bajos, y a complicaciones como las infecciones nosocomiales.

COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS EN FASE AGUDA EN PACIENES CON NIHSS<6 Y OCLUSIÓN INTRACRANEAL DEMOSTRADA

Quesada Garcia, H. [1]; Cayuela Caudevilla, N. [1]; Cano Sánchez, L.M. [1]; Lara Rodríguez, B. [1]; Martínez Yélamos, A. [1]; de Miquel Miquel, M.Á. [2]; Aja Rodríguez, L. [2]; Lüttich Uroz, A. [2]; Aixut Lorenzo, S. [2]; Barranco Pons, R. [2]; Rubio Borrego, F.R. [1]; Cardona Portela, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Comparar la trombolisis endovenosa (rtPA), antiagregación (AAS), anticoagulación con heparina sódica (Hep) o trombectomía mecánica (TMec) en pacientes con NIHSS <6 y oclusión arterial intracraneal demostrada (IC6).

Material y métodos: De una cohorte de 1644 ictus isquémicos consecutivos ingresados en la Unidad de Ictus, se analizan 104 IC6. Se comparan características de base, NIHSS, ASPECTS, progresión neurológica, necesidad de cambiar de tratamiento por fracaso terapéutico (Ctto), complicaciones y resultados con NIHSS a 24h, al alta, mRS a 90díasy mortalidad.

Resultados: Respecto características basales encontramos diferencias significativas en el lugar de oclusión (p0,002) y en cuanto al NIHSS inicial(mediana): Hep 2, AAS 3, rtPA y TMec 4(p<0,0001). En el análisis univariante, Hep presentaron de forma significativa más complicaciones(13,95% vs 0;p0,004) y Ctto(18,6%vs 4,9%;p0,029), mientras que TMec se asociaba a mayor mortalidad (15,38% vs 1%;p0,041). En la regresión logística únicamente mantienen asociación con mortalidad las complicaciones (p0,35) y el Ctto (p0,45). AAS se asocia a peor NIHSS al alta de forma significativa (p0,02). rtPA no se asocia a ninguna variable de resultado. No encontramos asociación del mRS a 90días con ningún tratamiento.

Conclusión: Ninguna modalidad de tratamiento se asocia a mRS a 90 días ni a mortalidad en pacientes con NIHSS <6 y oclusión arterial intracraneal. La mortalidad se asocia a necesidad de cambiar el tratamiento por fracaso terapéutico y a complicaciones del mismo. AAS se asocia a peor NIHSS al alta. Hep se asocia a más complicaciones del tratamiento y a Ctto. TMec podría aumentar la mortalidad, mientras que rtPA parece seguro, en ausencia de contraindicaciones.

FIBRINOLISIS INTRAVENOSA EN PACIENTES CON ICTUS Y HALLAZGO INCIDENTAL DE MENINGIOMA

Artal Roy, J.; Tejada Meza, H.; Gonzalez Sanchez, M.; Cruz Velasquez, G.; Fernandez Sanz, A.; Rodriguez Gascón, D.; Aladren Sangros, J.; Marta Moreno, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: En las últimas guías se plantea la posibilidad de que lesiones benignas extraaxiales puede que se beneficien del trata-

miento fibrinolítico mientras que en lesiones malignas intraxiales se desaconseja su uso. Describimos nuestra experiencia y resultados obtenidos en pacientes con hallazgo incidental de meningioma a los que se les aplicó tratamiento fibrinolítico.

Material y métodos: Revisamos los pacientes fibrinolisados entre 2005 y 2015. Recogimos pacientes con meningioma intracraneal como hallazgo incidental, datos epidemiológicos, características del ictus, características de la lesión, presencia de hemorragia tras el tratamiento y mortalidad intrahospitalaria

Resultados: Realizamos 560 fibrinolisis entre los años 2005 y 2015. En 5 pacientes se objetivó la presencia de meningioma. 2 de ellos estaban localizados en la convexidad, uno en base de craneo, uno en seno cavernoso y otro en región parasagital frontal. En ninguno de ellos se evidenció sangrado intratumoral ni en las proximidades de la lesión tras el tratamiento fibrinolítico. Dos de ellos presentaron transformación hemorrágica en la zona del infarto, falleciendo uno de ellos por esta causa. Al alta 3 de los pacientes presentaron un rankin-m < o igual a 2, uno un rankin-m de 4 y otro falleció por hematoma intraparenquimatoso en el área del infarto a distancia del meningioma.

Conclusión: Aunque el número de casos recogidos es demasiado pequeño en la revisión realizada y en nuestra experiencia quizás la presencia de meningiomas no contribuya necesariamente a resultados desfavorables y no debería descartarse necesariamente la aplicación del tratamiento

TROMBECTOMÍAS MECÁNICAS SUCESIVAS EN DOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS CONSECUTIVOS DE DIFERENTES TERRITORIOS VASCULARES

Gómez-Porro Sánchez, P.; Castellanos Pardo, D.L.; Contador Muñana, J.; González Santiago, R.; Carneado Ruiz, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Describir dos casos clínicos de trombectomía mecánica sucesiva en pacientes con recurrencia temprana de ictus.

Material y métodos: Dos pacientes con ictus con oclusión de gran vaso tratados con trombectomía mecánica, que presentan una recurrencia temprana del ictus (en las primeras 72 horas de evolución) con una nueva oclusión de gran vaso en un territorio vascular diferente, recibiendo tratamiento endovascular con una segunda trombectomía mecánica.

Resultados: CASO 1 -Varón de 74 años con fibrilación auricular anticoagulada que presenta paresia facial y hemiparesia izquierda bruscas: NIHSS 11. Se desestima fibrinolisis i.v. por anticoagulación. AngioTC/Angiografía: oclusión proximal de arteria basilar. Se consigue recanalización completa TICI 3 con trombectomía mecánica: NIHSS de 0. -35 horas después de la revascularización inicial, presenta bruscamente afasia global y hemiparesia derecha: NIHSS 21. AngioTC/Angiografía: oclusión M1 de ACM izquierda. Se consigue recanalización arterial completa TICI 3 con trombectomía mecánica: NIHSS 2. CASO 2 Mujer de 79 años que presenta afasia motora y hemiparesia derecha bruscas. NIHSS 21. Se realiza fibrinólisis i.v. sin mejoría clínica. AngioTC/Angiografía: oclusión por trombo en T de la arteria carótida interna intracraneal, arteria cerebral anterior y arteria cerebral media izquierdas. Se consigue recanalización completa TICI 3 con trombectomía mecánica: NIHSS 3. 70 horas después presenta disartria y hemiparesia izquierda bruscas: NIHSS 15. AngioTC/Angiografía: oclusión M1 ACM derecha. Se consigue recanalización arterial completa TICI 3 con trombectomía mecánica: NIHSS de 3.

Conclusión: La trombectomía mecánica constituye una alternativa eficaz en una situación altamente completa: la oclusión embolica arterial consecutiva de distintos territorios vasculares durante la fase aguda.

Enfermedades Cerebrovasculares P6

VALORES DE BNP EN LAS PRIMERAS 24 HORAS TRAS ICTUS ISQUÉMICO AGUDO COMO MÉTODO PARA PREDECIR EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Pérez Torre, P. [1]; Escobar Villalba, A. [1]; Martínez Ulloa, P. [1]; Monreal Laguillo, E. [1]; Vera Lechuga, R. [1]; Matute Lozano, C. [1]; de Felipe Mimbrera, A. [1]; Pascual Izco, M. [2]; Fernández-Golfín Lobán, C. [3]; Masjuan Vallejo, J. [1]; Cruz Culebras, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Unidad de Imagen. Cardiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Determinar si los niveles de BNP (péptido natriurético tipo B) disponible en Urgencias,determinados en las primeras 24h durante la fase aguda del ictus permiten predecir la aparición de fibrilación auricular (FA) en pacientes con sospecha de embolia de origen indeterminado.

Material y métodos: Se incluyeron de manera prospectiva y observacional pacientes con ictus isquémico agudo con sospecha de embolia sin arritmia documentada (Enero 2015-Julio 2015). Se recogen variables clínicas, demográficas y morfológicas (mediante ecografía cardiaca transtorácica). Se realizó una extracción sanguínea para medición de BNP, en las primeras 24 horas tras el ictus y se les siguió durante 12 meses. Se excluyeron pacientes en Insuficiencia Cardiaca o con una etiología bien documentada.

Resultados: Un total de 55 pacientes fueron incluidos en el estudio (edad media 71 años DE +/- 12; 50,9% varones). 13 pacientes desarrollaron FA durante el seguimiento (23,6%). Un 10% de los pacientes no presentaban ningún factor de riesgo vascular clásico. El ECG basal fue normal en el 98%. Los niveles de BNP en pacientes que desarrollaron FA vs. los que no la desarrollaron fueron mayores (mediana de 251 pg/ml vs 73 pg/ml, p<0.001). En el análisis bivariado y regresión logística, los niveles mayores de 80 pg/ml (p= 0.024) y el género femenino (p=0,005) se asociaron a mayor riesgo de desarrollar FA.

Conclusión: Elevaciones moderadas de >80 pg/ml de BNP en las primeras 24h podrían ayudar a predecir el desarrollo de FA en pacientes con ictus y sospecha de embolia cardíaca.

TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS E ICTUS

Gil Alzueta, M.D.C.; García Sánchez, J.M.; Freijo Guerrero, M.D.M.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: Describir la posible influencia y los ajustes de los tratamientos antineoplásicos en el ictus en pacientes neoplasia activa(NA).

Material y métodos: Se analizan los pacientes con ictus y NA(pacientes con neoplasia con diagnostico < a 5 años en tratamiento o en seguimiento por oncología/especialidad). Se revisan factores de riesgo vascular(FRV), etiologías, tratamientos de base, complicaciones, mRankin al alta, ajustes de tratamientos al alta y seguimiento.

Resultados: 923 pacientes con AIT/ictus ingresaron en la Unidad de Ictus durante 2 años. 14.95%(138) presentaban antecedente de neoplasia y 6.39%(59) NA. El 22.03%(13) de los pacientes NA presentaban tratamiento antineoplásico al ingreso, quimioterapia(QT) u hormonoterapia(HT). En el 92.3%(12) de estos tratamientos hay descrito un posible riesgo de ictus. En el 30.77%(4) de los pacientes con estos tratamientos, la NA y el tratamiento QT/HT fueron los únicos factores protrombóticos encontrados, no presentando FRV y siendo el estudio etiológico vascular nor-

mal. En un 76.9%(10/13) se suspende el tratamiento antineoplásico en ingreso por los especialistas de referencia. En seguimiento posterior al alta, se introducen nuevos tratamientos antineoplásicos en un 40%(4/10). En un 30%(3/10) se desestimaron tratamientos por mRankin/exitus y en otro 30% no se introdujeron nuevos tratamientos, siendo su mRankin <2.

Conclusión: Muchos de los tratamientos antineoplásicos son suspendidos en fase aguda del ictus fundamentalmente por su potencial implicación etiológica. En algunos pacientes con NA tras un ictus no se introducen nuevos tratamientos antineoplásicos en evolución a pesar de un buen estado funcional. Es necesario un seguimiento estrecho y multidisciplinar de pacientes con ictus y NA para optimizar los tratamientos.

CAMBIOS EN LA ATENCIÓN AL ICTUS EN EL PERÍODO 2009-2014 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Vigil Gonzalez, Y. [1]; Benavente Fernandez, L. [2]; Calleja Puerta, S. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Asturias; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital General de Asturias

Objetivos: En los últimos años asistimos a un cambio de paradigma en el tratamiento del ictus. Se combinan tratamientos revascularizadores en fase hiperaguda, cuidados especializados en Unidades de Ictus (UI) y rehabilitación precoz. Nuestro objetivo es conocer la evolución de los ictus en nuestro hospital según estas premisas comparando los cuidados entre 2009 y 2014.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 152 pacientes ingresados por ictus en enero de 2009 y 132 durante enero de 2014. Se corresponde con antes y después de la existencia de la UI, de la guardia de Neurorradiología Intervencionista y de los diferentes patrones de rehabilitación.

Resultados: Muestra de 284 pacientes. Edad media 73,92 años, varones 62,9%. La estancia hospitalaria (17.5+/-33.82; 13+-9.92) y la mortalidad durante el ingreso (14.3%; 10%) disminuyen entre 2009 y 2014. Las activaciones del protocolo de Código Ictus se duplicaron, y la aplicación de tratamientos recanalizadores pasó de 16.1% (trombólisis endovenosa) a 26.5% (20% trombectomía mecánica o combinada). La rehabilitación precoz desde la instauración de la UI se incrementó (7% al 33%) y el m-R<=2 al alta también (41.1% al 59.2%). Los pacientes que no precisaron rehabilitación pasaron del 42% al 80%, pero los >65 años con opción a rehabilitación diferida en el hospital geriátrico disminuyeron del 25% al 4.5%.

Conclusión: Con este estudio demostramos la utilidad de la UI y la reperfusión temprana en la mejoría del pronóstico funcional y los cuidados del ictus, incluyendo la rehabilitación precoz. También demuestra el deterioro de la rehabilitación en fase subaguda de los pacientes geriátricos.

CONCORDANCIA ENTRE VALORACIÓN ECOGRÁFICA-MACROSCÓPICA DE PLACAS DE ATEROMA CAROTÍDEAS TRATADAS MEDIANTE ENDARTERECTOMÍA

Alba Suárez, E.M. [1]; Ruiz Ares, G. [1]; Mendieta, C. [2]; Fernández-Heredero, J. [2]; Rodríguez-Pardo de Donlebún, J. [1]; Baez Martínez, M. [1]; Martínez Sánchez, P. [1]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Diéz-Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: El análisis de las características de las placas de ateroma mediante ecografía se asoció con su composición. Nuestro objetivo fue analizar las características ecográficas de placas de ateroma carotídeas con estenosis significativa y relacionarlas con su aspecto macroscópico en la pieza de endarterectomía.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante un periodo de 15 meses en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes valorados mediante ecografía Doppler-color carotídea con estenosis >70% en ACI a los que se trató con endarterectomía. Se registraron las características clínicas y factores de riesgo vascular. Se analizaron las características ecográficas (superficie, ulceración, textura, definición de inestabilidad) y su concordancia con la descripción macroscópica mediante visión directa del cirujano vascular en el momento de la extracción de la placa de ateroma.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, 80% hombres, edad media 67,7. Trece casos fueron causa de ictus aterotrombótico. Mediante ultrasonidos consideraron superficie irregular y textura heterogénea en 10 casos (66%), no se observaron ulceraciones y se clasificaron como inestables 12 casos (80%). Mediante análisis macroscópico se consideraron superficie irregular en 10 muestras (66,6%), textura heterogénea en 6 casos (46,6%), se observó ulceración en 7 casos (46%) siendo éstos clasificados como inestables (46%). Se observó concordancia del 46,7% en superficie, 71,5% en textura, 23,3% ulceración y 71,4% en la clasificación como inestables.

Conclusión: La concordancia obtenida entre el análisis visual mediante ultrasonidos y la valoración macroscópica de placas de ateroma es baja, cuestionando la fiabilidad de la valoración visual ecográfica de éstas características.

RESTRICCIÓN DE LA DIFUSIÓN DEL NERVIO ÓPTICO EN UN PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO CAROTÍDEO IPSILATERAL

Vicente Pascual, M.; Falgás, N.; Reyes, D.; Montejo, C.; Borrego, S.; Urra, X.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Las secuencias de difusión de la RM son muy sensibles en las lesiones isquémicas cerebrales agudas. Se conoce menos sobre su utilidad en pacientes con ceguera monocular.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad con ictus hemisférico derecho y déficit visual monocular ipsilateral.

Resultados: El paciente presentó un síndrome hemisférico derecho de instauración brusca acompañado de ceguera del ojo derecho. El angio-TC mostró una oclusión en tándem (arteria carótida y media derecha), realizándose trombectomía mecánica previa colocación de stent carotídeo, con mejoría total de la sintomatología cerebral, persistiendo la amaurosis. La RM mostró lesiones isquémicas puntiformes corticales, a nivel distal del nervio óptico y retina ipsilateral, confirmándose la neuropatía óptica isquémica (NOI) secundaria a oclusión carotídea. Una segunda RM 8 días después, mostraba hipointensidad en mapas ADC mientras que la hiperseñal en difusión no era ya evidente.

Conclusión: El diagnóstico de NOI (isquemia ocular por interrupción del flujo de la arteria oftálmica y sus ramas) puede ser complicado. La RM se ha utilizado típicamente para descartar causas inflamatorias o compresivas. La mayoría de casos de NOI con difusión positiva descritos en la literatura son secundarios a causas atípicas de isquemia ocular. Las imágenes de este caso secundario a oclusión carotídea sugieren que el patrón de restricción de difusión característico de NOI puede ser útil en el diagnóstico diferencial con otras causas de pérdida de visión como la neuritis óptica inflamatoria. La evolución temporal de los cambios en difusión parece ser similar a los de las lesiones isquémicas cerebrales.

STENTING EN OCTOGENARIOS. ANÁLISIS DE SEGURIDAD

López Bravo, A. [1]; Parra Soto, C. [2]; Navarro Pérez, M.P. [1]; Garrido Fernández, A. [1]; Pérez Lázaro, C. [1]; Tejero Juste, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: El tratamiento de la patología carotídea mediante stent es una alternativa para la prevención de ictus en pacientes con estenosis carotídea. La edad avanzada supone mayor riesgo de complicaciones, por lo que se cuestiona este tipo de técnicas preventivas en estos pacientes. Nuestro objetivo es comparar la tasa de complicaciones en pacientes ancianos tratados con stent frente a pacientes más jóvenes.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes tratados con stent carotídeo en nuestro centro, estableciendo dos grupos de edad (menores de 80 años y 80 o más). Se compararon parámetros clínicos, factores de riesgo vascular y tasa de complicaciones relacionadas con la técnica en ambos grupos.

Resultados: Se analizaron 398 procedimientos realizados entre Febrero de 1998 y Mayo de 2015, 63 (15.8%) corresponden al grupo de 80 o más años. Del total de procedimientos, 343 (86.2%) se realizaron en hombres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al género (12.2% mujeres <80 vs 22.2% >80 p=0.035), hipertensión arterial (65.1% vs 79.4% p=0.026), y tabaquismo (37.9% vs 20.6% p=0.008). En cuanto a complicaciones: AIT o Infarto cerebral (3.3% < de 80 y 6.3% > de 80), Síndrome de hiperperfusión (1.7% Vs 3.1%), e Infarto Agudo de Miocardio (3.9% Vs 3.1%), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: El stenting carotídeo en pacientes mayores de 80 años presenta una tasa de complicaciones similar a los más jóvenes.

OPTIMIZACIÓN DE RIESGOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CAROTIDEA

Benavente Fernández, L. [1]; Vega Valdés, P. [2]; Olay, J. [1]; Murias Quintana, E. [2]; Valle, A. [1]; Calleja Puerta, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La ateromatosis carotídea es causa principal de ictus grave en nuestro medio. Su detección y adecuado tratamiento es clave para evitar la recurrencia del ictus, pero hay indicaciones que siguen en debate, derivando en una gran variabilidad del manejo entre diferentes servicios.

Material y métodos: Se forma un Comisión Clínica con dos neurólogos, dos cirujanos vasculares y dos neurorradiólogos intervencionistas. Protocolo que sienta las indicaciones de tratamiento médico o revascularizador para pacientes sintomáticos y asintomáticos, con retroalimentación y modificación en función de los resultados. Se compara la morbimortalidad del primer mes entre el primer y tercer año de andadura de la comisión.

Resultados: Estudio prospectivo de 326 estenosis carotídeas entre 2013-2015 y comparación entre 91 (30 asintomáticas) de 2013 y 129 (63 asintomáticas) de 2015. Se revascularizaron el 65.9% y 41.8% respectivamente, siendo el 30% y 8.5% de los pacientes asintomáticos. La endarterectomía pasó del 68.33% al 27.8%. Las complicaciones potencialmente graves de las técnicas a 30 días pasaron del 20% (2013) al 12.96%(2015). El ictus, IAM o muerte fue del 8.33% en 2013 (12.1% endarterectomía; 0% angioplastia-stent) y del 3.7% en 2015 (9.1% endarterectomía; 3.3% angioplastia-stent). Los pacientes con tratamiento médico no tuvieron complicaciones.

Conclusión: La Comisión de Carótidas uniformiza las indicaciones de tratamiento de revascularización carotídea, monitoriza sus resultados y modifica la pauta de revascularización en función de los mismos, consiguiendo una reducción de la morbi-mortalidad de estos pacientes, que cumple los estándares recomendados. El tratamiento médico a priori tiene buenos resultados en los casos seleccionados.

ESTUDIO DE DOSIFICACIÓN E INTERFERENCIAS FARMACOLÓGICAS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Andreu Reinón, M.E. [1]; Fernández Muñoz, H. [2]; Castiñeiras Jimenez, V. [3]; Tudela Andreu, R. [2]; Navarro Castro, A. [2]; Melero Amor, A. [2]; Montiel Navarro, L. [1]; Fuentes Ramírez, F.A. [1]; Periago Peralta, A. [2]; Romero Orcajada, M.J. [2]; Hernández Morante, J.J. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 2. Servicio de Hematología. Hospital Rafael Méndez; 3. Universidad Católica San Antonio. Universidad Católica San Antonio; 4. Universidad Católica de Murcia. Universidad Católica de Murcia

Objetivos: Valorar efecto de interacciones farmacológicas e incorrecta dosificación en probabilidad de eventos vasculares, hemorrágicos y mortalidad en cohorte de pacientes tratados con ACODs.

Material y métodos: Se incluyeron 50 pacientes con FA no valvular (enero 2015-abril 2016) que iniciaron tratamiento con ACODs. Se registró correcta dosificación y fármacos que pudieran interferir con actividad de ACODs. Se evaluó efecto de dosificación incorrecta e interacción farmacológica (grupo 1) versus dosificación correcta sin interacciones (grupo 2) con mortalidad cardiovascular, eventos trombóticos (ictus, embolias y síndrome coronario agudo (SCA)), eventos hemorrágicos mayores y un ítem de eventos totales.

Resultados: 26% de pacientes tuvo prescripción de dosis inadecuada o fármacos que deben ser usados con precaución o sin datos (dronedrona y Apixabán). 1 paciente precisó suspensión del tratamiento con ACODs por insuficiencia renal grave. La mediana de puntuación CHADS y CHADsVASc fue de 2 (2-3) y 4 (3-5). Durante el seguimiento, hubo 1 episodio hemorrágico mayor (grupo 1) vs 3 (grupo 2). El episodio hemorrágico mayor fue en paciente tratado con antiinflamatorios. No hubo eventos trombóticos ni muertes en grupo 1; en grupo 2, 2 episodios trombóticos y 2 fallecimientos sin diferencia significativa (p=0,4 y p=0,28, respectivamente). Ítem global: 1 evento en grupo 1 vs 6 en grupo 2, sin diferencia estadística.

Conclusión: 26% de pacientes de nuestra muestra tiene mala prescripción de dosis y/o fármacos con probable interacción, sin aumento de eventos trombóticos, hemorrágicos o mortalidad. Es necesario un seguimiento mayor con mayor tamaño muestral para confirmar relación de supra o infradosificación con eventos trombóticos o hemorrágicos.

PSEUDO-OCLUSIÓN EXTRACRANEAL DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA OCLUSIÓN AGUDA DE LA PORCIÓN TERMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castrillón Cabaleiro, I.; Camps Renom, P.; Pascual Goñi, E.; Painous Martí, C.; Marrero González, P.; Martínez Domeño, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La trombectomía mecánica ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del ictus isquémico agudo de circulación anterior secundario a oclusión de gran vaso. Esta evidencia ha quedado demostrada para oclusiones agudas de la carótida terminal y la arteria cerebral media proximal. La detección de oclusión mediante angio-TC es clave para su indicación en fase aguda. Presentamos un caso en el que la angio-TC reveló una falsa localización de la oclusión de la carótida interna.

Material y métodos: Varón de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y tabaquismo activo que es trasladado a nuestro centro como código ictus por pérdida súbita de fuerza en extremidades izquierdas. A su llegada se evidencia desviación oculocefálica a la derecha, hemianopsia homónima izquierda, hemiplejia y hemihipoestesia izquierdas (NIHSS=19).

Resultados: Se realizó TC craneal que no mostró lesiones (ASPECTS 10). En el angio-TC se evidenció ausencia de relleno de contraste en la carótida interna derecha extracraneal desde su origen, con permeabilidad de las arterias del polígono de Willis. Pese al resultado del angioTC, dada la sospecha de oclusión aguda se indicó arteriografía urgente. En ésta se demostró permeabilidad de la carótida interna extracraneal y trombosis de la porción intracraneal prebifurcación. Se realizó trombectomía mecánica con TICI 2B final. El paciente mejoró puntuando al alta una NIHSS=7 y mRS=3.

Conclusión: La pseudo-oclusión extracraneal de la carótida interna es un fenómeno radiológico que puede presentarse ante oclusiones de la carótida terminal. Su reconocimiento es importante para no desestimar la indicación del tratamiento endovascular urgente.

RELEVANCIA DE LA MONITORIZACIÓN E INTERVENCIÓN EN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ICTUS AGUDO

Cruz Velásquez, G.J. [1]; Rubiera del Fueyo, M. [2]; Bonet Riera, S. [2]; Ribó, M. [2]; Rodriguez Villatoro, N. [2]; Juega Mariño, J. [2]; Sanjuan Menendez, E. [2]; Coscojuela Santaliestra, P. [2]; Tomasello, A. [3]; Rodríguez, J.M. [3]; Molina Cateriano, C. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: El tiempo puerta-aguja (TPA) es un marcador de calidad asistencial del ictus agudo, dado que la efectividad de fibrinólisis endovenosa (EV) es inversamente proporcional al tiempo de isquemia. Nuestro objetivo fue monitorizar el impacto de una intervención de refuerzo sobre el protocolo ARPA (Actuación Rápida Puerta Aguja) previamente establecido en nuestro centro.

Material y métodos: Monitorizamos de forma prospectiva todos los pacientes tratados con tPA EV en nuestro centro tras implantación del protocolo ARPA (entrada del paciente directamente a la sala de TC craneal y realización de todas las intervenciones para la fibrinólisis EV allí). Tras detectar retrasos en el TPA, se realizó un refuerzo del protocolo (entrenamiento del personal implicado y registro telemático de los tiempos) en Enero 2016. Se compararon los TPA y la evolución clínica pre- y post-intervención (Pre-I, Post-I).

Resultados: Pre-I (Junio 2015-Enero 2016) se incluyeron 83 pacientes tratados con tPA EV, y Post-I (Febrero-Mayo 2016), 41. Un 33.1% del total recibió rescate endovascular. El TPA Pre-I medio fue de 42.2 ± 29.1 min, y 18 pacientes (21.7%) recibieron tPA después de 1h desde su llegada a Urgencias. Tras la intervención, el TPA se redujo a 33.1±15 min (p=0.023). El 100 % de los pacientes obtuvieron un tiempo TPA ≤ 60 minutos con las medidas de refuerzo.

Conclusión: La monitorización e intervención de refuerzo del protocolo ARPA resultó ser efectivo al disminuir significativamente el TPA.

Enfermedades Cerebrovasculares P7

ICTUS COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA CARDIACA

García Molina, E. [1]; Diaz Pérez, J. [1]; Cabrera Maqueda, J.M. [1]; García Candel, A. [1]; Lucas Ródenas, C. [1]; Albert Lacal, L. [1]; Albacete, C. [2]; Bixquert, D. [2]; Arribas Leal, J.M. [3]; Jara Rubio, R. [2]; Canovas López, S. [3]; Morales Ortiz, A.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Describir la incidencia y características de los pacientes con ictus tras cirugía cardiaca de nuestro hospital.

Material y métodos: Seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca octubre/2014-Diciembre/2015. Creamos un protocolo de valoración neurológica precoz en UCI tras la cirugía. Recogimos características basales, quirúrgicas, del ictus, y evolución. Calculamos la incidencia y realizamos un análisis descriptivo.

Resultados: 631 pacientes intervenidos, tuvieron un ictus 17(2,7%). Las intervenciones fueron 23,5% Bypass, 47,7% valvular, 17,6% mixta, y 11,8% otras; el 35% carácter urgente; la mediana del tiempo de CEC 105, complicaciones intraoperatorias 23,5%, y 41% recibieron transfusiones. Incidencia de ictus por intervenciones: 2.2% en Bypass, 2.7% en cirugía valvular, 5.4% mixta y 2% otras. Características de los pacientes que presentaron ictus: 58,8% hombres, media de edad de 67 años; 35% Fibrilación auricular, 18% ictus previo, y 24% estenosis en el doppler carotídeo. La media del NIHSS era 9, se avisó como código ictus en un 59%, de los cuales el 70% se manejo como tal, y se realizó trombectomía en 1 caso. La evolución fue favorable en la mayoría con un Rankin a los 3 meses 2 en el 80% y 0% de mortalidad a los tres meses.

Conclusión: La incidencia de ictus en nuestro hospital fue similar a lo publicado en la literatura. Hay que establecer protocolos de detección precoz de ictus en estos pacientes porque se podrían beneficiar del tratamiento con trombectomía. En nuestra serie los ictus fueron leves-moderados y su pronostico a los tres meses muy bueno en la mayoría de los casos.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Trapero Iglesias, N.M. [1]; Gómez Moreno, I. [2]; Cuerda Clares, M.T. [1]; Quintero López, C. [1]; Ramírez Luna, J.C. [1]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz

Objetivos: Describir los hallazgos epidemiológicos, clínicos y radiológicos de pacientes anticoagulados que sufren un ictus isquémico así como su evolución y manejo terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 61 pacientes anticoagulados (Acenocumarol o Nuevo Anticoagulante Oral (NACO) que sufren ictus isquémico en los últimos tres años.

Resultados: La edad media fue 80 años, sin predominio de sexo. El tiempo medio de anticoagulación fue 6 años. 95% recibían Acenocumarol y 5% Rivaroxabán. En 85% la indicación de anticoagulación era FA. La media del INR al ingreso fue 2, estando 35 infradosificados (60.3%) y sólo 17 (29%) en rango. 79% asociaban HTA. En 84% el territorio afectado fue el de ACM. 16% (9) recibieron tratamiento fibrinolítico (ninguno con NACO). NIHSS medio al ingreso 18, con empeoramiento en las primeras 24h tras fibrinolisis en 62% (NIHSS 20). En TAC control sólo 1 presentó pequeña hemorragización, la mayoría (75%) presentaban edema cerebral difuso. 44% fallecieron. De los que no recibieron tratamiento específico 86% se recuperaron parcialmente y 30% fallecieron. El tratamiento al alta fue Acenocumarol en 60%, 23% Rivaroxabán y 10% Apixabán.

Conclusión: En nuestro medio los pacientes que sufren un ictus isquémico bajo tratamiento anticoagulante suelen estarlo con acenocumarol, si bien la mayoría se encuentran por debajo de rango terapéutico. Pocos reciben tratamiento específico, siendo la recuperación buena. La tendencia continúa siendo mantener Acenocumarol al alta.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL AL ALTA EN LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO <50 AÑOS DE NUESTRA UNIDAD DE ICTUS

Fernández Velasco, J.M.; Garcia Sanchez, J.M.; Aguilera Irazábal, B.; Auzmendi Pinedo, L.; Ochoa De Castro, A.I.; Sainz Pelayo, A.; Lorenzo García, A.M.; Freijo Guerrero, M.D.M.; Rodriguez-Antigüedad Zarrantz, A.

Servicio de Neurología. Hospital de Basurto

Objetivos: La incidencia de los ictus isquémicos(ictus) en <50 años está aumentando. Las secuelas funcionales en este grupo de población supone un coste laboral y personal a largo plazo. Nuestro objetivo es describir y analizar la situación funcional al alta(SFA) en los pacientes jóvenes(<50 años) con ictus ingresados en nuestra Unidad de Ictus(UI) y los factores que pueden influir en ella.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los ictus<50 años de nuestra UI durante 24 meses. Valoramos la SFA mediante mRankin(mR):independientes (mR <2), dependientes (mRankin≥2). Consideramos cambio en la SFA la variación de independencia a dependencia. Recogemos: FR vascular, Cardiopatía isquémica (CI), Fibrilación Auricular(FA), ictus previo, hallazgos de TC simple en Urgencias(TC), NIHSS al ingreso, tiempo-ventana(4,5h), tratamiento de reperfusión, mRankin previa y al alta. Estudiamos asociación entre todas las variables registradas y la SFA mediante regresión logística binaria siendo la variable dependiente la SFA. Todas las variables son dicotómicas (si/no), salvo edad.

Resultados: n=29(3,7%) de 778 ingresados en UI en dicho periodo. Independientes: 26 (89,6%). Edad media(DE) 43,31(6,9), varones(62,1%), ACVprevio(13,8%), HTA(27,6%), DM(17,2%), FA(0%), Dislipemia(24,1%), tabaco(55,1%), alcohol(27,6%), isquemia aguda en TC(27,6%), NIHSS >4(37,9%), tiempo ventana (72,4%) y tto-reperfusión(13,8%). El 48,3%(14) experimentaron cambios en SFA. Encontramos asociación significativa con: HTA OR 14(IC 95% 1,47-137,32).

Conclusión: La mitad de nuestros pacientes jóvenes sufren un deterioro de la situación funcional.La HTA previa se asocia a empeoramiento de la SF. Estrategias más agresivas de prevención primaria de la HTA podrían mejorar el pronóstico funcional en los pacientes jóvenes con ictus. Sería necesario ampliar la muestra para confirmar dichos hallazgos.

ANÁLISIS HISTOLÓGICO DE LOS TROMBOS EXTRAÍDOS MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ETIOLOGÍA DEL ICTUS, VARIABLES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS

DeFelipe Mimbrera, A. [1]; Mendez, J. [1]; Fandiño, E. [1]; Alonso Cánovas, A. [1]; Vera, R. [1]; Matute Lozano, C. [1]; Cruz Culebras, A. [1]; Álvarez Velasco, R. [1]; Pérez Torre, P. [1]; Acebrón, F. [1]; Albóniga-Chindurza, A. [1]; Anciones, C. [1]; Pian, H. [1]; Ramírez Toraño, F. [2]; Masjuan Vallejo, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Neurología. Universidad Politécnica

Objetivos: La composición histológica del trombo podría estar relacionada con la etiología del ictus y características radiológicas. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre los componentes histológicos de los trombos obtenidos en pacientes con ictus isquémico, con la etiología, variables clínicas y radiológicas.

Material y métodos: Análisis histológico de los trombos extraídos mediante trombectomía mecánica a pacientes con ictus isquémico agudo en nuestro centro desde enero 2013-marzo 2016. Recogimos la composición histológica (%fibrina y hematíes), variables clínicas, radiológicas y subtipo etiológico (clasificación TOAST). Se analizó la correlación entre la proporción de fibrin y la etiología, escala de Rankin (ERm), presencia signo de arteria hiperdensa (SAH), número de pases, recanalización y transformación hemorrágica.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, 51,7% hombres, edad media 68,8±9,7. La etiología del ictus fue cardioembólico en 56, aterotrombótico en 17, e indeterminado en 16 pacientes. El SAH se objetivó en 40 (45%). Se trataron con trombolisis intravenosa 39 pacientes (44%). La mediana de pases fue de 2 (1-6). Se consiguió una tasa de recanalización TICI2b/3 del 85.5%. Hubo un 3,4% de hemorragias cerebrales sintomáticas y el 42.7% fueron independientes a los 3 meses (ERm 0-2). La media de proporción de fibrina fue de 40.6% ± 21.5 (cardioembólico 42.8±23.2, aterotrombótico 37.2±15.9, indeterminado 36.3±19.7). No se encontró asociación entre la proporción de fibrina y la etiología, SAH, la ERm a los 3 meses, número de pases, tasa de recanalización o transformación hemorrágica.

Conclusión: No hemos encontrado relación entre la composición del trombo y la etiología del ictus.

CAVERNOMAS CEREBRALES. INDICACIONES Y TRATAMIENTO MICROQUIRÚRGICO

Vilalta Castan, J.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Analisis descriptivo de las indicaciones y resultados clínicos de una serie personal de cavernomas tratados quirúrgicamente.

Material y métodos: De un registro prospectivo se ha seleccionado los pacientes tratados quirúrgicamente por un neurocirujano durante el periodo 1990-2014. Se han establecido tres tipos de indicaciones : Déficit neurológico progresivo, Epilepsia y Hemorragia . La localización del cavernoma se clasificó en cuatro tipos. El tipo de cirugía (electiva/urgente) y los resultados clínicos se evaluaron los 6 meses mediante el GOS.

Resultados: Durante el periodo analizando se han recogido un total de 269 pacientes, de los cuales se trataron quirúrgicamente 77 (28,6%) y de estos, 40(14,8%) por el mismo neurocirujano. Edad : 14-75 (39,8) años. Sexo : Hombres 23 (57,5%), Mujeres 17 (42,5%). Tipo de indicación : " tumoral" 5 (12,5%), Epilepsia 16 (40%),Hemorragia cerebral 19 (47,5%). Localización : Superficial Supratentorial 27(67,5%), Tronco 8 (20%), Cerebelo 5 (12,5%), múltiples 10 (25%). En todos los casos, excepto en uno, se realizó cirugía electiva. Dos pacientes precisaron una segunda operación. Los resultados clínicos (GOS) a los 6 meses fueron buenos (buena recuperación/moderada incapacidad) en 38 (95%) pacientes. Dos pacientes jóvenes operados de cavernomas de tronco fueron mejorando después de los seis meses.

Conclusión: La cirugía de los cavernomas en pacientes bien seleccionados tiene unos riesgos aceptables, debe considerarse a largo plazo el beneficio para el control de la epilepsia.

OPTIMIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS A STENTING CAROTÍDEO: ANALISIS DE LOS ERRORES DE SCREENING

Vinueza Buitrón, P.R.; Edroso Jarne, P.; Navarro Pérez, M.P.; López Bravo, A.; Tejero Juste, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: - Analizar las características de los fallos de screening en el diagnóstico de estenosis carotídea

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes que han sido sometidos a una arteriografía con objetivo terapéutico de estenosis carotídea en el periodo de 20 meses. Para la comparación de variables cuantitativas se utiliza U de Mann-Whitney y las cualitativas Chi2 y test exacto de Fisher.

Resultados: Se analizaron 59 pacientes, 7 mujeres con una edad media de 70 años (IC95% 59.57-80.46) y 52 hombres con una edad

media de 68.9 años (IC 66.1-71.7). Un 49.2% habían tenido un ictus isquémico y AIT el 37.3%, Se utilizó AngioTC (78%), AngioRm (8.5%) y Estudio Neurosonológico en todos los pacientes, siendo la única prueba previa a la arteriografía en el 18.6%. No se coloca Stent en 8 pacientes, en 3 por estenosis insuficiente y en 5 por oclusión. Se encontraron diferencias en la edad: 60.13 años (IC95% 52.8-67.4) vs (70.47 años IC95% 67.8-73.1) pero no en factores de riesgo cardiovascular. Dentro de los estudios diagnósticos se observó que el Estudio Neurosonológico tiene un menor porcentaje de falsos positivos (9.09%) para estenosis carotídea recanalizable en comparación con AngioTC y AngioRm (15.22% y 20% respectivamente).

Conclusión: Los pacientes que son tributarios a arteriografía son derivados con pruebas diagnósticas como AngioTC, AngioRm y Estudio Neurosonológico, de los cuales el estudio con menos falsos positivos en nuestra serie de casos es el Estudio Neurosonológico. No hemos encontrado un perfil clínico que permita predecir el fallo de screening salvo la edad.

RAZONES PARA LA EXCLUSIÓN DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN PACIENTES CON DEMORA PRE-HOSPITALARIA MENOR DE TRES HORAS

García Ruiz, R. [1]; Silva Fernández, J. [2]; García Ruiz, R.M. [3]; Mateu Mateu, Á. [1]; Recio Bermejo, M. [1]; González Manero, A.M. [1]; Espejo Martínez, B. [1]; Botia Paniagua, E. [1]; Abellán Alemán, J. [4]; Santos Pinto, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; 2. Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Denia; 4. Cátedra de Riesgo Vascular. Universidad Católica de Murcia

Objetivos: Aunque la demora pre e intrahospitalaria son los principales factores limitantes para la fibrinólisis con tasas entre el 2 y el 8%, existen otros factores. Analizamos las causas de exclusión entre los pacientes con una demora pre-hospitalaria <3h.

Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes entre noviembre de 2013 y enero de 2015 con diagnóstico de ictus o AIT y demora pre-hospitalaria < 180' no fibrinolisados. Se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: 382 pacientes fueron diagnosticados de ictus o AIT. En 26 (6,81%) se realizó fibrinolisis. En 70 pacientes no se pudo concretar la hora de inicio (inicio al despertar o sin testigos). De los 268 restantes, 121 (45,15%) llegaron en las 3 primeras. Entre los motivos de exclusión, el más frecuente fue la levedad clínica (n=42; 34,71%), seguida de la desaparición de los síntomas antes de completar el estudio (n=29; 23,97%), la causa hemorrágica (n=18; 14,88%), la edad o situación funcional previa (n=13; 10,74%), la demora intrahospitalaria (n=7; 5,79%), la presencia de hallazgos de neuroimagen contraindicando la fibrinólisis (n=5; 4,13%), la anticoagulación con INR>1,7 (n=3; 2,48%), la presencia de una hemorragia grave (n=2; 1,65%) y finalmente otras enfermedades con riesgo de hemorragia y otras lesiones del SNC (n=1; 0,83% en ambas).

Conclusión: La levedad clínica y la desaparición de los síntomas antes de completar el estudio fueron las principales causas para descartar fibrinolisis. Sería de utilidad analizar la repercusión funcional en estos pacientes. No es despreciable el porcentaje achacable a demoras en la atención, sobre el que deben plantearse actuaciones de mejora.

SÍNTOMAS FOCALES COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOSIS VENOSA CORTICAL AISLADA

García Gallardo, A.M. [1]; Ruíz Ares, G. [1]; Marín Aguilera, B. [2]; Fuentes Gimeno, B. [1]; Martínez Sánchez, P. [1]; Alonso de Leciñana, M. [1]; Díez Tejedor, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: La Trombosis Venosa Cortical Aislada (TVCA) es una patología infrecuente, descrita únicamente en series de casos. El objetivo fue analizar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento en pacientes diagnosticados de TVCA en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 2 pacientes con diagnóstico de TVCA. Se registran antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas, hallazgos en neuroimágen, tratamiento y evolución a 3 meses.

Resultados: Caso 1: mujer de 74 años, con antecedentes de HTA, migraña y meningioma de la hoz, acude tras presentar episodios paroxísticos de alteración en sensibilidad de hemicuerpo izquierdo. La exploración neurológica no presentó hallazgos significativos. La TC cerebral era normal y la RM cerebral (2 meses tras inicio de síntomas) evidenció hiperintensidad serpentiforme en superficie cortical parietal derecha en T2 y FLAIR e hipointensidad (artefacto de susceptibilidad magnética) en T2*, compatibles con TVCA; sin alteraciones en parénquima cerebral. Caso 2: mujer de 52 años, con antecedente de sincopes vasovagales, derivada por su MAP tras presentar 2 episodios de mioclonías en MSD. La exploración clínica evidenció hipoestesia en MSD. La RM mostró hallazgos similares a los descritos, con hipertintensidad en T1 de localización parietal izquierda. Fueron tratadas con FAEs (CBZ; ESL), presentando resolución de síntomas/crisis focales. Ante la ausencia de evidencia científica que demuestre superioridad de anticoagulación frente a antiagregación, se pautó AAS 100mg. No hubo recurrencias ni nuevos síntomas a 3 meses.

Conclusión: La TVCA es una entidad posiblemente infradiagnosticada, que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de síntomas/crisis focales. Los signos radiológicos descritos pueden ser útiles para su identificación.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LOS ICTUS MINOR

Erdocia Goñi, A.; Iglesias Gutiérrez-Cecchini, C.; Colina Lizuain, S.; Castillo Álvarez, F.; Reurich Gomez, N.; Gómez Eguilaz, M.; Serrano Ponz, M.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro

Objetivos: Analizar el diagnóstico etiológico, pronóstico y características radiológicas en RM (secuencia potenciada en difusión, DWI) de los ictus minor ingresados en la unidad de ictus de nuestro hospital.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas y RM de los pacientes con NIHSS<4 a su ingreso en la unidad de ictus entre julio 2014 y enero 2015. Analizamos los datos sociodemográficos, subtipo etiológico (criterios TOAST), deterioro neurológico precoz, NIHSS y Rankin al alta y a los tres meses. Clasificamos las lesiones de RM-DWI según localización (corticosubcorticales ó profundas; y territorio anterior ó posterior) y tamaño (<20 ó >20 mm).

Resultados: Hubo 65 ictus minor(19´17%). Edad media 73´72 años(48-91), 45 hombres (69´23%). Rankin al ingreso 0(0-2). Subtipo etiológico: 26 aterotrombóticos(40%), 17 indeterminados(26´15%), 13 lacunares(20%), 8 cardioembólicos(12´3%), 1 inhabitual(1´54%). Evolución: 5(7´7%) deterioro neurológico precoz, 5 endarterectomía precoz. Al alta: Rankin1(0-5), NIHSS 1(0-26). A los tres meses: Rankin 1(0-6), NIHSS 0(0-3). Uno fallece. En RM-DWI encontramos lesiones corticosubcorticales en el 42.11%(11.34% < de 20 mm) y el resto en territorio profundo(32.69%<20mm). 39(75%) se localizaron en territorio carotídeo. 15.38% presentaron lesiones puntiformes en diferentes territorios.

Conclusión: La frecuencia del subtipo etiológico varía mucho según las series: En la nuestra, el aterotrombótico ha sido el más

frecuente, con menos cardioembólicos de los esperados. La definición de ictus minor como NIHSS<4, se relacionó con buen pronóstico a los tres meses. Apenas hay descripciones de las características de las lesiones en RM de los ictus minor. Nosotros encontramos una gran heterogenicidad de éstas, sin asociarse con el sutipo etiológico ni el pronóstico.

DISECCIÓN VERTEBRAL BILATERAL CON PSEUDOANEURISMAS ASOCIADOS EN TÁNDEM, EN PACIENTE CON MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

Layos Romero, A.; Lobato Casado, P.; Almansa Castillo, R.; Perez Matos, J.A.; Rodriguez Peguero, F.J.; Morales Casado, M.I.; Murcia Carretero, S.; Morín Martín, M.; Marsal Alonso, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: Discutir un caso de disección vertebral bilateral asociada a sendos pseudoaneurismas en tándem y las opciones terapéuticas disponibles.

Material y métodos: Varón de 35 años, sin factores de riesgo cardiovascular o consumo de tóxicos. Antecedente de malformación arteriovenosa occipital izquierda intervenida. Durante un juego de pádel presenta dolor súbito cervical irradiado a holocraneal, vómitos, diaforesis profusa, rigidez de nuca, deterioro progresivo del nivel de consciencia y agitación, precisando ingreso en UCI.

Resultados: En Urgencias se realiza electrocardiograma, análisis de sangre y radiografía simple de tórax, ambos sin hallazgos. La TC urgente muestra área de malacia occipital izquierda secundaria a intervención previa. En la ATC se observa una disección arterial con pseudoaneurisma del segmento V2-V3. La vertebral izquierda es dominante yse identifica otra disección con pseudoaneurisma en V3. Sendos segmentos V4 son normales. Los hallazgos se confirman mediante arteriografía. La RM descarta lesiones isquémicas por embolismo arterio-arterial. Analítica con estudio de autoinmunidad, hipercoagulabilidad y enfermedad sistémica normal. Se inicia tratamiento antiagregante y se realizan estudios de control, en los que se observa progresiva resolución de los hallazgos.

Conclusión: El tratamiento de la disección vertebral es controvertido, y se basa en un equilibrio entre tratamiento farmacológico y endovascular. El tratamiento farmacológico puede ser anticoagulante o antiagregante, sin demostrarse superioridad en los estudios realizados. Se suele antiagregar en caso de ictus extenso, disección intracraneal, síndrome compresivo local y como continuación del anticoagulante en estenosis o pseudoaneurismas residuales. Se opta por tratamiento endovascular en recurrencias isquémicas y estenosis o pseudoaneurismas persistentes.

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA PRECOZ FRENTE A TARDÍA EN PACIENTES CON ICTUS AGUDO

Fernández Ferro, J. [1]; Morales De la Prida, M. [2]; Vicente Martín, C. [3]; Guillán Rodríguez, M. [1]; Aranda Calleja, M.Á. [1]; Venegas Pérez, B. [1]; Prieto Jurczynska, C. [1]; Barbero Bordallo, N. [1]; Pardo Moreno, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 2. Facultad de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos; 3. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Rey Juan Carlos

Objetivos: La mortalidad intrahospitalaria (de hasta el 11%) es un caso particular de la mortalidad por ictus (entre el 12 y el 22%). Realizamos un análisis de mortalidad intrahospitalaria distinguiendo mortalidad precoz (≤7 días) de tardía (>7 días).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ictus que fallecen en el hospital entre Abril 2012 y Septiembre 2015 en un hospital de primer nivel y un hospital de segundo nivel. Realizamos un contraste de hipótesis entre ≤ 7 días y >7 días.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes; el 70% fallecieron en la primera semana tras el ictus. Edad media 82,7 años (DE 9,6) y 51(58%) mujeres. Antes del ictus el 73% necesitaban un cuidador/a o estaban institucionalizados; el 62,5% ictus isquémicos y 36,3% hemorrágicos. Casi el 50% presentaban disminución del nivel de conciencia a la llegada, el 75% una NIHSS > 15 y un 25% signos de lesión de tronco cerebral (TC). Hasta el 67% desarrolló una infección. Los que fallecen en ≤ 7 días tienen con más frecuencia lesión de TC (32,3% vs 7,7%; p 0,014) y los que fallecen en >7 días tienen más infecciones (54,8% vs 96,15%; p <0,001), en particular respiratorias (51,6% vs 88,4%; p 0,004).

Conclusión: Los pacientes que fallecen con ictus en nuestra serie tienen características similares a otras series publicadas. La mortalidad precoz se relaciona con la afectación del TC y la tardía con la infección respiratoria.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL DE CAUSA INHABITUAL

Campins Romeu, M.; Morales Caba, L.; Nieves Castellanos, C.; Lago, A.; Tembl, J.I.; Fortea, G.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: Anamnesis Varón de 68 años, exfumador e hipertenso, conductas de riesgo sexual y consumo de tóxicos de manera habitual. Cuadro de 3 días de evolución de bradipsiquia y alteración del lenguaje Examen físico Afasia mixta con alteración de la comprensión con imposibilidad para obedecer órdenes, lenguaje parco y agramatical. No repetía ni nominaba.

Material y métodos: Pruebas complementarias • Serología TPHA positivo y RPR negativa. VIH negativa. • Arteriografía: Oclusión M1 ACM izquierda. Opacificación a contracorriente de sus ramas corticales a través de anastomosis piales. Oclusión de ACM derecha M1. Las ramas corticales a contracorriente con anastomosis piales con ACA. • Angio-RMN: HSA en convexidad frontoparietal izquierda. ACM derecha filiforme sin flujo distal. Ausencia de ACM izquierda. Vasculatura cerebral tipo Moyamoya. • PL: Leucocitos 50/µL, 98% monomorfonucleares, glucosa 59 mg/dl, proteínas 28.9 mg/dl. Ac Treponema Pallidum (VDRL) negativo, visión directa campo oscura negativa

Resultados: Diagnóstico HSA cortical e ictus isquémico en territorio de ACM izquierda con oclusión crónica y silente de ambas arterias cerebrales medias en sus segmentos proximales con desarrollo de red de circulación colateral pial en paciente con neurolúes meningovascular.

Conclusión: Discusión La presentación meningovascular de la neurosifilis presenta predilección por segmentos proximales de vasos dando lugar a estenosis fibróticas causantes de estos ictus ¨infecciosos¨. En este caso las oclusiones sifilíticas crónicas de ambas ACM, infección apoyada por una pleocitosis marcada en una PL en la que el VRDL puede ser falsamente negativo, dieron lugar al desarrollo de una red colateral tipo moyamoya en convexidades cuya fragilidad generó la HSA cortical sintomática que motivó el ingreso.

Enfermedades Cerebrovasculares P8

INFLUENCIA DEL RITMO CIRCADIANO DEL ICTUS EN EL PRONÓSTICO FUNCIONAL AL ALTA: POSIBLES IMPLICACIONES DEL SISTEMA FIBRINOLÍTICO ENDÓGENO

Cabezas Rodríguez, J.A. [1]; Bustamante, A. [2]; Giralt, D. [3]; Moniche, F. [1]; Escudero, I. [1]; Serena, J. [4]; Montaner, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: Aunque ha sido ampliamente estudiada la fluctuación circadiana en la aparición del ictus isquémico, es escasa la evidencia en la relación del ritmo circadiano con el pronóstico funcional. Por ello reportamos la discapacidad al alta de pacientes con ictus isquémico, tratados o no con tPA según la hora de inicio de los síntomas.

Material y métodos: Analizamos de forma retrospectiva pacientes con ictus isquémico (n=12.227), incluidos en el Registro Nacional de Ictus de la Sociedad Española de Neurología (RENISEN), de los cuales 2.804 pacientes recibieron tratamiento con tPA. Los pacientes fueron agrupados en segmentos horarios. Posteriormente comparamos la discapacidad al alta en dichos subgrupos (valorada mediante la Escala de Rankin modificada, mRS).

Resultados: Del total de pacientes, analizamos 11.598 con datos de discapacidad al alta (47.8% discapacidad, mRS >2), en los que se conocía la hora exacta del ictus. El número y porcentaje de pacientes con mRS>2 para cada franja horaria fue de: 1:00-6:00h=349 (48.1%); de 7:00-12:00h=1.657 (45.6%); de 13:00-18:00h=1.424 (47.6%) y de 19:00-23:00h=1.049 (50.6%). Estos datos muestran que los ictus que ocurren en franja de mañana 7-12 son los de mejor pronóstico al alta (p=0.004). Sin embargo, al estudiar solo aquellos que habían recibido tratamiento trombolítico, el pronóstico funcional era similar en todas las franjas horarias.

Conclusión: El pronóstico funcional al alta está relacionado con la hora de inicio del ictus, sin embargo esto no es verdad para los pacientes que reciben tPA y por ello podría estar relacionado con el ritmo circadiano del sistema fibrinolítico endógeno.

FATIGA, APATÍA Y CALIDAD DE VIDA TRAS UN PRIMER ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO. PROTOCOLO DE ESTUDIO Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROL

Muñoz Vega, P.J. [1]; Ramirez Moreno, J.M. [1]; Peral Pacheco, D. [2]; Bartolomé Alberca, S. [1]; Ceberino Muñoz, D. [1]; Martinez Acevedo, M. [1]; Cordova, R. [3]; González Plata, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Departamento de Historia y Bioética. Universidad de Extremadura; 3. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina

Objetivos: La apatía y la fatiga son síntomas frecuentes que afectan la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ictus isquémico. No hay muchos estudios que analicen la frecuencia e importancia de estos síntomas tras un ataque isquémico transitorio (AIT). Evaluamos el impacto de estos síntomas en una cohorte de pacientes tras un primer AIT.

Material y métodos: Examinamos 16 pacientes a 90 días de un primer AIT y 17 controles voluntarios neurológicamente sanos extraídos de la misma población que los casos, todos menores de 70 años. Se realiza una entrevista estructurada recogiendo variables sociodemográficas, estilo de vida, factores de riesgo y los resultados de las escalas de apatía (AES: Apathy Evaluation Scale), fatiga (FAS: Fatigue Assessment Scale) y calidad de vida (CV: EQ-5D5L).

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, nivel educativo o económico entre casos y controles; y tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de factores de riesgo vascular clásicos. Entre casos y controles las puntuaciones en las escalas fueron: AES 44,7 vs 32,1 (p<0,001); FAS mental 12,7 vs 9,4 (p=0,002); FAS físico 15,6 vs 11,2 (p< 0,001); FAS global 28,2 vs 20,6 (p<0,001) y CV 0,810 vs 0,973 (p= 0,003). Existe una correlación significativa entre fatiga y CV (-0,746; p<0,001) y entre apatía y CV (-0,699; p<0,001).

Conclusión: Con la limitación de un tamaño de muestra pequeño, los pacientes con un primer AIT presentan a los 90 días un impacto significativo en su CV, mediado por la presencia de fatiga y apatía.

LA SÍFILIS MENINGOVASCULAR COMO CAUSA DE ICTUS

Cámara Marcos, M.S.; Altuna Azkalgorta, M.; Muñoz Arrondo, R.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: La aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la relajación en el uso de medios de prevención ha condicionado un incremento de la incidencia de neurosífilis en nuestro medio. Nuestro objetivo es analizar las características radiológicas y de neurosonológicas en 3 pacientes con ictus isquémicos secundarios a sífilis meningovascular, tratando de identificar aquellas claves que orienten la sospecha clínica.

Material y métodos: Se trata de 3 varones con ictus isquémicos fluctuantes y progresivos con serología positiva en sangre y LCR. Se descartaron otras causas de ictus mediante un amplio estudio etiológico.

Resultados: Dos de los tres pacientes presentaban un estudio DTC compatible con arteritis [elevación focal y significativa de Vps en ACA derecha segmento A1 (Vps 150 cm/s) y segmento distal de la arteria basilar (Vps 180cm/s)]. En los 3 casos el estudio con angioRMN confirmó la presencia de estenosis focales en distintas arterias intracraneales. Tras tratamiento antibiótico el cuadro clínico mejoró significativamente. En el estudio de seguimiento el patrón doppler se normalizó y el calibre vascular se normalizó en 2 de los tres pacientes.

Conclusión: En nuestra opinión, la sífilis neurovascular continúa siendo una causa de ictus muy a tener en cuenta, especialmente en pacientes con prácticas de riesgo que presenten fluctuación o progresión del cuadro clínico. La realización sistemática de estudios neurosonológicos puede alertar sobre la presencia de sífilis neurovascular.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO POR ICTUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Suárez Santos, P.; Benavente Fernández, L.; Villafani Echazú, J.; García Rúa, A.; Martínez Rodríguez, L.; Pérez Álvarez, Á.I.; García-Cabo Fernández, C.; Ameijide Sanluis, E.; Castañón Apilánez, M.; Calleja Puerta, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: El ictus es una enfermedad mortal y en algunas provincias su incidencia muy superior a la media en nuestro país. Se analizan las complicaciones y causas de mortalidad en pacientes ingresados por ictus en una de las regiones con mayor frecuencia de la enfermedad de nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 106 pacientes fallecidos durante su ingreso por ictus en un hospital de tercer nivel en el año 2015.

Resultados: Media de edad 75,44 años (53,77% varones); NIHSS medio al ingreso 19,62; m-Rankin basal 0 en el 63.21%. El 57,55% fueron ictus hemorrágicos (IH) (37,70% por anticoagulación) y el 42,45% isquémicos (II)(73,33% cardioembólicos). La anticoagulación no predominó en ningún grupo (p=0.34) y alcanzaba el 59% entre los portadores de fibrilación auricular (FA), siendo ésta más prevalente entre los II (p=0.06). Las complicaciones neurológicas más frecuentes fueron el edema y vertido ventricular (22,64%) y las sistémicas las infecciones respiratorias (50,94%). La causa más frecuente de muerte en IH fue la propia

hemorragia (67,21%) y en II las infecciones respiratorias (42,22%). La media de tiempo hasta la muerte fue de 10,14 días en IH y 9,7 días en II.

Conclusión: Los pacientes que fallecen por ictus son previamente independientes, sufren ictus graves y predominan las hemorragias secundarias. Hay una alta tasa de anticoagulación en los portadores de FA, pero no más en IH que en II. Las causas más frecuentes de mortalidad son la propia hemorragia y las infecciones respiratorias, éstas últimas evitables en gran medida.

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS EN MAYORES DE 80 AÑOS

Urbanos Núñez, A.; Ivánovic Barbeito, Y.P.; Barragán Martínez, D.; García Vasco, L.; Ostos Moliz, F.; Calleja Castaño, P.; Díaz Guzmán, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Analizamos el beneficio y el riesgo de complicaciones hemorrágicas del tratamiento endovascular (TE) del ictus isquémico por encima de los 80 años.

Material y métodos: De los pacientes mayores de 80 años ingresados en la Unidad de Ictus de nuestro centro entre enero de 2012 y febrero de 2016, seleccionamos aquellos con oclusión de gran vaso en territorio carotídeo, independencia funcional (mRS ≤ 2) y menos de 6 horas de evolución del ictus. Comparamos el TE frente al tratamiento estándar.

Resultados: Los resultados son provisionales. Se recogerán datos adicionales para la versión definitiva. Se seleccionaron 48 pacientes, de los cuales el 27,1% fueron sometidos a trombectomía mecánica (TM). Existe una tendencia hacia una reducción de la mortalidad a los 3 meses en el grupo que recibió TE (15,4% de fallecidos frente a 46,2%), así como un mayor porcentaje de independencia en este grupo de pacientes (46,2% frente a 28,6%). En cuanto al riesgo de sangrado, el 23,1% de los individuos sometidos a TM sufrió una complicación hemorrágica, frente al 42,9% de los que no recibieron TE. En el 48% de los casos, la edad avanzada fue el principal o único motivo para la abstención del tratamiento intervencionista. Solo en uno de los casos se encontraron dificultades anatómicas para la canalización del vaso.

Conclusión: La TE parece ser segura y eficaz en pacientes mayores de 80 años, reduciendo la mortalidad y favoreciendo la independencia funcional de los pacientes en los 3 meses posteriores al ictus. Además, la TM no implica necesariamente un aumento del riesgo hemorrágico.

ICTUS ISQUÉMICO COMO PRESENTACIÓN DE BROTE DE PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA

Vicente Pascual, M. [1]; Gómez, J.B. [1]; Zamora, C. [2]; Guasp, M. [1]; Urra, X. [1]; Amaro, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: La púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) es una enfermedad hematológica poco frecuente caracterizada por coagulopatía, trombocitopenia y anemia hemolítica. De forma inusual las manifestaciones neurológicas pueden preceder a las alteraciones hematológicas en el brote de PTT.

Material y métodos: Presentamos una mujer de 36 años con antecedentes de PTT que consultó por disartria y debilidad de extremidades derechas. Quince días después desarrolló parestesias en cara y mano.

Resultados: En el primer ingreso la RM cerebral mostró lesiones isquémicas en territorio de la cerebral media izquierda, con estenosis en ramas distales de ambas arterias cerebrales medias y anterior derecha en angio-TC. Los valores del hemograma fueron normales. El estudio etiológico (ecocardiograma, Holter de ritmo cardiaco y autoinmunidad) no mostró alteraciones destacables. Con el antecedente de uso de simpaticomimético nasal para el tratamiento de su rinitis, junto con los hallazgos vasculares se sospechó de síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. En el posterior reingreso la RM no mostró lesiones agudas y la analítica sanguínea tampoco mostró alteraciones, orientándose como un accidente isquémico transitorio. Una semana después presentó astenia, hematomas en extremidades, anemia hemolítica y trombocitopenia, diagnosticándose un brote de PTT que precisó tratamiento específico (recambio plasmático, tratamiento corticoideo y rituximab).

Conclusión: Entre los signos clínicos de la PTT, las alteraciones neurológicas son las más frecuentes, apareciendo típicamente durante el curso de la enfermedad. La afectación isquémica cerebral es inusual como forma de presentación clínica en el diagnostico o en los brotes y puede preceder a las alteraciones hematológicas típicas.

ICTUS ISQUÉMICO POR EMBOLIA GASEOSA EN TERRITORIO ARTERIAL TRAS MANIPULACIÓN DE CATÉTER VENOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Figueras Aguirre, G.; Bertran Recasens, B.; Fernandez Perez, I.; Cascales Lahoz, D.; Avellaneda Gomez, C.; Serra Martinez, M.; De Ceballos Cerrajeria, P.; Zabalza De Torres, A.; Roquer Gonzalez, J.

Servicio de Neurología. Hospital del Mar

Objetivos: La embolia aérea arterial es una causa infrecuente de ictus isquémico, debiéndose principalmente a una complicación yatrogénica asociada a procedimientos médicos invasivos y es necesaria la existencia de un shunt de sistema venoso a sistema arterial.

Material y métodos: Presentamos un caso de ictus isquémico por paso de gas a sistema arterial en una paciente con foramen oval permeable en contexto de manipulación de una vía venosa yugular.

Resultados: Mujer de 62 años, fumadora, sin ningún otro factor de riesgo cardiovascular, intervenida de cirugía radical de adenocarcinoma de endometrio por laparoscopia, con rotura incidental de la vena cava y shock hipovolémico. A las 24h, una vez estabilizada durante el recambio de catéter yugular, presenta clínica de ictus completo de ACM derecha, con NIHSS de 19. Se realiza TC craneal donde se visualiza contenido aéreo en arteriolas distales piales y medulares hemisféricas derechas correlacionándose en los mapas de perfusión con focos de hipoperfusión de territorios frontera internos y externos, sin evidencia de oclusiones de arteria de gran calibre. La paciente mejoró progresivamente con tratamiento conservador. Se confirmó la presencia de un foramen oval permeable mediante doppler transcraneal.

Conclusión: Existen pocos casos de ictus por embolia aérea descritos en la literatura. Aun siendo una etiología poco frecuente, la escasez de casos reportados podría estar en relación con la habitual asociación a yatrogenia. De igual manera, el manejo de esta patología no está bien establecido. Existen estudios en los que se propone el tratamiento con oxígeno hiperbárico, aunque su eficacia es controvertida.

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS SEGÚN EL TIPO DE FÁRMACO

Suárez Castro, E. [1]; Portilla Cuenca, J.C. [2]; Acevedo Martínez, M. [3]; Romero Sevilla, R. [2]; Barragán Prieto, A. [2]; Yerga Lorenzana, B. [2]; Duque Holguera, M. [2]; Falcón García, A. [2]; Casado Naranjo, I. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 3. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina

Objetivos: Aunque los anticoagulantes de acción directa (ACOd) han demostrado un mejor perfil riesgo-beneficio que los antivitamina K en la prevención del ictus isquémico (II), las características del II en sujetos tratados con ACOd son poco conocidas. Nuestro objetivo es evaluar las características y evolución del II en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con II y en tratamiento anticoagulante. Diferenciamos dos grupos: GA tratados con ACOd; GB tratados con Acenocumarol. Analizamos los factores de riesgo vascular (FRV), características del ictus y parámetros de coagulación. Variables: características del ictus: gravedad (NIHSS ingreso), realización de fibrinolisis, complicaciones hemorrágicas intracraneales (HI) y volumen del infarto (VI); y la evolución: NIHSS al alta y mortalidad hospitalaria. Utilizamos test Chi2 para las variables cualitativas y T de Student o no paramétricas para las cuantitativas. Realizamos análisis de regresión para las variables pronósticas.

Resultados: Incluimos 27 pacientes. GA: 9 pacientes. No observamos diferencias entre los FRV. El GA presentó tendencia a mayor gravedad al ingreso (NIHSS 13,1 vs 8,78; p 0,08), mayor VI (464cc vs 182,3cc; p 0,007) y realización de fibrinólisis sistémica (33,5% vs 5,6%; p 0,05), sin diferencias en la HI (37,5% vs 15,4%; p 0,25). No se observaron diferencias en la evolución: NIHSS al alta 6,92 vs 6,41 y mortalidad 11,1% vs 5,6% (p>0,05).

Conclusión: En nuestra serie, los pacientes con II y ACOd presentaron un ictus más grave y de volumen mayor, sin embargo no existieron diferencias en la evolución precoz probablemente por un mayor porcentaje de pacientes tratados con rtPA.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE DISPLASIA FIBROMUSCULAR CON AFECTACIÓN DEL TERRITORIO CEREBROVASCULAR

Gómez García, A.; Querejeta Coma, A.; Machío Castelló, M.; Oses Lara, M.; Jaimes Rodríguez, A.R.; Ruggiero García, M.; García Torres, M.A.; Saez Pinel, R.; Zamarbide Capdepón, I.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de un caso de displasia fibromuscular con afectación de troncos supraaórticos y vasos intracraneales.

Material y métodos: Revisamos el caso de una paciente valorada en nuestro centro que ha presentado cuadro compatible con vasculopatía cerebral aguda y vasoconstricción cerebral reversible secundaria a displasia fibromuscular.

Resultados: Mujer de 49 años que consulta por cuadro agudo de cefalea, vómitos y diarrea, seguido a continuación de fiebre, confusión, hemianopsia y hemiparesia izquierdas, con estudios de laboratorio y pruebas de imagen compatibles con afectación de troncos supraaórticos y de arterias intracraneales de mediano y pequeño calibre, secundarios a displasia fibromuscular y fenómenos de vasoconstricción cerebral reversible.

Conclusión: Describimos un caso de vasoconstricción cerebral reversible sobre displasia fibromuscular como patología de base, en paciente con consumo de triptanes en rango de abuso, y discutimos características inusuales del cuadro, así como relación con distintos factores de riesgo.

ICTUS ISQUÉMICOS MULTITERRITORIALES: LO QUE EN REALIDAD HAY DETRÁS

Fuentes Rumi, L.; Cabrera Maqueda, J.M.; Garcia Molina, E.; Baidez Guerrero, A.E.; Valero Lopez, G.; Diaz Perez, J.; Hernandez Torres, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Exponer el caso de un paciente que cursó con inestabilidad de la marcha y hemianopsia homónima como debut de endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB), y que finalmente se diagnosticó un adenocarcinoma pulmonar metastásico.

Material y métodos: Varón, 63 años consultó por desorientación y alteraciones visuales de 24 horas de evolución, con disnea y sindrome constitucional en los últimos meses. En TC craneal, lesiones isquémicas corticosubcorticales en diferentes territorios y en ecocardiograma, lesión vegetante en válvula mitral. Ingresó con sospecha de endocarditis infecciosa, se inició antibioterapia empírica y se decidió no anticoagular.

Resultados: El paciente permaneció afebril y no hubo crecimiento microbiológico en sucesivos hemocultivos. En TC toracoabdominal múltiples lesiones osteoblásticas vertebrales, compatibles con metástasis. No se evidenció tumor primario en pruebas de imagen, por lo que se biopsiaron las lesiones óseas. Durante el ingreso, el paciente presentó deterioro brusco del nivel de consciencia y debilidad de extremidades izquierdas. Se activó Código Ictus Intrahospitalario y en neuroimagen, infarto agudo masivo en territorio de ACM derecha, oclusión de M1 distal y mismatch 30-40%, no siendo posible tratamiento agudo dado que no era candidato a fibrinolisis intravenosa por sus antecedentes ni a tratamiento intrarterial por amplia afectación con mismatch bajo. Presentó deterioro neurológico progresivo, falleciendo finalmente.

Conclusión: La ETNB es una patología poco común, que suele cursar con embolismos al SNC. En las guías clínicas existe acuerdo en iniciar tratamiento anticoagulante, sin embargo el difícil diagnóstico diferencial en ocasiones con endocarditis infecciosa, puede hacer que se retrase, acarreando graves consecuencias neurológicas.

ISQUEMIA MEDULAR SECUNDARIA A PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA: ¿DEBEMOS COLOCAR UN DRENAJE LUMBAR? A PROPÓSITO DE UN CASO

Pascual Goñi, E. [1]; Garcia Alvarez, M. [2]; Peypoch Perez, O. [2]; Dilmé Muñoz, J. [2]; Camps Renom, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Medicina. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La isquemia medular aguda es una patología infrecuente con elevada morbimortalidad y escasas alternativas terapéuticas. Presentamos un caso secundario a disección aórtica tratado mediante drenaje lumbar de líquido cefalo-raquídeo (LCR).

Material y métodos: Mujer de 49 años que presenta paraparesia en postoperatorio inmediato de tromboembolectomía aorto-iliaca bilateral por trombosis de aorta infrarrenal y ambas arterias ilíacas comunes secundaria a disección aórtica tipo B. A la exploración se evidencia debilidad en extremidades inferiores (EEII) de predominio distal y simétrica, hipoestesia termo-algésica con nivel en L2 y ausencia de reflejos musculares profundos en EEII. Ante la sospecha de síndrome de la arteria espinal anterior por oclusión de la arteria de Adamkiewicz, se indica resonancia magnética (RM) medular urgente.

Resultados: La RM no mostró alteración de la señal intramedular. Además de iniciarse anticoagulación como prevención de la retrombosis y de mantener las cifras de presión arterial media (PAM) por encima de 80mmHg, se decidió colocar un drenaje lumbar con obtención de LCR a alta presión (>20cm de H20). Posteriormente se dejó el drenaje colocado manteniendo presiones <8cm de H2O. A las 12 horas la paciente presentaba una mejoría significativa de la paraparesia y al mes fue alta consiguiendo una deambulación autónoma.

Conclusión: El dignóstico de isquemia medular es clínico y la RM medular urgente puede ser normal. El tratamiento consiste en

mantener la PAM por encima de 80mmHg e iniciar tratamiento antitrombótico según la causa. En casos secundarios a patología aórtica aguda puede considerarse el drenaje lumbar con el objetivo de mejorar la presión de perfusión medular.

Enfermedades Desmielinizantes P1

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA ASOCIADA A NATALIZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. EXPERIENCIA TERAPÉUTICA CON MARAVIROC Y CIDOFOVIR

Belchí Guillamón, O. [1]; Robles-Cedeño, R. [1]; Perkal Rug, H. [1]; Beltrán Mármol, B. [2]; Quiles Granado, A.M. [2]; Ramió-Torrentà, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Radiología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una complicación poco frecuente asociada al tratamiento con natalizumab en la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR), como consecuencia de la reactivación del virus JC (VJC). Se pretende describir nuestra experiencia clínica.

Material y métodos: Descripción de dos casos de LMP diagnosticados y tratados en nuestro centro.

Resultados: Mujer de 56 años con EMRR fue tratada durante ocho años con interferón-β1b hasta requerir cambio a natalizumab y, 50 meses después, teniendo anticuerpos anti-JCV positivos, desarrolló una LMP. Fue tratada con plasmaféresis y mirtazapina. Al cabo de un mes presentó progresión clínica y radiológica coincidiendo con elevación del número de copias de VJC en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se añadió mefloquina y cidofovir y el VJC en LCR disminuyó significativamente. Tras tres meses, fue detectada captación de contraste en neuroimagen, por lo que se administraron corticoides. Posteriormente experimentó una leve mejoría clínica. Mujer de 35 años con EMRR fue tratada durante dos años con interferón-β1a hasta requerir natalizumab y, después de 47 infusiones, teniendo anticuerpos anti-VJC positivos, desarrolló un complejo LMP-síndrome inflamatorio de reconstitución inmune. Fue tratada con corticoides, plasmaféresis, mirtazapina, mefloquina y maraviroc. Tras un empeoramiento clínico y radiológico coincidiendo con un ascenso de copias de VJC en LCR, se administró cidofovir, produciéndose una disminución de VJC en LCR y mejoría clínica. Posteriormente aparecieron crisis convulsivas que fueron controladas con valproato y levetiracetam.

Conclusión: La LMP es una complicación grave del tratamiento con natalizumab para la que no existe un tratamiento establecido. El tratamiento con cidofovir y maraviroc pueden ser alternativas terapéuticas.

EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE FINGOLIMOD, DIMETIL FUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: NUESTRA EXPERIENCIA

Croitoru, I. [1]; Lopetegui Larruscain, I. [1]; Castillo Triviño, T. [2]; Arruti Gonzalez, M. [3]; Andres Marin, N. [3]; Olascoaga Urtaza, J. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Instituto Biodonostia; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Zumarraga; 3. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Describir la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos orales utilizados actualmente en la práctica clínica para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente en el Hospital Universitario Donostia.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico para describir las características basales y la evolución clínica de pacientes tratados con fingolimod, dimetil fumarato y teriflunomida. Se analizaron los datos existentes en la base de datos de la Unidad de Esclerosis Múltiple de 126 pacientes que han estado o están en tratamiento con uno de los 3 fármacos orales.

Resultados: Fingolimod: 51 pacientes (11 hombres, 40 mujeres, media de edad 42.86, media inicio del tratamiento 30 meses, 13 pacientes presentaron brotes (25.49%), 9 pacientes discontinúan el tratamiento en el HUD: 3 por efectos secundarios (1 carcinoma basocelular, 2 EA cardiacos), 1 falta de eficacia, 4 seguimiento en otros hospitales) Dimetil fumarato: 47 pacientes (18 hombres, 29 mujeres, media de edad 42.65, media inicio de tratamiento 6.40 meses, 3 pacientes presentaron brotes (6.38%), 7 discontinuaron el tratamiento (rash 28%, herpes zoster 14%, síntomas gastrointestinales 57%) Teriflunomida: 32 pacientes (11 hombres, 21 mujeres, media de edad 42.65, media inicio tratamiento 7.18 meses, 1 paciente presento brote (3.12%), 4 discontinuaron el tratamiento (rash 50%, aumento carga lesional 25%, elevación ALT 25%)

Conclusión: Los datos de la vida real confirman la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos orales. La tasa de brotes es similar a la reportada en los ensayos clínicos. No se observaron nuevos problemas de seguridad y las observadas fueron consistentes con los efectos secundarios ya conocidos.

¿FINGOLIMOD Y ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE SECUNDARIA?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Estévez, I.; Martínez Peralta, S.; El Berdei Montero, Y.; Fiz San Telesforo, M.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con EMRR que durante el tratamiento con Fingolimod desarrolló una anemia hemolítica autoinmune probablemente secundaria a dicho fármaco.

Material y métodos: Paciente de 52 años con EMRR desde hace 20 años y en tratamiento con Fingolimod desde hace 2, sin historia hematológica previa y ningún antecedente de interés, que acude a urgencias por fatiga intensa e inestabilidad. En la analítica de urgencias destaca Hb 6.1g/dL, plaquetas 134x103/µL, bilirrubina total 2.84mg/dL, LDH 581U/L, haptoglobulina <7.75 y en el frotis se observa reticulocitosis por lo que ingresa con la sospecha de anemia hemolítica.

Resultados: El test de Coombs directo fue positivo (anti-IgG positivo y anti-C3b-C3d positivo). Durante el ingreso se descartaron todas las posibles causas de anemia hemolítica autoinmune secundaria: autoinmunidad, marcadores tumorales y serologías negativas, ecografía abdominal normal, clon HPN negativo. Se revisaron las analíticas previas en las que se observa un leve ascenso de la LDH desde hace 6 meses junto con citopenias leves (anemia y plaquetopenia). La paciente es diagnosticada de anemia hemolítica autoinmune sospechándose como agente causal el Fingolimod, por lo que se decide retirar y comenzar tratamiento esteroideo con resolución completa del cuadro.

Conclusión: En la literatura solo hay un caso reportado de anemia hemolítica autoinmune secundaria en tratamiento con Fingolimod. Dado la ausencia de otras causas y la resolución total de la clínica tras el cese del tratamiento con Fingolimod consideramos que hay una probable relación causal.

ALTERACIONES TEMPRANAS EN EL PERFIL HEPÁTICO ASOCIADAS A LA INFUSIÓN CON ALEMTUZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

Cárcamo Fonfría, A.; González Suárez, I.; Guerra Schulz, E.; Ortiz Pica, M.; Orviz García, A.; López de Velasco, V.; Palacios Sarmiento, M.; Oreja Guevara, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Describir las alteraciones en el perfil hepático que aparecen de forma precoz durante la primera semana del tratamiento con Alemtuzumab.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con EMRR que recibieron tratamiento con Alemtuzumab en nuestro centro, entre junio 2015 y junio 2016, a los cuales se les había realizado una analítica básica (hemograma, bioquímica, iones) el primer, tercer y quinto día de la infusión y luego mensualmente.

Resultados: 15 pacientes, 86.7% mujeres, con 42.6 años de edad media. Ninguno de ellos tenía antecedentes de enfermedad hepática y todos tenían una analítica previa al tratamiento con perfil hepático normal. El 80% de los pacientes presentó elevación de las enzimas hepáticas: la ALT se elevó en todos ellos, la AST en el 33.3%, la GGT en el 58.3% y la FA en el 16.7%. Ninguno presentó alteraciones en la bilirrubina ni en la coagulación. Los valores máximos (media y mediana) que se obtuvieron, fueron: ALT 196.1U/L y 71.5U/L, AST 238.3U/L y 233U/L, GGT 107.7U/L y 76U/L y FA 165.5U/L ambos. Se alcanzaron entre el tercer y quinto día de la infusión y sólo en una paciente persistían cifras elevadas un mes después del tratamiento. La hipertransaminasemia fue asintomática en todos los casos, excepto en una paciente que presentó intenso dolor abdominal y ALT 613U/L tras la infusión, por lo que se suspendió el tratamiento.

Conclusión: En nuestra serie, la elevación de las enzimas hepáticas con un patrón de citolisis aparece de forma frecuente y precoz tras la infusión, aunque no suele acompañarse de síntomas.

BACTERIEMIA POR LISTERIA MONOCYTOGENES ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ALEMTUZUMAB

Cárcamo Fonfría, A.; González Suárez, I.; Guerra Schulz, E.; López de Velasco, V.; Palacios Sarmiento, M.; Oreja Guevara, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente con enfermedad activa. Tras cada ciclo de tratamiento con Alemtuzumab se reduce de forma drástica el número de linfocitos T y B circulantes.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente con esclerosis múltiple que presentó una bacteriemia por Listeria monocytogenes tras un primer ciclo de tratamiento con Alemtuzumab.

Resultados: Mujer de 45 años diagnosticada de esclerosis múltiple remitente recurrente, que había sido tratada previamente con IFNβ-1a, acetato de glatirámero, natalizumab y fingolimod. Durante el último año se objetivó progresión de la enfermedad, con tres brotes y dos nuevas lesiones captantes de gadolinio en la RM cerebral. Por este motivo se inició tratamiento con Alemtuzumab. La infusión del fármaco fue bien tolerada. A los 4 días de finalizar el primer ciclo, comienza con malestar general, diarrea y fiebre de 39ºC. Se realizó una analítica, en la que destacaba linfopenia importante y PCR>7mg/dl, una punción lumbar con LCR normal y en los hemocultivos se identificó Listeria monocytogenes. Se inició tratamiento con amoxicilina 1g/8h, durante 4 semanas, con buena evolución y hemocultivos negativos tras finalizar el antibiótico.

Conclusión: El tratamiento con Alemtuzumab produce un estado de inmunosupresión de forma precoz tras la infusión, lo cual predispone a padecer infecciones. Las más frecuentes son infecciones leves del tracto respiratorio superior y del tracto urinario, aunque también se han documentado infecciones graves como apendicitis, neumonía y herpes zóster. La bacteriemia por Listeria monocytogenes no se había descrito previamente asociada al tratamiento con Alemtuzumab.

NEUTROPENIA SEVERA TARDÍA EN UNA PACIENTE CON NMOSD TRAS TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Romero Delgado, F. [1]; Martínez Gínes, M.L. [1]; Carbone Campoverde, J. [2]; Cuello, J.P. [1]; Lozano Ros, A. [1]; Goicochea Briceño, H. [3]; Higueras, Y. [4]; García Domínguez, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Inmunología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Servicio de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 4. Servicio de Neuropsicología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Reportar un caso de neutropenia severa sintomática tras rituximab en una paciente con neuromielitis óptica (NMOSD).

Material y métodos: Se describe el caso de una mujer de 37 años con NMOSD de acuerdo a los criterios de Wingerchuck 2006 de 11 meses de evolución que sufre una neutropenia severa sintomática tras recibir tratamiento con rituximab.

Resultados: Tras seis meses de tratamiento con micofenolato de mofetilo (MM) presentó una mielitis transversa. Se suspendió MM y 19 días después se inició tratamiento con rituximab. Siete semanas más tarde ingresó en la UCI debido a un shock séptico. Se objetivó una neutropenia grado IV y una panhipoglobulinemia. No se aisló ningún microorganismo. Fue tratada con antibioterapia de amplio espectro, dos dosis del factor estimulante de colonias de granulocitos e inmunoglublinas intravenosas (IgG iv). Tres semanas más tarde fue dada de alta. Desde entonces recibe tratamiento sustitutivo con IgG iv. En la actualidad permanece estable con una EDDS de 3, sin nuevos brotes y sin detección de células CD19+, por lo que se pospuso un segundo ciclo de rituximab.

Conclusión: La neutropenia tardía es un efecto secundario ya conocido del tratamiento con rituximab. Sin embargo, son pocos los casos descritos en pacientes con NMOSD. Casos como el que presentamos sugieren la necesidad de una monitorización estrecha de los niveles de inmunoglobulinas y fórmula leucocitaria para su mejor manejo clínico.

ALTERACIONES ANALÍTICAS Y PERFIL DE EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES TRATADOS CON TERIFLUNOMIDA

Novo Ponte, S.; Vinagre Aragón, A.; García Malo, C.; Mena Romo, L.; Blasco Quilez, M.; García Merino, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Analizar alteraciones analíticas y efectos adversos en pacientes tratados con Teriflunomida en un período de 6 meses

Material y métodos: Se incluyeron 47 pacientes, 74,5% mujeres, con un EDSS medio de 1,5. Se realizaron controles analíticos en los meses 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Resultados: Se observó elevación de enzimas hepáticas únicamente en 3 casos (6,4%), el primero a expensas de ALT de 102 en una única determinación aislada, y los dos restantes GGT de 86 y 132, manteniéndose en ambos estable en controles sucesivos. No se pudo establecer relación en estos 3 casos con tratamientos recibidos previamente. Se observó linfopenia (<1300/µL) en 13 pacientes (27,65%), en 7 de ellos fue transitoria y en 6 persistente. En cuanto a otros efectos adversos, 12 pacientes (25,50%) refirieron aumento del ritmo intestinal o molestias digestivas, 8 pacientes (17%) desarrollaron HTA o precisaron reforzar su tratamiento antihipertensivo previo. En 9 pacientes (19%) se observó adelgazamiento del cabello. Sólo se detectó polineuropatía en 2 casos (0,42%). Un único paciente tuvo que abandonar el tratamiento por HTA refractaria.

Conclusión: La Teriflunomida es un fármaco seguro, cuyos efectos adversos más frecuentes son molestias gastrointestinales.

La posibilidad de inducción de HTA o el descontrol de HTA preexistente es un efecto significativo a considerar al inicio del tratamiento. El resto de efectos adversos fueron más infrecuentes y de carácter leve. La alteración del perfil hepático se observó sólo en un 6,4%, lo que sugiere que los frecuentes controles analíticos que son obligatorios al inicio del tratamiento puedan espaciarse en el tiempo.

¿LA AMPLIACIÓN DEL INTERVALO DE DOSIFICACIÓN DE NATALIZUMAB ES SEGURA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE? ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Pastor Yvorra, S.; Sastre Real, M.; Pérez Lucas, J.; Puertas Muñoz, I.; Fernández-Fournier Fernández, M.; Tallón Barranco, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Natalizumab; anticuerpo monoclonal altamente eficaz en el tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR), con administración intravenosa cada 4 semanas, se asocia a un riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en pacientes con más de 24 infusiones y serología de virus JC positivo (SVJCP). Objetivo: evaluar respuesta terapéutica tras ampliar intervalo de dosificación de natalizumab (AID) de 4 a 5 semanas.

Material y métodos: Descriptivo retrospectivo de un año de evolución en pacientes con EMRR tratados con natalizumab con más de 24 infusiones, SVJCP (índex >= 0,9) en suero y estabilidad clínico-radiológica mayor de 1 año. Se evaluaron las variables: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad y de tratamiento con natalizumab, progresión de la EDSS, número de brotes y SVJCP.

Resultados: 17 pacientes fueron evaluados; 11 mujeres (64,7%) y 6 hombres (24,0%), edad media de 43,17 años (±8,76), EDSS media de 2,29 (±1,19), tiempo medio de enfermedad de 10,76 años (±4,25), tiempo medio de tratamiento con natalizumab de 5 años (±2 años), y SVJCP media de 2 (±1). Tras AID durante 1 año, ninguno tuvo brotes, no aumento de la EDSS ni progresión radiológica (no aparición de nuevas lesiones en resonancia magnética craneal). No se registró ningún caso de LMP.

Conclusión: En nuestro estudio la AID de natalizumab en pacientes con mayor riesgo de desarrollo de LMP (más de 24 infusiones y VJCP) no compromete la respuesta terapéutica, y ha demostrado seguridad y eficiencia. AID es una opción de terapia de mantenimiento de natalizumab y minimización de riesgo del desarrollo de LMP.

EXPERIENCIA CON ALEMTUZUMAB EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

Torregrosa Ortiz, M.; Navarro Cantó, L.; Sola Martínez, D.; García Quesada, M.Á.; Lorente Gómez, L.; Bonet De la Nuez, M.; Alberola Amores, F.J.; Marhuenda Bermejo, L.; Alom Poveda, J.

Servicio de Neurología. Hospital General de Elche

Objetivos: Alemtuzumab está aprobado para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple activa. Presenta un potente efecto antiinflamatorio, a expensas de un perfil de seguridad que puede limitar su uso. Describimos la experiencia en nuestro centro con Alemtuzumab.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con EM en tratamiento con Alemtuzumab, en el que se analizan diferentes variables demográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyen 11 pacientes, entre 27 y 48 años, 82 % mujeres. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad es de 8 años [2-15.5], mediana de EDSS basal de 3 [1.5-6.5]. En cuanto a la indicación: 1 paciente naïve, y la mayoría fracaso a segunda línea (81.9%). La evolución posterior ha sido favorable, todos los pacientes se mantienen libres de actividad de la enfermedad hasta la actualidad, sólo en una paciente se han administrado los dos ciclos (rango 1-6 meses en el resto). Respecto a datos de seguridad, la mayoría de los casos asociaron erupciones urticariformes leves durante las infusiones, una paciente presentó una púrpura trombocitopénica inmune (PTI) 6 meses tras el primer ciclo, resuelta sin complicaciones.

Conclusión: En nuestra experiencia, en la mayoría de los pacientes a los que se retira el Natalizumab por riesgo de LMP, el Fingolimod no es una terapia alternativa eficaz. Destacar el caso de la PTI, detectado por la paciente, por lo que resaltamos la importancia del adecuado adiestramiento del paciente. No podemos establecer conclusiones de eficacia en nuestra experiencia, por el escaso tiempo de evolución con el fármaco hasta el momento.

SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE TRAS CESE DE FINGOLIMOD

Garcia Dominguez, J.M. [1]; Romero Delgado, F. [2]; Cuello, J.P. [2]; Higueras, Y. [2]; Lozano Ros, A. [2]; Goicochea Briceño, H. [2]; Martínez Ginés, M.L. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Describir un caso de Síndrome de Reconstitución Inmune (IRIS) tras suspensión de Fingolimod.

Material y métodos: Paciente mujer de 33 años con 12 años de evolución de EM. Tratamiento previo con Interferon beta-1a intramuscular, acetato de glatiramer y natalizumab; todos ellos suspendidos por ineficacia. Comenzó con fingolimod en 2012, tras lo que presentó una enfermedad muy activa con cuatro brotes y clara actividad radiológica (4 nuevas lesiones T2 y 3 lesiones captantes de Gadolinio (Gad+) en ocho meses). Se decidió cambio a Alemtuzumab, por lo que se suspendió fingolimod, con un período de lavado planteado en 6 semanas. En la semana prevista de inicio, la paciente presentó una diarrea importante, por lo que se pospuso la administración una semana más. Tres días más tarde, consultó por bradipsiquia, disartria y debilidad en ambas piernas, con deambulación imposible.

Resultados: La Resonancia Magnética (RM) mostró incontables lesiones confluentes en sustancia blanca, al menos 40 Gad+. El líquido cefalorraquídeo fue normal excepto proteinorraquia de 53mg/dl. Tras inicio de Alemtuzumab se realizó una RM a los 7 días que mostró mejoría con 7 Gad+ y no nuevas lesiones en T2

Conclusión: El IRIS se ha puesto frecuentemente en relación con el cese de Natalizumab. Debería considerarse la posibilidad de un IRIS con la suspensión de otros tratamientos de alta eficacia. Es fundamental definir los momentos de cese y tiempo de lavado de los nuevos fármacos. En nuestro caso, el desarrollo de IRIS siete semanas tras cese de Fingolimod sugiere que el período de lavado debería ser menor.

EXPERIENCIA CON DIMETILFUMARATO Y TERIFLUNOMIDA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Villarreal Vitorica, E.; Conde Blanco, E.; Corujo Suárez, M.; Massot Cladera, M.; Díaz Navarro, R.M.; Núñez Gutiérrez, V.; Sureda Ramis, B.; Calles Hernández, M.C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Dimetilfumarato (DMF) y Teriflunomida (TFL) han demostrado ser eficaces y seguros en diversos ensayos clínicos. Nuestro objetivo es correlacionar los datos de estos ensayos con los de nuestra práctica clínica diaria.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional en el que analizamos datos clínicos, demográficos, de eficacia y efectos adversos de 38 pacientes tratados con DMF (68'4% mujeres) y 17 con TFL (70'6% mujeres).

Resultados: El 76'3% de los pacientes procedían de otras terapias (interferones y acetato de glatirámero). El motivo principal de cambio fueron los efectos adversos en un 51'7% en el grupo de DMF y en un 84'6% en el grupo de TFL. Los efectos adversos más frecuentes han sido, alteraciones gastrointestinales y rubefacción facial en el grupo de DMF y caída del cabello (leve y transitoria) en el grupo TFL. En 7 pacientes (5 en el grupo de DMF y 2 de TFL) se suspendió el tratamiento debido a efectos adversos que, en ningún caso, fueron graves. 9 pacientes del grupo de DMF y 6 de TFL han cumplido 1 año de tratamiento. En nuestra serie el porcentaje de pacientes que cumplen criterios de NEDA (No Evidence of Disease Activity) al año de tratamiento en el grupo de DMF es del 55'6% y en el de TFL del 50%.

Conclusión: Nuestros resultados de seguridad y eficacia se correlacionan con los obtenidos en los principales ensayos clínicos. Las limitaciones principales de este estudio son el bajo número de pacientes y el corto tiempo de seguimiento.

MEJORÍA DE LA MARCHA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON DOPAMINÉRGICOS

Camacho Nieto, A.; Del Real Francia, M.A.; Parralo López, A.; Bravo Gómez, J.J.; Franco Salinas, A.R.; Giraldo Restrepo, N.; Hernández González, A.; Corrales Arroyo, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos: EM y parkinsonismo ha sido raramente comunicado. No está clara su patogenia.

Material y métodos: Comunicamos dos pacientes con EM y síntomas de parkinsonismo.

Resultados: Paciente 1: Mujer de 70 años. A los 56 años presenta diplopia autolimitada y dificultad para la marcha. A los 59, consulta por paraparesia espástica. Exploración: déficit 4/5 proximal en MMII. Ataxia. Es diagnosticada de EM con RM craneal y medular, LCR (presencia de BOC) y PESS (latencias alargadas). A los 11 años de evolución inicia marcha parkinsoniana, bradicinesia, ausencia de temblor y expresión facial conservada. Reflejos miotáticos con aumento del área, clonus aquileo. EDSS 5,5. Se inicia carbidopa+levodopa, con importante mejoría en la marcha. Test de los 25 pies de 16 a 7 segundos. EDSS.3. DAT-SCAN negativo. Actualmente EDSS:3,5 Paciente 2: Mujer de 67 años. A los 42 presenta pérdida de agudeza visual en ojo derecho, autolimitado, y problemas en la marcha. A los 45 años, presenta paraparesia espástica con clonus aquileo, rigidez, marcha a pequeños pasos, poco braceo y ataxia del tronco. La RM craneal y medular, LCR (síntesis intratecal de IgG 4,5; Indice Tibbling 2) y PE multimodales con latencias alargadas. Se inicia selegilina con mejoría en la marcha. La carbidopa + levodopa no aporta mejoría. DAT-SCAN pendiente. Actualmente EDSS: 6

Conclusión: Ambas pacientes responden a tratamiento dopaminérgico, hecho reportado más frecuentemente, pudiendo considerarse en pacientes similares, independientemente del DAT-SCAN y la carga lesional. En la patogénesis puede estar implicada la lesión de vías dopaminérgicas.

Enfermedades Desmielinizantes P2

EFECTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO EN PACIENTES TRATADOS CON ALEMTUZUMAB

Guerra Schulz, E.; González Suarez, I.; Ortiz Pica, M.; Orviz García, A.; Cárcamo Fonfría, A.; Matias Guiu, J.; López de Velazco, V.; Oreja Guevara, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Alentuzumab es un anticuerpo monoclonal que se usa como segunda línea en el tratamiento de la EMRR. En los ensayos clínicos el 95% de los pacientes mostraban efectos adversos durante el primer mes. El objetivo es evaluar los efectos secundarios ocurridos durante la infusión del alemtuzumab y durante el primer mes posttratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se evaluan pacientes con EMRR que iniciaron tratamiento con Alemtuzumab entre Febrero 2015 y Junio 2016. Se realizaron analíticas y orina al inicio del tratamiento y mensualmente.

Resultados: 20 pacientes (80% mujeres, edad 43 años) EDSS basal de 5,5 (2,5-7,0) y duración de la enfermedad 14 años (4-25). El efecto adverso más frecuente durante la infusión fue rash cutáneo en 12 pacientes (60%), elevación transitoria de enzimas hepáticas (55%), fiebre (40%), cefalea (35%), molestias gastrointestinales (15%) y fatiga (10%). En un caso hubo que interrumpir el tratamiento debido al aumento de las transaminasas 5 veces por encima del limite superior normal. Durante el primer mes posttratamiento los efectos secundarios más frecuentes fueron rash cutáneo (44,5%), fatiga (39%), síntomas gastrointestinales y cefalea (ambos en 17%), en 2 pacientes (11%) aparición de incontinencia urinaria y una infección por listeria y otra por Blastocystis hominis. Todos los efectos secundarios fueron leves o moderados y con buena respuesta al tratamiento

Conclusión: La mayoría de los efectos secundarios (rash, fiebre, elevación de las enzimas hepáticas, cefalea y fatiga) fueron leves/moderados, ocurrieron durante la infusión del fármaco, y con respuesta satisfactoria al tratamiento sintomático. Se recomienda una monitorización estrecha de los pacientes.

EXPERIENCIA CON TERIFLUNOMIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM) EN DOS CENTROS DEL NORTE DE ESPAÑA

Ostolaza Ibáñez, A. [1]; Cámara Márcos, M.S. [1]; Castillo Álvarez, F. [2]; Colina Lizuain, S. [2]; Marzo Sola, E. [2]; Ayuso Blanco, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Logroño

Objetivos: Describir retrospectivamente las características basales de pacientes con esclerosis múltiple en los que se inició tratamiento con Teriflunomida; y eficacia, seguridad y tolerabilidad del fármaco.

Material y métodos: Analizamos los pacientes que iniciaron Teriflunomida durante el primer año postcomercialización, desde enero de 2015 hasta mayo de 2016. Recogimos datos demográficos, años de evolución de la enfermedad, tratamiento modificador de la enfermedad (TME) previo, tasa anualizada de brotes (TAB) y EDSS previa y al año, efectos adversos y discontinuación del tratamiento.

Resultados: Se registraron 44 pacientes entre ambos centros; 39 tenían EMRR y 5 SP, con duración media de EM de 10,6 años. 75% mujeres y 25% hombres. Edad media de 47 años. La media de EDSS previa al inicio de Teriflunomida era 1,9. El 89% de los pacientes llevaron TME previamente. El seguimiento medio fue 234 días. El año previo 14 pacientes presentaron uno o más brotes.

Durante el tratamiento solo 1 paciente sufrió un brote. No observamos cambios en la EDSS respecto a la previa. Un 32% de los pacientes presentaron efectos adversos. Solo 3 pacientes (7%) discontinuaron el tratamiento.

Conclusión: Los pacientes de esta serie tenían mayor edad y EDSS basal y tasa de brotes inferior respecto a los pacientes de los estudios pivotales. La mayoría de los pacientes procedían de tratamiento previo y comenzaron Teriflunomida por efectos adversos de los inyectables. Durante el seguimiento la TAB ha disminuido y la EDSS se ha mantenido estable. Se ha documentado una tasa de efectos adversos esperable y la tasa de discontinuación ha sido baja.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL DIMETILFUMARATO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Pérez Sempere, A. [1]; Giménez Martínez, J. [1]; Betancourt, L. [1]; Corona, D. [1]; González Fernández, L. [1]; Volar, L. [2]; Sánchez Pérez, R. [1]; Diaz Marín, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Resonancia Magnética. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Evaluar si la eficacia y seguridad del dimetilfumarato en los ensayos clínicos es extrapolable a la práctica clínica habitual en pacientes españoles con esclerosis múltiple.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente tratados con dimetilfumarato en un hospital general.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 85% mujeres, con una edad media de 42 años y EDSS basal de 1,95. La RM cerebral basal mostró lesiones con captación de gadolinio en el 8% de los pacientes. Tratamiento previo: interferón beta (64%), acetato de glatiramero (18%), ninguno (13%), natalizumab (4%), fingolimod (1%). En los pacientes con tratamiento previo, los motivos del cambio fueron: intolerancia/efectos adversos (89%), falta de eficacia (6%), serología JCV positiva (5%). Pauta inicial de escalado: 1 semana (60%), 3 semanas (40%). Tiempo medio de seguimiento: 7 meses (1-20). El 25% de los pacientes suspendieron el tratamiento con dimetilfumarato, 4% por falta de eficacia y 21% por efectos adversos, siendo los más frecuentes los efectos adversos digestivos. El descenso medio de la cifra de linfocitos a los 6 meses fue del 24%; 3 pacientes presentaron linfopenia grado 3 (<500/mm3). El 92,6% de los pacientes permanecieron libres de brotes.

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el dimetilfumarato es un tratamiento seguro y efectivo a corto plazo. El perfil de seguridad es similar al descrito en los ensayos clínicos y en otros estudios observacionales, siendo los efectos adversos digestivos el principal factor que limita su uso.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON ALEMTUZUMAB EN UNA UNIDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

García Rubio, S.; Seral Moral, M.; Sebastián Torres, B.; Garayoa Irigoyen, V.; Hernando Quintana, N.; Crespo Burillo, J.A.; Ruiz Palomino, P.; Alarcia Alejos, R.; Martín Martinez, J.; Ara Callizo, J.R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Alemtuzumab es un fármaco para Esclerosis Múltiple (EM) que ofrece una nueva alternativa terapéutica. Con frecuencia, los pacientes en la práctica clínica muestran diferencias con respecto a los de los ensayos clínicos, por lo que es interesante contrastar los resultados. Presentamos las características de nuestra serie de pacientes tratados con alemtuzumab.

Material y métodos: Son 10 pacientes procedentes de nuestra Unidad de EM. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, duración de EM, tratamientos previos, EDSS previo al inicio, nº de brotes en los 2 años previos, fecha de 1º y 2º ciclo, controles analíticos, efectos secundarios, brotes y RMN cerebral tras 1 año.

Resultados: La edad media fue 38.3 años, el 90% fueron mujeres y ninguno naïve para tratamiento. El EDSS basal fue de 0.0-7.0 (media 3.5). Un 80% presentaron reacción infusional leve. Ninguno ha presentado PTI, nefropatía, trastorno distiroideo o neoplasia hasta la actualidad. El 90% realizó controles analíticos satisfactoriamente. Un paciente presentó recaída tras 2 meses del 1º ciclo. El tiempo de seguimiento fue 2-16 meses (media 7.6 meses). Un paciente presentó actividad en RMN de control anual.

Conclusión: En nuestra unidad, alemtuzumab es en la práctica 3º línea, a diferencia de la experiencia en ensayos clínicos. Comparamos datos con el ensayo CARE-MS II. Nuestra serie tiene mayor duración de EM (13.3 vs 4.5 años), edad (38.3 vs. 35 años) y EDSS basal (3.5 vs. 2.7) Si bien el tiempo de seguimiento es breve, alemtuzumab ha resultado seguro y eficaz para controlar la actividad en la mayoría de los pacientes tratados

CARCINOMA DE MERKEL ASOCIADO A USO DE FINGOLIMOD

Sebastián Torres, B. [1]; García Rubio, S. [2]; Seral Moral, M. [2]; Hernando Quintana, N. [2]; Garayoa Irigoyen, V. [2]; Crespo Burillo, J.A. [2]; Ruiz Palomino, P. [2]; Pac Sa, J. [3]; Martínez Sapiña, A. [4]; Martín Martinez, J. [2]; Ara Callizo, J.R. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Miguel Servet; 3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet; 4. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un carcinoma cutáneo primario infrecuente, de diferenciación neuroendocrina, y relacionado con un poliomavirus y la inmunodeficiencia celular. Presentamos el caso de una paciente con esclerosis múltiple recurrente-remitente (EMRR) tratada con Fingolimod.

Material y métodos: Mujer de 64 años diagnosticada de EMRR en 1998, previamente tratada con Azatioprina (1991-1995), Interferon beta 1b (1996-2008) y Acetato de glatirámero (2008-2013), retirados por ineficacia. En marzo de 2013 inicia tratamiento con Fingolimod y tras 7 meses aparece una lesión en la cara externa de su brazo que crece rápidamente hasta ulcerarse 3 meses después. En este momento consulta y se suspende Fingolimod.

Resultados: Se realizó biopsia de la lesión y posteriormente resección y vaciamiento axilar. La anatomía patológica fue compatible con un carcinoma neuroendocrino compatible con CCM (Ki67 del 75%, cromogranina y enolasa positivos, Ck AE1.AE3 paranuclear). Se trató con quimioterapia y radioterapia. Meses más tarde recaída en región axilar y metástasis a distancia, falleciendo en 2016. Se notificó el CCM como posible efecto secundario asociado al uso de Fingolimod.

Conclusión: La inmunosupresión multiplica hasta 13 veces el riesgo de CCM en SIDA, trasplantados o leucemia linfática crónica. Fingolimod es un modulardor del receptor de la esfingosina 1-fostato que bloquea la capacidad de los linfocitos de salir de los ganglios linfáticos, causando su redistribución. Se ha asociado a tumores cutáneos y algunas enfermedades asociadas a la inmunosupresión celular severa. Hasta donde conocen los autores éste es el único caso conocido hasta la fecha de CCM asociado al uso de Fingolimod.

ALENTUZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE EM: UN EFECTO ADVERSO NO DESCRITO

García Lax, N.; Palao Rico, M.; Martínez Navarro, M.L.; Marín Marín, J.; Motos García, J.Á.; Sanz Monllor, A.; Sánchez Ortuño,

I.; Rodríguez García, J.M.; García Medina, A.M.; Salmerón Ato, M.P.; Iniesta Valera, J.A.; Díaz Ortuño, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía

Objetivos: Alentuzumab es un anticuerpo monoclonal indicado en el tratamiento de formas agresivas de EM. Los estudios en fase III mostraron efectos adversos(EA) que deben vigilarse de forma habitual. La práctica clínica ha puesto de manifiesto EA relevantes no advertidos previamente. Se trata de un anticuerpo monoclonal humanizado derivado de ADN recombinante dirigido contra glicoproteínas de superficie CD52. Se han descrito efectos adversos graves como enfermedades autoinmunes, trastornos tiroideos, nefropatías,trastornos cardíacos y citopenias. También otros más frecuentes y menos graves como reacciones asociadas a perfusión e infecciones respiratorias y urinarias. Se ha establecido una vigilancia de seguridad que debe continuarse hasta 48 meses tras finalizar tratamiento.

Material y métodos: Paciente de 25 años, sin antecedentes de cardiopatía y ECG basal normal, diagnosticada de EMRR en Mayo 2010, iniciando acetato de glatiramero. Dada la persistencia de los brotes se realizó cambio a natalizumab que mantuvo 19 meses y se suspendió por riesgo de LMP al detectarse la presencia de anticuerpos anti-JC. En Septiembre 2014 se inicia fingolimod. Dada la recurrencia clínica y radiológica se decide cambio a alentuzumab con primer ciclo en Abril 2015 sin EA y buena tolerancia.

Resultados: En el segundo ciclo presenta bradicardia sintomática a 33 lpm., mantenida 24 horas, por lo que se solicita estudio cardíaco que resultó normal, permitiendo completar el ciclo de tratamiento bajo monitorización.

Conclusión: La posibilidad de bradicardia sintomática durante la perfusión de alentuzumab plantea la necesidad de realizar estudios para determinar si es preciso un examen cardiológico previo al inicio del tratamiento así como monitorización durante la infusión.

EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON ALEMTUZUMAB EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Casas Peña, E.; Herrera Varo, N.; Arnaiz Senderos, S.; Porqueres Bosch, E.; Hernando Asensio, A.; Aguado García, L.; Pascual Carrascal, D.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: Análisis de eficacia y seguridad del tratamiento con Alemtuzumab en pacientes del Hospital Universitario de Burgos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de tasa de brotes, carga lesional, escala de discapacidad EDSS y efectos secundarios en 5 pacientes que recibieron Alemtuzumab en nuestro hospital.

Resultados: Tasa anual de brotes: Pretratamiento: dos de los pacientes presentaban entre 1 y 3 brotes/año, los otros tres, entre 0 y 1. Postratamiento: 0 brotes. EDSS: tendencia a la estabilidad (tres no variaron su puntuación, uno mejoró 1,5 puntos y otro empeoró 1 punto). Carga lesional: RM pretratamiento (desde 2013): todas las RM mostraban actividad radiológica. RM postratamiento: sin aumento de lesiones (activas ni crónicas); reducción del efecto masa en un paciente. Efectos adversos: El 100% presentó febrícula y rash cutáneo entre el 1er y 15º día postinfusión. De forma tardía se manifestó un herpes zóster cutáneo.

Conclusión: A raíz de los resultados, concluimos que en nuestra práctica clínica el tratamiento con Alemtuzumab: - En pacientes con EMRR no empeora la escala EDSS (sí en EMSP). - La tasa anual de brotes es de 0. - Estabiliza la carga lesional. - La aparición de febrícula y rash es inherente a la infusión. Existe riesgo de infección por VHZ a pesar de una correcta profilaxis de forma tardía. Los resultados expuestos son a corto plazo, siendo necesarios estudios prolongados y con mayor número de pacientes. No obstante, los datos extraídos de la práctica clínica permiten el análisis precoz de conclusiones con posible repercusión clínica.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL USO DE DIMETILFUMARATO EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO

Bocos Portillo, J.; Azkune Calle, I.; Pardina Vilella, L.; Sánchez Menoyo, J.L.; García-Moncó Carrá, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos: Presentar la experiencia clínica con el uso de Dimetilfumarato en el Hospital de Galdakao- Usansolo.

Material y métodos: Desde diciembre de 2014, hemos pautado Dimetilfumarato a 18 pacientes con esclerosis múltiple (17 recurrente-remitente, 1 secundariamente progresiva), 10 varones y 8 mujeres. En 4 de los pacientes fue el primer tratamiento. De los 14 restantes en 7 se indicó por efectos adversos a tratamientos previos y en 7 por respuesta suboptima. La edad media de los pacientes fue de 35 años. La EDSS media fue 1,19 y la duración media de la enfermedad de 5 años.

Resultados: De los 18 pacientes, 2 han suspendido el tratamiento (1 por intolerancia digestiva y otro por intolerancia y persistencia de actividad radiológica). 16 pacientes continúan con el tratamiento con buena tolerancia. Entre los efectos adversos, las molestias abdominales y el flushing han sido frecuentes, leves y en la mayoría de los pacientes transitorios. Analíticamente se ha documentado un leve aumento transitorio de las transaminasas (menos de 2 veces los valores normales) en 3 pacientes y linfopenia leve (>800/mm3) en 7 pacientes.

Conclusión: El poco tiempo de uso nos impide concluir datos sobre su eficacia clínica, pero sí podemos afirmar que la tolerancia a Dimetilfumarato es buena y que analíticamente no se han detectado alteraciones relevantes.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE EXPERIENCIA CLÍNICA CON DIMETILFUMARATO (TECFIDERA®)

Perea Justicia, P.; Iglesias Espinosa, M.D.M.; Fernández Pérez, J.; Muñoz Fernández, C.; Aguilera Del Moral, M.A.; De la Torre Colmenero, J.D.D.; Serrano Castro, P.J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas

Objetivos: A los tratamientos modificadores de la enfermedad existentes, se sumaron desde 2014 varios fármacos. En este estudio analizaremos las características de 34 pacientes de nuestra consulta especializada que iniciaron tratamiento con Dimetilfumarato.

Material y métodos: Se obtuvieron retrospectivamente datos demográficos y relativos a la enfermedad de pacientes tratados con Dimetilfumarato durante un año. Se ha realizado un análisis descriptivo de sus características basales y evolución clínica, previa y posterior a su inicio.

Resultados: El 73% de los pacientes fueron mujeres, de 42 años de media; 32 de ellas diagnosticadas de EM remitente-recurrente, la mitad durante la tercera década de su vida. La clínica troncoencefalica apareció en el 35% y medular en el 9%. El promedio de tratamientos previos fue 1.74, con cambio a Dimetilfumarato por brotes. De los 34 pacientes que iniciaron el tratamiento, 4 requirieron discontinuarlo por efectos secundarios y/o falta de eficacia. El promedio de la tasa anual de brotes (ARR) previos al tratamiento fue de 0.52, y posterior al mismo fue de 0.21 brotes/año. La EDSS previa fue de 2.66, manteniéndose prácticamente similar posterior a su inicio; no obstante en el 12% de pacientes la discapacidad mejoró, en el 82% se mantuvo y en el 6% empeoró.

Conclusión: En nuestra serie, el inicio de tratamiento con Dimetilfumarato ha supuesto un avance en el control de su enfermedad, mostrando una reducción de 0.06 puntos en EDSS y de 0.31 en ARR, con una tolerabilidad aceptable. Son necesarios más estudios para establecer conclusiones firmes sobre la eficacia y seguridad a largo plazo del mismo.

TERIFLUNOMIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA (EMSP). ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD Y TOLERANCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Cerdán Sánchez, M. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Meca Lallana, J.E. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Cátedra de Neuroinmunología Clínica y Esclerosis Múltiple. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La teriflunomida ha sido aprobada por la Agencia Europea del Medicamento como tratamiento modificador del curso de la enfermedad(DMT)para el tratamiento de la esclerosis múltiple recidivante-remitente.Sin embargo,su papel en el tratamiento de pacientes en la fase progresiva de la enfermedad no ha sido estudiado.Nuestro objetivo fue analizar qué pacientes con EMSP en tratamiento con teriflunomida,durante al menos un año,presentan efectos adversos(EA)en la vida real.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el cual se incluyen todos los pacientes con EMSP que inician teriflunomida en nuestro centro.Al inicio,se recomendó evitar durante los 6primeros meses consumo de alcohol,comidas grasas y paracetamol. Se realizó control de presión arterial,hemograma y enzimas hepáticas(EH),antes y durante el tratamiento.Se analizaron EH(ALT,AST,GGT),bilirrubina y fosfatasa alcalina(FA),cada 2semanas durante los primeros 6meses,y cada 8semanas desde entonces hasta completar 1año de tratamiento.Se analizó frecuencia de otros EA.

Resultados: Se incluyeron 12pacientes(edad media:55.6[rango:38-72],58.3%mujeres).Durante los primeros 6meses, el 25%,presentó elevación asintomática de EH.Se observó elevación asintomática de GGT grado2 y de AST grado1,en el 8.3%(n=1)en ambos casos.Ninguno de los pacientes presentó elevación de ALT.En aquellos pacientes con toxicidad grado1-2,se prohibió consumo de comidas grasas,bebidas alcohólicas y fármacos hepatotóxicos,con normalización de los niveles.10% de los pacientes refirió diarrea y 18% afinamiento capilar.La mayoría de EA fueron leves-moderados y mejoraron o se resolvieron sin necesidad de suspender tratamiento.No se registró ningún otro EA.

Conclusión: El tratamiento con teriflunomida fue bien tolerado,con buen perfil de seguridad en pacientes con EMSP.En nuestra experiencia,si el tratamiento es efectivo,no debería suspenderse a causa de EA leves,sin antes tomar medidas dietéticas y restringir fármacos hepatotóxicos.

TERIFLUNOMIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA (EMSP). ¿ES EFECTIVA?

Cerdán Sánchez, M. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Meca Lallana, J.E. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Cátedra de Neuroinmunología Clínica y Esclerosis Múltiple. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La teriflunomida ha sido aprobada por la Agencia Europea del Medicamento como tratamiento modificador del curso de la enfermedad (DMT)para la esclerosis múltiple recidivante-remitente. Sin embargo,su papel en el tratamiento de pacientes con EMSP no ha sido estudiado. Nuestro objetivo fue analizar la efectividad de teriflunomida en pacientes con EMSP,con y sin brotes de la enfermedad

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes con EMSP que inician teriflunomida en nuestro centro.Se inició en casos de intolerancia a DMT previo(reacciones en el lugar de la inyección y síndrome pseudogripal),fallo terapeútico o por razones de seguridad. Se analizó actividad clínica y radiológica de la enfermedad en todos los pacientes antes del inicio del tratamiento y al año.La puntuación en la escala MFIS y TSQM se registró antes de iniciar teriflunomida,en visita basal(solo MFIS) y en semana48.

Resultados: Se incluyeron 12pacientes(edad media55.6[rango:38-72],58.3%mujeres),de los que 8 estaban previamente en medicación inyectable.62.5% reportaban fatiga subjetiva con DMT previo.33.3% tuvieron, al menos,un brote el año previo al inicio del tratamiento.59.3% tenía una puntuación en la MFIS ≥39,antes de iniciar teriflunomida.Después de 48semanas,puntuación en MFIS fue de 34.25.La puntuación media en semana48 en los dominios de la escala TSQM referentes a Satisfacción global,Efectos secundarios y Comodidad mejoró(67.2,96.5,88,respectivamente) Durante el tratamiento con teriflunomida,ningún paciente sufrió actividad clínica o radiológica.La puntuación en la EDSS,se mantuvo estable(media 5.6).

Conclusión: Este estudio sugiere que teriflunomida puede ser efectiva en pacientes con EMSP.La administración oral, mejora considerablemente las expectativas del paciente en términos de satisfacción,tolerancia y adherencia al tratamiento comparado con DMT previo.

Enfermedades Desmielinizantes P3

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD

Navarro Pérez, M.P.; Garrido Fernandez, A.; López Bravo, A.; Sanabria Sanchinel, A.; Vinueza Buitron, P.; Velazquez Benito, A.; Garcia Arguedas, C.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: La esclerosis múltiple en su forma remitente –recurrente es la causa más común de discapacidad por enfermedad neurológica en adultos jóvenes del mundo desarrollado. Al arsenal terapeútico para el tratamiento de base de la enfermedad se han añadido nuevos fármacos de demostrada efectividad pero cuyos efectos secundarios no han sido totalmente establecidos y sólo podrán llegar a ser descritos de modo definitivo con el uso diario sobre la población real.

Material y métodos: Varón de 31 años diagnosticado de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente que acude por cuadro de hipoestesia facio-braquio-crural derecha de predominio distal, inestabilidad y bradipsiquia de días de evolución. Se produce buena respuesta clínica inicial tras instauración de tratamiento con corticoide intravenoso durante 3 días, tras lo cual el paciente presenta cuadro diarreico y empeoramiento de la clínica neurológica

Resultados: La RMN cerebral pone de manifiesto la existencia de trombosis en porción inferior de seno longitudinal superior, así como en seno transverso izquierdo.

Conclusión: Ante la aparición de nueva focalidad neurológica en un paciente con diagnóstico establecido de esclerosis múltiple remitente-recurrente la primera sospecha es la de nuevo brote de la enfermedad, por lo que tiende a instaurarse tratamiento corticoideo en bolos de forma empírica previo a la realización de

RMN. En el caso que nos ocupa el tratamiento corticoideo con su efecto procoagulante combinado con la deshidratación derivada del proceso digestivo se perfila como la causa más probable para haber producido la trombosis venosa cerebral.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE CON NATALIZUMAB EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

Rueda Monago, M.G. [1]; Aguirre Sánchez, J.J. [2]; Chacón Piñero, A. [3]; Ceberino Muñoz, D.J. [2]; López Moreno, A.M. [1]; Marcos Toledano, M.D.M. [2]; Durán Herrera, C. [2]

1. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; 3. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivos: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica e incapacitante que afecta predominantemente a jóvenes. Los tratamientos para evitar las recaídas se basan en mecanismos inmunomoduladores. Uno de ellos, Natalizumab (NTZ), reintroducido en la práctica clínica en 2006, evita el paso de linfocitos autorreactivos al SNC y muestra unos resultados muy esperanzadores en el curso evolutivo de la enfermedad.

Material y métodos: Se han estudiado un total de 42 pacientes con diagnóstico definido de EM atendidos en las consultas externas de nuestro hospital que siguieron tratamiento con NTZ hasta marzo del 2015 y firmaron el consentimiento informado. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, evolutivas y de neuroimagen. La tasa anual de brotes y puntuación EDSS se evaluó cada 6 meses, y se realizó un seguimiento de las variables clínicas de forma previa y durante el tratamiento.

Resultados: Los pacientes mostraron una reducción significativa en la tasa anual de brotes ($p< 0,01$) respecto al periodo previo. Se observó una mejoría en la escala de discapacidad EDSS en el subgrupo de pacientes que inicialmente estaban menos afectados ($p<0,05$). Un análisis de supervivencia ante el evento "brote" constató una supervivencia libre de brotes en el 1º año del 90% y hasta 80% en el 2º.

Conclusión: NTZ demostró ser un fármaco de alta eficacia clínica en nuestros pacientes con EM que no habían respondido adecuadamente a los neuromoduladores de 1ª línea. Presentó un muy aceptable perfil de efectos adversos. Esto lo reafirma como un fármaco de 2ª línea que cumple las expectativas.

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LA CONSULTA DE ALEMTUZUMAB: SIGUIENDO LA ESTELA DE OTROS FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Domínguez Mayoral, A. [1]; Eichau Madueño, S. [1]; Pérez Sánchez, S. [1]; Izquierdo Ayuso, G. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Los protocolos multidisciplinares para prevenir infecciones están implementados en especialidades con larga trayectoria en el uso de biológicos como Reumatología, por lo que resulta prioritario adoptarlos también en nuestro ámbito.

Material y métodos: Se muestran los datos de 35 pacientes de nuestra consulta monográfica de Alemtuzumab. El pre-screening incluye serologías de VIH, Varicela, Hepatitis, Sarampion, Parotiditis, Rubeola, quantiferon, Mantoux y radiografía torácica. Habitualmente se inmuniza antes infusión frente a neumococo, Haemophilus, Influenza, hepatitis A y B, meningoco y tétanos. Las vacunaciones de sarampión, rubeola, parotiditis y Varicella dependen de los resultados serológicos. Tras la infusión se recogen mensualmente los posibles efectos adversos. Las segundas dosis de vacunas como tétanos, hepatitis B o neumococo se valoran cuando se recupera la linfopenia.

Resultados: Se recogen 27 infecciones en nuestra muestra (77,14%), aunque todas han sido leves y se han resuelto con tratamiento. Se han registrado: 13 infecciones de vías altas, 4 gastroenteritis, 4 infecciones de orina, 3 herpes labiales y 3 casos de fiebre prolongada sin foco, 2 onicomicosis, 2 muguet oral y 2 candidiasis faríngea, 1 infección de quiste de mucosa yugal, 1 neumonía, 1 otitis y 1 celulitis infecciosa.

Conclusión: El protocolo multidisciplinar de vacunaciones y cribado de tuberculosis es fundamental para prevenir infecciones. La fiebre de origen desconocido puede ser un efecto adverso poco conocido de Alemtuzumab. Es preciso valorar la necesidad de la prolongación del aciclovir profiláctico si existen herpes previos y de antibioterapia profiláctica en casos de infecciones respiratorias de repetición anteriormente conocidas.

DETERIORO COGNITIVO, ESTADO DE ÁNIMO, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN-SOCIOSANITARIA EN ENFERMOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Gil Sánchez, A. [1]; Cabré Bargalló, L. [1]; Hervás García, J.V. [1]; Canudes Solans, M. [2]; Valls Marsal, J. [3]; Gonzalo Benito, H. [1]; Nogueras Penabad, L. [1]; González Mingot, C. [1]; Brieva Ruíz, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Neurología. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida; 3. Servicio de Medicina. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica que se acompaña de diversos síntomas. Algunos como las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo podrían estar afectando a la calidad de vida de los pacientes, a la adherencia farmacológica y a su satisfacción con la atención sanitaria que reciben. Nuestro objetivo fue dilucidar cómo se relacionan estos síntomas entre ellos.

Material y métodos: Un total de 130 pacientes que reciben tratamiento para la enfermedad en el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida fueron incluidos en este estudio observacional. A todos se les realizó el Multiple Sclerosis Functional Composite y el Symbol Digit Modality Test, la escala de discapacidad ampliada (EDSS) el cuestionario EuroQuol-5D (EQ-5D) de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) el cuestionario genérico de satisfacción del paciente crónico (SAT-Q) módulo de atención sociosanitaria, el test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento y el inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Resultados: No se observan diferencias significativas entre los pacientes con y sin deterioro cognitivo (DC) respecto a la adherencia pero sí respecto al estado de ánimo disminuyendo en los pacientes con DC ($p=0.047$). Se observaron correlaciones significativas entre el EQ-5D y el BDI-II así como entre el SAT-Q y el BDI-II (rho: 0.228).

Conclusión: Los pacientes con DC suelen presentar un peor estado de ánimo pero no una peor adherencia al tratamiento. La sintomatología depresiva está vinculada a una peor percepción del estado de su enfermedad y de su calidad de vida y con una peor satisfacción con los profesionales que los tratan.

CAMBIOS EN LAS SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO

Giménez Martínez, J.M. [1]; Tarín, F. [2]; Salazar, S. [2]; Ruiz-Sogorb, P. [2]; Tahoces, L. [3]; Pérez Sempere, Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Hematología. Hospital General Universitario de Alicante; 3. Servicio de Hematología. Hospital de la Marina Baixa

Objetivos: Analizar la influencia del tratamiento con dimetilfumarato sobre las subpoblaciones linfocitarias de los pacientes con esclerosis múltiple.

Material y métodos: Cuantificación de las subpoblaciones linfocitarias en sangre periférica de pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente al inicio del tratamiento (basal) y tras seis meses de tratamiento con dimetilfumarato. Se determinaron las siguientes subpoblaciones linfocitarias: linfocitos CD3, CD4 y CD8; linfocitos B CD19; y células CD56 natural killer (NK). La cuantificación de las subpoblaciones linfocitarias se realizó mediante citometría de flujo de 8 colores y panel estandarizado por el consorcio Euroflow para recuento de poblaciones linfocitarias.

Resultados: Se evaluaron 22 pacientes, 19 mujeres, con una edad media de 42 años y un EDSS basal de 2,1. Tratamiento previo: interferón beta (64%), acetato de glatiramero (27%), ninguno (9%). A los 6 meses de tratamiento con dimetilfumarato se observó una reducción de los linfocitos totales del 22,7% (p=0,004). La reducción de las distintas subpoblaciones linfocitarias fue de 27,4 % (p<0,001) para los linfocitos T, siendo del 23,1% (p=0,005) para los linfocitos CD4 y del 30,7% (p<0,001) para los CD8; la reducción de los linfocitos B fue del 18,9% (no significativa), mientras que la cifra de CD56 NK se mantuvo estable.

Conclusión: El dimetilfumarato ocasiona una linfopenia que no afecta por igual a las distintas subpoblaciones linfocitarias. Los linfocitos T CD8 son la subpoblación más afectada. Son necesarios estudios más prolongados para valorar el efecto del dimetilfumarato sobre las subpoblaciones linfocitarias

EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN BETA-1A SOBRE EL ESTRÉS OXIDATIVO Y LA NEURO DEGENERACIÓN EN LA SUSTANCIA BLANCA DE APARIENCIA NORMAL

Ruiz Peña, J.L.; Navarro Mascarell, G.; Lucas Lucas, M.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Evaluar los efectos del tratamiento con interferón beta en el estrés oxidativo y correlacionarlo con biomarcadores de neurodegeneración de la sustancia blanca de apariencia normal.

Material y métodos: 31 pacientes (9 hombres y 22 mujeres) con EMRR y una EDSS de 0-5.5 se incluyeron en un estudio prospectivo, longitudinal con interferón beta 1 a intramuscular. Todos los pacientes fueron seguidos durante un período de 2 años. Se evaluó cada tres meses la discapacidad. Se midió el estado de oxidación y se realizo espectroscopia al inicio del estudio, 12 y 24 meses.

Resultados: Se vio una tendencia por la que disminuyendo el entorno oxidativo, gracias a la medicación, se produce un aumento del N acetil Aspartato (NAA) y una disminución del mioinositol (mI) en el segundo año; Cuando el fármaco no pudo controlar el entorno oxidativo se produjo una disminución de NAA y un aumento de mI., Se encontró una relación entre el cambio de NAA en los primeros 24 meses después del tratamiento y los cambios en los grupos sulfhidrilo en los primeros 12 meses después de la introducción del tratamiento (r = - 0,8, p = 0,02).

Conclusión: El estrés oxidativo después de la introducción de la medicación puede jugar un papel importante en la discapacidad desarrollado durante la evolución de la enfermedad. El tratamiento disminuye el estrés oxidativo en las primeras etapas de la enfermedad y esto reducirá tanto daño energético y el daño axonal y con la energía sobrante se retrasarían la gliosis y se remielinizaria lo dañado.

ENSAYO CLÍNICO NO-ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE FINGOLIMOD EN PACIENTES NO TRATADOS PREVIAMENTE VS. PREVIAMENTE TRATADOS. SUB-ANÁLISIS ESTUDIO EARLIMS EN PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS

Izquierdo Ayuso, G. [1]; Agüera Morales, E. [2]; Fernández Fernández, O. [3]; Montalbán Gairin, X. [4]; Fernández Bolaños, R. [5]; de Andres Frutos, C. [6]; Ramo Tello, C. [7]; Hernández Pérez, M. [8]; Ricart Engel, J. [9]; García Pérez, E. [9]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Carlos Haya; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 5. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme; 6. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 7. Servicio de Neurología. Hospital Germans Trias i Pujol; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; 9. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: EARLIMS tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente de corta duración (EMRR≤5 años) y no tratados previamente vs. previamente tratados con acetato de glatirámero o interferón beta-1 (BRACE). Se presenta un sub-análisis del estudio EARLIMS con el objetivo de evaluar la eficacia de fingolimod en los pacientes post-BRACE.

Material y métodos: Ensayo clínico, abierto, no-aleatorizado, grupos paralelos y multicéntrico (España y Australia). Se incluyeron pacientes tratados con fingolimod 0,5mg/día (12 meses), de ambos sexos, ≥18-≤50 años, diagnosticados con EMRR, ≥9 lesiones activas en T2, duración de la enfermedad de 1-5 años, ≥2 brotes en los últimos 2 años (sólo España), puntuación Expanded Disability Status Scale (EDSS): 0-3,5, con Pharmaceutical Benefits Scheme (sólo Australia), y que firmaron consentimiento informado. Este ensayo fue aprobado por un Comité Ético de Investigación.

Resultados: Se reclutaron 136 pacientes de diciembre 2011 a diciembre 2015 (edad media[desviación estándar]: 34,2[7,6] años, 65,4% mujeres): 77,9% habían recibido un tratamiento BRACE y 21,3% más de un tratamiento BRACE. Se analizará el número de brotes, variables medidas por resonancia magnética (lesiones activas en T2, y cambio de volumen cerebral medido por SIENA), discapacidad medida por EDSS, calidad de vida mediante la escala PRIMUS y el número de acontecimientos adversos. Los resultados estarán disponibles en julio 2016 y serán presentados en la reunión de la SEN 2016.

Conclusión: Los resultados de este sub-análisis permitirán evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con fingolimod en pacientes con EMRR de corta duración tras recibir tratamiento BRACE. Financiación: Novartis

PRIMEROS DATOS DEL USO DE DIMETILFUMARATO EN EL ÁREA DEL HOSPITAL DE MATARÓ

Cano Orgaz, A.; Casado Ruiz, V.; Palomeras Soler, E.; Sanz Cartagena, P.; Muriana Batiste, D.; Fossas Felip, P.

Servicio de Neurología. Hospital de Mataró

Objetivos: Analizar el primer año de tratamiento con Dimetilfumarato en el área del Hospital de Mataró con especial atención a la tolerabilidad y la aparición de efectos secundarios del mismo

Material y métodos: Registro prospectivo del tratamiento con Dimetilfumarato en pacientes con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente del área de Mataró. Registro de datos demográficos, del motivo de inicio, aparición de efectos indeseables, alteraciones analíticas y satisfacción global con el tratamiento en los primeros tres meses de uso.

Resultados: 20 pacientes han iniciado y completado un año de seguimiento. 40% hombres. Edad media 38.8 años (26-63),

tiempo de evolución 8.7 años (2-23), número de tratamientos previos 1 (0-2). El 25% de pacientes eran naif.. 10 pacientes (50%) no refirieron ningún efecto secundario. El otro 50% presentaron efectos secundarios leves (sofocos 9, molestias abdominales 4). Seis pacientes (30%) presentaron linfopenia en general leve (500-900 linfocitos) pero fue severa (<300) en 1. Ha habido cinco retiradas (25%), 4 por linfopenia y una por ineficacia. La satisfacción en una escala de 1 a 10 ha sido del 9.

Conclusión: En el primer año de tratamiento, el Dimetilfumarato ha sido muy bien tolerado con una satisfacción global muy elevada en la mayoría de pacientes. La linfopenia es un efecto adverso frecuente (30%) y la primera causa de retirada.

ENCEFALITIS ANTI-RNMDA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Urtiaga Valle, S.; Morcate Fernández, M.C.; Vieira Campos, A.; Labrador Marcos, S.; Morlán, L.; Pinel Gonzalez, A.; Escolar Escamilla, E.; Saenz Lafourcade, C.; Aladro Benito, Y.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: La encefalitis anti receptor de N-metil D-aspartato (NMDAr), encefalitis autoinmune paraneoplásica más frecuente, afecta predominante a mujeres jóvenes portadoras de un teratoma ovárico. Generalmente responde a inmunoterapia. Revisamos la experiencia en esta entidad del hospital Universitario de Getafe (HUG) a propósito de un caso refractario a inmunoterapia.

Material y métodos: Presentamos tres casos de encefalitis antiNMDAr atendidos en el HUG entre 2010 y 2015. Se evalúan datos clínicos, licuorales, de resonancia magnética (RM), respuesta a tratamiento y evolución.

Resultados: Los tres casos son mujeres entre 19 y 38 años, comienzan con síntomas psiquiátricos, desarrollando después crisis, disquinesias orofaciales, disautonomía y rápida evolución al coma en dos casos. Todas mostraban en el LCR pleocitosis mononuclear e hiperproteinorraquia. Dos pacientes tenían un teratoma ovárico. La RM cerebral fue normal excepto en una paciente que mostraba lesiones corticales, parietales y temporales, de hiperseñal en secuencias FLAIR (Fluid Attenuation Inversion Recovery). De las dos pacientes con teratoma ovárico, una responde a exéresis del teratoma y plasmaféresis (PF) con recuperación completa en pocos meses, la otra paciente requirió de varios ciclos de PF, rituximab (RTX) y ciclofosfamida, y de ingreso prolongado en UCI (14 meses, 9 en ventilación asistida) con recuperación parcial a los 20 meses. La paciente sin teratoma ovárico mostró una recuperación más lenta pero completa tras tratamiento con PF asociado a a un ciclo de RTX.

Conclusión: Una inmunoterapia intensiva podría estar justificada en casos refractarios ante una eventual buena recuperación. Son necesarios biomarcadores de respuesta terapéutica y pronósticos que guíen las decisiones terapéuticas.

INGRESO EN UCI Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Díaz Pérez, J. [1]; García Molina, E. [1]; Fuentes Fernández, I. [2]; Valero Lopez, G. [1]; Cabrera Maqueda, J.M. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Meca Lallana, J.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Medicina. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Las complicaciones en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) se asocian a mayor riesgo de ingreso en UCI, ya infecciosas en pacientes con mayor discapacidad o relacionadas con los cada vez más agresivos tratamientos. Analizamos el espectro clínico, causas de ingreso y mortalidad a corto plazo en pacientes con EM que han precisado ingreso en UCI.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes de la Unidad de EM de nuestro hospital con ingreso en UCI entre 2009 y 2015 para analizar las características demográficas, motivo de ingreso, la mortalidad durante su ingreso o en los 6 meses siguientes y los factores que influyen en ella.

Resultados: 18 pacientes (4 varones) de 55 años (DE9.8) de edad media, con una duración de la EM de 20.8 años (DE 5.8) y EDSS de 5.36 (DE 2.5). 83.3 % ingresaron por causas relacionadas con la EM: 5 sepsis urinaria, 4 respiratoria, 1 brote con deterioro del nivel de conciencia, 2 crisis epiléptica, 1 encefalopatía posterior reversible por interferón, 1 síndrome fuga capilar. 16.7 % causas cardiológicas (IAM y Síndrome Takotsubo). Mortalidad de 25.7 %,asociándose a una mayor edad, duración de la EM y EDSS ($p < 0.01$).

Conclusión: Las complicaciones en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) se asocian a mayor riesgo de ingreso en UCI pudiendo relacionarse con la propia enfermedad y su tratamiento(83,3%), o no(16,7%).En nuestra muestra, la mortalidad se asoció a mayor discapacidad y mayor duración de la enfermedad. La causa más común fue el shock séptico.

ESTADO SEROLÓGICO DEL VEB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA REGIÓN DE MURCIA. POSIBLE RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD CLÍNICA Y REACTIVACIÓN DEL VEB

Carreón Guarnizo, E.; Cerdán Sánchez, M.; Hernández Clares, R.; Meca Lallana, J.E.; Martín Fernández, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Aunque la etiología de la Esclerosis Múltiple (EM) es incierta, se piensa que en su patogenia inmune multifactorial participan factores genéticos de susceptibilidad sobre los que actuarían factores ambientales como el virus de Epstein- Barr (VEB). Su infección previa aumentaría el riesgo de desarrollar EM mediante una asociación causal/desencadenante. El objetivo es describir el estado serológico del VEB en pacientes con EM en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo incluyendo todos los casos de EM diagnosticados en nuestro centro de referencia hasta el 31 diciembre 2014. Se analizan datos clínicos y serologías del VEB realizadas durante el diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatorio-desmielinizante del SNC en nuestra práctica clínica habitual.

Resultados: Total 265 pacientes con EM. En el 83,8% se determinó la serología de VEB. Ésta fue positiva, para alguno de sus marcadores, en el 99,1%. El 87,4% (194 pacientes): serología indicativa de infección pasada (IgG EBNA y/o VCA). 1 paciente: serología de infección pasada recientemente (IgG EBNA, IgG e IgM VCA). 2 pacientes: serología negativa. 25 pacientes (11,3%), todos con formas recurrentes-remitentes, serología compatible con reactivación (IgG EBNA, EARLY y VCA), en el 48% (12/25) se relacionó con actividad clínica de la EM (brotes y/o progresión de la discapacidad +/- 3 meses): 8/11 brote y 4/11 progresión.

Conclusión: La seroprevalencia del VEB entre nuestros pacientes con EM es elevada y semejante a otros estudios. La reactivación del VEB podría relacionarse con actividad clínica de la enfermedad. PARTE DE ESTE TRABAJO HA SIDO PUBLICADO EN REVISTA DE NEUROLOGÍA EN MAYO DE 2016

EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS DE ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON FINGOLIMOD

García Sobrino, T. [1]; Costa Arpín, E. [1]; Nieto Beiro, N. [1]; Arias Gómez, M. [1]; Domínguez Lorenzo, J.M. [2]; Pardo Fernández, J. [1]; Prieto González, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: El estudio de potenciales evocados motores (PEM) mediante estimulación magnética transcraneal (EMT) proporciona información adicional para el diagnóstico, pronóstico y monitorización de la respuesta al tratamiento en los pacientes con esclerosis múltiple (EM). Evaluamos los parámetros de EMT en una serie de pacientes diagnosticados de EM.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se analizaron datos clínicos y PEM basales y al año en pacientes tratados con fingolimod (grupo A) u otros inmunomoduladores (grupo B). El tiempo de conducción central (TCC) fue calculado a partir de la onda-F. Excluimos pacientes con discapacidad elevada (EDSS>7), epilepsia, marcapasos o embarazo.

Resultados: Estudiamos 50 pacientes (68% mujeres) de 37±9,5 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 47±6,6 meses. En la visita basal observamos alteración del PEM en el 25% de los pacientes sin afectación de la vía piramidal previa y/o con EDSS≤1,5. El 40% de los pacientes pertenecen al grupo A y un 60% al grupo B. La EDSS y los PEM fueron similares en ambos grupos durante la visita basal (1,6 grupo A y 1,5 grupo B, p=0,88). Tras un año de tratamiento, los pacientes del grupo A presentaron una mejoría en la amplitud del PEM (0,04±0,37 p=0.8), latencia cortical (3,6±1,7 p=0.003) y TCC (3,03±2,2 p=0.04), mientras que no se encontraron diferencias significativas en el grupo 2.

Conclusión: La EMT es una técnica no invasiva, útil para detectar daño de la vía piramidal en EM. Fingolimod parece mejorar y estabilizar los PEM en pacientes con EM, aunque serían necesarios estudios más prolongados.

Enfermedades Desmielinizantes P4

VALORACIÓN DE LA NO EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (NEDA) EN LA SERIE DE PACIENTES CON EM EN TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD

Corujo Suárez, M.; Filgueira, M.; Villarreal, E.; Conde, E.; Massot, M.; Boix, A.; Díaz, R.; Nuñez, V.; Sureda, B.; Calles, M.D.C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: el concepto de NEDA, definido como: no brotes, no progresión de la discapacidad y no actividad en resonancia magnética (aparición de nuevas/aumentadas lesiones en T2 o lesiones captantes), apareció tras la introducción de nuevos fármacos para tratar la esclerosis múltiple. Analizamos las variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas de la serie de pacientes en tratamiento con fingolimod y valoramos el estado de NEDA en los primeros dos años de tratamiento.

Material y métodos: estudio observacional de los pacientes con inicio de fingolimod entre noviembre del 2011 hasta mayo del 2016, para valorar el estado de NEDA clásico.

Resultados: se analiza un total de 34 pacientes, 20 mujeres (58.8%) con una edad media de 41 años (rango: 26-56 años), un 50% no fumadores. Disponemos de valoración clínicorradiológica en 26 pacientes al año de tratamiento (NEDA: 38.5%; n=10) y en 5 pacientes a los dos años, persistiendo el NEDA en 2 de ellos. La proporción de pacientes con actividad radiológica sin actividad clínica es del 43.75% mientras que los que no tenían actividad radiológica pero sí clínica es de un 31.25% al año de tratamiento

Conclusión: el porcentaje de pacientes que cumplen NEDA es similar a lo publicado, a pesar de tratarse de una serie pequeña. Predomina la actividad radiológica como causa de pérdida de NEDA al año de tratamiento. Es importante clarificar el valor pronóstico de la persistencia del NEDA desde fases iniciales de la enfermedad para correlacionarlo con la progresión de la discapacidad.

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA GRUPAL DE HIDROTERAPIA EN EQUILIBRIO Y MARCHA EN PACIENTES CON EM

Elorriaga Minguez, I.

Servicio de Neurología. Asociación Esclerosis Múltiple Bizkaia

Objetivos: Observar la influencia de un programa grupal de hidroterapia, en el equilibrio y capacidad de marcha de pacientes con EM.

Material y métodos: 2 grupos (estudio/control) de 11 pacientes con EM (EDSS 3-6,5). El programa se llevó a cabo en una piscina de 120cm de profundidad a 27ºC, 2 sesiones/semana (45 min.), durante 8 semanas. Actividades enfocadas en el control motor de extremidades, estabilidad del tronco, equilibrio dinámico, marcha y nado. El grupo control realizó una sesión/semana (45 min.) de fisioterapia grupal en sala. Valoración: TISnov, BBS, DGI, 6 MWT, MSWS-12 y ABC Scale.

Resultados: : El grupo estudio mostró mejoras estadísticamente significativas en los resultados del 6MWT (p<0.042) y del DGI (p<0.03), mejora no significativa en el BBS (p<0.212) y en el TISnov (p<0.157). El control no mostró mejoras significativas. Sin cambios en cuestionarios.

Conclusión: Se observaron cambios significativos en escalas de equilibrio y marcha, aunque no existe correlación con los cuestionarios auto-rellenados; podría ser necesario un programa más largo.

ENSAYO CLÍNICO, ABIERTO, NO ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE FINGOLIMOD EN PACIENTES PREVIAMENTE NO TRATADOS (NAÏVE) VS. TRATADOS. SUB-ANÁLISIS DEL ESTUDIO EARLIMS EN PACIENTES NAÏVE

Fernández Fernández, O. [1]; Montalbán Gairin, X. [2]; Izquierdo Ayuso, G. [3]; Agüera Morales, E. [4]; Fernandez Bolaños, R. [5]; de Andres Frutos, C. [6]; Ramo Tello, C. [7]; Hernández Pérez, M. [8]; Ricart Engel, J. [9]; Garcia Pérez, E. [9]

1. Servicio de Neurología. Hospital Carlos Haya; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d´Hebron; 3. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 4. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; 5. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme; 6. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañon; 7. Servicio de Neurología. Hospital Germans Trias i Pujol; 8. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; 9. Servicio de Neurología. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: EARLIMS tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente de corta duración (EMRR≤5años) y no tratados previamente (naïve) vs. previamente tratados con acetato de glatirámero o interferón beta-1. Se presenta un sub-análisis del estudio EARLIMS con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de fingolimod en los pacientes naïve.

Material y métodos: Ensayo clínico, abierto, no-aleatorizado, grupos paralelos y multicéntrico (España y Australia). Se incluyeron pacientes tratados con fingolimod 0,5 mg/día (12 meses), de ambos sexos, ≥18-≤50 años, con diagnóstico EMRR, ≥9 lesiones activas en T2, duración de la enfermedad 1-5 años, ≥2 brotes en los últimos 2 años (sólo España), puntuación Expanded Disability Status Scale (EDSS): 0-3,5, con Pharmaceutical Benefits Scheme (sólo Australia) y que firmaron consentimiento infor-

mado. Este ensayo fue aprobado por un Comité Ético de Investigación.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes de diciembre 2011 a diciembre 2015, con una edad media (desviación estándar) de 33,1(8,1) años, siendo 74,2% mujeres y 94,4% caucásicos. Se analizará el número de brotes, variables medidas por resonancia magnética (lesiones activas en T2, y cambio de volumen cerebral medido por SIENA), discapacidad medida por EDSS, calidad de vida mediante la escala PRIMUS y el número de acontecimientos adversos. Los resultados estarán disponibles en julio 2016 y serán presentados en la reunión de la SEN 2016.

Conclusión: Los resultados de este sub-análisis permitirán evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con fingolimod durante 12 meses en pacientes con EMRR de corta duración que no han sido previamente tratados. Financiación: Novartis

CORRELACIÓN ENTRE LA ECOGRAFÍA ORBITARIA Y LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Pérez Sánchez, S.; Eichau Madueño, S.; Domínguez Mayoral, A.M.; Rus Hidalgo, M.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: La utilidad de la tomografía por coherencia óptica en la esclerosis múltiple ha sido ya validada y es conocido el adelgazamiento de las capas de la retina en los enfermos de EM. Recientemente, la ecografía orbitaria ha demostrado una atrofia de nervio óptico en estos pacientes en comparación con sujetos sanos. Nuestro objetivo es conocer la correlación entre ambas técnicas.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de EM en cualquiera de sus formas en los que se había realizado una ecografía orbitaria. Los datos ecográficos recogidos fueron el diámetro de ambos ojos y la asimetría. Las medidas de OCT registradas fueron el grosor de la capa de la fibras nerviosas de la retina (CFNR) y de la capa de células ganglionares (CCG). Se realizó un estudio de correlación entre todas las medidas mediante una Rho de Spearman.

Resultados: Se recogieron 63 pacientes. Sólo 52 se habían realizado, también, una OCT. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el diámetro y la CFNR de ojo derecho y, entre el diámetro y el grosor medio de la CCG de ojo derecho (OD). También se encontró una correlación entre el diámetro de OI y el grosor mínimo de la CCG de OD. No se encontraron otras correlaciones estadísticamente significativas.

Conclusión: A pesar del escaso número de pacientes, el estudio pone de manifiesto una correlación entre ambas técnicas en pacientes con esclerosis múltiple. La ecografía orbitaria, aunque es una medida más grosera, podría utilizarse como una herramienta de aproximación al estado del nervio en la propia consulta.

CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS CINEMÁTICOS DE LA MARCHA EN LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA TRAS 15 DÍAS DE TRATAMIENTO CON FAMPRIDINA

Pulido Valdeolivas, I. [1]; Gómez Andrés, D. [2]; González Suárez, I. [3]; Montero Atalaya, A. [1]; Martín Gonzalo, J.A. [4]; Rodríguez Andonaegui, I. [4]; Miñano Guillamon, E. [3]; Rausell Tamayo, E. [1]; Oreja Guevara, C. [3]

1. Servicio de Anatomía, Histología y Neurociencia. Universidad Autónoma de Madrid; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Escuela de Fisioterapia. Escuela de Fisioterapia. ONCE-UAM

Objetivos: Cuantificar el cambio de los parámetros cinemáticos (PC) de la marcha tras 15 días de tratamiento y definir qué cambios cinemáticos están relacionados con la mejora de la velocidad de marcha (VM) en pacientes con sclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP).

Material y métodos: Se recogieron la VM normalizada y 37 PC izquierdos y 37 derechos de 10 pacientes con EMPP antes y después 15 días con fampridina (10 mg/12horas) mediante análisis instrumental de la marcha. Se calculó la normalización de los cambios respecto a 13 controles mediante la diferencia del Z-score antes y después del tratamiento para cada PC. Con "random forests" se modeló la influencia de la normalización de los PC en la normalización de la VM

Resultados: La predicción del modelo de normalización en la velocidad era aceptable (r cuadrado de Pearson:0,251). Los cambios cinemáticos más importantes para la prediccion eran "rango de rotación pélvica en el segundo doble apoyo", "rango de flexión de rodilla", "tiempo al pico de flexión de rodilla", "rango de dorsiflexión del tobillo en apoyo" y "dorsiflexion del tobillo en el contacto inicial".

Conclusión: Los cambios cinemáticos tras fampridina explican parte de la mejoría en velocidad y está relacionada con un mayor rango de flexión de rodilla y un pico de flexión de rodilla menos retrasado, un impulso rotacional pélvico en el segundo apoyo mayor y una mejor dinámica del tobillo en la carga. Los cambios cinemáticos después fampridina en PPMS podrían servir para mejorar la rehabilitación de la marcha y las combinaciones de terapias disponibles.

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN NUESTRA ÁREA

Dudekova, M. [1]; Gimenez Castejon, D. [2]; OrtIn Ortín, E. [3]; Pérez Vicente, J.A. [1]; Hernandez Hortelano, E. [1]; Garnés Sanchez, C.M. [4]; Lopez Lopez, M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Torres Alcaraz, A.D. [1]; Quesada Lopez, M. [1]; Fuentes Ramirez, F.A. [5]; Guzman Martin, A. [1]; Hernandez Martinez, J.J. [6]; Tortosa Sanchez, T. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Gimenez De Béjar, V. [1]; Kahn Mesia, E. [1]; Lopez Lopez, J. [7]; Navarro Lozano, M. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital U. Santa Lucía; 2. Servicio de Oftalmología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Medicina. UCAM; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 5. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 6. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Averiguar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con Esclerosis Múltiple en nuestro área: en hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y obesidad. Comparar si existe mayor prevalencia de FRCV en pacientes de EM que en la población general.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Incluimos pacientes diagnosticados de EM, que acudieron a nuestra Unidad de Neuroinmunología en los meses de julio y octubre de 2015. Las variables principales fueron: sexo, edad, comorbilidades, FRCV (cifras de TA, IMC, niveles de LDL, niveles de HDL, TG y colesterol total y hábito tabáquico). Para la comparación de nuestros resultados se eligió un metaanalisis1 (prevalencia de FRCV en población española no afectada por EM).

Resultados: El estudio incluyó 34 pacientes. Se objetivó 29 no hipertensos, 3 pacientes tenían HTA conocida y en 2 pacientes se detectó la HTA durante el estudio. En global 35,3% de pacientes tenían sobrepeso y 20,6% obesidad. 8,8% presentaron niveles altos de colestrol total, 4 pacientes tuvieron hipertrigliceridemia. Hubo 14 fumadores y 5 ex-fumadores. En comparación con la po-

blación general hubo menor prevalencia de la HTA e hipercolesterolemia, una prevalencia similar en cuanto a obesidad, aunque la prevalencia de sobrepeso fue mayor. Llaman la atención los resultados de tabaquismo, donde hemos hubo una mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres con EM que en la población general (60% vs. 24,3%).

Conclusión: En nuestros pacientes existe una mayor prevalencia de tabaquismo y sobrepeso con respecto a la población general. No así, en el resto de FRCV.

ICTUS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y CAMBIO RECIENTE DE TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR

Erdocia Goñi, A.; Colina Lizuain, S.; Castillo Álvarez, F.; Iglesias Gutiérrez-Cecchini, C.; Reurich Gomez, N.; Gómez Eguilaz, M.; López Pérez, M.Á.; Marzo Sola, M.E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro

Objetivos: Presentar un caso de un ictus bulbar secundario a una disección vertebral, en una paciente con Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente(EM-RR) en tratamiento con Fingolimod tras cambio de tratamiento por actividad de la enfermedad el mes anterior al evento.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico e imágenes de RM/angioRMcerebral.

Resultados: Mujer de 47 años, sin antecedentes familiares ni médico-quirúrgicos de interés, salvo EM-RR en tratamiento con Fingolimod desde hace dos semanas (previamente con IFN B1a durante 7años). Presenta disartria, disfagia, diplopía e inestabilidad de inicio agudos. Exploración: Nistagmo horizontal inagotable, diplopia, hipoestesia facial izquierda, disartria y ataxia de extremidades izquierdas. Ante la sospecha de brote de EM, se inicia tratamiento corticoideo. Se realiza RM cerebral con y sin contraste: Alteración de la señal con características de restricción de la difusión y sin realce, en topografía del bulbo, lateral-izquierdo. Imágenes hiperintensas en Flair y T2 en substancia blanca hemisférica bilateral, con características desmielinizantes. AngioRM: Disección distal de la arteria vertebral izquierda. Analítica con bioquímica, hemograma e hipercoagulabilidad normales.

Conclusión: A día de hoy, no se conocen con certeza los factores predisponentes y desencadenantes de la disección vertebral: Se sopesan entre otros, la enfermedad de vasos, traumatismos cervicales, infecciones respiratorias…En esta paciente cabe destacar la relación temporal entre el inicio de Fingolimod y la disección, no descrita anteriormente; sin poder establecer una relación de causalidad. Tener una enfermedad crónica puede predisponer al clínico a realizar un diagnóstico inicial erróneo ante un evento agudo que sea esperable dentro de la evolución de la enfermedad, como en nuestro caso.

STATUS EPILÉPTICO DE NOVO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Hernando Asensio, A. [1]; Peláez Cruz, R. [2]; Arnaiz Senderos, S. [1]; Herrera Varo, N. [1]; Gómez Menéndez, A.I. [2]; Porqueres Bosch, E. [1]; Casas Peña, E. [1]; Pascual Carrascal, D. [1]; Aguado García, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: Describir dos casos de Status epiléptico de novo como síntoma de presentación de Esclerosis Múltiple (EM).

Material y métodos: Datos clínicos, neurofisiológicos y de neuroimagen de dos pacientes con debut de status epiléptico con diagnostico final de EM.

Resultados: Caso 1: Mujer de 47 años. Remitida a Urgencias por episodio de alteración del lenguaje seguido de dos crisis generalizadas, sin fiebre. En Urgencias presentaba desviación óculocefálica forzada a la derecha, hemiparesia derecha y clonías en mano derecha. Recibió Diazepam, LEV y VPA sin recuperación, por lo que ingresa en UCI; revirtiendo el cuadro con propofol. EEG (realizado tras cese de clínica motora): descargas epileptiformes en región fronto-temporal izquierda compatible con status no convulsivo focal. RM craneal: lesiones en sustancia blanca sugestivas de etiología desmielinizante (periventricular, yuxtacortical frontal izquierdo). PEV afectados, serologías, autoinmunidad y punción lumbar normales (BOC negativas). Se mantiene LEV al alta. Caso 2: Mujer 28 años, presentó tres episodios tónico clónicos generalizados sin recuperación entre ellos, sin fiebre. Presentaba nistagmus agotable en la mirada extrema bilateral. RMN craneomedular: lesiones desmielinizantes (yuxtacortical temporal derecha captante y en T12 no captante). Serologías, PL y BOC negativas. PESS y PEVs: normales. En tratamiento con LEV 6 meses.

Conclusión: La presentación de Status epiléptico de novo como síntoma inicial de EM es poco frecuente. Se presupone que la patogenia se debe a lesiones intracorticales inflamatorias agudas. No existen estudios que determinen el tiempo de mantenimiento del tratamiento en estos pacientes, sería lógico pensar que si el mecanismo etiopatogénico inflamatorio desaparece, consecuentemete lo hará la actividad irritativa epileptiforme.

INTERFERENCIA COGNITIVO-MOTORA EN LA MARCHA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTADO DEL ARTE E IMPLICACIONES EN RELACIÓN AL DETERIORO COGNITIVO

Postigo Alonso, B. [1]; Galvao Carmona, A. [1]; Benítez Baena, I. [1]; Conde Gavilán, C. [2]; Jover Sánchez, A. [2]; Molina Zafra, S. [2]; Peña Toledo, M.D.L.Á. [2]; Valverde Moyano, R. [2]; Bahamonde Román, C. [2]; Agüera Morales, E. [2]

1. Departamento de Psicología. Universidad Loyola Andalucía; 2. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía

Objetivos: Los objetivos del presente estudio son: (1) Explorar la evidencia sobre interferencia cognitivo-motora (ICM) en personas con Esclerosis Múltiple (EM) durante la realización de una tarea dual en la que, de manera concurrente a la marcha, se realice otra tarea cognitiva; (2) examinar la utilidad de la ICM como marcador temprano de deterioro cognitivo en EM.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática mixta de estudios publicados hasta la fecha que han empleado el procedimiento de tarea dual de ICM en la marcha en personas con EM y sanas. Los indicadores cuantitativos obtenidos fueron integrados con información cualitativa y con un aporte teórico sobre el paradigma de ICM y la cognición en EM.

Resultados: Los resultados obtenidos incluyeron una síntesis de la evidencia de la ICM en la marcha en pacientes con EM que aportó tanto información cuantitativa como cualitativa. Aportaron además evidencias neuropsicológicas y procedentes de distintas medidas de estudio de la actividad cerebral en relación a la ICM en la marcha, y su relación con el deterioro cognitivo existente en pacientes con EM.

Conclusión: En el estudio de la ICM sobre la marcha en personas con EM la evidencia es escasa y la heterogeneidad, tanto en relación al paradigma experimental como a las características de la muestra, es alta. El procedimiento de revisión mixta llevado a cabo mostró un análisis comprensivo del tema, contribuyendo a la clarificación de las bases de la ICM en la marcha y de su potencial implicación como marcador temprano de deterioro cognitivo en personas con EM.

LAS MIL CARAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM). EXPLORACIÓN E INICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ESPASTICIDAD DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EEM) EN OPINIÓN DE LOS NEURÓLOGO

Solar Sánchez, D.M.

Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes

Objetivos: Analizar los aspectos clave del diagnóstico y tratamiento de los síntomas asociados a la EEM.

Material y métodos: Se realizaron 4 talleres en los que participaron 33 neurólogos. Previamente contestaron un cuestionario para conocer sus experiencias y opiniones respecto a temas clave de la EEM.

Resultados: El 85% de los encuestados utiliza escalas habitualmente. El 39% usa la escala de Ashworth modificada (AM), el 24% combinar AM y NRS (Numerical Rating Scale), el 6% AM y escala de espasmos de Penn, el 3% escala de Ashworth, y el resto otras escalas y combinaciones. El 60% respondió que el tratamiento farmacológico no debe iniciarse hasta que los síntomas sean molestos o interfieran las actividades de la vida diaria, mientras que el 37% eran partidarios de un inicio precoz. El 88% de los encuestados eran partidarios de iniciar el tratamiento en primer escalón con baclofeno, y el 9% con baclofeno asociado a otros fármacos. Para el segundo escalón un 79% se inclinó por THC/CBD en pulverizador bucal, versus el 15% que prefiere comenzar con la combinación baclofeno-tizanidina.

Conclusión: La exploración de la EEM no está sistematizada, y en muchas ocasiones la falta de tiempo en consulta impide hacerla de forma óptima. Hubo amplio consenso en añadir las escalas NRS, Penn, el análisis de la marcha y escalas de CdV. Las opciones más valoradas fueron baclofeno para el primer escalón y THC/CBD para el segundo. El momento de inicio del tratamiento farmacológico es controvertido, y debe individualizarse según la clínica que presente el paciente.

LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO SIMULANDO ENFERMEDAD DEL ESPECTRO DESMIELINIZANTE

Navarro García, J.C.; Carreón Guarnizo, E.; Cerdán Sánchez, M.; Meca Lallana, J.; Herández Clares, R.; Ester Baidez, A.; Valero López, G.; Díaz Pérez, J.; García Molina, E.; Fuentes Rumi, L.; Cabrera Maqueda, J.M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años, sin AP de interés salvo hábito tabáquico de 30 años de evolución, con clínica de mareo inespecífico, pérdida de peso, vómitos y alteración de la marcha desde hace tres meses, inicialmente estudiado por medicina interna con diagnóstico inicial de cuadro ansioso-depresivo.

Material y métodos: En la exploración neurológica el paciente presenta habla enlentecida, e hiperreflexia en hemicuerpo derecho con RCPIB y ataxia de la marcha. Se realiza RNM cerebral que se informa como "múltiples lesiones de carácterísticas inflamatorio-desmielinizantes, atípicas y confluentes, con disposición alrededor de los canales de aquaporina IV y en ambos nervios ópticos. La PL es normal incluyendo BOC. Los anticuerpos antiNMO y antiMOG son negativos. PEV y OCT normales.

Resultados: La neuroimagen informa inicialmente de enfermedad inflamatoria-desmielinizante, con distribución de lesiones compatibles con neuromielitis óptica (NMO), sin poder descartar otras patologías del espectro EM (ADEM, etc..). Se opta por la biopsia cerebral al no poder descartar el origen tumoral de las lesiones. La anatomía patológica demuestra linfoma cerebal primario.

Conclusión: El linfoma cerebral primario es un linfoma no Hodking muy agresivo que se origina en el SNC sin evidencia en el momento del diagnóstico de linfoma en otra localización. En la RNM cerebral puede manifestarse de forma variable. En inmunodeprimidos (nuestro paciente no lo era) es frecuente que se presente como lesión confluente con captación heterogenea de contraste, pudiendo simular una enfermedad desmielinizante. En cualquier enfermedad desmielinizante de presentación atípica hay que valorar la posibilidad de linfoma cerebral primario.

LAS MIL CARAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM). CLAVES PARA EL TRATAMIENTO CON THC/CBD EN SOLUCIÓN PARA PULVERIZACIÓN BUCAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD ASOCIADA A ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EEM)

Escartin Siquier, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Sativex® es una combinación de 9-delta-tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD), principios extraídos de la Cannabis sativa L., indicado como tratamiento coadyuvante para el alivio sintomático de la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple (EM) que no han respondido de forma adecuada a otros medicamentos y que han mostrado una mejoría considerable durante las 4 primeras semanas de tratamiento. Requiere una fase de titulación para la instauración del tratamiento. El objetivo de éste trabajo fue compartir y consensuar los aspectos clave para la correcta instauración del tratamiento con Sativex®.

Material y métodos: 4 talleres en los que participaron 33 neurólogos de toda España. Previamente contestaron un cuestionario para conocer sus experiencias y opiniones respecto a temas clave de la EEM.

Resultados: En el 91% de los casos se pacta con el paciente un objetivo terapéutico a conseguir para fijar el límite de la titulación, que decide el propio paciente. Enfermería es clave para la instauración, participando activamente en la formación y seguimiento en el 64,5% de los casos. Según el 94% de los entrevistados es muy importante un teléfono de contacto para apoyar al paciente. El 67% de los neurólogos alargan sus pautas de titulación por encima de los 15 días. De ésta forma se consigue, en su opinión, un porcentaje de éxito del 75%

Conclusión: Las claves para el éxito en la instauración del tratamiento consisten en una buena formación del paciente, en la que Enfermería es clave, pactar objetivos terapéuticos con el paciente y titular lenta y progresivamente.

Enfermedades Desmielinizantes P5

ESTUDIO UNICÉNTRICO, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO PARA EVALUAR EL EFECTO DE LA FAMPRIDINA SOBRE LA FATIGA, DESTREZA MANUAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (DATOS FINALES)

Croitoru, I. [1]; Castillo Triviño, T. [2]; Lopetegui Larruscain, I. [1]; Arruti Gonzalez, M. [3]; Olascoaga Urtaza, J. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Instituto Biodonostia; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Zumarraga; 3. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Evaluar los beneficios a corto y largo plazo del uso de la fampridina en la práctica clínica diaria, el impacto sobre la destreza manual, fatiga y calidad de vida de los pacientes con Esclerosis Múltiple.

Material y métodos: 49 pacientes con diagnostico confirmado de esclerosis múltiple que toman Fampyra en un marco

clínico habitual de postcomercializacion se reclutaron en el estudio. Las evaluaciones se realizaron antes y 2 semanas después del inicio del tratamiento, luego cada 3, 6, 9 y 12 meses. Se utilizaron las siguientes escalas: para la evaluación de la fatiga (cognitiva y física): Escala Modificada del Impacto de la Fatiga (IMF), Escala de Gravedad de la Fatiga (FSS), destreza manual (9HTP) y la calidad de vida se medio mediante MSQoL54. También se realizo el seguimiento de los efectos adversos.

Resultados: Los resultados de las escalas del IMF, FSS, 9HTP y MSQoL54 indican cambios de la fatiga física y mental y la destreza manual después del tratamiento con Fampridina.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que Fampridina no sólo aumenta la velocidad al caminar en una proporción de los pacientes, pero también puede reducir la fatiga y aumentar la destreza manual, todo esto contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes tratados con fampridina.

COMPARACIÓN DE 2 MEGADOSIS ORALES DE METILPREDNISOLONA PARA EL BROTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Hervás García, J.V. [1]; Ramió Torrentà, L. [2]; Brieva Ruiz, L. [3]; Batlle, J. [4]; Moral, E. [5]; Blanco, Y. [6]; Cano, A. [7]; Munteis, E. [8]; Presas Rodríguez, S. [1]; Massuet Vilamajó, A. [9]; Capellades, J. [10]; Torres, F. [11]; Ramo Tello, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Neurología. Hospital Josep Trueta; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla; 5. Servicio de Neurología. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi; 6. Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Mataró; 8. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 9. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 10. Servicio de Radiología. Hospital del Mar; 11. Servicio de Estadística. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Comparar la eficacia clínica y radiológica de 2 megadosis orales de metilprednisolona (MPo) para el brote de esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Ensayo clínico de no inferioridad, multicéntrico, doble ciego. 49 pacientes con brote moderado-grave aleatorizados a MPo-625mg/24h o 1250mg/24h durante 3 días. La variable principal fue EDSS a 29 días, en análisis por protocolo (PP), ajustada por el valor basal de EDSS, imputando missings con el percentil 90, con un margen de no-inferioridad de 1 punto; se predefinieron los siguientes análisis de sensibilidad: imputación LOCF, análisis MMRM y no-paramétricos con población PP e ITT. Como variables secundarias se evaluaron las lesiones captantes de gadolinio en secuencias T1 (T1Gd+), tolerabilidad, seguridad y calidad de vida.

Resultados: En el análisis principal PP se observó una mejoría media [IC95%] en EDSS a día 29 para MPo-625 mg y MPo-1250mg de -0.78 [-1.11;-0.46] y -1.21 [-1.53;-0.88], respectivamente, n=22/23, y la diferencia fue de -0.42 [-0.88 a 0.04], discretamente favorable para MPo-1250mg (p=0.072); todos los análisis de sensibilidad confirmaron esta conclusión. El número de T1Gd+ a día 29 fue 10 (50%) y 12, (52%) respectivamente (p>0.99). No se detectaron diferencias en calidad de vida, ambos tratamientos fueron bien tolerados y no produjo ningún efecto secundario grave relacionado.

Conclusión: Este estudio mostró que MPo-625 fue no-inferior a MPo-1250 en cuanto a variables clínicas y radiológicas. La seguridad, tolerabilidad y calidad de vida fue buena y no hubo diferencias entre ambas pautas.

ESTUDIO RETROSPECTIVO PARA EVALUAR FINGOLIMOD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ANÁLISIS CONJUNTO DE LOS ESTUDIO MS NEXT Y MS 2ND-LINE GATE

Martínez Gines, M. [1]; Marzo Sola, E. [2]; Durán Herrera, C. [3]; Mallada Freichin, J. [4]; Meca Lallana, V. [5]; Meca Lallana, J. [6]; Ayuso Blanco, T. [7]; Martinez Yélamos, S. [8]; Barrero Hernández, F. [9]; García López, J. [10]; Ricart Engel, J. [10]; García Pérez, E. [10]

1. Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; 3. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Elda; 5. Servicio de Neurología. Hospital La Princesa; 6. Servicio de Neurología. Hospital de Virgen de la Arrixaca; 7. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Bellvitge; 9. Servicio de Neurología. Hospital San Cecilio; 10. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: Fingolimod fue el primer tratamiento modificador oral aprobado para la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR). El análisis de grandes poblaciones tratadas en práctica clínica valida las conclusiones alcanzadas en los ensayos. El objetivo del estudio es describir la efectividad y seguridad de fingolimod en pacientes EMRR en la práctica clínica de España.

Material y métodos: El MS-Next y el MS-2nd-Line GATE son estudios observacionales, retrospectivos, y multicéntricos, realizados en pacientes de ambos sexos, ≥18 años, diagnosticados con EMRR (criterios McDonald2010), tratados con fingolimod 0,5mg/día y seguidos durante ≥12 meses tras el inicio del tratamiento. Ambos estudios se realizaron en la práctica clínica entre marzo 2014 y diciembre 2015.

Resultados: Se analizarán 988 pacientes (MS-Next:804, MS-2nd-Line GATE:184). Los resultados estarán disponibles en julio 2016 y serán presentados en la reunión de la SEN 2016. Se analizará la tasa anualizada de brotes, porcentaje de pacientes libres de brotes, tiempo transcurrido hasta el primer y segundo brote, hospitalizaciones, tratamiento con corticoesteroides, carga lesional en T2, número de lesiones en T1 realzadas con gadolinio y progresión de la discapacidad. Adicionalmente, se recogerá motivo de la discontinuación temporal/permanente, medicaciones concomitantes, acontecimientos adversos y administración de la primera dosis (tiempo de monitorización). Se analizará la población total y según el último tratamiento previo: sin tratamiento previo, tras tratamientos de primera línea (interferón beta-1 y acetato de glatirámero) y natalizumab.

Conclusión: Los resultados permitirán describir la efectividad y seguridad de fingolimod y las características demográficas y clínicas de los pacientes tratados con fingolimod en la práctica clínica española. Financiación: Novartis

¿POR QUÉ INGRESAN ACTUALMENTE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE?. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Sánchez-Vizcaíno Buendía, C.; Carreón Guarnizo, E.; Díaz Pérez, J.; Hernández Clares, R.; García Molina, E.; Cerdán Sánchez, M.; Baidez Guerrero, A.E.; Valero López, G.; Meca Lallana, J.; Martín Fernández, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Conocer las causas de hospitalización y características clínicas de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) ingresados en nuestro centro durante un año.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de la Arrixaca durante 2014 con diagnóstico principal o secundario de EM (código 340 del ICD-9). Se registró edad, sexo, fechas de ingreso y alta, tiempo de hos-

pitalización, diagnóstico principal, forma de EM, años diagnosticada, EDSS previa y tratamiento modificador de la enfermedad.

Resultados: La prevalencia de EM en nuestra área en 2014 fue de 227 pacientes. El 7,9% precisaron ingreso: 36 ingresos de 21 pacientes, 3 excluidos por alumbramiento. Mediana de ingresos por paciente 1,5 (RIC, 1-2). 72,7 % fueron mujeres, edad media 47,7 ± 9,9 años. El 42,4% fueron ingresos directamente relacionados con EM: diagnóstico 14,2%, diagnóstico diferencial leucoencefalopatía multifocal progresiva 21,4%, tratamiento 64,4%. 71,4% mujeres, edad media 52,2±7,8 años, estancia mediana 2,5 días (RIC 1-12). 92,9% eran EM remitente-recurrente (EMRR). Mediana de tiempo diagnosticada 10 (RIC 5,25-10,75) años. EDSS mediana 3,75 (RIC 3,5-6). 57,1% llevaban tratamiento modificador (segunda línea). El 57,6% ingresaron por otras causas: 57,9% infecciones, 26,3% procedimientos quirúrgicos. 73,7% mujeres, edad media 44,4±10,1 años, estancia mediana 3 días (RIC 2-5). 89,5% presentaban EMRR. Mediana de tiempo diagnosticada 9 (RIC 7-13) años. EDSS mediana 4,5 (RIC 3,5-7). 78,9% llevaban tratamiento modificador (1ª línea 57,9%, 2ª línea 21%).

Conclusión: Las hospitalizaciones de pacientes con EM son principalmente debidas a causas no relacionadas directamente con la enfermedad, especialmente infecciones. Los pacientes sufren generalmente EMRR y llevan tratamiento modificador.

LA INCLUSIÓN DE LA ATROFIA CEREBRAL EN LOS CRITERIOS DE NO EVIDENCIA DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (NEDA) MEJORA LA CAPACIDAD DE DETECTAR BUENOS RESPONDEDORES

Ruiz Peña, J.L.; Navarro Mascarell, G.; Sau, P.; Rus Hidalgo, M.; Damas Hermoso, F.; Eichau Madueño, S.; Gamero García, M.Á.; Paramo Camino, D.; Pérez Pérez, S.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con NEDA 3 en el primer año de tratamiento y calcular el impacto de la adición de la atrofia cerebral (NEDA 4) para detectar buenos respondedores a largo plazo.

Material y métodos: 41 pacientes (11 varones y 30 mujeres) con EM remitente-recidivante y una EDSS de 0-5,0 fueron incluidos en un estudio prospectivo, longitudinal de fingolimod en EMRR. Todos los pacientes fueron seguidos durante un período medio de 30 meses. Cada tres meses, la discapacidad se evaluó mediante diferentes escalas neurológicas. El porcentaje de cambio de volumen cerebral (PBVC) entre el mes 12 y la visita basal se midió mediante el uso de una versión Web automatizado del Siena (Neuroresearch).

Resultados: En el primer año, el 20% de los pacientes tratados con fingolimod 0,5 mg alcanzan NEDA 3. Al añadir la atrofia cerebral, la proporción de pacientes que alcanzaron NEDA 4 fue del 14%. El 15% de los pacientes con NEDA 3 empeoró después de dos años, mientras que ninguno de los pacientes con NEDA 4 lo hizo

Conclusión: Los criterios NEDA 4 mejoran la capacidad de NEDA 3 para detectar buenos respondedores a largo plazo, al trabajar con marcadores tanto de inflamación como de neuro degeneración. La difusión de nuevos métodos automatizados para medir la atrofia cerebral facilitará su uso, con el consiguiente beneficio para los pacientes. Se necesitaran mas estudios.

PANGAEA A 4 AÑOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 5 AÑOS SOBRE LA SEGURIDAD, EFECTIVIDAD Y DATOS FARMACOECONÓMICOS DE FINGOLIMOD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL – RESULTADOS DE EFECTIVIDAD

Guillen Perez, R. [1]; Moreno, M.J. [1]; Ziemssen, T. [2]; Albrecht, H. [3]; Haas, J. [4]; Klotz, L. [5]; Lang, M. [6]; Lassek, C. [7]; Schmidt, S. [8]; Tackenberg, B. [9]; Cornelissen, C. [10]

1. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.; 2. Servicio de Neurociencias Clínicas. Zentrum für klinische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus; 3. Servicio de Neurología. Praxis für Neurologie; 4. Servicio de Esclerosis Múltiple. Zentrum für Multiple Sklerose, Jüdisches Krankenhaus Berlin; 5. Servicio de Klinik für Allgemeine Neurologie. Universitätsklinikum Münster; 6. Servicio de Neurología. Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis; 7. Servicio de Neurología. Neurologische Gemeinschaftspraxis Kassel und Vellmar; 8. Servicio de Neurología. Neurologische Gemeinschaftspraxis Schmidt, Neudecker & Viebahn GbR; 9. Servicio de Klinik für Neurologie. Universitätsklinikum Gießen und Marburg; 10. Departamento médico. Novartis Pharma GmbH

Objetivos: Fingolimod una vez al día (Gilenya®, Novartis Pharma AG) es un modulador del receptor de esfingosina-1-fosfato aprobado para esclerosis múltiple remitente-recurrente. Se han tratado >148.000 pacientes y la exposición total es >316.000 años-paciente. PANGAEA es un estudio observacional alemán que evalúa la seguridad, tolerabilidad y efectividad largo plazo de fingolimod en práctica clínica habitual.

Material y métodos: El reclutamiento finalizó en Dic-2013 con 4229 pacientes de 374 centros. Se presenta un análisis intermedio con datos de efectividad de pacientes tratados con fingolimod durante un máximo de 4 años.

Resultados: El 71,6% de pacientes fueron mujeres y la edad media (±DE) 39,4±10,0 años. La tasa anualizada de brotes mejoró de 1,50 [±0,13; IC95%,basal] a 0,42 [±0,08; IC95%]) y se mantuvo estable durante 4 años la EDSS basal media (3,0 [±0,03; IC95%]). En cada año del estudio >90% de pacientes presentaron una EDSS estable o experimentaron una mejoría confirmada a los 6 meses. En cada año de tratamiento >70% de pacientes estuvieron libres tanto de brotes como de progresión de discapacidad confirmada a los 6 meses (PCD-6meses). El 45% de pacientes no tuvo brotes ni PCD-6meses en >3 años de tratamiento. Se confirmó la efectividad y comodidad de fingolimod desde la perspectiva del paciente en un subestudio de 24 meses con los cuestionarios EQ-5D y TSQM-9 (n=830).

Conclusión: El análisis intermedio de hasta 4 años de seguimiento de PANGAEA confirma, con datos de práctica clínica habitual, la efectividad de fingolimod previamente demostrada en las variables de eficacia de ensayos clínicos de fase III. Financiación: Novartis Pharma AG

PANGAEA A 4 AÑOS: SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES QUE CAMBIAN DE NATALIZUMAB A FINGOLIMOD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Salutregui Pacios, I. [1]; Sánchez, I. [1]; Ziemssen, T. [2]; Albrecht, H. [3]; Haas, J. [4]; Klotz, L. [5]; Lang, M. [6]; Lassek, C. [7]; Schmidt, S. [8]; Tackenberg, B. [9]; Cornelissen, C. [10]

1. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.; 2. Servicio de Neurociencias Clínicas. Zentrum für klinische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus; 3. Servicio de Neurología. Praxis für Neurologie; 4. Servicio de Esclerosis Múltiple. Zentrum für Multiple Sklerose, Jüdisches Krankenhaus Berlin; 5. Servicio de Klinik für Allgemeine Neurologie. Universitätsklinikum Münster; 6. Servicio de Neurología. Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis; 7. Servicio de Neurología. Neurologische Gemeinschaftspraxis Kassel und Vellmar; 8. Servicio de Neurología. Neurologische Gemeinschaftspraxis Schmidt, Neudecker & Viebahn GbR; 9. Servicio de Klinik für Neurologie. Universitätsklinikum Gießen und Marburg; 10. Departamento médico. Novartis Pharma GmbH

Objetivos: Fingolimod una vez al día (Gilenya®) es un modulador del receptor de esfingosina-1-fosfato aprobado para la esclerosis múltiple remitente-recurrente. Se han tratado >148.000

pacientes y la exposición total es >316.000 años-paciente. PANGAEA es un estudio observacional alemán que evalúa la seguridad, tolerabilidad y efectividad a largo plazo de fingolimod en la práctica clínica.

Material y métodos: El reclutamiento finalizó Dic-2013 con 4229 pacientes (374 centros). 714 pacientes cambiaron de natalizumab a fingolimod.

Resultados: Se analizaron 714 pacientes que cambiaron a fingolimod tras un periodo de lavado medio de 178,4±203,7 días (media±DE). Se estratificó a los pacientes en función del periodo de lavado previo a fingolimod en intervalos mensuales de ≤60 a >300 días. El número de pacientes en cada intervalo se distribuyó uniformemente entre un 10 y 13%. La tasa anualizada de brotes (TAB) media fue 0,9 (±0,08; IC95%). El número de brotes aumentó según el periodo de lavado de 0,07 (≤60 días) a 0,7 (>300 días). La TAB media en el primer año fue 0,68 (IC95%:±0,1). La tasa de brotes en el primer año aumentó con la duración del período de lavado tras natalizumab (0,43±0,133 [≤60 días] a 0,67±0,358 [>300 días]). Las tasas de brotes en los años 2-4 se mantuvieron constantes independientemente de la duración del lavado.

Conclusión: Un periodo de lavado corto tras natalizumab se asoció con una menor reactivación clínica. La tasa de brotes en los primeros seis meses del PANGAEA se relacionó con la duración del periodo de lavado previo a la primera dosis de fingolimod. Financiación: Novartis Pharma AG

REGISTRO ESPAÑOL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON FINGOLIMOD (REGISTRO GILENYA): SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD TRAS CUATRO AÑOS DE REGISTRO

Meca Lallana, J.E. [1]; Oreja-Guevara, C. [2]; Muñoz, D. [3]; Olascoaga, J. [4]; Pato, A. [5]; Ramió Torrentà, L. [6]; Meca, V. [7]; Hernández, M.Á. [8]; Marzo Sola, M.E. [9]; Álvarez-Cermeño, J.C. [10]; Rodríguez-Antigüedad, A. [11]; Montalban, X. [12]; Fernández, O. [13]

1. Unidad EM. Servicio Neurología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Cátedra Neuroinmunología Clínica y EM. UCAM Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 3. Servicio de Neurología. Hospital Xeral de Vigo; 4. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; 5. Servicio de Neurología. Hospital Povisa; 6. Unitat de Neuroimmunologia i Esclerosi Múltiple. Institut d'Investigació Biomèdica. Univ. de Girona. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 8. Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 9. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; 10. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 11. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 12. Unidad de Neuroinmunología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 13. Servicio de Neurología. Unidad de gestión clínica Neurociencias. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: El objetivo del presente análisis es evaluar la seguridad y efectividad de fingolimod tras cuatro años de registro.

Material y métodos: Registro online, observacional, retrospectivo/prospectivo, multicéntrico, en pacientes con esclerosis múltiple (EM) remitente recurrente que inician fingolimod.

Resultados: Se analizaron 613 pacientes evaluables de los 654 incluidos en el registro hasta Febrero de 2016, se disponía de datos de 428 pacientes tras 1 año de tratamiento, 206 tras 2 años y de 65 tras 3 años. La edad media fue 39,0 años (±8,7), el 70,5% mujeres. El tiempo medio desde inicio síntomas EM fue 11,0 años (±6,8) y desde diagnóstico 8,9 años (±6,1). La prueba de determinación de anticuerpos antivirus JC se realizó a 400 pacientes (65,6%), observándose resultados positivos en el 84,8%. El tiempo medio en tratamiento con fingolimod fue 26,1 meses (±12,6). 36 pacientes (5,9%) abandonaron el estudio de forma anticipada. El 13,5% de los pacientes presentó reacciones adversas, se observaron 102 eventos en total, de los cuales 7 resultaron graves. Tras 3 años en tratamiento con fingolimod y comparado con el año anterior, se observó el 88,3% de pacientes libres de brotes, el 75,0% libres de progresión de la discapacidad [con mejora o sin cambios en Escala Expanded Disability Status Scale (EDSS)] y el 66,7% libres de actividad clínica (libres de presencia de brotes y progresión de la discapacidad).

Conclusión: Los resultados obtenidos tras 4 años de registro avalan la seguridad y efectividad de fingolimod.

¿EXISTE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE BENIGNA?

Massot Cladera, M.; Corujo Suárez, M.; Filgueira Domínguez, M.; Díaz Navarro, R.; Núñez Gutiérrez, V.; de la Bandera Sánchez, M.D.C.; Sureda Ramis, B.; Calles Hernández, M.D.C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: La Esclerosis Múltiple Benigna (EMB) representa un subgrupo de pacientes con curso recurrente-remitente (EMRR) con EDSS ≤ 3 tras 10 años de evolución. El objetivo principal es analizar si en nuestra serie de pacientes con EMRR hay formas benignas y el porcentaje que representa. Describimos las variables epidemiológicas, clínicas, radiológicas y valoramos otros aspectos de la enfermedad que no se contemplan en la EDSS pero influyen en la calidad de vida.

Material y métodos: Se presenta la serie de pacientes con EMB en seguimiento por la Unidad de Esclerosis Múltiple de nuestro hospital.

Resultados: El 3,3% de los pacientes son EMB (74% mujeres) con una media de edad de 51años (58% fumadores). La edad media de inicio de los síntomas es 32 años. El principal síntoma de presentación es la neuritis óptica. El estudio de bandas oligoclonales Ig G en LCR (n=12) presentes en 9 casos. El tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 19 años (la mayoría han tenido de 1 a 3 brotes). En 15 casos tienen control radiológico tras 15,7 años de evolución de la enfermedad (6 tienen nuevas lesiones y 4 lesiones captantes). El 23,5% de los pacientes presentan screening cognitivo positivo (MS Neuropsychological Screening Questionnaire).Se han valorados otros aspectos como fatiga (29%), estreñimiento (35%), trastorno del sueño (29%).

Conclusión: En nuestra serie, el porcentaje de pacientes con EMB es 3,3%, inferior a las series publicadas. Si consideramos otros aspectos de la calidad de vida del paciente el porcentaje de EMB disminuye.

ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO, PARA EVALUAR EXPERIENCIA DE FINGOLIMOD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO MS NEXT

Marzo Sola, E. [1]; Martínez Gines, M. [2]; Barrero Hernández, F. [3]; Mallada Freichin, J. [4]; Meca Lallana, V. [5]; Izquierdo Ayuso, G. [6]; Ara, J.R. [7]; Meca Lallana, J. [8]; Oreja Guevara, C. [9]; Forero, L. [10]; Ricart, J. [11]; García, E. [11]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; 2. Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital San Cecilio; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Elda; 5. Servicio de Neurología. Hospital La Princesa; 6. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Virgen de la Arrixaca; 9. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 10. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; 11. Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: Describir la efectividad y seguridad de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) en la práctica clínica española.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, ≥18 años, con EMRR (McDonald2010), tratados con fingolimod y seguidos durante ≥12 meses tras el inicio del tratamiento. Se analizó la población total y según el último tratamiento previo: sin tratamiento previo (naïve), acetato de glatirámero o interferón beta-1 (BRACE) y natalizumab.

Resultados: 804 pacientes (485 post-BRACE, 252 post-natalizumab y 67 naïve) (68,5% mujeres; edad media[±desviación estándar] 41,0[±9,1] años) fueron tratados con fingolimod durante una media de 25,9 (±9,9) meses. Los principales motivos del cambio a fingolimod fueron falta de efectividad (post-BRACE=92,8%) y seguridad (post-natalizumab=91,7%). La tasa anualizada de brotes se redujo, comparado al año previo, un 74,1%, 79,6% y 83,5% tras 1, 2 y 3 años de tratamiento, respectivamente (p<0,0001 todos los casos). El porcentaje de pacientes libres de progresión de discapacidad (confirmada a los 3 meses) durante el seguimiento fue 88,7%. El porcentaje de pacientes libres de actividad radiológica fue 64,3% tras 12 meses de seguimiento. El 19,3% de pacientes presentaron acontecimientos adversos (AEs), principalmente infecciones (7,0%), enzimas hepáticas elevadas (4,6%) y linfopenia (<200células/microlito) (2,5%). El 8,6% de pacientes discontinuaron durante el primer año: 5,2% temporalmente y 4,9% permanentemente (2,4% por falta de efectividad y 1,7% por AEs).

Conclusión: Fingolimod disminuyó la tasa de brotes, controló la progresión de la discapacidad, presentó una buena tolerabilidad y una alta persistencia al tratamiento durante el tiempo de seguimiento del estudio. Financiación: Novartis

ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO PARA DESCRIBIR LA TOLERABILIDAD DE FINGOLIMOD AL INICIO DEL TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO MS RIGHT

Arnal Garcia, C. [1]; Rodriguez Vicente, Y. [1]; García Merino, J.A. [2]; Meca Lallana, V. [3]; Aladro Benito, Y. [4]; Ramió Torrentà, L. [5]; Peña Martinez, J. [6]; Prieto Gonzalez, J.M. [7]; García Pérez, E. [8]; Ricart Engel, J. [8]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro; 3. Servicio de Neurología. hospital Universitario de la Princesa; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 5. Neurología. Unitat de Neuroimmunologia i Esclerosis multiple. Departament de Neurologia, Hospital Universitari D; 6. Servicio de Neurología. hospital San Agustín; 7. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalatio Universitario de Santiago; 8. Servicio de Neurología. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos: Describir la tolerabilidad de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) durante los primeros meses de inicio del tratamiento según práctica clínica (PC) en España.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico y nacional. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, ≥18 años, con EMRR (criterios McDonald 2010), tratados con fingolimod >6 meses previo inicio del estudio. El estudio fue aprobado por el CEIm del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Resultados: Se reclutaron 271 pacientes, 237 analizados(participaron 30 centros):168 mujeres y 69 hombres, edad media 40,4(DE=8,9) años, EDSS 2,9(1,7). Periodo reclutamiento 15 meses (Septiembre 2014-Diciembre 2015). Después de la primera dosis 8(3,4%) pacientes presentaron acontecimientos adversos (AAs): 3(1,2%) gastrointestinales y 5(2,1%) cardíacos, que además requirieron monitorización durante 2ªdosis; todos de intensidad leve y continuaron el estudio. Se reportaron 106 AAs en 76 pacientes, 1 grave (trastorno conducta) no relacionado con la medicación. Aproximadamente la mitad fueron infecciones (43), ninguna de intensidad grave. No se observó correlación entre niveles bajos de linfocitos y tasa infección. Durante los 6 primeros meses (6pm), 12 pacientes discontinuaron el tratamiento, en 4(1,7%) fue permanente (3 AAs, 1 pérdida eficacia). Después 6pm, 20(8,4%) discontinuaron permanentemente el tratamiento por: pérdida eficacia 11(4,6%), AAs 5(2,1%), deseo embarazo 3(1,3%) o decisión paciente 1(0,4%).

Conclusión: Los resultados muestran la seguridad y tolerabilidad de fingolimod en la PC, observándose un perfil consistente con los resultados de ensayos clínicos previos y evidencia en PC. La persistencia en el tratamiento fue alta. Estos datos permitirán mejorar el manejo futuro de estos pacientes en PC. Financiación: Novartis

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN CURSO: ANÁLISIS INTERMEDIO DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON FINGOLIMOD

Ricart Engel, J. [1]; Romero, R. [1]; Pradhan, A. [2]; Gottschalk, R. [2]; Chen, Y. [2]; Kappos, L. [3]

1. Departamento médico. Novartis Farmacéutica S.A.; 2. Departamento médico. Novartis Pharmaceuticals Corporation; 3. Servicio de Neurología. University Hospital Basel

Objetivos: LONGTERMS es un estudio abierto de extensión que evalúa la seguridad y efectividad a largo plazo de fingolimod en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) procedentes de ensayos clínicos de fase 2/3/3b.

Material y métodos: Se evaluaron dos cohortes tratadas con fingolimod 0,5mg: cohorte a largo plazo (CL;n=1655;exposición mediana: 4,1 años[a]) reclutados previamente en tres ensayos fase 3 (más extensiones), y cohorte principal (CP;n=1212; 1,6a) procedentes de ensayos fase 3. Se determinaron la tasa de incidencia (TI) y el ratio de TI (RTI=TI-CL/TI-CP) para acontecimientos adversos (AAs), AA graves (AAGs) y de especial interés. El análisis de efectividad incluyó pacientes de FREEDOMS/FREEDOMS II (n=982; 6,6a) y TRANSFORMS (n=732; 7,1a) que recibieron ≥1 dosis de fingolimod en LONGTERMS. Se evaluaron los brotes (tasa anualizada de brotes [TAB] y % sin brotes) y discapacidad (estimación KM para EDSS inferior a 4, 6, o 7).

Resultados: RTIs (IC95%) para AAs y AAGs fueron 0,74(0,68-0,79) y 0,73(0,60-0,91), respectivamente; y <1 para AAs de especial interés (excepto leucopenia y linfopenia, menos frecuentes en CP vs CL), probablemente debido al ciego de recuento linfocitario>200/mm3 en CP. La TAB se mantuvo baja hasta los 84 meses (M): FREEDOMS agrupado, 0,14; TRANSFORMS, 0,18. La mayoría de pacientes no tuvieron brotes (54,2% y 47,0%) ni alcanzaron una EDSS (KM en M60) ≥4 [76% y 78%], ≥6 [90% y 93%] y ≥7 [99% y 99%]).

Conclusión: En pacientes con EMRR que continúan en seguimiento, la exposición a largo plazo a fingolimod no planteó nuevos problemas de seguridad/tolerabilidad. La enfermedad se mantuvo estable. Financiación:Novartis Pharma AG

Enfermedades Desmielinizantes P6

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS LICUORALES EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y ANÁLISIS DE BANDAS OLIGOCLONALES IGM

Pérez Álvarez, Á.I.; Cernuda Morollón, E.; Serrano Pertierra, E.; García-Cabo Fernández, C.; Martínez Rodríguez, L.; García Rúa, A.; Suárez Santos, P.; Villafani Echazú, W.J.; Oliva Nacarino, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Las bandas oligoclonales IgM (BOC-IgM) son un biomarcador en líquido cefalorraquídeo (LCR) asociado a una conversión precoz de los síndromes desmielinizantes aislados (SDA) a esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR) y peor pronóstico evolutivo. Describimos las características clínicas y licuorales de una muestra de pacientes con análisis de BOC-IgM

Material y métodos: Se recogen 129 pacientes (68.2% mujeres) predominando las EMRR (69 pacientes) y los SDA (21), incluyendo 27 pacientes como controles con otras enfermedades neurológicas

Resultados: Al diagnóstico la edad media fue 36.7 años siendo los sensitivos los síntomas predominantes (46% de pacientes) aunque más graves (mayor contribución a la puntuación EDSS) los visuales. La puntuación media EDSS fue 2.24 con 1.15 brotes previos y el 43% de los pacientes se encontraba en brote. La resonancia magnética inicial mostró lesiones activas en un 62% de casos. Los potenciales evocados más frecuentemente alterados fueron los somatosensoriales (61.5% de los realizados). Se extrajo LCR en brote en el 39.1% de casos recibiendo corticoterapia previa un 24.6% con 64 días como período medio de lavado. Un 33.8% de EMRR mostró BOC-IgM siendo positivas en el 10.5% de SDA, las BOC-IgG fueron positivas en el 84.8% y 38.8% respectivamente. Los controles mostraron 1 paciente con BOC-IgM (Ataxia autoinmune) y 3 con BOC-IgG

Conclusión: La presencia de bandas oligoclonales IgM tiene implicaciones pronósticas en los pacientes con esclerosis múltiple y síndromes desmielinizantes aislados por lo que pueden ser un elemento de utilidad para decidir la terapia modificadora de la enfermedad y considerar la realización de una monitorización clínico-radiológica más estrecha

INFLUENCIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y FATIGA CRÓNICA

Querol Pascual, M.R. [1]; Aguirre Sanchez, J.J. [1]; Vaz Leal, F.J. [2]; Piriz Murga, M. [1]; García Nogales, A. [3]; Ceberino Muñoz, D. [1]; Muñoz Vega, P. [1]; Martinez Acevedo, M. [1]; Córdova Infantes, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 2. Servicio de Catedrático Psiquiatría-USM. Hospital Infanta Cristina; 3. Universidad de Extremadura. Departamento de Matemáticas

Objetivos: La fatiga crónica es uno de los síntomas más frecuentes y discapacitante en pacientes con esclerosis múltiple (EM). En su etiología se han implicado factores orgánicos y psicosociales. El porcentaje de síntomas neuropsiquiátriacos en los pacientes con EM oscila entre el 20-50%. Los rasgos de personalidad frecuentemente asociados son; hipocondriasis, depresión e histeria. Condicionando de forma crónica mala adaptación psicosocial y ansiedad.

Material y métodos: Se realizó un estudio con consentimiento informado y aceptado por el Comité Ético del HIC a un total de 103 pacientes con diagnostico definido de EM. La mayoría eran mujeres (68.93%) y clínicamente con forma remitente-recurrente (78.64%). La media de edad fue 42.74 años (19-70 años) y de años de evolución de 6.26 (1-32). Se pasaron en dos ocasiones, con un intervalo mínimo de 12 meses, la siguiente batería de test: escalas de severidad e impacto de fatiga, escala de depresión de Hamilton y test de personalidad, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2).

Resultados: Se obtuvieron puntuaciones altas en los rasgos de histeria, depresión, hipocondría, introversión social y esquizofrenia. Los rasgos de esquizofrenia y depresión mostraron una relación directa estadísticamente significativa (P<0.001) con la fatiga. También se encontró una relación lineal estadísticamente significativa (P=0,0001) entre la Escala Impacto Fatiga Cognitiva y Test de Hamilton.

Conclusión: En este estudio se objetiva como perfiles de personalidad alterados están relacionados con altos niveles de fatiga crónica en los pacientes con EM. El estudio de la personalidad en la fatiga en EM permite aplicar medidas psicoterapéuticas precoces, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

CORRELACIÓN ENTRE ATROFIA TALÁMICA Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Urtiaga Valle, S. [1]; Sáez Alegre, M. [2]; Cerezo García, M. [1]; Sanz Rosa, D. [3]; Thuissart, I. [3]; Aladro Benito, Y. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 2. Estudiante de Medicina. Universidad Europea de Madrid; 3. Departamento Estadística. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: En la esclerosis múltiple (EM) la cuantificación de la atrofia cerebral estimada por medidas de volumen cerebral (VC) en resonancia magnética es un buen biomarcador de discapacidad física y cognitiva. Este estudio explora la relación de la atrofia talámica con el rendimiento en funciones ejecutivas (FE).

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes de EM (criterios McDonald 2010) con discapacidad leve-moderada (EDSS $\leq$ 4). Se evalúaron memoria de trabajo (MT), velocidad de procesamiento de la información (VPI), flexibilidad cognitiva, inhibición y conducta. Se utilizaron secuencias 3DT1 y la herramienta NeuroQuant para la medición del VC. Se analizaron el VC global (VCG), ventricular (VV) y talámico (VT). Se utilizaron correlaciones bivariantes y regresión lineal para evaluar el efecto del VT en el rendimiento cognitivo (variable dependiente) corrigiendo por edad, sexo, escolarización, ansiedad y depresión. Se calcularon las Z promedio de FE y conducta para su análisis conjunto.

Resultados: Se incluyen 80 pacientes (52 mujeres, 28 hombres) con un EDSS de 1,5 y duración de la EM de 9,5 años (medianas). El 28.4% mostraban déficit en al menos dos procesos cognitivos. Las dos variables predictoras del rendimiento cognitivo fueron el VT (VPI, p=0,008, otras FE, p=0,048, MT, p=0,05) y el nivel educativo (VPI, p=0,01, Otras FE, p=0,000). El VV y el grado de depresión mostraron asociación marginal con la conducta (p=0,053). Ni el VCG ni el VV se correlacionaron con el rendimiento en FE.

Conclusión: La atrofia talámica y el grado de escolarización predijeron el rendimiento en todas las subfunciones ejectivas salvo en conducta.

ERITROBLASTEMIA EN PACIENTES CON NATALIZUMAB

Monreal Laguillo, E. [1]; Sainz de la Maza Cantero, S. [1]; Costa-Frossard França, L. [1]; Pérez Torre, P. [1]; Piris Villaespesa, M. [2]; Marquet Palomares, J. [2]; López González, S. [2]; Velasco Rodríguez, D. [2]; Pinto Solano, G. [2]; Villarubia, J. [2]; Álvarez Cermeño, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Hematología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Natalizumab (NTZ) actúa contra la subunidad alfa4 de las integrinas alfa4beta1 (VLA-4) y alfa4beta7 de los leucocitos. VLA-4 se expresa en los progenitores hematopoyéticos CD34+ y tiene un rol crucial en su adhesión y movilización. La presencia de eritroblastos en sangre periférica puede ser un signo de alarma de un proceso grave subyacente, aunque también está descrita su presencia sin correlación con malignidad en proporciones muy variables (16-93%). El objetivo principal fue evaluar la proporción de pacientes con NTZ que presentan eritroblastos en sangre periférica. El objetivo secundario fue comparar la eficacia del fármaco (actividad clínica y radiológica, progresión de

discapacidad, así como NEDA, no evidence of disease activity) en las cohortes de pacientes con eritroblastos positivos y negativos.

Material y métodos: Se revisaron de forma prospectiva 55 pacientes con NTZ en los que se había obtenido al menos un frotis sanguíneo entre septiembre de 2014 y abril de 2016, preparado y evaluado por hematólogos expertos. Se obtuvieron características basales, frotis, número de brotes, lesiones nuevas en RM, EDSS y NEDA.

Resultados: Se observó presencia de uno o más eritroblastos en sangre periférica en 17 pacientes (30'9%) con un tiempo medio de tratamiento de 20.5 meses (1-74), sin malignidad hematológica asociada. No hubo diferencias significativas en NEDA (p=1), progresión (EDSS, p=0.41) ni actividad (nº de brotes, p=0.92; lesiones nuevas en RM, p=0.66).

Conclusión: Se confirma que NTZ eleva los eritroblastos en sangre periférica, sin que ello traduzca datos de malignidad. No se ha demostrado que este parámetro sirva como marcador de una mayor eficacia clínica.

EFECTO DE LOS SÍNTOMAS DE ESPASTICIDAD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE

de Torres Chacón, M.R.; Pacheco Cortegana, E.M.; Damas Hermoso, F.; Páramo Camino, M.D.; Sanabria, C.; Eichau Madueño, S.; Domínguez Mayoral, A.M.; Gamero Garcia, M.Á.; Ruíz Peña, J.L.; Pérez Sánchez, S.; Dinca Avarvarei, L.; Hochsprung, A.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: La espasticidad es frecuente en pacientes con EM, impactando negativamente en su calidad de vida. Para valorar estas consecuencias es imprescindible estudiar la incapacidad en la práctica clínica habitual. En este estudio pretendemos demostrar que la presencia de espasticidad en pacientes con EM remitente, empeora su calidad de vida.

Material y métodos: 156 pacientes (114 mujeres y 42 hombres) con EM RR (133) y SP (23) revisados en la Unidad EM del Hospital Virgen Macarena. Realizan una encuesta de calidad de vida valorando la presencia de síntomas de espasticidad y clasificandolos en 4 grupos según la intensidad de los síntomas. Analizamos su relación con la calidad de vida (comer, lavarse, arreglarse, vestirse, deposición, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular y subir escaleras) y la escala EVA para el dolor. La comparación estadistica se realizo mediante ANOVA.

Resultados: Edad media 44,4 años, duración de enfermedad 13,7 años. En 116 pacientes se detectaron síntomas de espasticidad y presentaban una peor CdV en la encuesta, en relación con lo que no la presentaban (95,8 vs.83,31, p=0.009). Los que presentan mayor espasticidad puntuaron más alto en la escala analógica del dolor. A mayor sintomatología de espasticidad, peor puntuacion en los ítems comer, vestirse, deposiciones, micción, deambular y subir escaleras, no existiendo diferencias significativas en el resto.

Conclusión: La presencia de síntomas de espasticidad en pacientes con EM repercute claramente en su calidad de vida, sobre todo cuando la intensidad de los síntomas es mas alta y es posible detectarla con las escalas de CdV de las que disponemos actualmente.

SHOCK CARDIOGÉNICO EN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO

Juárez Turégano, A. [1]; Bosch Gaya, A. [2]; Romagosa Sánchez-monge, I. [1]; Ruiz Julián, M. [3]; Vázquez Justes, D. [3]; Gil Sánchez, A. [3]; Gonzalo Benito, H. [1]; Nogueras Penabad, L. [1]; Brieva Ruiz, L. [3]; González Mingot, C. [3]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: El síndrome clínico aislado (SCA), se define como un primer episodio de enfermedad desmielinizante. La disfunción del ventrículo izquierdo (VI) es uno de los síntomas autonómicos más inusuales en EM. Presentamos un caso de shock cardiogénico en una paciente con SCA.

Material y métodos: Mujer de 28 años que sufrió un primer brote de hemihipoestesia facial derecha y crural izquierda con cefalea y ataxia (EDSS 3,5). La Rm cerebral mostraba una lesión desmielinizante periventricular y otra hemibulbar derecha de 7mm Gadolineo +. Presentaba BOC + en LCR. Ante dichos hallazgos, se diagnosticó de SCA y se trató con 5 bolus de metilprednisolona ev con buena respuesta (EDSS 0).

Resultados: A los 15 días, presentó de forma aguda disnea y cefalea intensa con sudoración profusa durante el sueño nocturno. En la ecocardiografía se observó una hipocontractibilidad del VI con FE< 25%. Precisó intubación orotraqueal, catéter de Swan-Ganz y balón de contrapulsación. Tras el evento agudo se objetiva un nistagmus con ataxia severa (EDSS 6,5) por lo que se realizó Rm cerebral con un marcado aumento de tamaño de la lesión hemibulbar derecha (13mm). Precisó 5 ciclos de plasmaféresis con buena evolución y sin presentar recidivas tras 1 año de seguimiento (EDSS 2).

Conclusión: Se trata del único caso que hemos encontrado en la bibliografía de disfunción del VI en SCA según criterios de Mc Donalds 2010. Aunque, existen controversias sobre la etiopatogenia de esta entidad, queda patente, la necesidad de diagnóstico y tratamiento intensivo y precoz tanto de las complicaciones cardíacas como del brote.

TEMBLOR Y OTROS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Martínez Ginés, M.L. [1]; Esquivel López, A. [2]; Cuello, J.P. [1]; Romero Delgado, F. [1]; Lozano Ros, A. [1]; Goicochea Briceño, H. [1]; Higueras Hernandez, Y. [1]; García Domínguez, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: Evaluar la frecuencia y las características de los Trastornos del Movimiento (TdM) entre pacientes con esclerosis múltiple (EM)

Material y métodos: Fueron examinados 50 pacientes vistos de forma consecutiva (36 mujeres, edad media 45,6±10,8) con diagnostico de EM en una consulta monográfica. La presencia de temblor, rigidez (diferente de espasticidad), bradicinesia evaluada por el test de tapping y movimientos alternantes rápidos (cuando la paresia o espasticidad no estaban presentes), distonia, espasmo hemifacial (EHF), discinesia/corea y mioclonus fueron registrados como TdM. No fueron considerados ataxia, trastorno de la marcha y espasticidad

Resultados: Encontramos 22 pacientes (44%) con TdM. Quince (30%) tenían temblor, 6 (12%) bradicinesia, 3(6%) distonía, 2 (4%) EHF y 1 paciente (2%) tuvo discinesia oromandibular. El temblor postural estaba presente en 10/15 pacientes, temblor intencional en 10/15 y temblor cinético en 3/15, 6 tuvieron formas mixtas de temblor (postural y acción), todos tenían temblor en manos, fue unilateral en 4, y dos tenían temblor cefálico. La bradicinesia fue unilateral en todos los casos. Tres pacientes con distonia tenían distonía cervical. El sujeto con discinesia oromandibular no había estado expuesto a ningún fármaco causante de síndromes tardíos

Conclusión: El temblor fue el TdM más frecuente en nuestro estudio. La bradicinesia fue la segunda en frecuencia, aunque ninguno de estos pacientes tuviera claramente parkinsonismo, este signo podría ser una secuela leve de lesión de vía piramidal, y debería ser interpretado con precaución. A pesar de que el EHF y la distonia mantenida raras veces han sido reportados en EM, estos fueron relativamente frecuentes en nuestros pacientes

NEUROMIELITIS ÓPTICA CON POSITIVIDAD ANTI MOG EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Simón Campo, P.; Martín Gómez, M.Á.; Salgado Cámara, P.; Romero Delgado, F.; MIranda Herrero, M.C.; Berzosa López, R.; Vázquez López, M.; Martínez Ginés, M.L.; García Domínguez, J.M.; Aguado Del Hoyo, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: La neuromielitis óptica es una entidad infrecuente en la infancia que a diferencia de los NMOSD en adultos presenta menos predilección por mujeres y mayor tendencia a una presentación monofásica.

Material y métodos: Presentamos un caso pediátrico de neuromielitis óptica con positividad anti MOG.

Resultados: Niña de 10 años que ingresa por cuadro de dolor ocular y visión borrosa progresiva por ambos ojos de una semana de evolución. La exploración neurológica objetivó una franca disminución de la agudeza visual (contaba dedos) y edema de papila bilateral, asociando reflejos osteotendinosos exaltados y Romberg positivo. La RM cerebral mostró engrosamiento de ambos nervios ópticos en su porción prequiasmática sin otras alteraciones. Dada la sospecha de neuromielitis óptica se realizó RM medular, que objetivó afectación centromedular C2-C7 con captación de gadolinio. Los potenciales visuales revelaron retraso de latencias de forma bilateral. El análisis de LCR mostró 2 células con bioquímica anodina, bandas oligoclonales y resultados microbiológicos negativos. El estudio de suero y LCR fue positivo para IgG anti MOG con anti NMO negativo en células transfectadas. La paciente fue tratada con megadosis de metilprednisolona intravenosa durante cinco días con recuperación total de la agudeza visual y normalización del fondo de ojo al mes del episodio.

Conclusión: La positividad de los anticuerpos anti MOG en un primer evento desmielinizante en edad pediátrica se ha planteado como predictor de un curso "no EM". No obstante dada la discordancia entre estudios, el papel diagnóstico de estos anticuerpos está aún por dilucidar por lo que es importante el seguimiento de estos pacientes.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL NO PROGRAMADA DE UNA CONSULTA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

García Rubio, S.; Sebastián Torres, B.; Seral Moral, M.; Garayoa Irigoyen, V.; Crespo Burillo, J.A.; Ruiz Palomino, P.; Alarcia Alejos, R.; Sánchez Marín, B.; Ocabo Vera, C.; García Domingo, M.; Martín Martinez, J.; Ara Callizo, J.R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: En la atención a los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) se producen contingencias que exceden las visitas programadas. En nuestra Unidad de EM estas situaciones son atendidas habitualmente por personal de auxiliar de enfermería, enfermería y neurólogos. Presentamos una estadística descriptiva de esta actividad clínica no programada.

Material y métodos: Se presentan los datos registrados sobre atención no programada durante 13 meses (Mayo de 2015 a Mayo de 2016). Se recoge: nombre, sexo, fecha de la consulta, tipo de consulta (telefónica o personal), profesional que atiende (auxiliar de enfermería, enfermera, neurólogo o combinación de éstos) y motivo de consulta (brote, otros síntomas, revisiones, petición de informe, información, pruebas complementarias, efectos secundarios, medicación y miscelánea).

Resultados: Se registraron un total de 660 episodios no programados (media 50.8 episodios/mes). Los meses con mayor frecuencia de episodios fueron Diciembre y Agosto. Las mayoría de los pacientes fueron mujeres (77.7%). La mayor parte de la atención fue prestada por enfermería (36.7%), seguida de combinación de auxiliar de enfermería y neurólogo (31.7%) y neurólogo (18.0%). La mayoría de consultas fueron telefónicas (77%). Los motivos más frecuentes fueron la gestión de pruebas (45.0%), información (24.1%), medicación (9.8%) y brotes (4.4%).

Conclusión: La atención de los pacientes con EM es compleja por la propia naturaleza de la enfermedad y los nuevos avances diagnósticos y terapéuticos. El facilitar una atención adaptada a las necesidades de los pacientes y realizada por diferentes estamentos del personal sanitario debidamente entrenados, mejora la calidad asistencial, aumenta la satisfacción del paciente y disminuye las consultas a Urgencias.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA ASOCIADA A SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTES TRATADOS CON NATALIZUMAB: UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y BUENA RESPUESTA A MARAVIROC

Domínguez Mayoral, A. [1]; Páramo, D. [1]; Borges, M. [2]; Izquierdo Ayuso, G. [3]; Navarro Mascarell, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 3. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Natalizumab es uno de los fármacos más eficaces en esclerosis múltiple (EM), aunque hay que vigilar el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP).

Material y métodos: El diagnóstico de LMP se basa en el algoritmo de Berger. Se presenta el caso de una mujer de 49 años con EM remitente-recidivante que recibe inicialmente acetato de glatirámero pero se suspende a los 2 años por ineficacia (2 brotes y varias lesiones captante de contraste). Entonces comienza con Natalizumab con buena respuesta, pero tras 35 infusiones, sus familiares le notan problemas cognitivos para vestirse ("se ponía los zapatos al revés").

Resultados: La neuroimagen muestra una nueva lesión parieto-occipital subcortical captante de contraste sugestiva de LMP, por lo que se suspende Natalizumab. Posteriormente surge una lesión frontal y otra temporal. Se detectan sucesivamente los siguientes hallazgos: trastornos visuoespaciales, alexia, agrafia, síndrome disejecutivo, aumento de hemiparesia izquierda, agnosia digital, acalculia, alteración en el reconocimiento de derecha e izquierda en espejo, anomia, disfluencia, dificultad para la compresión y síndrome de hipertensión intracraneal. La EDSS pasa de 3 a 8,5. Se ha tratado con maraviroc oral durante 7 meses y con varios ciclos de corticoides y antiedematosos intravenosos durante la fase de SRI. La paciente ha tenido una buena evolución clínico-radiológica y únicamente persiste un síndrome frontal secuelar (EDSS 3).

Conclusión: Es necesario implantar los nuevos protocolos de minimización de riesgos en pacientes tratados con Natalizumab, siendo importante reconocer el SRI que puede asociarse a LMP. El maraviroc puede constituir una esperanza para este colectivo, si bien son necesarios más estudios.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SÍNDROME DE SUSAC DE PRESENTACION ATÍPICA, UN DIFICIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

de Torres Chacón, M.R.; Chavero Moreno, E.; Pérez Noguera, R.; Redondo Verge, L.; Navarro Mascarell, G.; Izquierdo Ayuso, G.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: El Síndrome de Susac (SS) y la Esclerosis Múltiple (EM) son dos enfermedades de substrato autoinmune que afectan al sistema nervioso central. Aunque presentan sintomatología, hallazgos de imagen y laboratorio característicos, en ocasiones es difícil el diagnóstico diferencial entre ambas. Describimos un caso de SS y otro de EM cuya presentación atípica hizo difícil el correcto diagnóstico.

Material y métodos: CASO 1: Mujer 44 años, debuta con cuadro de inestabilidad y parálisis facial. En RMN presenta lesiones de aspecto desmilinizante periventriculares, cuerpo calloso y cerebelosas sin captación de Gadolinio, diagnosticándose de EM. CASO 2: Varón 47 años, presenta cuadro vertiginoso e hipoacusia neurosensorial súbita de oído izquierdo con lesiones en RMN periventriculares y yuxtacorticales de aspecto desmielinizante. Un año después pérdida brusca de visión en ojo izquierdo. Sospecha de SS.

Resultados: CASO 1: Posteriormente cursa con disminución de agudeza visual con aparición de oclusiones vasculares retinianas, episodios confusionales autolimitados, cefalea tipo migrañoso e hipoacusia neurosensorial. Tratada con Rebif 22 sin mejoría. Bandas oligoclonales negativas. Nuevas lesiones en cuerpo calloso en RMN. Buena respuesta a corticoides, se diagnostica de SS. CASO 2: Un año después no nuevos síntomas deficitarios, sin tratamiento específico. No nuevas lesiones en RMN. Bandas oligoclonales IgG positivas. Autoinmunidad negativa. Ante los hallazgos y la evolución el diagnóstico final es de EM.

Conclusión: Aunque no es habitual, en ocasiones los síntomas y hallazgos radiológicos de la EM y el SS pueden ser similares, por lo que es fundamental la sospecha y realizar un correcto diagnóstico diferencial, ya que conllevan distintos abordajes terapéuticos.

MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA POR INTERFERÓN BETA-1B

García Malo, C. [1]; Blasco Quilez, R. [1]; Medina Zahonero, L. [2]; Valdenebro Recio, M. [1]; García Merino, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 2. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Presentar dos casos, documentados en 2016 y 2008, de un efecto adverso inusual por interferón beta-1b (IFNβ-1b).

Material y métodos: El primero, mujer de 50 años con esclerosis múltiple remitente-recurrente diagnosticada en 1993 tratada con IFNβ-1b1iny/48h desde 1995. Derivada por alteración analítica: Plaquetas 24.000 U/mL, Hemoglobina 10.8 g/dl, urea 70 mg/dl, creatinina 1.29 mg/dl y LDH 3404 U/L, proteinuria de 0.84 g y tensión arterial 220/130mmHg. El segundo, varón de 45 años con esclerosis múltiple diagnosticada en 1986 en tratamiento con IFNβ-1b1iny/48h desde 1998, en progresión desde 2001, con analítica: Plaquetas 33.000 U/mL, Hemoglobina 5.7 g/dl, urea 80 mg/dl, creatinina 3.1 mg/dl y LDH 2625 U/L, proteinuria de 4g y tensión arterial 210/115mmHg.

Resultados: En ambos casos se retiró tratamiento y se realizaron varias sesiones de plasmaféresis, junto con antihipertensivos y corticoides. En primer caso realizó estudio completo, con Coombs directo, escrutinio de anticuerpos irregulares, ADAMTS13 y complemento, normales. Biopsia renal compatible con MAT. Se relacionó con tratamiento con IFNβ-1b. En segundo caso se realizó Coombs, complemento y ecografía renal, sin alteraciones.

Conclusión: La microangiopatía trombótica (MAT) es una complicación poco frecuente, aunque extremadamente grave asociada al tratamiento con IFNβ. Si bien se ha postulado que con las nuevas formulaciones libres de albúmina usadas desde 2007 se podría disminuir la incidencia de la misma, esto no ha sido demostrado. No se han descrito factores clínicos predisponentes, y puede aparecer décadas después de iniciado el tratamiento. Se recomienda por lo tanto ser constantes en la vigilancia clínica y analítica de estos pacientes.

Enfermedades Neuromusculares P1

PACIENTES INGRESADOS POR AGRAVAMIENTO DE MIASTENIA GRAVIS. ANÁLISIS DE FACTORES DESENCADENANTES Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO. ESTUDIO PILOTO

Macías García, D. [1]; Ott Pereira, I. [2]; Carbonell Corvillo, P. [1]; Paradas López, C. [1]; Márquez Infante, C. [1]; Jiménez Hernández, M.D. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Facultad de Medicina. Servicio de Neurología. Universidad de Sevilla

Objetivos: Describir los factores implicados en el agravamiento y la respuesta al tratamiento en una serie de pacientes con Miastenia Gravis que precisaron ingreso hospitalario por agravamiento de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de 37 episodios de hospitalización en 34 pacientes con Miastenia que ingresaron entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2015. Se recogieron variables clínicas, inmunológicas y de tratamiento. Los pacientes se clasificaron según el estadio MGFA al ingreso y al alta. Se realizó un análisis estadístico y descriptivo de los datos.

Resultados: Los factores desencadenantes del agravamiento fueron las infecciones en un 27% de los casos, la reducción del tratamiento inmunomodulador en el 27% y no se identificó en el 40%. La respuesta al tratamiento con fármacos inmunomoduladores, IgIV o plasmaféresis fue buena con un 90% de los pacientes en un estadio MGFA II o menor al alta. Se produjo un 10% de exitus en relación con edad avanzada, complicaciones respiratorias y rechazo de medidas terapéuticas.

Conclusión: Las infecciones y la reducción del tratamiento inmunomodulador son los factores desencadenantes identificados más frecuentemente en el agravamiento de la Miastenia, pero en un 40% de los casos no se identifica ningún factor. La respuesta al tratamiento actual es en general buena, aunque en pacientes con complicaciones respiratorias graves y edad avanzada puede ser necesario ensayar nuevas medidas terapéuticas que mejoren el pronóstico.

INMUNOGLOBULINAS SUBCUTÁNEAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS

Gutiérrez Gutiérrez, G.; Jimeno Montero, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos: Describimos el caso de una paciente con miastenia gravis refractaria en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas que son sustituidas por inmunoglobulinas subcutáneas. Se discuten la respuesta al tratamiento a través de parámetros clínicos, serológicos, la tolerancia y la satisfacción de la paciente.

Material y métodos: Caso clínico: mujer de 32 años con miastenia gravis con Ab antiR de acetilcolina de inicio IIb, en tratamiento sucesivo con corticoides, imurel, ciclosporina, rituximab y recaídas hasta estadio V, en tratamiento actual con prednisona 15 mg a días alternos y micofenolato a dosis de 1'5g/12 horas, que necesita tratamiento bimensual con Igs a dosis de 1g/Kg de peso. Se le propone la posibilidad de cambiar la vía de administración a subcutánea, con una periodicidad semanal. Se valoran los niveles de Ab, de plaquetas y de Inmunoglobulinas totales en sangre, además de la tolerancia y la satisfacción de la paciente.

Resultados: La paciente se ha mantenido estable clínicamente. Se han ajustado las inmunoglobulinas hasta los niveles de Igs en sangre que tenía con Igs intravenosas. La paciente se encuentra satisfecha con el paciente y lo prefiere a la vía intravenosa por mejor eficacia, por estabilidad del tratamiento y por la menor pérdida de días laborables.

Conclusión: Las inmunoglobulinas subcutáneas pueden ser una opción de tratamiento para los pacientes con miastenia gravis.

HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y GENÉTICA DE LAS MIOPATÍAS ASOCIADAS AL COLÁGENO VI: DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN COL6A3

Fernández Matarrubia, M.; Galán Dávila, L.; Arpa, J.; Horga Hernández, A.; Guerrero Sola, A.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las mutaciones en los genes del colágeno VI (COL6A1, COL6A2 y COL6A3) se asocian a un espectro clínico de gravedad variable con la distrofia muscular congénita de Ullrich, recesiva y grave, y la miopatía de Bethlem, generalmente dominante y más leve, en los extremos y fenotipos intermedios entre ambos.

Material y métodos: Describimos dos casos con miopatía de Bethlem asociada a una nueva mutación en el gen COL6A3.

Resultados: Varón de 24 años con debilidad muscular progresiva desde los 7 años. En la exploración destacaba debilidad muscular proximal, contracturas de codos y flexores de los dedos, hiperqueratosis folicular y un queloide en una cicatriz antigua. La biopsia reveló hallazgos de distrofia muscular, con inmunohistoquímica para distrofina, merosina y sarcoglicanos alfa y gamma normal. La RM muscular mostró una afectación difusa de la musculatura posterior y lateral, respeto del compartimento anterior, y afectación del recto femoral en forma de U, con un área de hiperseñal en el centro rodeada por músculo más respetado. Su madre, de 45 años, presentaba un fenotipo similar aunque mucho más leve. El estudio genético de ambos reveló la presencia de una nueva variante (c.6354+1G>A) en heterocigosis en el exón 19 del gen COL6A3.

Conclusión: Nuestros resultados amplían el espectro genético de las miopatías asociadas al colágeno VI y ponen de manifiesto la gran variabilidad en la expresividad clínica de la enfermedad, incluso dentro de la misma familia. La sospecha clínica, junto con los hallazgos característicos de la RM muscular, son fundamentales para orientar el diagnóstico molecular de estos pacientes.

MIOPATÍA MIOTUBULAR LIGADA AL X EN MUJERES

Auzmendi Pinedo, L. [1]; Kapetanovic Garcia, S. [1]; Aguilera Irazabal, B. [1]; Ochoa De Castro, A.I. [1]; García Barcina, M.J. [2]; Lain Hernandez, A. [3]; Rodriguez Antiguedad, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 2. Servicio de Genética. Hospital de Basurto; 3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La miopatía miotubular ligada al cromosoma X (XLMTM) es una miopatía congénita que se produce por mutación del gen de miotubularina (MTM1). Se describe clásicamente en varones en edad neonatal con hipotonía severa, problemas deglutorios y fallo respiratorio que provocan la muerte temprana. Las mujeres portadoras son habitualmente asintomáticas, pero recientemente se recogen un número creciente de portadoras sintomáticas, con patrón de inactivación del crX variable, que cursan con un fenotipo diferente más leve y características histopatológicas específicas.

Material y métodos: Describimos un caso de una portadora sintomática de XLMTM y mutación MTM1 con características fenotípicas e histológicas llamativas.

Resultados: Paciente mujer de 57 años, hija de padres sanos no cosanguíneos, con un hermano fallecido al nacer de causa desconocida. Presenta en edad infantil retraso en adquisición de la marcha (>16 meses) sin retraso cognitivo. En la edad adulta desarrolla debilidad progresiva asimétrica, con afectación facial, proximal y distal, conservando deambulación autónoma con 57 años. Asocia deformaciones articulares progresivas en manos originales. No presenta oftalmoparesia, debilidad bulbar, respiratoria ni afectación cardiológica. Se detectan CK inicialmente elevadas (edad infantil <x10) y actualmente normales. En la RM muscular destaca la asimetría con afectación predominante de compartimente anterior en muslos y tibial anterior y sóleo en piernas. La biopsia muscular presenta datos de miopatía centronuclear evolucionada y "necklaces fibers" típicas. En el estudio molecular se detecta una mutación en MTM1 (p.Gly378Arg).

Conclusión: Recomendamos priorizar el estudio de MTM1 en miopatías de inicio en mujeres adultas con debilidad muscular asimétrica, deformidades articulares y hallazgos histopatológicos de miopatía centronuclear.

DISTROFIA MUSCULAR DE CINTURAS 2 I: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA

García Estévez, D.A. [1]; Ramos Rúa, L. [1]; Blanco Arias, P. [2]; San Millán Tejado, B. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal de Monforte; 2. Servicio de Neurogenética. Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica - Santiago de Compostela; 3. Servicio de Anatomia Patológica. Hospital Alvaro Cunqueiro - Vigo

Objetivos: La distrofia muscular de cinturas 2I (LGMD2I) es poco frecuente, de herencia autosómica recesiva, debida a una mutación en el gen de la proteína relacionada con la fukutina, localizado en el cromosoma 19q13.3, y que puede presentar varios fenotipos clínicos, a saber, una hiperCKemia asintomática, el síndrome de Walker-Warburg, la distofia muscular congénita tipo 1C y la LGMD2I. Presentamos el caso de una familia con LGMD2I en la que el diagnóstico se basó en el estudio genético ante la negatividad del estudio inmunohistoquímico de la biopsia muscular.

Material y métodos: Hemos estudiado 3 generaciones de esta familia. Los pacientes afectados son los de la segunda generación (1H:2M), que presentan una clínica de debilidad de cinturas que se presentó en la segunda década de la vida, y cuyo estudio inicial hace 25 años no fue diagnóstico. En el año 2013 se retoma el estudio de esta familia, a través de una paciente de 50 años, con debilidad de cinturas de predominio pélvico, con signo de Gowers, escapula alata bilateral, fuerza distal conservada, sin afectación facial ni de la musculatura oculomotora.

Resultados: CPK 962 UI/L. EMG miopático con signos de denervación activa. RM muscular: severa infiltración grasa en glúteos y otros músculos de muslos y piernas. Ecocardiograma: normal. Biopsia muscular: patrón distrófico sin alteraciones en la inmunohitoquímica (incluido alfa-distroglicano). Estudio genético demostró la mutación c.826C>A (p.L276I) en homocigosis en el gen de la fukutina.

Conclusión: Resaltamos la importancia de realizar paneles genéticos en el estudio de las distrofias de cinturas para un adecuado diagnóstico y consejo genético.

MIOPATÍA NECROTIZANTE IMMUNOMEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI-HMGCOA-R: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martinez Ulloa, P.L.; Monreal Laguillo, E.; Pérez Torre, P.; Escobar Villalba, A.; Martínez Poles, J.; Acebrón Sánchez, F.; Escribano Paredes, B.; García Barragán, N.; Jiménez Escrig, A.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: La miopatía necrotizante immunomediada (MNIM) ha sido descrita recientemente, existiendo pocos casos en la literatura. Pertenece al grupo de miopatías inflamatorias idiopáticas. En un porcentaje significativo se asocia con exposición previa a estatinas. Se caracteriza por inicio agudo/subagudo de debilidad muscular proximal y simétrica con presencia de fibras musculares necróticas con ausencia o mínimo infiltrado inflamatorio en la biopsia muscular y anticuerpos anti-3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A reductasa (anti-HMGCoA-R) en suero.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico atípico con inicio progresivo y larga evolución.

Resultados: Mujer de 46 años sin antecedentes de interés. Presenta un cuadro de 6 años de evolución consistente en debilidad y atrofia en musculatura de cinturas escapular y pelviana. En analítica de sangre se evidencia elevación de CK de 5,702 U/L. Estudio autoinmune clásico de miopatías inflamatorias resultó negativo. Fue remitida a nuestro centro para realizar estudio genético ante sospecha de distrofia muscular de cinturas que fue normal. En la biopsia destaca necrosis de fibras musculares sin infiltrado inflamatorio y evidencia de antígenos de histocompatibilidad HLA-I en la superficie de las fibras indemnes por IHQ. Se completa finalmente estudio con determinación de anti-HMGCR con resultado altamente positivo (1014 U/ml). Se instauró tratamiento inmunosupresor con corticoides y metotrexate con estabilizacion clínica y descenso de cifras de CK y título de anticuerpos.

Conclusión: Nuestro caso clínico refleja la dificultad diagnóstica de esta entidad, principalmente cuando no existe exposición previa a estatinas. Se trata de una entidad infrecuente pero que debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias.

NEUROPATÍA DISTAL SIMÉTRICA DESMIELINIZANTE ADQUIRIDA CON ANTICUERPOS ANTI-MAG POSITIVOS. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS CON RESPUESTA SIGNIFICATIVA A TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR

Cabezas Rodríguez, J.A. [1]; Márquez Infante, C. [1]; Carbonell Corvillo, P. [2]; Cabrera Serrano, M. [1]; Lamas Pérez, R. [1]; Paradas López, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Neurología. Hospital Punta de Europa

Objetivos: La neuropatía distal simétrica desmielinizante adquirida (DADS) con anticuerpos anti-MAG se caracteriza por la ausencia de respuesta a tratamiento inmunomodulador, siendo descrito en múltiples series de casos. Comunicamos la respuesta clínica de tres pacientes afectos de DADs con seguimiento en nuestra Unidad.

Material y métodos: Analizamos nuestra serie de pacientes con DADS, diagnosticados con criterios clínicos, neurofisiológicos, estudio hematológico y estudio de autoinmunidad con anticuerpos anti-MAG.

Resultados: Incluímos nueve pacientes diagnosticados de DADS, con anticuerpos anti-MAG positivos. Un paciente fue tratado con plasmaféresis, un paciente con inmunoglobulinas intravenosas y dos pacientes con ambos tratamientos; obteniendo mejoría clínica y del estado funcional en tres de ellos, objetivada en exploración clínica objetiva y mejoría en el test de los 10 metros.

Conclusión: Los datos de nuestra serie pone de relieve la existencia de una proporción de pacientes con DADS con respuesta a tratamiento inmunomodulador empleado de primera línea en neuropatías desmielinizantes crónicas adquiridas. Son necesarios estudios ulteriores de posibles factores asociados a la respuesta a plasmaféresis y/o inmunoglobulinas intravenosas en este subgrupo de pacientes.

CIDP ATÁXICA SUBAGUDA POR ANTICUERPOS CONTRA NEUROFASCINA-155, EDAD DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Planas Ballvé, A. [1]; Crespo Cuevos, A.M. [2]; Martinez Piñeiro, A. [2]; Ramos, A. [2]; Almendrote, M. [2]; Lozano, M. [2]; Querol, L. [3]; Illa, I. [4]; Coll, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 3. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 4. Servicio de Neurociencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Presentar un caso clínico de CIDP por anticuerpos contra neurofascina-155 (NF155) atípico por el debut tardío de los síntomas.

Material y métodos: Describimos un caso de afectación atípica por la edad de presentación y por la determinación de anticuerpos anti-NF155 en LCR

Resultados: Mujer de 71 años, con antecedente de leucemia mielode aguda en 2010 tratada con metotrexato y arabinósido-C. Consultó por cuadro subagudo, progresivo y ascendente de parestesias en guante y calcetín en diciembre de 2015. A la exploración destacaba arreflexia universal, RCP flexor bilateral, leve debilidad simétrica de interóseos y extensores de las manos, alteración de la sensibilidad artrocinética y vibratoria distal de las cuatro extremidades, temblor postural y dismetría de extremidades superiores, con marcha atáxica. El estudio neurofisiológico fue compatible con una poliradiculoneuropatía desmielinizante de predominio sensitivo. La punción lumbar mostró disociación albúmino-citológica. Se realizó despistaje general con analítica dirigida que fue normal. El proteinograma-inmunoelectroforesis en sangre/orina fue normal. Los Ac antineuronales y antigangliósidos en suero y en LCR resultaron negativos. Ante el predomino de la ataxia sensitiva, signos de afectación cerebelosa y temblor, se determinaron anticuerpos anti-MAG, anti-sulfátido, anti-contactina y anti-neurofascina 155 en LCR, con un resultado positivo para anticuerpos anti-NF155. Se instauró tratamiento con corticoterapia e inmunoglobulinas con respuesta poco favorable.

Conclusión: Este caso es excepcional por la edad de presentación, debido a que típicamente la CIDP por anticuerpos anti-NF155 afecta a adultos jóvenes. Por otro lado, se ha detectado por primera vez la positividad de anticuerpos anti-NF155 en LCR, que habitualmente suelen determinarse en suero.

MIOPATÍAS MITOCONDRIALES: PATRÓN DE AFECTACIÓN MUSCULAR EN NEUROIMAGEN

Cabezas Rodríguez, J.A.; Lebrato Hernández, L.; Cabrera Serrano, M.; Polo Ávila, R.; Madruga Garrido, M.; Rivas Infante, E.; Paradas López, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Es bien conocida la afectación muscular topográfica selectiva en diversas miopatías. Sin embargo, la definición de un patrón radiológico de afectación muscular en pacientes con miopatía mitocondrial (MMt) ha sido escasamente estudiada hasta la fecha. Comunicamos los hallazgos radiológicos de una serie de pacientes con MMt estudiados en nuestra Unidad.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente nuestra serie de MMt y seleccionamos casos estudiados mediante resonancia magnetica (MRI) o tomografia (TC) muscular. Analizamos la posible relación entre el patrón de afectación muscular y el fenotipo clínico, biopsia muscular y el estudio molecular mediante LR-PCR y qPCR.

Resultados: Incluimos 15 pacientes con MMt y estudio de neuroimagen muscular. No identificamos un patrón de distribución común en ninguno de los grupos de pacientes clasificado el estudio molecular, ya que la presencia de atrofia grasa no difirió entre

pacientes con delecciones múltiples o depleción del DNA-mitocondrial (3 estudios patologicos/8 pacientes) frente a aquellos con estudio normal (4 estudios patologico/12 pacientes). Según el fenotipo, en el grupo de pacientes con fenotipo MERRF (epilepsia mioclónica con fibras rojo rasgadas) encontramos afectación del compartimento posterior del muslo como un rasgo constante. Identificamos que la atrofia grasa del músculo glúteo mayor es el hallazgo más frecuente común a todos los grupos (35%).

Conclusión: Los patrones de afectación radiologica en las MMt son muy variados, lo que podría deberse a la gran heterogeneidad genética subyacente. La afectacion de gluteo mayor es el rasgo más común. Son necesarios estudios de grupos más numerosos para poder extraer conclusiones sobre el valor diagnostico de la neuroimagen muscular.

DERMATOMIOSITIS EN LA SENILIDAD DE CURSO BENIGNO. FACTORES DE PREDICCIÓN Y LIMITACIÓN TEMPORAL EN LA BÚSQUEDA DE NEOPLASIA

López Sánchez, J. [1]; Moral Escudero, E. [2]; Carrasco Torres, R. [1]; Fuentes Ramirez, F.A. [3]; Buendía Martínez, J. [4]; Torres Perales, A. [1]; Navarro Lozano, M. [1]; Fuentes Rumí, L. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao; 3. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 4. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Describir 5 casos de Dermatomiositis senil sin neoplasia asociada planteando la identificación de factores predictivos de benignidad y la actitud a seguir hacia la búsqueda de neoplasia en los años sucesivos.

Material y métodos: Se describen 5 casos de mujeres mayores de 75 años con diagnóstico definitivo de Dermatomiositis registrados entre 2010 y 2012 en nuestro hospital. Las pacientes presentaron datos clínicos, analíticos y electromiográficos compatibles con dermatomiositis con confirmación histopatológica. Los anticuerpos específicos resultaron negativos, con ANA positivos en 4 casos y uno para Anti PM-SCl. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina o metotrexate. El estudio sistémico con analítica, serología, inmunidad, marcadores tumorales, proteinograma, inmunoelectroforesis, mamografía y PET-TAC no evidenció anomalías.

Resultados: Evolución clínica satisfactoria en todos los casos permitiendo dosis muy bajas o nulas de prednisona. Se realizaron estudios de imagen semestrales en un principio y posteriormente anuales siendo normales.

Conclusión: La dermatomiositis del adulto se relaciona con neoplasia en una proporción 6 veces mayor que la población general, siendo mayor en la senilidad. Los cánceres más relacionados son: ovario, pulmón, páncreas, estómago, colorrectal y linfoma. La aparición suele ser en el primer año tras el diagnóstico pero se han descrito casos hasta 5 años después. En nuestro caso, la negatividad para anticuerpos específicos y la edad de las pacientes nos hicieron pronosticar una asociación con neoplasia, algo que a día de hoy seguimos sin demostrar. La buena respuesta al tratamiento podría predecir un pronóstico benigno aunque a día de hoy nos surge la duda de hasta cuándo debemos buscar la neoplasia.

CAMBIOS EN LAS PRUEBAS FUNCIONALES CRONOMETRADAS TRAS TRATAMIENTO CON ATALURENO EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE DEBIDA A MUTACIÓN SIN SENTIDO (DMDMSS): ESTUDIO ACT DMD

Vílchez Padilla, J.J. [1]; Nascimento, A. [2]; Muelas, N. [1]; Luo, X. [3]; Elfring, G. [3]; Riebling, P. [3]; Ong, T. [3]; Spiegel, R. [3]; W Peltz, S. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neuropediatria. Hospital de Sant Joan de Déu; 3. Servicio de Clinical Development. PTC Therapeutics

Objetivos: Determinar los efectos del Atalureno sobre la función motora en DMDmss, mediante pruebas funcionales cronometradas (PFC). Atalureno actúa en la DMDmss, sorteando la lectura ribosomal de los codones de parada prematura, produciéndose distrofina de longitud normal.

Material y métodos: ACT DMD es un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de Fase 3, multicéntrico (2 centros en España). El estudio fue aprobado por los CEICs participantes, con consentimiento informado de los pacientes. Pacientes DMDmss varones de 7-16 años, ambulantes, capaces de caminar >=150m y <80% del valor óptimo previsto en la prueba de marcha durante 6 minutos (PM6M). Se aleatorizaron 1:1 al grupo atalureno 40 mg/kg/día o a placebo durante 48 semanas. Se pre-especificó un subgrupo con PM6M basal 300-400m. Se pre-especificó un meta-análisis con pacientes ACT DMD y un subgrupo de la "fase de deterioro de la deambulación" del estudio 2b.

Resultados: En el estudio ACT DMD (N=228), se observaron cambios favorables a Atalureno en marcha / carrera de 10 metros: -1,2s (p=0,117); subida de 4 escalones: -1,8s (p=0,058); bajada de 4 escalones: -1,8s (p=0,012). En el subgrupo de 300-400m (n=99), estas diferencias aumentaron a -2,1s (p=0,066), -3,6s (p=0,003), y -4,3s (p<0,001) respectivamente. Los resultados se confirmaron en el meta-análisis (N=291): marcha/ carrera de 10 metros: -1,4s (p=0,025); subida de 4 escalones: -1,6s (p=0,018); bajada de 4 escalones: -2,0s (p=0,004)

Conclusión: Los resultados de las PFC en el estudio ACT DMD han demostrado el beneficio de Atalureno, con un mayor efecto observable en el subgrupo pre-establecido de 300-400m así como en el meta-análisis pre-especificado

MIOPATIA INFLAMATORIA SEVERA Y REFRACTARIA RECURRENTE RECIDIVANTE CON LESIONES CÚTANEAS: IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA MUSCULAR TEMPRANA EN MANEJO TERAPÉUTICO

Fages Caravaca, E. [1]; Espinosa Oltra, T. [2]; Kanh Mesia, E. [1]; Dudekova, M. [1]; Gimenez de Bejar, V. [1]; Garnes Sánchez, C.M. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Torres Alcazar, A. [1]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Guzmán Marín, A. [1]; Sánchez V. Villalobos, J.M. [1]; Olivé Plana, M. [3]; Hernandez Hortelano, E. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]; Fortuna Alcaraz, M.L. [1]; Ortega Ortega, M.D. [1]; Cabello Rodríguez, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Institut de Neuropatologia, Servei Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: Presentar una miopatía inflamatoria severa de curso recurrente recidivante,con lesiones dermatólogicas sugestivas de dermatomositis con múltiples complicaciones con tratamientos inmunosupresores, cuya biopsia muscular inicial fue fundamental en el diagnóstico definitivo y su manejo terapéutico

Material y métodos: Mujer, 57 años, obesa, en tratamiento con sinvastatina, resección reciente de CIN III que inicia de disfagia a sólidos leve, así como debilidad de predominio proximal de predominio en mmss, que pese a corticoides progresa a a tetraparesia proximal, cuadro de lesiones cútaneas en cara, abdomen y raíz MID, compatibles con dermatomiositis (DM) incipiente asociada a hiperckemia severa, lesiones subcútaneas en abdomen y muslos, se solicita estudio completo

Resultados: Estudio analítico extenso negativo excepto ck 11591, Ana Anti Smd y anti mi 2 positivo, RMN muscular con Edema muscular paraespinal, rectos anteriores abdominales, piramidal, adductores, gluteo medio, y menor y leve gemelar y en tejido celular subcútaneo. Estudio de búsqueda tumoral negativo. Biopsia muscular (15 días corticoides) compatible con miopatía

necrotizante (MN). Se añade inmurel según dosificación tmpt con fallo hepático y shock séptico. Presenta curso tórpido con tetraparesia residual proximal mmss moderada con recidiva a los 3 meses con tetraparesia severa, iniciamos Ig iv periódicas con recuperación progresiva que mantiene

Conclusión: La MN es una miopatía inflamatoria mediada por macrófagos, desencadenada por fármacos, neoplasias, etc, que puede persistir tras retirada el fármaco (a diferencia de miopatía tóxica) con curso agudo o crónico. En este caso de miopatia inflamatoria refractaria con lesiones cútaneas, con curso crónico recurrente, la biopsia fue fundamental para el diagnóstico y manejo terapéutico

Enfermedades Neuromusculares P2

"SPLIT HAND" COMO SIGNO DE EVOLUCION A ELA EN PACIENTES CON FORMAS FOCALES DE ENFERMEDAD DE MOTONEURONA. ELA VS FLAIL ARM VS CSA. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE 3 CASOS

Descals Moll, C.; Arbós Barber, C.; Risueño Aparicio, M.; Usón Martín, M.; Montalà Reig, C.; Al Nakeeb, Z.; Monleón Castelló, M.S.; Espino Ibañez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer

Objetivos: La debilidad progresiva asimétrica distal con amiotrofia sin síntomas sensitivos siempre hace pensar en la ELA. Es infrecuente la presentación de inicio proximal y las formas focales que implican progresión más lenta. Es frecuente la asociación a patología degenerativa cervical siendo un diagnóstico diferencial de relevancia cara al pronóstico. La"split hand" consiste en una atrofia de eminencia tenar con indemnidad de la hipotenar descrito como signo asociado a ELA que se puede cuantificar mediante la ratio APB/ADM en el estudio ENG.

Material y métodos: Presentamos tres pacientes que iniciaron de forma subaguda una debilidad proximal asimétrica en EESS sin dolor ni parestesias. Todos ellos presentaron una marcada amiotrofia braquial proximal asimétrica. La instauración fue en meses con estabilización.

Resultados: El EMG inicial demostró signos de denervación aguda y escasas fasciculaciones con PUM neurógenos sólo en miotomas cervicales y una ratio APB/ADM < 0.5 en dos de ellos.En todos la RMN cervical demostró patología degenerativa. Durante el seguimiento en 1-3 años dos pacientes han iniciado síntomas y cambios EMG en EEII y a nivel bulbar con hiperreflexia coincidiendo con la existencia previa de split hand y el tercero se mantiene localizado.

Conclusión: En casos de afectación motora pura braquial diferenciar formas de ELA de inicio proximal de las focales así como las secundarias a patología cervical es importante cara al pronóstico. El estudio EMG exhaustivo así como valorar asimetrías significativas en la amplitud del CMAP APB vs ADM puede ser un signo de posible evolución a ELA ayudando al diagnostico definitivo que lo marcará la evolución.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ELECTROFISIOLÓGICA Y GENÉTICA DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE ALLGROVE

García Sobrino, T. [1]; Fernández Lebrero, A. [1]; Rodriguez Constenla, I. [2]; Martinez Perez, L. [3]; Vidal Lijó, M.P. [4]; Pardo Fernández, J. [5]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 2. Servicio de Neurología. Hospital Povisa; 3. Servicio de Oftalmología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: El síndrome de Allgrove o síndrome de la triple A, es un trastorno autosómico recesivo infrecuente, caracterizado por acalasia, alacrimia e insuficiencia adrenal, que también puede cursar con disautonomía. Presentamos un paciente remitido por sospecha de enfermedad de neurona motora, diagnosticado finalmente de un Síndrome de Allgrove.

Material y métodos: Paciente de 53 años a tratamiento con alprostadil, intervenido de pie cavo en la infancia y cirugía esofágica por disfagia para sólidos a los 15 años de edad. Presenta debilidad distal progresiva en las cuatro extremidades, atrofia muscular y síntomas bulbares de diez años de evolución. No consanguinidad

Resultados: En la exploración neurológica presenta anisocoria, hipofonía y disartria, debilidad facial, amiotrofia y fasciculaciones linguales y mentonianas, paresia distal y amiotrofia en manos con afectación predominante de musculatura tenar e hipotenar, debilidad en extremidades inferiores con patas de cigüeña y pie cavo bilateral. Hiperreflexia generalizada, Chaddock izquierdo, clonus aquíleo y marcha espástica. Las pruebas de laboratorio, los antiGM1 y la RM cerebral y medular fueron normales. La neurografía evidenció una neuronopatía motora en extremidades inferiores y ambos cubitales. En la EMG se registraron aisladas fasciculaciones en musculatura lingual y deltoides, con trazados de tipo neurogénico crónico. El test de Schirmer fue positivo y el estudio genético confirmó el diagnóstico de Síndrome de Allgrove.

Conclusión: La disautonomía, los signos piramidales y la afectación bulbar son los síntomas neurológicos más frecuentes del síndrome de Allgrove. Se recomienda descartar la existencia de alguno de los componentes de la tríada clásica ante todo paciente con enfermedad de neurona motora.

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA MANO PARTIDA

Buendia Martínez, J.F. [1]; Dominguez Rubio, R. [2]; Paipa Merchan, A. [2]; Lopez Sanchez, J. [3]; Fuentes Ramirez, F. [4]; Sánchez Ortuño, I.M. [1]; Cruz Huertas, M.J. [1]; Povedano Panadés, M. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Bellvitge; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 4. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 5. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Bellvitge

Objetivos: La "mano partida" es un patrón muy característico en pacientes con ELA. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la mano partida.

Material y métodos: Se estudiaron 17 casos de mano partida entre 11 pacientes con diagnóstico de ELA definida y 38 manos de 23 voluntarios sanos. La mano partida se definió mediante electroneurografía. Se evaluó mediante ecografía los músculos APB, ADM y FID. La cuantificación de la ecogenicidad de cada músculo se hizo mediante un programa automatizado de análisis de escala de grises

Resultados: En los pacientes con mano partida la ecogenicidad fue mayor para el APB (38,15 +/- 5,4) vs (21,63 +/- 2,8) y para FID (52,94 +/- 6,7) vs (36,99 +/- 4,06) con valores similares en ADM en ambos grupos (30,07 +/- 3,4) vs (27,37 +/- 1,33).El ratio APB/ADM fue de (0,85 +/- 0,12) en pacientes sanos y de (1,27 +/- 0,11) en pacientes con mano partida (95% CI). Usando un punto de corte de APB/ADM de 0,9 la sensibilidad de la prueba es de 94,12% con una especificad del 74,36% y un valor predictivo negativo del 96.67%.

Conclusión: La ecogenicidad muscular medida mediante sistemas de análisis de escala de grises y el ratio de la ecogenicidad

(APB/ADM) es una herramienta diagnóstica útil en pacientes con mano partida sobre todo para descartar este patrón en situaciones en las que no se puede realizar electroneurografía o esta puede demorarse.

ANÁLISIS COMPUTACIONAL DEL HABLA COMO HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFUNCIÓN BULBAR EN PACIENTES CON ELA

Serra Martínez, M. [1]; Alemán Cabrera, J.F. [2]; Álvarez López-Herrero, N. [3]; Díez Porras, L. [3]; Guillen Sola, A. [4]; Martinez Llorens, J.M. [5]; Balañá Corberó, A. [5]; Villatoro Moreno, M. [6]; Rubio Pérez, M.Á. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de l'Esperança; 2. Servicio de Estudiante de Medicina. Universitat Pompeu Fabra; 3. Servicio de Neurología. Hospital del Mar; 4. Rehabilitación. Unidad Multidisciplinar de ELA. Hospital del Mar; 5. Pneumología. Unidad Multidisciplinar de ELA. Hospital del Mar; 6. Endocrinología y Nutrición. Unidad Multidisciplinar de ELA. Hospital del Mar

Objetivos: En la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) los síntomas iniciales de disartria son sutiles y no existe un método objetivo para valorarlos, con lo que puede ser difícil su detección precoz. El análisis de diferentes frecuencias de ondas sonoras y su variación tras la emisión de determinados fonemas permite obtener información sobre el movimiento de la lengua dentro de la cavidad bucal. El objetivo de nuestro trabajo fue valorar si el análisis computacional del habla en pacientes con ELA con aparente indemnidad funcional bulbar podía detectar una alteración bulbar precoz.

Material y métodos: Se realizó análisis del habla mediante el software Praat, tras grabación mediante un protocolo específico, de 3 pacientes con ELA (definida según criterios de El Escorial), sin síntomas bulbares aparentes (máxima puntuación en ítems bulbares en escala ALSFR-R). Se compararon resultados con 8 controles sanos. Se utilizó además otro marcador de afectación bulbar: la fuerza lingual registrada mediante un sensor de presión lingual.

Resultados: Los pacientes con ELA presentaron una disminución significativa en el movimiento lingual en el plano horizontal (p=0.011), con una tendencia a una posición lingual más superior (p=0.018) y posterior (p=0.001) durante la emisión de fonemas. La disminución de la fuerza lingual se relacionó (r=0.80) con una disminución del movimiento lingual (p=0.003).

Conclusión: Pacientes con ELA sin aparente alteración bulbar presentaron una afectación de los movimientos linguales en el plano horizontal. El análisis computacional del habla es una herramienta sencilla y objetiva que puede permitir la detección precoz de disfunción bulbar en ELA.

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. IMPORTANCIA DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE ELA

Muñoz Ruiz, T. [1]; Reyes Garrido, V. [2]; Martínez Tomás, C. [2]; Bravo Utrera, M. [2]; Fernández Sánchez, V.E. [3]; Postigo Pozo, M.J. [3]; Vergara Ciordia, C. [2]; Torres Jiménez, J. [2]; Martín, E.R. [2]; Echevarría, I. [2]; Gonzalo, M. [2]; Medina Carmona, A. [2]; Bustamante Toledo, R. [1]; Fernández Fernández, O. [4]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; 2. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Regional Universitario de Málaga; 4. Servicio de Neurología. Instituto IBIMA

Objetivos: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa grave e incurable. La asistencia en Unidades Multidisciplinares no ha detenido el curso de la enfermedad, sin bien conlleva un aumento de la supervivencia. El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución de los pacientes en seguimiento nuestra Unidad de ELA.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo prospectivo con seguimiento a un año, de los pacientes con diagnóstico de ELA atendidos en nuestra unidad multidisciplinar entre octubre 2014 y Octubre 2015. Se recogen datos demográficos y clínicos. Se analiza globalmente y por subgrupos de forma de comienzo, la evolución del deterioro motor, nutricional y respiratorio, así como la tasa de mortalidad.

Resultados: Se seleccionaron 40 pacientes (27V y 13M) con diagnóstico de ELA clínicamente definida/probable. La edad de inicio media fue de 58,07años (27-78a), con una demora dianóstica de 3,2años (0,6m-8a). El 25% eran formas de inicio bulbar (B), 32% debilidad en miembros inferiores (MI) y 42% en miembros superiores (MS). Al año de seguimiento, el 40% precisaban silla de ruedas, 20% portaban PEG, 45% VMNI, y 2 pacientes traqueostomía. La tasa de mortalidad fue de 25%/año, siendo significativamente mayor en el grupo de inicio bulbar.

Conclusión: El pronóstico de la ELA es infausto, describiéndose una peor progresión en aquellas formas de inicio bulbar. El abordaje integrado y multidisciplinar del paciente permite un manejo preventivo de las complicaciones futuras a fin de mejorar la calidad de vida y supervivencia.

RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS FENOTIPOS DE ELA Y FACTORES AMBIENTALES-ANALÍTICOS EN UN ÁMBITO RURAL

Romagosa Sánchez-monge, I. [1]; Juarez Turegano, A. [1]; Vazquez, D. [2]; Ruiz Julian, M. [2]; Lazo, C. [3]; Nieves, M. [1]; González Mingot, C. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: Diversos estudios han correlacionado distintos factores con un mayor riesgo de desarrollar ELA y su pronóstico. En el presente estudio, buscamos comprobar si alguno de éstos varía el inicio y/o pronóstico de la enfermedad en la región sanitaria de Lleida, un ámbito predominantemente rural.

Material y métodos: Se recogieron y analizaron variables relacionadas con factores generales(edad al diagnóstico, antecedentes familiares y sexo del paciente), clínicos[motoneurona inicial afectada, región de inicio, uso de VMNI y práctica de rehabilitación de forma precoz], ambientales(población de residencia, profesión, ejercicio físico, tabaquismo y exposición reiterada a pesticidas) y de laboratorio(colesterol total, creatinina, CK y PCR al diagnóstico) en el momento de diagnóstico de 38 pacientes y se relacionaron con el inicio de ELA y su supervivencia.

Resultados: Los antecedentes familiares y CK elevadas se asociaron a mayor supervivencia. El tabaquismo, el trabajo físico, la creatinina baja, CK elevadas y el inicio no bulbar de ELA se asociaron a un inicio precoz de la enfermedad de forma significativa. El colesterol total y la PCR no influyeron en el curso de ELA. Parece que la edad de inicio temprana tienda a asociarse a mayor supervivencia y el ejercicio físico intenso a un inicio precoz de ELA.

Conclusión: Los resultados apuntan a que existen una serie de factores que influyen en el desarrollo y pronóstico de ELA, siendo alguno de éstos más prevalente en el ámbito rural (como el trabajo físico).

SÍNDROME DE LAMBERT-EATON: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NEUROFISIOLÓGICAS EN UNA SERIE DE 5 CASOS

Alungulese, A.L. [1]; Traba Lopez, A. [1]; Fernandez Lorente, J. [1]; Catalina Alvarez, I. [2]; Guerrero, A. [3]; Gonzalo, J.F. [4]; Muñoz Blanco, J.L. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clinico San Carlos; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Descripcion clínica y neurofisiológica de 5 pacientes con síndrome de Lambert-Eaton (LEMS)

Material y métodos: 5 pacientes (3 varones), edad media 60 años (49-72 años) con LEMS estudiados entre 2010-2016. Estudio neurofisiológico con estimulación repetitiva a bajas y altas frecuencias (100% casos), test de facilitación postejercicio (80%), electromiograma (60%), jitter (20%). Determinación de anticuerpos anti-VGCC (100%) y SOX-1 (60%). PET, TC body y marcadores tumorales (100%). Periodo medio de seguimiento clínico 34,8 meses (6-60meses).

Resultados: 3 casos de etiología autoinmune, dos de ellos hermanos gemelos univitelinos. 2 paraneoplasicos secundarios a carcinoma microcítico de pulmón. Clínicamente, los pacientes presentaban debilidad muscular generalizada, ROT abolidos/hipoactivos y como manifestaciones autonómicas: sequedad de boca y estreñimiento. Un caso tenía ptosis palpebral y diplopia. Los hallazgos neurofisiológicos encontrados fueron discretos cambios miopaticos en la electromiografía, respuesta decremetal en la estimulación repetitiva a bajas frecuencias y un incremento de la amplitud del potencial de acción muscular compuesto de más de 100% tras test de facilitación postejercicio/estimulación a altas frecuencias. Los anticuerpos anti-VGCC fueron positivos en 4 casos(gemelos y los 2 paraneoplásicos) y negativos en una paciente (3 repeticiones). La respuesta al tratamiento con amifampridine ha sido favorable en todos. El caso con peor respuesta recibió también Rituximab, plasmaferesis e Ig IV.

Conclusión: Destacar el comportamiento homogéneo clínico y neurofisiológico del LEMS con independencia de la etiología. Presentamos una pareja de hermanos gemelos univitelinos con LEMS, situación no descrita previamente.

DEBUT SINCRÓNICO DE MIASTENIA GRAVIS AUTOINMUNE Y MIOSITIS

Murcia Garcia, F.J. [1]; Guillan Rodriguez, M. [1]; Sanchez Ferro, J.C. [1]; Diez Barrio, A. [2]; Martin Gil, L. [2]; Pardo Moreno, F.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 2. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena

Objetivos: La miastenia gravis es una enfermedad que puede asociarse a otros trastornos autoinmunes. El solapamiento de la miastenia gravis con las miositis (necrotizantes autoinmunes, dermatomiositis y polimiositis), aunque infrecuente, es importante reconocerlo de cara a un correcto manejo clínico. Presentamos un caso clínico con debut solapado de miastenia gravis autoinmune y miositis.

Material y métodos: Varon, 79 años, con antecedentes de HTA, hipercolesterolemia tratada vcon estatinas y diabetes mellitus con buen control farmacológico, valorado por cuadro subagudo consistente en debilidad proximal y simétrica de las cuatro extremidades, acompañado posteriormente de fatiga vocal, debilidad masticatoria y dificultades con la deglución, con visión borrosa en los últimos dias. Asocia disnea de esfuerzos moderada y ortopnea leve de nueva aparición, también dificultad en toser. A la exploración neurologica destaca ptosis asimetrica con debilidad muscular con fatigabilidad oculoparpebral, vocal y proximal de forma simétrica en extremidades. Se habia suspendido estatina sin mejoria del cuadro clinico.

Resultados: Analitica: CPK > 8000 y Ac's anti R Ach +. TC toraco-abdomino-pelvico: normal. EMG/ENG/Estimulacion repetitiva: abundante actividad espontanea y PUM's miopáticos, conducciones normales y estimulacion repetitiva compatible con trastorno postsinaptico de la union. RM muscular de cuerpo entero: edema muscular difuso y signos miopaticos de predominio en cinturas Biopsia muscular: miositis necrotizante

Conclusión: La presencia de ptosis, diplopia, sintomas bulbares y/o fatigabilidad muscular debe hacernos pensar en la coexistencia de un trastorno de la unión neuromuscular del tipo de la miastenia gravis en aquellos pacientes con sindrome clinico compatible con una miositis. El reconocimiento de estos pacientes es importante para instaurar tratamiento correcto.

SÍNDROME DE LEWIS-SUMNER O MADSAM (MULTIFOCAL ADQUIRED DEMYELINATING SENSORY AND MOTOR NEUROPATHY) CON RESPUESTA A INMUNOGLOBULINAS EN GESTANTE

García Lax, N.; Martínez Navarro, M.L.; Palao Rico, M.; Motos García, J.Á.; Sanz Monllor, A.; Sánchez Ortuño, I.; Rodríguez García, J.M.; García Medina, A.M.; Marín Marín, J.; Salmerón Ato, M.P.; Iniesta Valera, J.A.; Díaz Ortuño, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía

Objetivos: La neuropatía multifocal desmielinizante adquirida sensitivo-motora(MADSAM), o síndrome de Lewis-Sumner, forma parte del espectro de la CIDP. Es menos frecuente, generalmente asimétrica y en miembros superiores. Presentamos una paciente de 30 años con MADSAM y respuesta a inmunoglobulinas.

Material y métodos: Mujer, 30 años, que, un mes antes comienza con parestesias occipitales que se extienden a dedos de manos y pies, cara interna de MSD y externa de MID. Una semana antes, coincidiendo con inicio de gestación, asocia debilidad en MSI y posteriormente en MID. Exploración: escápula alada izquierda; BM: Izquierdo: deltoides 3/5, bíceps 4+/5, tríceps 3/5, extensores carpo/dedos 3/5, flexores carpo/dedos 4/5, musculatura intrínseca mano 3/5; Derecho: deltoides 4/5, tibial anterior 4/5, flexor plantar 4/5, flexor dorsal 4+/5; hiporreflexia miembros superiores, arreflexia aquílea; marcha: ligero steppage.

Resultados: Analítica, incluyendo anti-GM1, sin alteraciones. LCR: leucocitos 1, proteínas 43.4. RMN neuroeje: normal. EMG: signos de desmielinización segmentaria, multifocal, sensitivo-motora, asimétrica, mayor afectación de nervios de tronco superior de plexo braquial izquierdo, signos escasos de denervación-reinervación subaguda-crónica y ausencia de signos activos de denervación. Se administró ciclo de inmunoglobulinas intravenosas con ligera mejoría. Al mes, dada la persistencia clínica, se administró un nuevo ciclo con mejoría progresiva hasta quedar asintomática.

Conclusión: La respuesta a corticoesteroides en MADSAM es similar a la de CIDP. Sin embargo, la respuesta a inmunoglobulinas y plasmaféresis se considera menor y, un 23% de pacientes según estudios recientes, pueden no responder a ningún tratamiento. Nuestra paciente, en el primer trimestre de gestación, recibió inmunoglobulinas con buena respuesta y sin consecuencias para el feto.

ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO DEL NERVIO VAGO EN UN CASO DE VARIANTE REGIONAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Romero Sanchez, C.M. [1]; García García, J. [1]; Rojas Bartolome, L. [1]; Alcahut Rodríguez, C. [1]; Fernández Valiente, M. [1]; Díaz-Maroto Cicuéndez, I. [1]; Fernández Díaz, E. [1]; Pardal Fernández, J.M. [2]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General de Albacete

Objetivos: En el Síndrome de Guillain-Barré(SGB) el estudio ecográfico ha mostrado cambios estructurales a nivel de las raíces

cervicales y en el nervio periférico en fases tempranas de la enfermedad. Se presenta un caso de variante regional del SGB en el cual el estudio ecográfico del nervio vago apoyó el diagnóstico precoz.

Material y métodos: Varón de 20 años que acude a Urgencias por hipoestesia hemifacial derecha y paresia facial bilateral de 7 días de evolución. En la exploración inicial se objetivó paresia facial periférica con fenómeno de Bell y alteración gustativa bilateral e hipoestesia en territorios V2-V3 derechos en ausencia de ataxia, oftalmoplejia, debilidad cervical o de extremidades, así como reflejos osteotendinosos exaltados.

Resultados: El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró disociación albúmino-citológica y en el estudio ecográfico de ambos nervios vagos se objetivó aumento del área de sección transversa(5 mm derecho versus 3 mm izquierdo). Se inició tratamiento con Inmunoglobulinas intravenosas con mejoría clínica. El estudio neurofisiológico realizado al sexto día demostró neuropatía desmielinizante pura en ambos nervios faciales de predominio izquierdo y el resultado fue negativo para anticuerpos antigangliósidos.

Conclusión: El diagnóstico del SGB es eminentemente clínico complementado con la exploración neurofisiológica la cual, no obstante, puede ser normal en las fases iniciales de la enfermedad. La ecografía del nervio vago puede apoyar el diagnóstico de forma precoz en las variantes regionales del SGB de mayor dificultad diagnóstica al evidenciar cambios estructurales tempranos y sobre todo un aumento del área de sección transversa.

POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR CON CLÍNICA CIDP-LIKE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

García Caldentey, J. [1]; Ruíz Moriana, D. [1]; Palomar Buil, M.P. [1]; Chulilla, J.L. [2]; Illa Sendra, I. [3]

1. Servicio de Neurología. Clínica USP Palmaplanas; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Clínica USP Palmaplanas; 3. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: La polineuropatía amiloidótica familiar asociada a transtiretina(PAF-TTR), neuropatía autosómica dominante de mal pronóstico, cuyo retraso diagnóstico (en casos sin claros antecedentes familiares) tiene consecuencias en manejo y consejo genético. La velocidad de conducción de los nervios suele estar disminuida y las proteínas en LCR pueden estar elevadas, pudiéndose confundir con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica(CIDP) predominio axonal. Presentamos un caso con estas características y revisión bibliográfica de esta forma de presentación.

Material y métodos: Presentación del caso y revisión bibliográfica.

Resultados: Varón de 74 años mallorquín. Antecedente familiar: madre fallecida tras alteración marcha progresiva (inicio 70 años), sin diagnóstico definitivo. Cuadro progresivo de 5 años de inestabilidad de la marcha. Claro empeoramiento últimos meses: caídas frecuentes y dificultad para incorporarse por debilidad miembros a nivel proximal y distal. Se objetivó paresia de predominio distal en miembros superiores e inferiores, con reflejos miopáticos hipoactivos y clara afectación de la marcha por paresia. Analítica y resonancia columna completa anodinas. Electromiograma objetivó polineuropatía difusa mixta, sensitivo-motora, axono-desmielinizante con signos de degeneración axonal aguda-subaguda grado severo. Análisis líquido cefalorraquídeo objetivó proteniorraquia (71,2mg/dL) sin leucocitos y glucosa normal. Nunca presentó dolor ni alteraciones sensitivas o autonómicas. Diagnosticado CIDP y tratado con inmunoglobulinas sin respuesta. Por mala evolución se solicitó segunda opinión completando estudio genético para PAF-TTR que fue positivo (mutación Val50Met, descrita en literatura TTR-Met30). Descritos 18 casos diagnosticados de pseudo-CIDP, 5 de ellos con alteraciones de la marcha como primera manifestación.

Conclusión: Considerar diagnóstico de PAF-TTR en casos de CIDP con mala evolución, sobre todo en zonas endémicas como Baleares.

NEUROMIOTONÍA ASOCIADA A MIASTENIA GRAVIS COMO MANIFESTACIONES PARANEOPLÁSICAS CONCOMITANTES EN TIMOMA

García Rúa, A. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; García-Cabo Fernández, C. [2]; Castañón Apilánez, M. [1]; Ameijide Sanluis, E. [1]; Ramón Carbajo, C. [1]; Carvajal García, P. [3]; Morís de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 3. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La neuromiotonía o síndrome de Isaac-Mertens es un trastorno neuromuscular poco común caracterizado por la activación continua de axones motores e hiperexcitabilidad de las fibras musculares. Puede cursar con fatigabilidad como parte de su espectro clínico pero en algunos casos se asocia a enfermedades de la unión neuro-muscular (UNM). Presentamos un caso en el que se solapan ambas entidades como manifestaciones paraneoplásicas de timoma.

Material y métodos: Mujer de 88 años con antecedentes de pénfigo vulgar y masa mediastínica anterior no filiada de diez años de evolución. Inicia un cuadro subagudo de debilidad muscular progresiva, asociando calambres en miembros inferiores y disestesias distales. En la exploración física se objetiva tetraparesia y debilidad axial, arreflexia universal y atrofia generalizada sin claras fasciculaciones ni fatigabilidad.

Resultados: Se realiza estudio neurofisiológico en el que predominan las descargas espontáneas repetitivas en musculatura distal, proximal y bulbar sin apreciarse caída del potencial tras estimulación repetitiva. La analítica confirma la presencia de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina, siendo el resto de determinaciones negativas incluidos anticuerpos contra canales de potasio. El estudio anatomopatológico confirma timoma B2. A pesar de una mejoría inicial tras terapia inmunomoduladora, la paciente sufre empeoramiento con insuficiencia respiratoria global que conlleva éxitus.

Conclusión: La confirmación de neuromiotonía electrofisiológica, sea clínicamente expresiva o paucisintomática, obliga a descartar la presencia de enfermedad de la UNM asociada, cuya descompensación supone un riesgo vital para el paciente. La etiología paraneoplásica es factible para ambas enfermedades, siendo el timoma el tumor subyacente más frecuentemente encontrado.

Enfermedades Neuromusculares P3

DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA CON NEUROPATÍA PERIFÉRICA Y PARAPARESIA ESPÁSTICA CAUSADA POR UNA MUTACION NOVEL EN EL GEN KIF1A

Frasquet Carrera, M. [1]; Vílchez Padilla, J.J. [1]; Sivera Mascaró, R. [2]; Barreiro González, M.L. [1]; Vázquez Costa, J.F. [1]; Palau Martínez, F. [3]; Chumillas Luján, M.J. [4]; Lupo, V. [5]; Álamos Arenas, Á. [6]; Espinós Armero, C. [5]; Sevilla Mantecon, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neurología. Hospital Francesc de Borja de Gandia; 3. Servicio de Neurogenética. Parc Sanitari Sant Joan de Déu;

4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 5. Servicio de Neurogenética. Centro de Investigacion Principe Felipe (CIPF); 6. Servicio de Neurogenética. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)

Objetivos: Estudiar una familia afecta de paraparesia espástica y neuropatía periférica con el propósito de averiguar la causa genética y caracterizar el fenotipo.

Material y métodos: Se estudió una familia con tres individuos afectos: el probando (71 años) y sus dos hijas (38 y 41 años), cuyo seguimiento se ha realizado de forma periódica desde 1983. Se ha revisado la historia clínica, estudios electrofisiológicos y resonancia magnéticas cerebrales realizadas. Se realizó estudio exoma de la familia. Los cambios detectados y el estudio de segregación familiar se realizó mediante secuenciación Sanger.

Resultados: Se detectó el cambio novel c.31C>T (p.R11W) en el gen KIF1A. Los estudios genéticos e in silico fueron altamante indicativos de que se trata de una variante patogénica. La mutación alteraría la conformación de la proteína y conduciría a una actividad anómala. Los pacientes presentaba una paraparesia espástica de inicio en la infancia que se acompañaba de una neuropatía periférica axonal, predominantemente sensitiva. El probando desarrolló un síndrome cerebeloso progresivo y deterioro cognitivo tras los 60 años. Una de las hijas presentaba un déficit intelectual desde la infancia y la otra presentaba signos de afecetación cerebelosa desde los 30 años. La RMN cerebral mostró atrofia cerebelosa en los 3 pacientes y también depósitos anormales de hierro en ganglios basales en la hija más joven.

Conclusión: La mutación c.31C>T del gen KIF1A se manifiesta con un fenotipo complejo caracterizado por una afectación simultánea del sistema nervioso central y periférico. Nuestros resultados apoyan la implicación del gen KIF1A en la paraparesia espástica compleja de herencia autosómico dominante.

USO DE DIFLUNISAL EN UN PACIENTE CON POLINEUROPATÍA AMILOIDE FAMILIAR YATROGÉNA

Velez Santamaria, V.; Adell Ortega, V.; Arroyo Pereiro, P.; Homedes Pedret, C.; Casasnovas Pons, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La Polineuropatía Amiloide Familiar es una enfermedad genética que conlleva a la formación de depósitos de amiloide en los nervios periféricos, entre otros órganos. La mutación en el gen de la Transtiretina (TTR), sintetizada en el hígado, es la más frecuente, por lo que uno de los tratamientos es el THO, en ocasiones en dominó. El diflunisal es un agente anti-inflamatorio no esteroideo que, in vitro, ha demostrado estabilizar los tetrámeros de TTR, previniendo la formación de agregados. Se presenta un caso en el que el uso de Diflunisal parece haber modificado el curso de la enfermedad.

Material y métodos: Varón de 70 años receptor de transplante hepático en dominó (donante afecto de PAF) por cirrosis hepática VHC a los 57 años, sin otros antecedentes. 9 años después inicia hipoestesia en pies e inestabilidad, sin clínica de fibra fina. La electroneurografía evidencia una polineuropatía axonal sensitivomotora y autonómica leve – moderada. Presenta cardiopatía hipertrófica, hipoalbuminemia y proteinuria. La biopsia de mucosa rectal y nervio sural demuestra depósitos de amiloide TTR positivos. Estudio genético negativo. Se descarta transplante hepático por edad, se deniega uso de Tafamidis por ausencia de mutación y transplante previo. Se inicia Diflunisal 500mg diarios.

Resultados: Tras dos años de tratamiento, no ha habido cambios significativos desde el punto de vista clínico ni electrofisiológico La proteinuria ha disminuido y el ecocardiograma demuestra disminución del grosor del septum interventricular.

Conclusión: El uso de diflunisal en pacientes con polineuropatía amiloide yatrógena en receptores de hígado en dominó también podría enlentecer la evolución de la enfermedad.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE: DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS DE CASOS EN EL PERÍODO 2014-2015

Sabbagh Casado, N.A.; da Silva França, C.F.; Rodríguez Ares, T.; Nogueira Fernández, V.; Guijarro del Amo, M.; Álvarez Fernández, L.; Alberte Woodward, M.; González Ardura, J.; Brañas Fernández, F.; Rodríguez Rodríguez, M.; Pego Reigosa, R.

Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti

Objetivos: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente y grave de polineuropatía aguda. A pesar de los avances con el descubrimiento de nuevos anticuerpos no ha habido cambios en su tratamiento. En nuestro centro observamos una frecuencia, especialmente formas atípicas, mayor de lo esperable, por lo que decidimos revisar los casos diagnosticados en 2014-2015.

Material y métodos: Recogemos los datos de 25 pacientes diagnosticados de polineuropatía aguda infecciosa (CIE-9). Se analizan las variables de sexo, edad, síntomas de inicio, líquido cefalorraquídeo, electroneuromiograma, serología, coprocultivo, autoinmunidad y presencia de complicaciones respiratorias y autonómicas.

Resultados: La incidencia obtenida es 5.3 casos/100000 habitantes/año, con una mediana de edad de 75 años. El 80% de los casos se precedían de proceso infeccioso. El síntoma inicial en el 40% de pacientes fue debilidad, en otro 40% dolor y el 20% restante parestesias o afectación craneal. Además, el 43% de los electroneuromiogramas objetivó afectación predominantemente axonal. El porcentaje de complicaciones respiratorias y autonómicas fue similar, del 30%. Se realizaron coprocultivos en el 16% y determinación de anticuerpos en el 24%.

Conclusión: En nuestra área observamos una incidencia de SGB superior a la esperada en Europa Occidental (0.8-1.9/100000) y una frecuencia de formas axonales mayor de lo esperado, lo cual podría deberse a particularidades ambientales. Consideramos útil realizar un estudio más sistemático y protocolizado, que incluya estudios microbiológicos y serológicos, para conocer las características poblacionales que determinan las diferencias clínicas y epidemiológicas que ayuden al conocimiento sobre la enfermedad y permitan una más fácil comparación entre distintas poblaciones.

NUEVA MUTACIÓN GENÉTICA EN UN CASO DE ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH

Domínguez Díez, F.J.; Álvarez Álvarez, M.; López Alburquerque, J.T.; Gómez Estévez, I.; López Agudelo, O.A.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Existe una enorme variedad en las alteraciones genéticas que provocan la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y a día de hoy siguen apareciendo algunas nuevas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente afecto de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth con una mutación no descrita hasta el momento.

Resultados: Varón de 39 años con diagnóstico en la infancia de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth de tipo 1. Madre afecta de la misma enfermedad pero con manifestaciones clínicas leves y una hermana sana. En la exploración física presenta amiotrofia severa distal de manos y pies, arreflexia generalizada, leve hipoestesia simétrica distal e imposibilidad para la marcha de puntillas y talones. Estudio neurofisiológico con velocidades de conducción de 21 y 28 m/s en nervios mediano y cubital respectivamente, sin evocarse el potencial sensitivo. En 2014 se realizó un primer estudio genético, con secuenciación masiva de 7 genes del panel asociado a enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo 1 autosómico dominante, siendo negativo. Posteriormente se amplió el estudio y apareció

una mutación en heterocigosis para el gen SBF1 y otra en hemicigosis para el gen GJB1 [c.476_481del (pGly159_ Tyr160del)]; al no ser variantes patogénicas claramente asociadas a enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, se efectuó un estudio de confirmación mediante metodología Sanger y otro de cosegregación en la madre que resultó ser portadora en heterocigosis de esta última variable, con un patrón de transmisión dominante ligado a X.

Conclusión: Se describe una nueva mutación en el gen GJB1 en un caso de enfermedad de Charcot Marie Tooth de tipo desmielinizante con un patrón de herencia dominante ligado a X.

ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH AUTOSÓMICA RECESIVA: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA DE ETNIA GITANA CON NEUROPATÍA TIPO RUSSE

Martinez Rodríguez, L. [1]; García-Cabo Fernández, C. [1]; García Rúa, A. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Ameijide Sanluis, E. [1]; Hernando Acero, I. [2]; Castañón Apilánez, M. [1]; Cela Galván, J. [3]; Carvajal Garcia, P. [4]; Álvarez Martínez, V. [5]; Rodríguez Jerez, F. [6]; Moris de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurogenética. Hospital San Agustín; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias; 5. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitario Central de Asturias; 6. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Se describen tres formas de neuropatías sensitivomotoras hereditarias (HMSN) autosómico recesivas que afectan típicamente a la etnia gitana: CMT4D-Lom, CMT4C y CMT4G-Russe. Este último, se caracteriza por comienzo en la edad temprana de debilidad y atrofia progresiva asociada a severa afectación sensitiva. Se pretende describir los casos de HMSN-Russe diagnosticados en nuestro centro.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de una familia diagnosticada de HMSN tipo Russe en el Hospital Central de Asturias

Resultados: Se trata de tres mujeres con edades de 10, 45 y 63 años. Presentan debilidad y atrofia gradual de inicio en miembros inferiores en torno a los 7 años de edad que se acompaña de marcada repercusión funcional. La paciente de mayor edad presenta insuficiencia respiratoria hipercápnica secundaria a fallo de bomba que ha requerido inicio de ventilación mecánica no invasiva. Los hallazgos obtenidos en el estudio neurofisiológico son compatibles con una muy severa polineuropatía crónica sensitivomotora, simétrica, de carácter desmielinizante con importante degeneración axonal secundaria de los troncos nerviosos. En los estudios genéticos se evidenció el cambio de nucleótido c.40237 G>C en el gen HK1 del cromosoma 10, mutación ya descrita en este tipo de pacientes.

Conclusión: La HMSN-Russe es una entidad inusual con afectación exclusiva en la etnia gitana debido a la frecuente consanguinidad. Se trata de una enfermedad progresiva e invalidante de inicio temprano en la que es imprescindible un abordaje multidisciplinar. Tanto el tratamiento rehabilitador como el despistaje de afectación respiratoria es vital para mejorar estado funcional y el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

MIOPATÍA CONGÉNITA POR MUTACIÓN NO DESCRITA EN EL GEN DE LA TITINA

Fraga Bau, A. [1]; Yáñez Baña, R. [2]; Sobrido Gómez, M.J. [3]; San Millán Tejado, B. [4]; Pardo Fernández, J. [5]; Vicente Alba, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 2. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense; 3. Servicio de Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 4. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 5. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer con miopatía congénita asociada a una mutación no descrita previamente en el gen de la titina.

Material y métodos: Mujer de 43 años. Presenta clínica de dificultades motrices desde el nacimiento. Sin antecedentes familiares de interés. Al nacer presentó pies cóncavos y sindactilia. La paciente en el postparto presentaba una musculatura hipotónica y flácida. Durante su infancia siguió rehabilitación intensiva. Comenzó a caminar a los 9 años. El resto del desarrollo psicomotor fue normal. Siempre ha mantenido notó perdida de fuerza en extemidades. Desde entonces permanece razonablemente estable, e independiente para un buen número de actividades. Precisa silla de ruedas para desplazarse distancias largas por sobrepeso. No ha presentado clínica cardiorrespiratoria. A la exploración presenta facies miopática, sin ptosis llamativa. Lengua normal. Hipotonía global. Patrón distal de debilidad con predominio en las manos. Hiperlaxitud articular. Arreflexia generalizada. No presenta miotonía, escápula alada, rippling ni fasciculaciones.

Resultados: Se realizó el estudio completo, incluyendo CPK mínimamente elevadas y biopsia muscular con alteraciones miopáticas moderadas-severas sin datos de especificidad. Se solicitó un panel de despistaje de miopatías congénitas, demostrándose doble heterocisis en el gen de la titina (c37378+1del y c.58804C>T)) El estudio cardiológico fue normal.

Conclusión: Presentamos el caso de una paciente con miopatía congénita distal asociada a hiperlaxitud articular y sin cardiopatía, que presenta doble heterocigosis en el gen de la titina no descrita previamente, con un posible rol patogénico.

PARAMIOTONIA CONGENITA Y RABDOMIOLISIS. ESTUDIO DE UNA FAMILIA

Moreno Arjona, M.D.L.P.; Villagran García, M.; Castro Sanchez, V.; Salazar Benítez, J.A.

Servicio de Neurología. HRU Carlos Haya

Objetivos: La paramiotonía congénita está provocada por mutaciones en el canal de sodio del músculo esquelético (SCN4A) El síntoma cardinal es la miotonía paradójica, de predominio en músculos faciales, que empeora con la exposición al frío y el ejercicio. Presentamos una familia afecta de esta enfermedad.

Material y métodos: Se estudian 3 miembros de la familia, dos hermanas y la hija de una de ellas CASO INDEX. Mujer de 48 años; desde la infancia tiene agarrotamiento muscular generalizado, de predominio en cuello y cara: se le cierran los ojos con el frío ambiental, no puede abrirlos en la ducha; a veces nota que no puede mirar a los lados por agarrotamiento de los globos oculares.Empeora con el frío y ejercicio. En una ocasión, tras larga caminata, apareció gran debilidad muscular en piernas; tuvieron que llevarla al hospital donde encontraron CK superior a 10000 UI. Exploración (se mostrará vídeo)paramiotonía de apertura palpebral y mandibular, paramiotonía manos, miotonía percusión manos, leve ptosis bilateral; resto exploración normal. Rechazó tratamiento médico. Los otros dos miembros de la familia tienen síntomas de menor intensidad.

Resultados: Análisis generales, CK, TSH normales Estudio neurofisiológico: abundantes descargas miotónicas, de larga duración (de hasta 35 segundos) en todo los músculos examinados, de predominio facial y miembros superiores. Estudio genético en curso.

Conclusión: La paramiotonía congénita tiene un cuadro clínico característico, de intensidad variable en los pacientes estudiados. En raras ocasiones, como en nuestra paciente, el ejercicio prolon-

gado puede provocar contracción muscular permanente y desencadenar episodios de rabdomiolisis.

MIOPATÍA LIPÍDICA SECUNDARIA A DÉFICIT MÚLTIPLE DE DESHIDROGENASA DE ACIL-CARNITINA EN UNA PACIENTE OCTOGENARIA Y RESPUESTA FAVORABLE A RIBOFLAVINA

de Torres Chacón, M.R. [1]; Pérez Noguera, R. [1]; Domínguez Mayoral, A.M. [1]; Avila Polo, R. [2]; Rivas Infante, E. [2]; Blazquez Encinar, A. [3]; Serrano Lorenzo, P. [3]; Martín Casanueva, M.Á. [3]; Cabrera Serrano, M. [4]; Paradas López, C. [5]; Rojas Marcos, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; 3. Unidad de Enfermedades neurometabólicas y mitocondriales. Hospital Universitario 12 de Octubre; 4. Instituto de Biomedicina. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío

Objetivos: El déficit múltiple de acil CoA-deshidrogenasa (MADD) es una metabolopatía lipídica por alteración de la beta oxidación de ácidos grasos que cursa con herencia autosómica recesiva. Las manifestaciones clínicas son variadas, desde una forma neonatal frecuentemente letal, formas infantiles con encefalopatía/hipoglucemia y formas adultas con miopatía proximal fija o fluctuante. La biopsia muscular y el perfil bioquímico en sangre orientan el diagnóstico. Se han implicado diversos genes. Muchos pacientes responden al tratamiento con riboflavina. Presentamos un caso de miopatía asociada a MADD, atípico por la edad de presentación.

Material y métodos: Mujer de 80 años, con dislipemia tratada con estatinas. Consulta por debilidad muscular progresiva de 3 meses de evolución. No refiere clínica similar previa. En la exploración destaca debilidad proximal en las cuatro extremidades y extensores del cuello.

Resultados: - CK 363. - ENMG: patrón miopático de predominio proximal - Biopsia músculo: miopatía vacuolar con intenso acúmulo de lípidos en fibras tipoI. -Acil carnitinas en suero globalmente elevadas. - Estudio genético pendiente de resultados. - Tras iniciar tratamiento con riboflavina, la paciente mejora notablemente pudiendo extender el cuello, elevar los brazos y caminar con ayuda.

Conclusión: La correcta identificación de estos pacientes es fundamental pues mejoran drásticamente con el tratamiento - La biopsia muscular y el perfil bioquímico son imprescindibles para orientar el diagnóstico - El debut de una miopatía asociada a MADD a los 80 años es excepcional y no ha sido previamente descrito. A esta edad la respuesta a riboflavina sigue siendo favorable

MIOPATÍA NECROTIZANTE AUTOINMUNE SECUNDARIA A ESTATINAS

Navarro Pérez, M.P. [1]; Sanabria Sanchinel, A. [1]; López Bravo, A. [1]; Garrido Fernandez, A. [1]; Garcia Arguedas, C. [1]; Alfaro Torres, J. [2]; Marquina Ibáñez, I. [2]; Larrodé Pellicer, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Las estatinas reducen significativamente la incidencia de eventos cardiovasculares y son unos de los fármacos más utilizados a nivel mundial. Su empleo se asocia con un amplio rango de patologías a nivel muscular. Recientemente se ha descrito una nueva entidad asociada a anticuerpos anti 3-hydroxymethylglutaryl-coenzima A reductasa (HMGCR), la miopatía autoinmune asociada a estatinas.

Material y métodos: Mujer de 63 años, en tratamiento con estatinas por dislipemia e historia de elevación de CPK de un año de evolución, que 9 meses más tarde comienza con debilidad proximal en extremidades inferiores. A la exploración neurológica pérdida de fuerza muscular proximal bilateral en ambos miembros inferiores y reflejos miotáticos hipoactivos. Se objetivaron cifras elevadas y persistentes de CPK (1932 UI/L) a pesar de retirada de estatinas durante 3 meses.

Resultados: El electromiograma-electroneurograma evidencia compromiso miógeno moderado difuso. La biopsia muscular de cuádriceps muestra miofagocitosis focal y necrosis de fibras sin observarse infiltrados inflamatorios, vasculitis ni depósito de amiloide. La paciente precisó tratamiento con corticoides y posteriormente con inmunosupresores para conseguir mejoría clínica.

Conclusión: La miopatía mediada por anticuerpos anti - HMGCR es una causa muy poco frecuente de miopatía (2 – 3 casos cada 100000 pacientes tratados con estatinas). Debemos pensar en esta entidad en pacientes en tratamiento con estatinas que desarrollan debilidad muscular progresiva y cifras elevadas de CPK, que persisten a pesar de suspender dicho tratamiento. La biopsia muscular se caracteriza por miopatía necrotizante sin inflamación significativa. El tratamiento consiste en suspensión del tratamiento con estatinas e instauración de tratamiento inmunosupresor.

FENOTIPO DE MIOPATÍA DISTAL DE INICIO PRECOZ POR MUTACIÓN EN GEN DE LA TTN

Ivánovic Barbeito, Y.P. [1]; Gutierrez Gutierrez, G. [2]; Cantero Montenegro, D. [3]; Domínguez González, C. [3]; Hernández Laín, A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Infanta Leonor; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El diagnóstico y la tipificación de las miopatías es una tarea compleja ante la gran variabilidad fenotípica y genotípica que se ha incrementado en los últimos años.

Material y métodos: Presentamos un caso de una mujer de 71 años sin antecedentes familiares de enfermedades debilitantes, con miopatía distal anterior de inicio muy precoz y marcado empeoramiento a partir de la tercera década.

Resultados: En la exploración destaca la afectación predominante y precoz de ambos tibiales anteriores desde el inicio, con marcha con estepaje bilateral y posterior progresión proximal a músculos de la cintura pélvica, fundamentalmente musculatura glútea, así como a regiones proximales de miembros superiores aunque más tardíamente, en menor grado y sin escápula alada. El curso es muy lentamente progresivo, perdiendo la capacidad de andar en la sexta década de la vida. Entre las pruebas complementarias destaca la normalidad de las cifras de CPK y la ausencia de afectación cardiaca o respiratoria. En la RMN de miembros inferiores se pone de manifiesto la afectación predominante del compartimento anterior de las piernas. En la biopsia muscular se identifica un patrón distrófico con infiltración conectiva endomisial y variabilidad en el tamaño de las fibras.

Conclusión: Aplicando tecnologías de secuenciación masiva se realizó un estudio genético ampliado identificándose una mutación en homocigosis en el gen TTN consistente en una deleción en el exón 13, registrada como patogénica en las bases de datos. Se presenta un caso de una miopatía distal de inicio muy precoz secundario a una mutación en homocigosis en el gen que codifica la titina.

MIOTONÍA NO DISTRÓFICA EN LA EDAD ADULTA. BÚSQUEDA DE UNA CANALOPATÍA

Vidal de Francisco, D.; Ceballos Ortiz, J.M.; Álvarez Soria, M.J.; Gallardo Corral, E.; Pérez Ortega, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico

Objetivos: Presentamos el caso de un varón de 47 años que consulta refiriendo que desde el inicio de la edad adulta nota como al iniciar una actividad física, tiene rigidez en ambas manos, que cede con la realización del ejercicio. No se aprecian rasgos dismórficos corporales. Tiene un hermano con los mismos síntomas.

Material y métodos: En la exploración neurológica destacaba la presencia de un fenómeno miotónico en las manos al intento de apertura de las mismas y el resto no mostraba alteraciones.

Resultados: Se solicitó estudio con analítica general (CPK:190) y EMG donde se registra el fenómeno miotónico. Se procedió entonces a la solicitar estudio genético de canalopatía no distrófica (mutaciones en el gen del Na+ y del Cloro) que resultó ser positivo para alteración del gen CLCN1. El estudio cardiológico no mostró alteraciones. Se pautó tratamiento con Fenitoína un comprimido al día pero no hubo respuesta por lo que se retiró.

Conclusión: La miotonía congénita se caracteriza por una descontracción muscular lenta asociada con una hiperexcitabilidad de las fibras musculares. La prevalencia estimada es 1-10/100.000. La transmisión puede ser autosómica dominante (miotonía de Thomsen) o autosómica recesiva (miotonía de Becker). En ambas formas, la alteración del gen que codifica el canal cloro (CLCN1) provoca una alteración en la normal repolarización de las células musculares desencadenando con ello un fenómeno miotónico que típicamente se resuelve con la realización de actividad física. Debe proponerse consejo genético. El tratamiento se basa en agentes bloqueadores del canal de sodio, como la carbamazepina o la difenilhidantoína

NEURO(NO)PATÍA MOTORA POR MUTACIÓN DEL GEN BSCL2; A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

Segurola Olaizola, J.; Fernandez Valle, T.; Matute Nieves, A.; Lloret Valle, M.I.; Almeida Velasco, J.; Campos Rodriguez, I.; Barcena Llona, J.E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Exponer un caso de neuronopatía motora familiar en cuyo estudio se confirmó la mutación c.263A>G en el gen BSCL2 que codifica la proteína seipina. Revisar la bibliografía y analizar el espectro de las seipinopatías.

Material y métodos: Hemos estudiado a un paciente con historia de esguinces y pies cavos, con antecedentes familiares similares, que consultó por diplopía aguda con 36 años en 1999. En la exploración presentaba debilidad distal, de predominio en las piernas, con piramidalismo. Se realizó un estudio con análisis, EMG-ENG, RMN cerebral y de columna. Vuelve 14 años después por progresión de la dificultad para caminar. Un estudio genético de su madre y sus hermanos permitió el diagnóstico.

Resultados: Se confirmó la existencia de una mutación del gen BSCL2 que codifica la seipina. Es una proteína transmembrana del retículo endoplásmico. Cuando la mutación se da en la porción citosólica provoca la lipodistrofia congénita; si la mutación es cercana a la N-glicosilación ocurren las seipinopatías que pueden presentar una clínica variable (desde asintomáticas a neuropatías motoras distales o paraplejías espásticas), incluso dentro de una misma familia. En la RMN se evidenciaron lesiones supratentoriales sin otra causa alternativa, no descritas en la bibliografía revisada. No hemos hallado más casos descritos en el estado, y la literatura en castellano es escasa.

Conclusión: Las seipinopatías son un grupo de enfermedades hereditarias que afectan a la primera y segunda motoneurona debido a mutaciones del gen BSCL2. Es una causa rara de neuropatías motoras (con espectro amplio y baja penetrancia) que no se asocia a la lipodistrofia congénita.

Enfermedades Neuromusculares P4

CIDP STATUS: DISCAPACIDAD Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE

Cruz Velásquez, G.J. [1]; Aladrén Sangrós, J. [1]; Feranandez Sanz, A. [1]; Rodriguez Gascón, D. [1]; Tejada Meza, H. [1]; Martínez Campos, K. [2]; Gonzalez Sanchez, M. [1]; Ara Callizo, J.R. [1]; Capablo Liesa, J.L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General San Jorge

Objetivos: La polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) se caracteriza tener una duración de al menos 8 semanas, causan discapacidad importante y suelen responder favorablemente a inmunoglobulinas, glucocorticoides o inmunosupresores.

Material y métodos: Reportamos la cohorte de con CIDP en nuestra consulta de enfermedades neuromusculares. Describimos datos demográficos, enfermedades asociadas, variantes clínicas, mRS, status de actividad de CIDP (CDAS) y tratamientos recibidos.

Resultados: 41 pacientes fueron incluidos. La relación hombre:mujer fue 1,8:1, La edad media al inicio de los síntomas fue 56,7 años (IC: 35-78). El tiempo medio de seguimiento fue de 8,37 años (IC: 10 meses-33,5 años). La variante típica fue el fenotipo más frecuente (45,5%) seguido de (DADS 21,2%), predominio sensitivo (18,2%), MADSAM (6,1) %, motor puro (6,1%) y focal en (3%). Se identificaron antigangliosidos solo en el 10% de los casos. La diabetes (15,6%) y paraproteinemias (25%) se relacionaron con mayor frecuencia. La media de mRS fue 2,9 (IC: 0-6). Respecto a su actividad: el 7,5% fueron catalogados como curados, 20% en remisión, 45% enfermedad activa estable pero requirieron tratamiento al menos un año y 5% enfermedad activa inestable por iniciar tratamiento o tratamiento refractario. En algún momento de la evolución el 61% recibió inmunoglobulinas y el 40% glucocorticoides. El 57% requirieron 2 o más fármacos, siendo la azatioprina el más utilizado.

Conclusión: La escala CDAS resultó ser una herramienta útil y sencilla para catalogar el estado de actividad de la enfermedad. La mayoría de paciente recibió tratamiento con IGIV. Cerca de la mitad de los pacientes se encuentran en enfermedad activa pero estable.

PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL HGU ELCHE

Bonet de la Nuez, M. [1]; Gómez, F.J. [2]; Torregrosa Ortiz, M. [1]; Arberola Amores, F. [1]; Lorente, L. [1]; Giner Bernabeu, J.C. [1]; Navarro, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; 2. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General de Elche

Objetivos: Describir las caracteristicas de los pacientes con síndrome de Guillain–Barré ingresados en el HGU Elche en los últimos 5 años

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain–Barré, ingresados entre enero 2010 y diciembre 2015 que cumplieran los criterios de Asbury et al.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con una edad media de 41 años, 12 hombres (58,2%) y 9 mujeres (42,8%). El 85% de los pacientes presentó síntomas previos de infección respiratoria o digestiva. El motivo de consulta mas frecuente fue la debilidad en

miembros inferiores y la dificultad para la marcha. Se detectó disociación albuminocitológica en el 72% de los estudios de Líquido cefalorraquídeos, mas de la mitad de los pacientes (13) requirieron una segunda punción lumbar. De los estudios electrofisiológicos realizados el 80% presentaron patrones diagnósticos establecidos desmielinizantes. El tiempo medio entre inicio de síntomas y diagnóstico fue de 4,5 días. Solo 4 pacientes presentaron complicaciones graves. Se trató con inmunoglobulinas a 20 pacientes.La mayoría tuvo una evolución favorable a los 6 meses.

Conclusión: El Sindrome de Guillain Barré en el área de salud de Elche se diagnóstica precozmente. En muchos casos hay que repetir la punción lumbar para llegar al diagnóstico. La mayoría de los pacientes tienen buen pronóstico.

COMPRESIÓN NERVIOSA SECUNDARIA A PÉRDIDA DE PESO

Goizueta San Martín, G. [1]; Pérez Moro, O. [2]; Díez Ramos, M.F. [2]; Fernández Cuadros, M. [2]; Galvez Rabadan, A. [2]; Espina Flores, I. [3]; Llopis Miró, R. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Santa Cristina; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Santa Cristina; 3. Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Santa Cristina; 4. Servicio de Tramautología. Hospital Universitario Santa Cristina

Objetivos: Estudio Clínico y Neurofisiológico de 8 pacientes con obesidad y pérdida de peso de más de 25 Kg mediante dieta, cirugía bariatrica y anorexia nerviosa en corto periodo de tiempo, que presentan posteriormente síntomas y signos correspondientes a una afectación de nervio periférico.

Material y métodos: Se estudian 8 pacientes. 7 presentan dificultad para la marcha, objetivándose datos clínicos de afectación de Nervio Peroneo común (uni o bilateral) y uno, sintomatología correspondiente a afectación de Nervio Cubital unilateral. Se realiza estudio Neurofisiológico: Electromiograma (EMG). Electroneurograma (ENG): conducción motora y sensitiva. Respuestas tardías F y reflejos H según técnica habitual

Resultados: Se confirma una afectación localizada de Nervio Peroneo común en siete pacientes (cuatro bilateral y tres unilateral) y de Nervio Cubital en otro(unilateral, mediante los procedimientos neurofisiológicos adecuados. Se descarta patología generalizada (Polineuropatía)

Conclusión: En la compresión de nervios periféricos hay múltiples factores de riesgo a tener en cuenta y medios neurofisiológicos a emplear para su diagnóstico. La pérdida excesiva de peso en corto periodo de tiempo es una causa poco frecuente, pero actualmente es importante considerarla para su diagnóstico y empleo del tratamiento adecuado.

TETRAPARESIA Y DOLOR ABDOMINAL: MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Alemany Perna, B. [1]; Uscamaita Amaut, K. [1]; Marco Cazcarra, C. [1]; López Domínguez, D. [1]; Robles Cedeño, R. [1]; Pericot Nierga, I. [1]; Márquez Daniel, F. [2]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Sant Jaume d'Olot

Objetivos: Describir un caso de porfiria aguda intermitente (PAI) con clínica neurológica. La porfiria aguda intermitente (PAI) es una enfermedad metabólica generalmente hereditaria con acúmulo de porfirinas, provocando dolor abdominal, disautonomía, alteraciones psiquiátricas, y en algunos casos polineuropatía y crisis epilépticas.

Material y métodos: Descripción clínica y electrofisiológica de un caso de PAI con poliradiculoneuropatia aguda.

Resultados: Mujer de 42 años fumadora, sin antecedentes familiares de interés, con dismenorrea moderada desde la adolescencia, bicitopenia en estudio y migraña ocasional. Presenta dolor abdominal continuo no filiado con insuficiencia renal, hiponatremia e infección urinaria. Veinte días después se añade tetraparesia de predominio proximal con arreflexia, paresia facial bilateral y síntomas disautonómicos, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas con leve mejoría. Debido a la clínica atípica se determinaron porfirinas en orina, siendo elevadas y cambiando el tratamiento a Hemina endovenosa con mejoría progresiva. Durante el ingreso presentó alucinosis que remitieron con Haloperidol. El estudio neurofisiológico demostró una poliradiculoneuropatía axonal, motora y proximal en grado moderado. El líquido cefaloraquídeo fue normal a los 3 días del inicio de la clínica neurológica. Posteriormente se obtuvieron valores elevados de porfobilinógeno en orina que confirmaron el diagnóstico de PAI. La paciente se encuentra pendiente de realizar estudio genético.

Conclusión: En casos de poliradiculoneuropatia aguda motora, axonal y de predominio proximal asociado a dolor abdominal no filiado y disautonomía, se debe sospechar de porfiria con determinación de porfobilinógeno en orina para confirmar el diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado.

GBS-TRF VS. A-CIDP. EMPLEO DE RITUXIMAB DADA LA SEVERIDAD Y REFRACTARIEDAD DEL CASO

Valderrama Martin, C.; Guillén Martinez, V.; Blanco Madera, S.; Carvajal Hernandez, A.

Servicio de Neurología. Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada

Objetivos: Presentamos un caso de "TRF-GBS" vs. A-CIDP, y su manejo con Rituximab tras fracaso de terapias convencionales.

Material y métodos: Mujer de 57 años con LES y Síndrome de Sjögren, con buen control de ambas. Hace 6 meses debutó con debilidad proximal, arreflexia universal y parestesias que cumplía criterios diagnósticos de SGB. Buena respuesta inicial a inmunoglobulinas presentando resolución completa. A los 20 días empeora, con desarrollo a partir de entonces de varias recaídas tras mejoría parcial inicial a distintos tratamientos convencionales (inmunoglobulinas, corticoterapia, PF y ciclofosfamida) sin volver ya a su situación basal. Tras 16 semanas desde el inicio, se encontraba tetrapléjica, debilidad cervical, paresia facial, problemas de deglución, respiración ineficaz, llegando a presentar un episodio de insuficiencia respiratoria agudo con ingreso en UCI y conexión a VMI. Tras 1 mes en UCI con corticoterapia oral, se consigue extubación aunque persiste tetraplejía severa.

Resultados: Dada la refractariedad del cuadro, se decide emplear Rituximab a pesar de no existir evidencia científica para su uso en esta patología en concreto. Se realiza previa recogida de consentimiento informado.

Conclusión: Resulta un caso severo, que excede los criterios temporales y en nº de brotes de recaídas, al diagnóstico de "TRF-GBS" por lo que podría tratarse de una forma de A-CIDP. Sin embargo, las características clínicas se asemejan más a los cuadros descritos de TRF-GBS en la literatura. Para concluir, planteamos si la coexistencia de otras enfermedades autoinmunes podría haber contribuido al desarrollo de una respuesta inmune prolongada con severa afectación axonal y mala respuesta a las terapias convencionales.

PRESENTACIÓN DE UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN ANO5 EN UN PACIENTE CON HIPERCKEMIA ASINTOMÁTICA

Alcahut Rodríguez, C.Á. [1]; Díaz-Maroto Cicuéndez, I. [1]; García García, J. [1]; Monteagudo Gómez, M. [2]; Fernández Valiente, M. [1]; Rojas Bartolomé, L. [1]; Romero Sánchez, C.M. [1]; Segura Martín, T. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos: Mutaciones en el gen de la anoctamina 5 (ANO5) son causantes de un espectro fenotípico amplio que incluye la hiperCKemia asintomática, la distrofia de cinturas (LGMD 2L) y la distrofia muscular de Miyoshi tipo 3. Nuestro objetivo es describir una nueva mutación en homocigosis en el gen ANO5 manifestada como hiperCKemia asintomática.

Material y métodos: Se describen las características clínicas, neurofisiológicas, radiológicas, anatomopatológicas y los hallazgos moleculares en un sujeto con anoctaminopatía.

Resultados: Varón de 41 años sin antecedentes familiares de interés que consulta por hiperCKemia paucisintomática (CK máxima 4500 U/L). El electromiograma fue compatible con miopatía leve. El ecocardiograma TT y Holter ECG fueron normales. La RM muscular evidenció una discreta infiltración grasa de recto anterior, aductor mayor y gemelo medial. La biopsia muscular mostró cambios distróficos inespecíficos. El estudio genético demostró una nueva mutación en homocigosis en el exón 18 del gen ANO5 (mutación c.T1982C provocando el cambio aminoacídico p.Leu661Pro.)

Conclusión: Las causas de hipeCKemia pueden ser múltiples incluyendo su algoritmo diagnóstico diferentes pruebas complementarias. Si la RM muscular y la biopsia muscular sugieren un patrón distrófico pero no la causa directa debería plantearse realizar un estudio genético amplio utilizando los paneles de genes de distrofias musculares disponibles en la actualidad. Este proceder puede permitir identificar causas tan excepcionales de hiperCKemia como una mutación en el gen ANO5.

VARIANTE FOCAL SACRA DE POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA (CIDP)

Herrera García, J.D.; Guillén Martínez, V.; Blanco Madera, S.; Carvajal Hernández, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar un caso de variante locoregional de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica con afectación limitada a raíces lumboscacras.

Material y métodos: Estudio clínico, analítico, neurofisiológico incluida neurografía sensitiva, motora, ondas F, EMG, PESS y de suelo pélvico. Neuroimagen craneal, cervical, dorsal y lumbosacra.

Resultados: Mujer de 52 años sin antecedentes con cuadro progresivo de alteraciones sensitivas en ambos MMII y perineales de dos años de evolución. En la exploración presenta hipoestesia termoalgésica e hipopalestesia desde territorio S1 en MID y L5 en MII hasta región perineal bilateral. Hiporreflexia aquílea y arreflexia rotuliana bilateral con debilidad de glúteo derecho a 4+/5. Estudio analítico incluida autoinmunidad, serologías de borrelia, lúes, VIH, CMV, anticuerpos antigangliósidos y LCR sin alteraciones. RM lumbosacra muestra realce contrastado perimedular y radicular a nivel dorsal y cono medular. Estudio neurofisiológico objetiva denervación parcial en músculos pedio, abductor hallucis y gastrocnemio medial derechos. Estudio del suelo pélvico con retraso de la latencia y caída de la amplitud del CMAP del nervio rectal inferior derecho. PESS con retraso de la latencia y caída de la amplitud al estimular nervio tibial posterior y clitoroideo derechos. La paciente inició tratamiento corticoideo sin mejoría, se administró IGIV con espectacular mejoría y posterior empeoramiento a los 3 meses y nueva mejoría tras segundo ciclo de IGIV.

Conclusión: Las formas locoregionales representan el 1% de las variantes de CIDP. Se trata de un probable caso de poliradiculitis sacra asimétrica (predominante S1 y S2) en forma de síndrome de cola de caballo de carácter inflamatorio crónico como forma focal de CIDP.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A INFECCIÓN POR LEPTOSPIRA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nieves Castellanos, C.; Campins Romeu, M.; Argente, H.; Morales, L.; Sevilla Mantecón, T.; Bataller Alberola, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: La leptospirosis es una zoonosis rara en nuestro medio. Suele presentar una primera fase leptospirémica y una segunda autoinmune, siendo lo más frecuente la meningitis aséptica o la patología ocular como uveítis. En un 25% ambas fases ocurren simultáneamente.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Un hombre de 55 años, agricultor de cultivos de arroz, consultó en urgencias por mialgias, enrojecimiento ocular, disfonía, debilidad en miembros, parestesias en manos, y fiebre de 39ºC. La exploración general mostraba esplenomegalia e ictericia. El examen neurológico mostraba una voz hipofónica, debilidad con predominio de afectación distal en miembros superiores y proximal en miembros inferiores, y una arreflexia generalizada. Se detectó insuficiencia renal en la analítica de urgencias. Se sospechó infección leptospirósica y se inició tratamiento con penicina i.v. En los días sucesivos presentó debilidad bulbar progresiva e insuficiencia respiratoria restrictiva por lo que precisó ingreso en cuidados intensivos y ventilación asistida. Un EMG mostró datos compatible con polirradiculoneuropatía sensitivomotora aguda con bloqueos distales. Un estudio de LCR mostró disociación citoalbuminológica. Se detectó en suero IgM anti-Leptospira con IgG negativa y DNA de Leptospira mediante PCR. Tras estos hallazgos se inició tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas a altas dosis, con mejoría clínica progresiva. Los anticuerpos antigangliosidos fueron negativos.

Conclusión: La leptospirosis es una infección sistémica con expresión muy variable, desde un cuadro pseudogripal al síndrome de Weil (ictericia, insuficiencia renal y diátesis hemorrágica). Puede tener complicaciones inmunológicas asociadas, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré. Es importante considerar esta infección en algunas áreas como el levante español y Andalucía.

GANGLIONOPATÍA SENSITIVA FOCAL DEL MSD

Herrera García, J.D.; Guillén Martínez, V.; Andreo Jiménez, F.J.; Carvajal Hernández, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar un caso de ganglionopatía sensitiva dorsal de carácter focal del segmento cervical derecho afectando únicamente a nivel distal de la mano derecha.

Material y métodos: Estudio clínico, analítico, neurofisiológico incluida neurografía sensitiva, motora, ondas F, PESS y de neuroimagen craneal, cervical y plexular incluida tactografía cervical del paciente.

Resultados: Varón de 46 años sin antecedentes que presenta disminución de la sensibilidad en mano derecha desde hace 6 años con progresión muy lenta abarcando toda la mano hasta condicionarle dificultad manipulativa. En la exploración presenta una hipoestesia termoalgésica e hipopalestesia en todo el MSD hasta hombro. Arreflexia de estiloradial, bicipital y triccipital derechos. No presenta amiotrofia ni déficit motor. En el estudio neurofisiológico encontramos ausencia de respuesta en nervios sensitivos mediano, cubital, radial y antebraquial cutáneo medial derechos con neurografía motora normal y onda F desde nervio mediano y cubital derechos con aumento de latencia, cronodispersión y baja persistencia. RM cra-

neal, cervical, de plexo braquial y RM de 3T con tactografía medular cervical sin hallazgos patológicos. Estudio analítico incluida autoinmunidad y anticuerpos onconeurnales sin alteraciones.

Conclusión: Se trata de un paciente con una ganglionopatía sensitiva focal del segmento cervical bajo derecho que tras 6 años de evolución permanece restringida al MSD. Causa idiopática tras estudio etiológico. Si bien las neuronopatías sensitivas tienen característicamente un debut asimétrico o parcheado, en la evolución posterior típicamente la afectación se hace bilateral llegando a afectar las cuatro extremidades. La presentación y persistencia de la afectación tan focal o parcheada es muy poco frecuente como se refleja en la literatura.

ESPECTRO CLÍNICO DE LA "VCP-OPATHY": A PROPÓSITO DE UN CASO Y SU HISTORIA FAMILIAR

Fernández Pérez, M.J. [1]; Castro Vilanova, M.D. [2]; Labandeira Guerra, C. [3]; Martínez Hervés, H. [1]; Bello Otero, L. [1]; Dieguez Varela, C. [4]; San Millán Tejado, B. [5]; Barros Angueira, F. [6]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 2. Servicio de Neurología. Hospital Do Meixoeiro; 3. Servicio de Neurología. Hospital Xeral de Vigo; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 5. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 6. Unidad de Medicina Molecular. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivos: Presentar un caso incluido dentro del espectro clínico de las "VCP-opathy".

Material y métodos: Describimos datos clínicos, analíticos, neurofisiológicos, biopsia y genética de una paciente en la que coexisten datos de miopatía y neuropatía, con mutación en gen de la valosina y antecedentes familiares relevantes.

Resultados: Mujer de 39 años que consulta por sensación de debilidad en miembros inferiores, sobre todo al subir escaleras, sin objetivarse hallazgos en la exploración neurológica inicial. Tío paterno fallecido por ELA. Tía materna y madre con alteraciones de la marcha fallecidas sin un diagnóstico firme. Durante el seguimiento la paciente presentó un empeoramiento clínico progresivo y objetivándose en las exploraciones paresia proximal progresiva en miembros inferiores y superiores con REM vivos, sin amiotrofias ni fasciculaciones sugestivos de miopatía. Sucesivos electromiogramas muestran datos de miopatía aunque la biopsia muscular signos de atrofia neurógena con rimmed vacuoles. Sin quejas cognitivas se realizó estudio neuropsicológico con bajo rendimiento de funciones ejecutivas. El estudio genético detectó mutación del gen VCP (c.G6464A).

Conclusión: Mutaciones en VCP (valosin containing protein) se han relacionado con un raro trastorno hereditario con gran variedad fenotípica entre las que se incluyen miopatía por cuerpos de inclusión, enfermedad de Paget, demencia frontotemporal y esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Dentro del espectro clínico de "VCP-opathy" se han descrito algunos pacientes en los que coexistían miopatía y neuropatía periférica como sucede en nuestro caso. Debemos considerar el análisis de VCP en pacientes con clínica sugestiva de miopatía e historia familiar de patología que pudiera estar incluida en el espectro de mutaciones en VCP.

Enfermedades Neuromusculares P5

RESULTADOS CLÍNICOS DE LOS ENSAYOS DE ATALURENO EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE DEBIDA A MUTACIÓN SIN SENTIDO (DMDMSS)

Vílchez Padilla, J.J. [1]; Nascimento, A. [2]; Muelas, N. [1]; Ortez, C. [2]; Luo, X. [3]; Elfring, G. [3]; Riebling, P. [3]; Ong, T. [3]; Spiegel, R. [3]; W Peltz, S. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; 2. Servicio de Neuropediatria. Hospital de Sant Joan de Déu; 3. Servicio de Clinical Development. PTC Therapeutics

Objetivos: Presentación de los resultados de los ensayos clínicos de Atalureno en pacientes con DMDmss. Atalureno actúa en la DMDmss, sorteando la lectura ribosomal de los codones de parada prematura, produciéndose distrofina de longitud normal

Material y métodos: Análisis de los resultados de eficacia, tolerabilidad y seguridad de los ensayos clínicos fase 2 y 3. Los estudios fueron aprobados por los CEICs de los centros participantes y los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados: Ensayo Fase 2a (N=38) demostró un incremento en la expresión de la distrofina en biopsias musculares de pacientes que recibieron Atalureno después de 28 días de tratamiento. Ensayo Fase 2b (Ensayo aleatorizado, controlado – ECA) (N=174), de 48 semanas de duración, en el cual se objetivó un efecto del tratamiento en la prueba de marcha de seis minutos (PM6M) así como en las escalas funcionales y otras pruebas de función física en los pacientes tratados con Atalureno, especialmente en la fase de declive de ambulación. Estudio abierto evaluando seguridad (N=108) y seguridad/eficacia a largo plazo (N=94). Ensayo Fase 3 (ACT DMD) (N=228), cuyo criterio de valoración principal fueron cambios en la PM6M durante 48 semanas. Los resultados del ACT DMD mostraron un efecto favorable del tratamiento con Atalureno, especialmente en pacientes con valor basal de la PM6M de 300-400 metros. Atalureno fue bien tolerado en todos los estudios

Conclusión: Los resultados de los estudios demuestran que Atalureno permite sortear la lectura de mutaciones sin sentido, produciendo distrofina funcional y retrasando la progresión de la enfermedad en pacientes con DMDmss

PARAMIOTONÍA CONGÉNITA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Martinez Rodríguez, L. [1]; García-Cabo Fernández, C. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Suárez Santos, P. [1]; García Rúa, A. [1]; Castañón Apilánez, M. [1]; Ameijide Sanluis, E. [1]; Cela Galván, J. [2]; Fernández Menéndez, S. [1]; Álvarez Martínez, V. [3]; Carvajal Garcia, P. [4]; Oliva Nacarino, P. [1]; Moris de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurogenética. Hospital Universitario Central de Asturias; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La paramiotonía congénita (PMC) es un trastorno neuromuscular infrecuente autosómico dominante secundario a mutaciones a nivel del gen del canal de sodio SCN4A. Su principal rasgo distintivo frente al resto de cuadros miotónicos consiste en el agravamiento de los síntomas con el ejercicio físico o el frío. Nuestro objetivo es describir los casos de PMC diagnosticados en el Principado de Asturias.

Material y métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de los casos de PMC diagnosticados en un hospital de tercer nivel entre los años 2011 y 2016.

Resultados: Se recogen datos de 11 individuos (54% mujeres) con edades comprendidas entre los 11 y 73 años pertenecientes a cuatro familias. Seis presentan clínica de paramiotonia y en el 83% ésta se inició durante la infancia. El resto se encuentran asintomáticos. La presencia de mialgias y contracturas musculares frecuentes en tres pacientes ha llevado a ensayar tratamiento con carbamazepina presentando respuesta clínica incompleta. El estudio neurofisiológico mostró frecuentes descargas miotónicas y pseudomiotónicas con PUMs normales y un test corto de ejercicio (TCE) con exposición al frío evidenció valores de incremento/decremento de la respuesta en rango patológico. Los estudios genéticos identificaron mutaciones en el gen SCNA4 a nivel de

p.Thr1313Met en tres individuos, p.Arg1448Cy en siete y uno en p.Val1445Met.

Conclusión: En pacientes jóvenes con miotónia clínica y eléctrica, la realización de test neurofisiológicos dirigidos como el TCE tras exposición al frío orientará el diagnostico de PMC siendo necesaria la confirmación genética posterior. En caso de repercusión funcional puede ser beneficioso el uso de fármacos como la carbamazepina.

DIPLEJÍA FACIAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Alungulese, A.L. [1]; Traba Lopez, A. [1]; Catalina Alvarez, I. [2]; Muñoz Blanco, J.L. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Describir características clínicas y neurofisiológicas en un caso de diplejía facial como variante del síndrome de Guillain-Barré

Material y métodos: Varón de 16 años con cuadro agudo de diplejía facial acompañado de disgeusia, precedido por episodio de gastroenteritis. La exploración neurológica no objetiva debilidad en otros territorios, ni alteraciones de la sensibilidad, ROTs conservados Estudios neurofisiológicos seriados (a los 4 días y controles 1, 2 y 6 meses): conducción nerviosa del nervio facial con estimulo eléctrico mastoideo y con estimulo magnético transcraneal (EMT), reflejo de parpadeo (RP), conducciones nerviosas periféricas sensitivas y motoras en miembros superiores e inferiores, estudio de ondas F, electromiograma de musculatura facial y extremidades. Screening inmunológico, serológico, análisis LCR.

Resultados: Análisis LCR: disociación albumino-citológica. El estudio neurofisiológico inicial muestra lesión del nervio facial bilateral, con componente desmielinizante con bloqueo de conducción (BC) proximal de grado muy severo en RP y EMT. Resto de conducciones nerviosas periféricas normales. El primer control objetiva progresión en los signos de desmielinización proximal del nervio facial bilateralmente con aumento de BC en EMT, así como alargamiento de latencias distales de nervios motores en extremidades inferiores, aunque funcionalmente hay gran mejoría. Los siguientes controles muestran normalización de conducciones nerviosas motoras de miembros inferiores y del nervio facial, con desaparición progresiva de BC en EMT facial.

Conclusión: La diplejía facial se considera una variante poco frecuente del síndrome de Guillain-Barré. Queremos destacar la gran utilidad de la EMT para estudio del nervio facial en sus segmentos proximales donde habitualmente se localizan las principales alteraciones funcionales de este nervio

SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER (SPT) CON AFECTACIÓN FRÉNICA BILATERAL

Corujo Suárez, M. [1]; Filgueira, M. [1]; Conde, E. [1]; Villarreal, E. [1]; Gassent, M.D.C. [2]; Moll, A. [2]; Mas, A. [2]; Picado, M.J. [2]; Miralles, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: El SPT se caracteriza por una afectación del plexo braquial, presentándose clínicamente como omalgia aguda, paresia y amiotrofia. Ocasionalmente, puede existir afectación frénica unilateral o, excepcionalmente, bilateral. Describimos un paciente en el que el SPT debutó con una parálisis frénica bilateral, con posterior aparición de dolor y debilidad braquial, lo que permitió realizar el diagnóstico.

Material y métodos: Varón de 26 años, sin antecedentes de interés, quien, tras dos días de febrícula y artromialgias, consulta por dolor pleurítico en hemitórax derecho, detectándose radiológicamente una parálisis diafragmática derecha. Posteriormente apareció dolor de características neuropáticas en el hombro derecho y, 24 horas después, ortopnea causada por una parálisis frénica bilateral detectada mediante ecografía. Se inicia tratamiento con megadosis de metilprednisolona endovenosa, con pauta descendente posterior, gabapentina y VMNI nocturna, con mejoría sintomática, aunque se observa el desarrollo de una debilidad 4/5 en la abducción del brazo y una leve escápula alada derecha.

Resultados: Los análisis fueron normales mientras que las pruebas de función respiratoria mostraron un patrón restrictivo. Electromiograficamente se observó una masiva pérdida de unidades motoras en el deltoides derecho. En la resonancia magnética se constató la presencia de una hiperintensidad en T2 y STIR del plexo braquial.

Conclusión: El SPT puede iniciarse con afectación frénica por lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la parálisis diafragmática. El tratamiento con megadosis de metilprednisolona endovenosa parece mejorar el dolor, aunque aún se desconoce su efecto real sobre el curso de la enfermedad.

ALTERACIÓN DE LA RESPUESTA SUDOMOTORA Y VARIANTES FENOTÍPICAS DEL SÍNDROME DE ROSS

Yagüe Jimeno, S. [1]; Aceituno González, A. [2]; Veciana de las Heras, M. [3]; Mas Sala, N. [4]; Morollón Sánchez-Mateos, N. [2]; Juliá Palacios, N. [2]; Sotoca Fernández, J. [2]; Pedro Pérez, J. [3]; Povedano Panadés, M. [3]; Belvis Nieto, R. [2]; Kulisevsky Bojarski, J. [2]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. USP Institut Universitari Dexeus; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirón-Dexeus; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge; 4. Servicio de Neurología. USP Institut Universitari Dexeus

Objetivos: Presentar a través de 4 casos clínicos con alteración de la sudoración variantes fenotípicas del síndrome de Ross y sus distintos modos de expresión disautonómica.

Material y métodos: Presentamos los casos de 4 pacientes. Paciente 1 mujer de 54 años afecta de anhidrosis y disminución de la coloración hemifacial, en extremidad superior y hemitórax derechos. Paciente 2 varón de 52 años afecto de hipohidrosis de la extremidad superior derecha y arreflexia en las extremidades inferiores. Paciente 3 mujer de 56 años afecta de hipohidrosis que preservaba la zona lumbar y una disminución del reflejo aquíleo izquierdo. Paciente 4 varón de 43 años con hipohidrosis, hipersudoración compensatoria D5-D10 y pupila de Adie izquierda.

Resultados: El registro de la respuesta simpático cutánea (RSS) evidenció ausencia de respuesta en la extremidad superior derecha en los pacientes 1 y 2 y ausencia de RSS en las cuatro extremidades en los pacientes 3 y 4. El paciente 4 presentaba una variabilidad R-R levemente alterada y una polineuropatía axonal sensitiva. Los estudios analíticos, la RMN craneocervical y el TAC cervicotorácico no mostraron alteraciones significativas. Los pacientes 1 y 2 se hallaban afectos de un síndrome de Arlequín, la paciente 3 de un síndrome de Ross incompleto y el paciente 3 de un síndrome de Ross clásico.

Conclusión: La alteración de la función sudomotora del síndrome de Ross puede presentar variantes en su expresión dependiendo de la distribución, extensión y grado de afectación de las fibras nerviosas simpáticas, parasimpáticas, mielinizadas y los signos de denervación ocular autonómica.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTO CON TAFAMIDIS EN POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF). EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER

Balsalobre Rodriguez, M. [1]; Arbós Barber, C. [1]; Risueño Aparicio, M. [1]; Usón Martín, M. [1]; Figuerola Roig, A. [1]; Montalá Reig, C. [1]; Descals Moll, C. [1]; Cisneros-Barroso, E. [2]; Buades, J. [2]; Gallego, C. [2]; Raya, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer

Objetivos: Tafamidis es el único tratamiento médico en la actualidad indicado en pacientes no transplantados con amiloidosis hereditaria por TTR con polineuropatía (AhTTR-PN), en estadíos iniciales de la enfermedad. Evaluamos experiencia de un año de tratamiento con Tafamidis en pacientes con PAF.

Material y métodos: Se realizó evaluación basal y posteriormente semestral a los 7 pacientes que iniciaron tratamiento. El protocolo de estudio incluía recogida de síntomas clínicos, exploración física general y neurológica, análisis (hemograma, función renal, hepática y tiroides), ENG y escala NIS.

Resultados: El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento varía desde 2 meses a 4 años. Ninguno de los pacientes tratados ha presentado efectos adversos. La puntuación de la escala NIS a los 6 y a los 12 meses (únicamente valoración en 2 pacientes) es igual o ha disminuido en todos los pacientes excepto en uno (exclusión estudio por cambio de tratamiento). Los electro-neurogramas realizados no mostraban diferencias significativas.

Conclusión: Los pacientes con PAF en estadíos iniciales tratados con Tafamidis presentan estabilización de los síntomas en un 71% de los casos, por lo que podemos considerarlo como una alternativa segura al trasplante hepático en dicha enfermedad.

OFTALMOPARESIA ASOCIADA A AC GT1A EN PACIENTE CON NEUROLÚES

Villagran García, M. [1]; López Madrona, J.C. [2]; Reyes Bueno, J.A. [2]; Ruiz Mesa, J.D. [2]; García Trujillo, L. [2]; Castro Sánchez, V. [2]; Bustamante Toledo, R. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Los anticuerpos anti GT1a son anticuerpos antigangliósidos asociados con polineuropatía desmielinizante tipo Miller Fisher o Guillain-Barré, con afectación fundamentalmente orofacial y disfagia. Presentamos el caso de un paciente con oftalmoparesia y polineuropatía desmielinzante con Ac Anti GT1a y criterios de neurolúes probable.

Material y métodos: Describimos el caso de un paciente con Anti GT1a y serología a lúes y revisamos la literatura al respecto.

Resultados: Varón de 36 años que consulta por oftalmoparesia con afectación de sexto par izquierdo. Presenta LCR con presión ligeramente (24 cm H20) elevada, 8 leuocitos y proteínas elevadas (93) sin consumo de glucosa, así como síntesis intratecal de bandas oligoclonales y serología a Lúes positiva en sangre y LCR (FTA +, VDRL -). También presenta anticuerpos anti GT1a. En las pruebas neurofisiológicas se objetiva polineuropatía desmielinizante en miembros superiores. El tratamiento con inmunoglobulinas y penicilinas mejoró parcialmente la alteración de LCR, sin cambios en su situación clínica.

Conclusión: Hasta donde hemos revisado, no hemos encontrado una asociación documentada entre los anticuerpos antiGT1a y la neurolúes. En nuestro paciente se plantea que se trate de una neurolúes con la aparición de anticuerpos antiGT1a como fenómeno disinmune, así como la asociación de este anticuerpo con afectación de pares craneales oculomotores, hallazgos no descritos hasta donde conocemos.

HIPEREXCITABILIDAD NERVIOSA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME MICHAELIS-MANZ

Altuna Azkargorta, M. [1]; Torné Hernández, L. [1]; Pabon Meneses, R.M. [2]; Martín Bujanda, B. [2]; Mariscal Aguilar, C. [3]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Navarra; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: La enfermedad de Michaelis-Manz, patología muy infrecuente, englobada entre los síndromes familiares de hipomagnesemia con hipercalciuria, nefrocalcinosis e insuficiencia renal progresiva; tubulopatías infrecuentes de herencia autosómica recesiva. Mayoría de los casos son por mutaciones en el gen CLDN16 y CLDN19 que codifican para claudinas, proteínas estructurales encargadas de modular el transporte de Magnesio y Calcio en los túbulos renales. Presentan afectación ocular variable desde miopía, maculopatía, nistagmus a pérdida de agudeza visual. Descrita asociación con intolerancia al ejercicio con dolor, debilidad y alteraciones electromiográficas similares a canalopatías de Calcio/Potasio. Se presenta un caso de Síndrome de Michaelis-Manz con clínica sensitiva e hiperactividad muscular.

Material y métodos: Mujer de 23 años con diagnóstico de enfermedad de Michaelis-Manz con mutación homozigota en el exón 1 del gen CLDN19, presenta parestesias en ambos codos sin corresponder a territorio radicular y contractura dolorosa involuntaria esporádica en eminencia tenar de ambas manos. En la exploración física se objetiva nistagmus bilateral, no miotonías ni tetania.

Resultados: Electroneurograma normal. El electromiograma muestra aumento de la actividad espontánea tras isquemia, con presencia de descargas de potenciales de acción de unidad motora agrupados en dipletes o tripletes.

Conclusión: La enfermedad de Michaelis-Manz además de las manifestaciones renales y alteraciones hidroelectrolíticas secundarias, también presenta sintomatología extrarrenal: ocular con o sin alteración de la agudeza visual, y sintomatología neuromuscular como la intolerancia al ejercicio o hiperactividad muscular como nuestra paciente. Dichas anomalías incluso pueden persistir tras normalización de alteraciones hidroelectrolíticas planteando el rol de las claudinas expresadas en las células de Schwan de los nervios periféricos.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE FULMINANTE SIMULANDO UN SINDROME DE LOCKED-IN

García-Cabo Fernández, C. [1]; García Rua, A. [1]; Carvajal García, P. [2]; Suárez Sanmartin, E. [1]; Villafani Echazú, J. [1]; García Arias, B. [3]; Morís de la Tassa, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Medicina. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La incidencia del síndrome de Guillain Barre (SGB) es baja, y su presentación en su forma fulminante simulando un síndrome de locked-in (SLI) es infrecuente. Esta manifestación atípica puede llevar a errores en el diagnóstico y retrasos en el incio del tratamiento. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y neurofisiológicas de una paciente con esta forma peculiar de SGB.

Material y métodos: Mujer de 58 años con antecedentes de hipertrigliceridemia e hipertensión arterial. Debuta con un cuadro progresivo de glosodinia y pie caído derecho evolucionando en pocas horas hacia una tetraparesia fláccida con neuropatía craneal múltiple y abolición de reflejos de tronco a excepción del reflejo pupilar.

Resultados: Una TC craneal con secuencias angiográficas fue normal, también el análisis del líquido cefalorraquídeo y las analíticas sanguíneas extensas realizadas. El primer estudio neurofisiológico realizado a las 48 horas del inicio de la clínica, mostró signos de polirradiculopatía aguda. A pesar del tratamiento precoz con inmunoglobulinas endovenosas y plasmaféresis, la paciente

evolucionó a parada cardiorrespiratoria con encefalopatía anóxica y mal pronóstico vital.

Conclusión: El SGB fulminante puede manifestarse clínicamente como un SLI de origen periférico llegando a simular situaciones de muerte encefálica. Dada la rápida instauración de sus síntomas, en ocasiones no se manifiesta de manera típica, y su sospecha diagnóstica es tardía. Como causa tratable, es importante recordar el SGB en el diagnóstico diferencial del coma.

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE 80 CASOS DE ENFERMEDAD DE MOTONEURONA EN ASTURIAS

García-Cabo Fernández, C. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; García Martínez, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Las enfermedad de motoneurona de causa degenerativa(EMN)comprende una serie de enfermedades de causa desconocida.Tiene una incidencia estimada de1/100000habitantes y en la mayoría de los casos es esporádica.La edad de presentación es entre los40y60años y se ha descrito que su incidencia disminuye con la edad.Varios factores de riesgo como la exposición a metales pesados(EMP), fracturas óseas(FO)o la realización de ejercicio se han relacionado con un mayor riesgo a padecer EMN.Nuestro objetivo es realizar una descripción demográfica y clínica de una cohorte de pacientes con EMN.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes vivos atendidos en la consulta monográfica de EMN del Hospital Central de Asturias a partir de Junio de2014. Se realizó una búsqueda retrospectiva y prospectiva de los datos demográficos y clínicos de los mismos.Los resultados se compararon con los equivalentes en la población asturiana general.

Resultados: Se estudiaron80pacientes(61% de varones)con una edad media de presentación de57,5 años. La incidencia estimada de EMN en Asturias es1/100000habitantes/año. El41%de los pacientes presentaron atrofia muscular progresiva y el 31%esclerosis lateral amiotrófica como síndrome clínico.El11%de los pacientes tenía antecedentes familiares de enfermedad motora. El52.8% de los pacientes llevaban una vida sedentaria y el25%había presentado1o más FO.El15,2%podría haber tenido EMP por razones profesionales.El servicio medico de primera atención de los pacientes fue Neurología en la mayoría de los casos con un retraso diagnostico medio de19meses.

Conclusión: El presente trabajo analiza en detalle y de forma extensa una serie amplia de pacientes con EMN cubriendo todos los aspectos de la enfermedad como son epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico y evolución.

Epilepsia P1

CARACTERÍSTICAS ELECTRO-CLÍNICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN UNA CONSULTA DE EPILEPSIA

Ojeda Ruiz de Luna, J.; Gutiérrez-Gutiérrez, G.; Abenza Abildúa, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos: La epilepsia es un fenómeno frecuente en los pacientes con Síndrome de Down (SD). La mayoría de los estudios descriptivos en esta población de pacientes se realiza en pacientes pediátricos y adolescentes.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente las características clínicas y neurofisiológicas de los pacientes adultos diagnosticados de SD(<18a) consecutivamente en la consulta de epilepsia de un hospital secundario(2009-2015).

Resultados: 9 pacientes. Edad media 35,7a (DE:6). Varones:3/9. Media años con epilepsia: 19. Motivo de consulta: Mal control crisis:5/9. Confirmación de diagnóstico:4/9. Diagnósticos: Epilepsia lobar:6. Epilepsia generalizada:1. Fenómenos paroxísticos no epilépticos:2 Etiología Criptogénica: 7/7. Comorbilidades: 2/9 cardiopatía estructural. 3/9 comorbilidad psiquiátrica(ansiedad). Grado de integración laboral: Centro especial:2/9. Empresa:2/9. No inclusión laboral:5/9. Lugar de residencia: Institucionalización 7d/24h: 3/9. Centro ocupacional:3/9. Domicilio particular:6/9. Piso tutelado:1/9. Antecedentes espasmos infantiles:2/7. Crisis febriles atípicas:2/7. Inicio de epilepsia. Antes de 1año vida: 3/7. 1-12a:2/7. >12a:2/7. Semiología de las crisis. Focales complejas: 6/7. Focales secundariamente generalizadas:2/7. Crisis TC generalizada:1/7. Tratamiento: Buen control con monoterapia(VPA ambos):2/7. Epilepsia farmacorresistente:5/7. Biterapia:3/7. Triterapia:2/7. FAE ensayados de media:7(DE:4). Un paciente fallecido de status epiléptico convulsivo generalizado. Neurofisiología/ Patrón EEG intercrítico:7/7. Anomalías epileptiformes:6/7. Puntas u ondas agudas focales: 6/7. Generalizadas: 1/7. Lentificación focal:6/7. Lentificación generalizada:1/7. Pacientes con eventos no epilépticos:2/9(diagnóstico-videoEEG). Ambos presentaban la mayor integración social/laboral de la serie.

Conclusión: La epilepsia en pacientes con SD supone un reto diagnóstico, dada la alta prevalencia de eventos no epilépticos. La epilepsia en estos pacientes es con frecuencia farmacorresistente. Las anomalías epileptiformes son la norma en los pacientes SD con epilepsia.

ESTUDIO ESLI-ATLÁNTICO: RESULTADOS DE ESLICARBAZEPINA EN EPILEPSIA FOCAL A 12 MESES EN GALICIA

Rodríguez Osorio, X. [1]; López González, F.J. [2]; Rubio Nazábal, E. [3]; Abella Corral, J. [4]; Puy Núñez, A. [5]; Puente Hernández, M. [2]; Corredera García, E. [2]; González Ardura, J. [6]; Pérez Lorenzo, G. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago; 3. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos; 5. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario de Pontevedra; 6. Servicio de Neurología. Hospital de Calde

Objetivos: La eslicarbacepina es un fármaco antiepiléptico aprobado como tratamiento coadyuvante para crisis focales sin y con generalización secundaria (C2G). Analizamos la experiencia en práctica clínica habitual en nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (inclusión entre junio de 2014-enero de 2016) de pacientes con epilepsia focal tratados con eslicarbacepina. Presentamos resultados de eficacia y seguridad a 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron N=170 pacientes (N=136, N=106 y N=82 con seguimiento a 3, 6 y 12 meses). El 52.4%/N=89 eran varones. La edad mediana fue de 47 [34,60] años. La epilepsia se inició a los 25 [10,44] años. N=66/38.8% pacientes presentaban C2G. Resultó eficaz en N=75 (56.39%), N=63 (60%) y N=44 (54.32%) a 3, 6 y 12 meses, estando N=40 (30.07%), N=35 (33.33%) y N=29 (35.8%) completamente libres de crisis a 3, 6 y 12 meses respectivamente. La adherencia fue de 92.42%, 96.08% y 97.5% para cada grupo. Hubo N=19, N=9 y N=5 retiradas y N=35 (25.73%), N=13 (12.26%) y N=7 (8.54%) pacientes presentaron efectos adversos a 3, 6 y 12 meses. El más frecuente fue el mareo. N=5 (4.72%) fueron considerados graves (2 hiponatre-

mias, 2 náuseas-vómitos, 1 somnolencia) a 3 meses, ninguno de ellos fatal. No se detectó ningún otro efecto adverso grave en el seguimiento. N=29 (76.32%), N=19 (67.86%) y N=15 (60%) quedaron libres de C2G en el seguimiento.

Conclusión: Nuestro estudio muestra un buen perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad. Ello convierte a ESL en una opción muy atractiva para el tratamiento de epilepsias focales en terapia añadida.

EXPERIENCIA CLÍNICA DEL ACETATO DE ESLICARBAZEPINA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL

Díaz de Terán Velasco, F.J.; Calle de Miguel, C.; Alonso Singer, P.; Ivañez Mora, V.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz

Objetivos: El acetato de eslicarbazepina (ESL) es un antiepiléptico de la familia de las carboxamidas con importantes ventajas respecto a sus predecesores, que ha mostrado eficacia como terapia adyuvante en epilepsia focal. Nuestro objetivo es evaluar eficacia y tolerabilidad de ESL en monoterapia en pacientes con epilepsia focal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 38 pacientes con epilepsia focal tratados con dosis de 800-1600mg. Evaluación en las visitas de inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses

Resultados: 38 pacientes. 22 mujeres (57,9%). Edad media (DE) 47,9 (17,9). Epilepsia sintomática 21 (55,3%) criptogénica el resto. Epilepsia lóbulo temporal 24 (63,2%), del lóbulo frontal 8 (21,1%) el resto 6 (15,9%) lóbulo parietal, o indeterminado. Media crisis al año (DE) 5,76 (5,18). 36 (94,73%) habían tomado otro/s antiepilépticos. 10 (26,3%) eran switch de otras carboxamidas. Dosis media 957,9+/-255,57mg. Tasa de retención a 3,6,9 y 12 meses de 97,4%, 89,5%, 81,6% y 81,6% respectivamente. Los pacientes libres de crisis a 3,6,9 y 12 meses fueron 89,2%, 75%, 55,9% y 51,6% respectivamente. Tasa de respondedores (reducción ≥50%) a los 3,6, 9 y 12 meses fueron 84,2%, 70,3%, 52,9% y 45,5% respectivamente. 47,4% presentaron efectos adversos, generalmente (42,1%) leves y transitorios y 2 tuvieron que suspenderlo. 32 (84,2%) consideraron que la toma única diaria mejoraba su adherencia terapéutica.

Conclusión: Nuestra experiencia sugiere que ESL en monoterapia es una buena opción en el tratamiento de la epilepsia focal dada su eficacia y buena tolerancia. Además, su posología contribuye a mejorar la adherencia terapéutica.

EXPERIENCIA CLÍNICA DE LACOSAMIDA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL

Díaz de Terán Velasco, F.J.; Calle de Miguel, C.; Alonso Singer, P.; Ivañez Mora, V.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz

Objetivos: Lacosamida (LCM) es un fármaco antiepiléptico que favorece la inactivación lenta de los canales de sodio voltaje dependientes y ha mostrado eficacia como terapia adyuvante en epilepsia focal. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y tolerabilidad de LCM en monoterapia en pacientes con epilepsia focal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 26 pacientes tratados en monoterapia con dosis de 200-600mg. Evaluación en las visitas de inicio, a los 3, 6, 9 y 12 meses

Resultados: 26 pacientes. 13 mujeres (50%). Edad media (DE) 42,3 años (16,3). Epilepsia sintomática 18 (69,2,3%) criptogénica el resto. Evolución 4,9 años (3,5). Epilepsia lóbulo temporal 17 (57,7%), 9 (34,6%) lóbulo frontal, resto otros o lóbulo indeterminado. Media de crisis al año (DE) 4,19 (5,26). Todos tomaron otro/s antiepilépticos y 13 (50%) los habían suspendido por efectos adversos (EA). Dosis media 276,9+/-81,5mg. Tasa de retención a 3,6,9 y 12 meses de 100%, 96,2%, 92,3% y 92,3% respectivamente. Los pacientes libres de crisis a 3,6,9 y 12 meses fueron 100%, 96%, 80% y 68% respectivamente. La tasa de respondedores a los 3,6, 9 y 12 meses fueron 61,5%, 64,1%, 58,3% y 50% respectivamente. De los 9 pacientes que estaban libres de crisis pero realizaron cambio a LCM por EA del tratamiento previo, el 100% continuaron libres de crisis. 42,3% presentaron efectos adversos en su mayoría leves y transitorios.

Conclusión: Nuestra experiencia sugiere que LCM en monoterapia es una buena opción en el tratamiento de la epilepsia focal dada su gran eficacia y excelente tolerancia.

TRATAMIENTO HORMONAL EN EPILEPSIA CATAMENIAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Ostos Moliz, F.; Sánchez Tornero, M.; Blanco Palmero, V.A.; Simarro Díaz, A.; Saíz Díaz, R.A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La epilepsia catamenial consiste en un incremento cíclico del número de crisis comiciales durante fases particulares del ciclo menstrual en pacientes con epilepsia preexistente. Se han descrito tres patrones: C1 o perimenstrual, C2 o periovulatorio, y C3 o fase lútea inadecuada. Se relaciona con cambios cíclicos de los niveles de estrógenos (acción proconvulsionante) y progesterona (efecto anticonvulsionante). Se han propuesto diversos tratamientos, incluyendo incremento cíclico de FAEs, clobazam o acetazolamida. El tratamiento hormonal ha mostrado beneficio en pacientes con patrón C1.

Material y métodos: Exposición de dos casos.

Resultados: Caso 1: mujer de 34 años. Diagnosticada de fenilcetonuria maligna, encefalopatía fija con retraso psicomotor y epilepsia refractaria desde la infancia. Presenta ausencias atípicas, mioclonías multifocales y crisis tónico-clónicas generalizadas, con aumento claro de frecuencia durante la menstruación. Mantiene tratamiento con valproico, lamotrigina, clobazam, dieta, sapropterina, oxitriptán y levodopa. Se ensaya tratamiento con acetato de medroxiprogesterona (MAP) IM cada 12 semanas, con práctica resolución de las crisis. Caso 2: mujer de 27 años. Diagnóstico de encefalopatía fija hipóxico-isquémica connatal y epilepsia fármaco-resistente desde los 5 años. Presenta crisis parciales motoras en hemicuerpo izquierdo con generalización secundaria, así como crisis parciales complejas que cursan en racimos con incremento perimenstrual. Tratamiento con topiramato, lacosamida, primidona y valproico. Ciclos irregulares que impiden ajuste de medicación. Se inicia tratamiento con MAP, asintomática después 6 semanas.

Conclusión: El tratamiento con MAP es una alternativa farmacológica hormonal en la epilepsia catamenial, aplicable en pacientes sin deseos genésicos, especialmente en casos severos y en ciclos menstruales irregulares

ESTUDIO PEREAGAL: RESULTADOS DE PERAMPANEL COMO TERAPIA AÑADIDA PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIAS FOCALES TRAS 6 MESES DE SEGUIMIENTO

Rodríguez Osorio, X. [1]; López González, F.J. [1]; Lema Facal, T. [2]; Rubio Nazábal, E. [2]; Castro Vilanova, M.D. [3]; Pato Pato, A. [4]; Corredera García, E. [1]; Abella Corral, J. [5]; López Ferreiro, A. [1]; Lagorio, A. [1]; Pérez Lorenzo, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 3. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 4. Servicio de Neu-

rología. Hospital Povisa; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos

Objetivos: El perampanel es un fármaco antiepiléptico que actúa como antagonista no competitivo de los receptores AMPA del glutamato. Se emplea en el tratamiento de crisis focales sin y con generalización secundaria (C2G) y de crisis tónico-clónicas generalizadas primarias.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional a 1 año de pacientes con epilepsia focal tratados con perampanel en politerapia precoz (1-2 FAEs previos, 1-2 FAEs concomitantes) según práctica clínica habitual. Presentamos resultados preliminares a 3 y 6 meses.

Resultados: Se incluyeron N=64 pacientes (de ellos, N=20 con C2G). N=44 (N=12 con C2G) y N=27 (N=5 con C2G) alcanzaron 3 y 6 meses de seguimiento respectivamente. El 65.6% (N=42) eran varones. La edad mediana fue 46 [34,58] años, y el tiempo de evolución de epilepsia de 9 [3,23.75] años. La eficacia a los 3 meses fue del 59.52% (N=25), con N=6 (14.29%) de ellos libres de crisis, y N=9/12 (75%) pacientes libres de C2G. A 6 meses N=17 (62.96%) eran respondedores, con N=11 (40.74%) libres de crisis y N=4/5 (80%) libres de C2G, con una dosis media de 4 [4,6] mg/día. N=17 (38.64%) pacientes refirieron efectos adversos a 3 meses (uno considerado grave: irritabilidad que conllevó retirada) y N=10 a 6 meses (ninguno grave). Ninguno tuvo consecuencias fatales. Los más frecuentes fueron somnolencia e irritabilidad. Hubo cuatro retiradas a 3 meses y ninguna a 6 meses.

Conclusión: El empleo temprano de perampanel resulta eficaz, muy especialmente en el control de C2G. Se necesita un mayor seguimiento para verificar estos resultados.

EXPERIENCIA CON PERAMPANEL EN EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA

Calle de Miguel, C.A.; Diaz de Terán Velasco, F.J.; Frade Pardo, L.; Alonso Singer, P.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Perampanel (PER) es un antagonista no competitivo de los receptores AMPA, que ha mostrado eficacia como terapia adyuvante en epilepsia focal. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y tolerancia de PER en pacientes con epilepsia refractaria (ER).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ER y tratamiento con PER. Analizamos: características clínicas, síndrome epiléptico, frecuencia de crisis, dosis, tasa de retención y motivo de suspensión, respuesta clínica a los 3, 6, 9 y 12 meses, tratamientos concomitantes y efectos adversos

Resultados: 20 pacientes. Varones 11 (55%). Edad media (DE) 41.8 años (15.2). Epilepsia sintomática 14 (70%) criptogénica el resto. Media de evolución de epilepsia (DE): 27.6 años (11.4). 30% ENV y 10% otra cirugía de epilepsia. Media de antiepilépticos concomitantes: 4 (Levetiracetam, más frecuente). Media de crisis al año 145.95 (24-365). Tasa de retención a 3, 6, 9 y 12 meses de 100%, 85%, 70% y 60% respectivamente. Tasa de respondedores (reducción ≥50%crisis en los pacientes que mantienen el tratamiento) a 3, 6, 9 y 12 meses de 25%, 41.2%, 57.1% y 50% respectivamente. Dosis media en respondedores a 12 meses (DE), 9.67mg (2.3). 50% efectos adversos (EA), siendo el principal irritabilidad (5). Se suspendió PER por EA (4) e ineficacia (4). Dosis media al abandono del tratamiento por EA 4.67.

Conclusión: Nuestra experiencia sugiere que el tratamiento con PER es una buena opción en pacientes con ER, obteniendo una tasa de respuesta del 50% de los pacientes que continúan el tratamiento a 12 meses, con buena tolerancia y escasos efectos adversos

EXPERIENCIA CON PERAMPANEL EN PACIENTES CON EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE

Martínez Hervés, H. [1]; Pato Pato, A. [2]; Fernández Pérez, M.J. [1]; Labandeira Guerra, C.M. [1]; Bello Otero, L. [1]; Lorenzo Gonzalez, J.R. [2]; Bellas Lamas, P. [1]; Rodriguez Constenla, I. [2]; Cimas Hernando, I. [2]; Castro Vilanova, M.D. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 2. Servicio de Neurología. Hospital Povisa

Objetivos: Perampanel (PER) es un fármaco antiepiléptico (FAE), aprobado para la epilepsia focal en terapia coadyuvante. Analizamos su eficacia y seguridad en nuestra práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 66 pacientes con epilepsia focal farmacorresistente tratados con Perampanel en dos centros tras su autorización en España. Analizamos características demográficas y de la epilepsia, FAE utilizados, y respuesta y tolerancia a Perampanel. Se consideraron respondedores aquellos que presentaron una reducción en sus crisis > al 50%.

Resultados: El 62.1% eran mujeres. La edad media fue de 45,35 años (DE 14,001) y la media de evolución de la enfermedad de 26,17 años (DE 14). El 75.8% (50 pacientes) presentaban una epilepsia sintomática. 16 (24,2%) asociaban retraso mental y 19 (28,8%) patología psiquiátrica. Los pacientes habían probado una media de 8.48 FAE (DE 4,36) y tomaba una media de 2,62 (DE 1,004) que en el 34,8% eran inductores enzimáticos. En los 3 meses previos la media de crisis había sido de 31,4 (DE 28,684). El 43,94%, 40% y 40,42% de aquellos que completaron el tratamiento fueron respondedores, con libertar de crisis en el 4,5%, 11,6% y 8.5% de los casos a 3, 6 y 12 meses respectivamente. Un 50% refirieron efectos secundarios que en el 19.69% llevaron a la retirada del fármaco. Los efectos secundarios más más frecuentemente fueron mareo (19,69%), irritabilidad (16,67%) y somnolencia (15,15%).

Conclusión: Perampanel es una alternativa eficaz y segura en pacientes con epilepsia farmacorresistente siendo además escasamente relevantes sus efectos secundarios en cuanto a tolerabilidad y abandono del tratamiento.

EXPERIENCIA CLÍNICA CON BITERAPIA LEVETIRACETAM-LACOSAMIDA: UNA ALTERNATIVA RAZONABLE

Frade Pardo, L.; Calle De Miguel, C.; Díaz de Terán Velasco, F.J.; Alonso Singer, P.; Iváñez Mora, V.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: Levetiracetam(LEV) y Lacosamida(LCM) son fármacos antiepilépticos (FAE) de nueva generación con un perfil de seguridad favorable y que han mostrado eficacia en epilepsia focal (EF). Objetivo: Estudiar características clínicas, dosis, respuesta y efectos adversos (EA) de pacientes en tratamiento con biterapia LEV-LCM.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EF en tratamiento con biterapia LEV-LCM en una Unidad de Epilepsia. Variables: antecedentes, tipos de epilepsia, etiología, tipo de crisis, dosis de fármacos, respuesta, EA.

Resultados: 49 pacientes. 25 varones (51%). Edad media 40 años (±15,4). Media de evolución de epilepsia de 17,13 años (±14.9). Media de crisis año 1.55 crisis (± 1,4). Epilepsia sintomática 29 pacientes (59,2%).Tipo de epilepsia más frecuente: lóbulo temporal con 27 pacientes (54%). LEV fue el primer FAE en 33 pacientes (67,3%), siendo la dosis más usada 3000 mg (32 pacientes, 65,3%). La dosis de LCM más empleada (16 pacientes,

32,7%) fue de 400 mg. LCM consiguió mejoría en un 53% (26 pacientes). 5 pacientes presentaron EA (mareo, irritabilidad y debilidad), sin precisar suspender el tratamiento (90% pacientes sin efectos adversos). Un 45% de pacientes se mantuvo libre de crisis a los 12 meses.

Conclusión: Nuestra experiencia sugiere que la biterapia LEV-LCM es una opción atractiva en pacientes con EF dada su excelente tolerancia y gran eficacia con casi la mitad de pacientes libres de crisis. El uso de dos FAES de nueva generación con mecanismos de acción distintos podría explicar sus escasos EA favoreciendo además un mejor control de las crisis.

REVISIÓN DE PACIENTES CON CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Chavarria Cano, B. [1]; Sanchez Roldán, M.D.L.A. [2]; Astudillo, I.O. [2]; Galiano Fragua, M.L. [3]; Prieto Montalvo, J. [2]; Massot Tarrús, A. [3]

1. Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2. Servicio de Neurofisiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 3. Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Revisar las características clínicas, tipo de cirugía y evolución de los pacientes sometidos a cirugía de la epilepsia en el HGUGM.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes ingresados para monitorización vEEG en la Unidad de Epilepsia del HGUGM entre enero 2000 y abril 2016, seleccionándose aquellos que fueron operados. Se revisaron retrospectivamente sus características clínicas, electroencefalográficas, tipo de cirugía y evolución (libertad de crisis a los 6, 12,24 y 36 meses, clase funcional ILAE, déficits postquirúrgicos en el estudio neuropsicológico).

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (edad media 35±12.9 años). Un 82.7% tenían epilepsia del lóbulo temporal y 92% eran lesionales (52.2% esclerosis mesiales, 18.4% displasias y 20.3% tumores). El tiempo medio desde el inicio de la epilepsia hasta el estudio prequirúrgico fue de 20±13.5 años. El 64.8% de las intervenciones fueron lobectomías temporales anteriores, 12.6% amigdalohipocampectomías y 16.9% lobectomías frontales. Un 66.7% del total y un 72.7% de los sometidos a cirugía del lóbulo temporal, estaba libre de crisis al año de la cirugía. El 64.7% presentaba clase funcional 1-2 de la ILAE tras un seguimiento mediano de 3 años (rango 6-36 meses). Se retiró el tratamiento antiepiléptico en 11 pacientes, de los cuales 5 presentaron recurrencia de crisis. 16 (21.3%) presentaron empeoramiento de memoria verbal o visual, 7 de los cuales (43.7%) con lobectomía temporal izquierda.

Conclusión: Las epilépsias farmacorresistentes lesionales presentan buenas tasas de libertad de crisis y un bajo índice de déficits cognitivos, a pesar de que el tiempo hasta la derivación para estudio prequirúrgico es muy superior a lo deseable.

LESIONECTOMÍA RESECTIVA DE UNA DISPLASIA CORTICAL EN LAS PROXIMIDADES DE LA CIRCUNVOLUCIÓN ANGULAR IZQUIERDA CON EXCELENTES RESULTADOS

Cruz Tabuenca, H. [1]; Viloria Alebesque, A. [1]; García Arguedas, C. [1]; Sanabria Sanchinel, A.A. [1]; Vinueza Buitrón, P.R. [1]; Marquina Ibáñez, M.I. [2]; Fustero de Miguel, D. [3]; Mauri Llerda, J.Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet; 3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Las displasias corticales se reconocen como causa frecuente de epilepsia refractaria, candidatas a cirugía. Presentamos un caso de una paciente con una displasia cortical en las proximidades de la circunvolución angular izquierda, y afectada de epilepsia refractaria, que, tras una lesionectomía y un seguimiento de dos años, queda libre de crisis y sin secuelas.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente de 21 años con antecedentes de crisis parciales complejas de más de dos años de evolución, que han ido incrementándose en su frecuencia haciéndose diarias. En tratamiento con Levetiracetam 1000mg/12h y Lacosamida 100mg/12h. Se realizó RMN cerebral donde se objetivó lesión incidental cortical parietooccipital izquierda que fue calificada inicialmente como glioma de bajo grado. Se realizó cirugía resectiva de la lesión, filiándose definitivamente como displasia cortical en el estudio anatomopatológico.

Resultados: Tras la resección total de la lesión, la paciente quedó totalmente libre de crisis y sin secuelas significativas. Pudo descenderse gradualmente su medicación. Tras un seguimiento de dos años, los estudios mediante neuroimagen no evidencian restos de la lesión ni complicaciones posquirtúrgicas. Los EEG de control no muestran anomalías. Ahora en tratamiento con Levetiracetam 500mg/12h.

Conclusión: Estudios han demostrado que el mayor porcentaje de pacientes libres de crisis se dan en cirugía de la EMT, con un porcentaje ligeramente inferior en los focos extratemporales. Pese a ello, nuestra paciente, con foco extratemporal quedó totalmente libre de crisis. Por lo tanto, se debería considerar la cirugía de la epilepsia en este tipo de lesiones, ya de por sí refractarias, como una de las primeras opciones.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE PERAMPANEL COM PRIMER ADD ON TANTO EN CRISIS FOCALES Y GENERALIZADAS TÓNICO-CÓNICAS

Ayuga Loro, F.; Almansa Castillo, R.; Teijeira Azcona, A.; Layos Romero, A.; Cabeza Álvarez, C.; Marsal Alonso, C.; Pérez Molina, I.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de Perampanel como primer add on tanto en crisis focales como generalizadas tónico-cónicas.

Material y métodos: Estamos analizando en una serie de 20 casos diferentes variables de seguridad y eficacia a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento. En seguridad hemos recogido cualquier efecto adverso, con interrogatorio dirigido a los efectos adversos mas frecuentes asociados al fármaco. En eficacia hemos recogido el número de crisis que presentaba cada paciente en los 6 meses previos al inicio de la asociación de Perampanel y posteriormente en los periodos de tiempo comentados, de forma independiente para crisis focales y generalizadas. Los resultados se representarán como media (+/- error estandar) para las variables cuantitativas y número de pacientes (%) para las cualitativas.

Resultados: Un grupo de 12 varones y 8 mujeres han recibido una dosis de mantenimiento de perampanel entre 4 y 12 mgr, dos pacientes han suspendido el tratamiento por falta de eficacia, uno por efectos secundarios. En cuanto al control de crisis tenemos pendiente la realización del análisis estadístico definitivo ya que todavía hay pacientes en periodo de seguimiento.

Conclusión: La experiencia en el uso de Perampanel en combinación en el tratamiento de las crisis focales existe desde hace 4 años aproximadamente. Recientemente, la FDA lo ha aprobado en asociación para crisis generalizadas tónico-clónicas. Los estudios realizados incluyen pacientes que generalmente toman mas de un FAE. En este estudio analizamos principalmente la eficacia tanto para crisis focales como generalizadas en combinación con un solo fármaco, a diferencia de los estudios previos.

Epilepsia P2

HEMISFEROTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE EPILEPSIA FARMACORREFRACTARIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Baide Mairena, H.S.; Antonio Arce, V.S.; Ramirez Camacho, A.; Aparicio Calvo, J.; Sanmarti Vilaplana, F.; López Sala, A.; Candela Cantó, S.; García Fructuoso, G.; Rumia Arboix, J.; Ferrer Rodriguez, E.; Campistol Plana, J.

Servicio de Neurología. Hospital de Sant Joan de Déu

Objetivos: Describir las características clínicas pre- y post-operatorias y el control de crisis posterior a hemisferotomías realizadas en nuestro centro

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente variables clínicas, pre- y post-operatorias de 14 pacientes en quienes se realizó hemisferotomía como tratamiento de epilepsia farmacorrefractaria

Resultados: Edad al debut de epilepsia 36 IQR (0-36) meses. Seguimiento de 44 IQR (12-56) meses. Etiología: congénita: 6/14 (displasia cortical hemisférica), adquirida: 6/14 (accidente vascular ACM izquierda: 5, lesión hipóxico-isquémica perinatal: 1), progresiva: 2/14 (Encefalitis de Rasmussen 2). En el preoperatorio 12/14 tenían algún grado de afectación motora. Monitorización vEEG continua: actividad de fondo asimétrica: 13/13, anomalías epileptiformes interictales contralaterales: 4/13. Valoración neuropsicológica pre y post-operatoria: WISC-IV Puntuación Típica (PT) <50 1/1; K-BIT PT<100 3/3. Edad de intervención 81 IQR (45-126) meses. Edad de intervención en el grupo de etiología congénita: 49 IQR (8-57) meses. Complicaciones post-operatorias: hipertensión intracraneal: 1, hidrocefalia: 1, SIAHD: 1. El control de crisis a 12 meses: Engel Ia: 9/12, Ib: 1/12, Ic: 1/12, IVb: en 1/12. Conservación de la marcha: 11/14 pacientes.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes pediátricos, la hemisferotomía como tratamiento de epilepsia farmacorrefractaria de causa estructural hemisférica consigue control de crisis con baja tasa de complicaciones y con conservación de la marcha autónoma en la mayoría. Los pacientes tenían un déficit cognitivo previo a la cirugía y no muestran empeoramiento ni mejoría después de la cirugía. La intervención a edades más tempranas y menor tiempo de evolución de la epilepsia podría mejorar el pronóstico cognitivo.

INFLUENCIA DEL ESTRÉS E IMPACTO EN OTRAS COMORBILIDADES EN UNA UNIDAD DE EPILEPSIA

Díaz de Terán Velasco, F.J.; Rodríguez Pardo de Donlebún, J.; Alonso Singer, P.; Calle de Miguel, C.; Ivañez Mora, V.; Aguilar-Amat Prior, M.J.

Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz

Objetivos: Estudios prospectivos han identificado el estrés y el estado anímico como factores agravantes de crisis epilépticas (CE). Nuestro objetivo fue evaluar el grado de estrés al que están sometidos los pacientes con epilepsia y determinar la frecuencia de CE. También se ha valorado otras comorbilidades como ansiedad y depresión y su impacto en la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en una Unidad de Epilepsia Refractaria. Se realizó una entrevista semiestructurada y se utilizaron las siguientes escalas: PSS-14(Estrés), QUOLIE-10 (Calidad de vida), NDDIE(depresión), GAD-7(ansiedad)

Resultados: 51 pacientes, 23 hombres (45,1%) edad media (DE) 37,35 años (13,7). 29 (76,5%) epilepsias focales. Media de crisis mensuales (DE) 8,82 (14,59). 27 (52,9%) presentaban Epilepsia Refractaria. Etiología sintomática (41,2%) criptogénica (33,3%) e idiopática (25,5%). 41 (80,4%) consideraban el estrés esencial en el control de su epilepsia. Nivel de estrés(NE) medio (DE) 25,19 (7,84) (mediana: 25). El número de crisis en el último mes y los NE se correlacionaron de forma significativa (r= 0,262; IC95%: 0,14-0,47; p<0,05). Se estableció una correlación inversa entre la calidad y los NE. También se observó una disminución en la calidad de vida de hasta 6 puntos para los pacientes con ansiedad y de hasta 7,5 puntos para depresión. 28 pacientes (54,9%) reconocían utilizar medios alternativos para reducir el estrés.

Conclusión: En nuestra serie, los niveles elevado de estrés sugieren un empeoramiento de las CE además de generar un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes contribuyendo al empeoramiento de sus comorbilidades.

UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE EPILEPSIA PEDIÁTRICA

Guio Mahecha, L.V.; Aparicio Calvo, J.; Ramirez Camacho, A.; Itzep, D.; Vieco Garcia, A.; Lopez Avaria, F.; Gomez Guzman, V.; Hidalgo Prieto, E.; Campistol, J.; San Antonio Arce, V.

Servicio de Neurociencias. Hospital de Sant Joan de Déu

Objetivos: Valorar la utilidad de la evaluación de los pacientes en una unidad de epilepsia pediátrica.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados en nuestra unidad durante 2015, incluyendo características demográficas, diagnóstico al ingreso, descripción del proceso de evaluación y valoración de la utilidad en términos de cambio de diagnóstico y/o estrategia terapéutica.

Resultados: Se evaluaron 138 pacientes, con edades entre 2 semanas y 18 años (mediana 7 años), de los cuales 55,8% (77) eran varones, con edad promedio de inicio de crisis de 2,8 años (15 días a 16 años). El 68,8% ingresó para evaluación diagnóstica y el 31,2% para evaluación prequirúrgica. En todos los pacientes se llevó a cabo monitorización vídeo-EEG prolongada (VEEG). El 78,3% de los pacientes precisó menos de 72 horas de VEEG. Se registraron crisis epilépticas en el 60.1% de pacientes, con mediana de 17 crisis por paciente, solo 1 paciente presentó un status focal que no requirió cuidados intensivos. En 43,5% se registraron eventos paroxísticos no epilépticos, incluyendo eventos comportamentales y movimientos anormales. Tras la evaluación se modificó el diagnóstico en 10% y se indicó cambios en el tratamiento farmacológico en 56,5%; del total fueron candidatos a cirugía de epilepsia el 18,8% y ampliación de la evaluación con VEEG con electrodos intracraneales en 5,7%.

Conclusión: Los resultados muestran la utilidad y la seguridad de la evaluación en una unidad de epilepsia pediátrica, llevando en una proporción significativa de pacientes a cambios en el diagnóstico, el manejo farmacológico o la indicación de cirugía.

SIMULACIÓN EN URGENCIAS EPILÉPTICAS: UNA EXPERIENCIA EUROPEA

Espinosa Ramírez, S. [1]; García Morales, I. [2]; Campos Lucas, F.J. [1]; Chica Martínez, P. [1]

1. Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Compartir e intercambiar información y experiencias en el manejo del paciente epiléptico en situación de urgencias entre profesionales clínicos de diferente perfil, especialidad y país de procedencia. Mejorar las técnicas de diagnóstico, tratamiento y de resolución de problemas, así como la comunicación interpersonal y la asunción de roles.

Material y métodos: Se diseñaron tres situaciones concretas: Encefalitis Autoinmune, Status Convulsivo y Traumatismo Cra-

neoencefálico secundario a síncope situacional. Los especialistas (3 grupos de 4 miembros) rotaron consecutivamente por los tres casos. Cada rotación constaba de tres partes, briefing inicial detallando los objetivos, simulación (duración aproximada de 20 minutos con alternancia de alumnos) y debriefing grupal de análisis y reflexión sobre videograbación.

Resultados: Participaron 12 médicos y 6 instructores expertos (3 en epilepsia y 3 en simulación) y tres facilitadores en sala (enfermeras). En dos de los tres casos el 100% de los asistentes valoraban la acción como excelente o muy buena, tanto en su vertiente de ejecución como en el valor científico que les había aportado el caso, y solo en uno de los casos un asistente la valoró como buena.

Conclusión: La simulación es una herramienta válida para la evaluación de la competencia (integración de conocimientos, habilidades, actitudes, razonamiento clínico y valores) permitiendo descubrir al alumno sus áreas de mejora mediante la reflexión guiada y estructurada. Los resultados de esta experiencia han dado pie a otras que durante el 2016 se realizarán en epilepsia, más centradas ahora en el área de neurología general y afrontando la gestión de la comunicación del paciente.

ATENCIÓN DE LA PRIMERA CRISIS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Pulido Fontes, L.; Rubio Baines, I.; Ostolaza Ibáñez, A.; Quesada Jimenez, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Estudio descriptivo de las interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias cuyo motivo de consulta fuera sospecha de primera crisis epiléptica y seguimiento a un año.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las interconsultas realizadas desde urgencias en el año 2014 cuyo motivo de consulta fuera sospecha de primera crisis epiléptica. Describimos el proceso diagnóstico-terapéutico realizado y analizamos la evolución al año.

Resultados: Encontramos 199 pacientes sobre un total de 370 interconsultas por sospecha de crisis epilépticas. 52.8% eran hombres y 47.2% mujeres. La edad media era 55.62. Las crisis fueron 4.5% parcial simple, 10.6% parcial compleja, 18.6% secundariamente generalizada, 48.7% generalizada y 17.6% no clasificable. Al 95.5% se le realizó TC, que fue patológico en 23.6%. Se hizo analítica de sangre al 98.5% y EEG en las primeras 24 horas al 36.7% siendo patológico en el 12.6%. El diagnóstico al alta de urgencias fue epilepsia 38.1%, evento paroxístico no epileptiforme (EPNE) 26.1%, crisis sintomática aguda 18.6% y primera crisis aislada 17.1%. Se inició tratamiento desde urgencias en el 47.2%, a pesar de que no todos cumplían el criterio de epilepsia. En el seguimiento al año el 10.1% presenta nueva crisis llegándose al diagnóstico de epilepsia.

Conclusión: El principal diagnóstico diferencial se establece con los EPNE, principalmente con el síncope. La realización de pruebas complementarias en el momento agudo, puede cambiar el diagnóstico y manejo de los pacientes. El inicio del tratamiento antiepiléptico no siempre va ligado al diagnóstico de epilepsia sino que se tiene en cuenta el criterio clínico y las preferencias del paciente.

LA PATOLOGÍA PSIQUÍATRICA PREVIA, FACILITA APARICIÓN DE EVENTOS PSICÓGENOS TRAS CIRUGÍA DE EPILEPSIA

Guio Mahecha, L.V. [1]; Carreño Martinez, M. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Hospital de Sant Joan de Déu; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Describir las características y la comorbilidad con patología psiquiatrita de los pacientes que tras cirugía de epilepsia presentaron eventos psicógenos

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes operados por epilepsia en nuestra Unidad entre 2009 y 2015 y que presentaron crisis no epilépticas y/o amnesias de origen psicógeno tras la misma

Resultados: Los eventos paroxísticos de origen psicógeno pueden confundirse o coexistir con crisis epilépticas. No hay muchos estudios sobre su aparición tras cirugía de epilepsia. Se identificaron 10 pacientes (4 hombres y 6 mujeres), rango de edad (25-60 años), que presentaron tras cirugía crisis psicógenas (n=6) o amnesia de origen psicógeno (n=4). La pérdida de memoria o amnesia se diagnostico con incongruencias en la exploración neuropsicológica y las crisis psicógenas se comprobaron en todos los casos mediante videoelectroencefalografia. Las cirugías fueron: de lateralidad derecha (n=6) y de lateralidad izquierda (n=4). El cuadro apareció en el postoperatorio inmediato (n=3), primer año (n=3), después del primer año (n=4). Las manifestaciones más frecuentes de las crisis psicógenas fueron los síntomas motores, una paciente refirió además hemiparesia no paroxística. 8 pacientes tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico 5 de los cuales tenían depresión y 3 habían tenido crisis psicógenas previas a la cirugía, con tratamiento por psicología y psiquiatría remitieron 2, mejoraron 2 y persistieron 6.

Conclusión: Aunque poco frecuentes, los eventos psicógenos pueden aparecer tras cirugía de epilepsia, especialmente si hay patología psiquiátrica previa. Es importante realizar un diagnóstico correcto y tratamiento oportuno

PROYECTO PSICAP: ESTUDIO PILOTO SOBRE EL APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

Arocas Perez, P. [1]; Garces, M. [2]; Villanueva, V. [2]; Lobo-Berastegui, S. [3]; Gomez, A. [4]

1. Servicio de Psicología. Gabinete Privado; 2. Unidad Multidisciplinar de Epilepsia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 3. Departamento médico. UCB Iberia; 4. Unidad Multidisciplinar de Epilepsia, Servicio de Neurología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe

Objetivos: Analizar el impacto del apoyo psicológico a pacientes con epilepsia refractaria, evaluado en depresión, ansiedad, calidad de vida, atención y funciones ejecutivas

Material y métodos: Se incluyeron 10 pacientes con epilepsia refractaria evaluados en la unidad multidisciplinar de epilepsia de La Fe, que se consideró que podrían beneficiarse de un apoyo psicológico. Todos aceptaron de forma voluntaria participar en el proyecto recibiendo 10 sesiones de terapia cognitivo conductual (TCC) durante 6 meses, en sesiones mensuales. Se evalúan, en la primera y última sesión de TCC, las siguientes escalas: BDI; STAI-S y STAI-R; NDDI-E; QUOLIE 10 y Epitrack. En la última sesión se incluye Los cambios observados en la primera y última sesión de TCC son analizados para evaluar el impacto

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, 5 mujeres y 5 hombres, edad media 31.4 (16 – 54) años Actualmente todos los pacientes continúan en el estudio, salvo un abandono por trabajo. Los resultados evaluados mostraron mejoría en todas las escalas (basal vs última evaluación) BDI=19 vs 13; STAI-R = 45 vs 40.5; NDDI-E = 15.5 vs 11.5; QUOLIE 10 = 28.5 vs 24.5 y Epitrack = 23.5 vs 25. 25, salvo en la escala STAI-S, que no mostró modificación: 5.5 vs 5.5.

Conclusión: La mejoría obtenida en la puntuación de las escalas BDI; STAI-R; NDDI-E; QUOLIE 10 y Epitrack aplicadas entre la primera y última visita indican que el apoyo psicológico puede ayudar a los pacientes con epilepsia refractaria, requiriendo series más amplias para confirmarlo

PERFIL LIPÍDICO DEL CAMBIO DESDE CARBAMAZEPINA Y OXCARBACEPINA A ESLICARBACEPINA

Bermejo Velasco, P.E.; Dorado Taquiguchi, R.; Juarez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Los Madroños

Objetivos: El acetato de eslicarbazepina (ESL) es un antiepiléptico del grupo de las carboxamidas que ha sido introducido como tratamiento adyuvante para las crisis parciales. Otros fármacos, como la carbamazepina y la oxcarbacepina, tienen un peor perfil lipídico que, en algunos pacientes, podría justificar sustitución por ESL. El objetivo de este estudio es evaluar el perfil lipídico en aquellos pacientes que cambian desde CBZ o OXC a ESL por cualquier motivo.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 37 pacientes con epilepsia parcial que habían sido tratados con CBZ y OXC y se sustituyeron por ESL. Se excluyeron aquellos con otras enfermedades que pudiesen provocar dislipemia y los que modificaron sus tratamientos para la dislipemia durante el período de seguimiento. El período de seguimiento fue de 6 meses. La dosis media de ESL administrada a los pacientes fue de 1041 mg.

Resultados: El colesterol total plasmático fue de 210,3±15,3 mg/dl antes del cambio, y tras él disminuyó hasta 190,1±13,1 mg/dl. Los niveles de LDL pasaron desde 179,9±13,1 mg/dl hasta 163,2±15,7 mg/dl y los de HDL desde 41,3±7,8 mg/dl hasta 44,1±6,7 mg/dl. La ESL fue bien tolerada, y solamente un paciente (2,9%) no completó el período de seguimiento de los cuatro meses por somnolencia, náuseas y sensación de mareo.

Conclusión: La ESL mejora el perfil lipídico en algunos pacientes que previamente habían sido tratados con CBZ y OXC. La sustitución desde CBZ y OXC hasta ESL parece ser una opción eficaz y bien tolerada que además puede mejorar el perfil lipídico en algunos pacientes.

ANÁLISIS CON MICROELECTRODOS DE LA ACTIVIDAD EPILÉPTICA INTERICTAL EN HUMANOS

Martínez Lizana, E.; Brandt, A.; Aiple, F.; Dümpelmann, M.; Ball, T.; Schulze-Bonhage, A.

Unidad de Epilepsia. Uniklinikum Freiburg

Objetivos: Pese a la importancia clínica de la actividad epiléptica interictal (AEI) para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, el conocimiento sobre su fisiopatología en el cerebro humano todavía es limitado. El estudio en pacientes epilépticos con microelectrodos puede aclarar detalles sobre la génesis de este biomarcador de epilepsia a nivel neuronal.

Material y métodos: Para el estudio prequirúrgico de pacientes con epilepsia farmacorresistente se han implantado electrodos intracraneales híbridos (con micro- y macro-electrodos). Se han clasificado y caracterizado las tasas de disparo neuronales durante la AEI.

Resultados: Se observaron dos patrones de modulación de la actividad neuronal en 3 pacientes: (1) Durante descargas punta-onda (amígdala e hipocampo anterior) se observó un patrón de "brote-supresión" con un aumento de la tasa de potenciales de acción durante la punta de la descarga (50-100 ms), seguido de una disminución por debajo de la línea basal durante la onda lenta (400-600 ms). (2) Durante polipuntas (giro parahipocampal) y ondas agudas (polo temporal anterior) se observó un aumento repentino y aislado de la tasa de potenciales de acción de 1-1.5 segundos, con un máximo en los primeros 500 ms.

Conclusión: Hemos encontrado diferentes comportamientos neuronales durante diferentes eventos interictales en diferentes áreas generadoras de AEI. El patrón "brote-supresión" se registró solo en la zona generadora de crisis (ZGC), mientras que el aumento aislado de la tasa de potenciales de acción se registró dentro y fuera de la ZGC. Se necesitan más estudios para aclarar la relación entre esta modulación neuronal y la generación de crisis.

CRISIS OCULÓGIRAS SECUNDARIAS A CARBAMAZEPINA

Novo Ponte, S.; García Malo, C.; Gómez-Porro Sánchez, P.; Contador Muñana, J.M.; Mena Romo, L.; Alba Alcántara, L.; Ruiz Molina, A.; Velasco Calvo, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Describir un caso de crisis oculógiras secundarias a intoxicación por carbamazepina, resuelta con la normalización de los niveles en sangre.

Material y métodos: Se presenta a un paciente de 58 años, diagnosticado a los 23 años de epilepsia sintomática (crisis focales y secundariamente generalizadas), secundaria a malformación arteriovenosa (MAV) gigante temporal tratada con embolizaciones múltiples. Seguía tratamiento con Topiramato (TPM), Carbamazepina (CBZ), Diacepam, Escitalopram, y Haloperidol. Ingresó recientemente por estatus epiléptico focal motor; se retiró Haloperidol y se añadió Levetiracetam. Ingresó en segunda ocasión por crisis en contexto de infección sistémica. Se inició Zonisamida, con descenso y retirada de TPM.

Resultados: Acude una semana tras el alta hospitalaria, refiriendo episodios diarios de supraversión forzada de la mirada de varias horas de duración sin relación con crisis epilépticas. La imagen cerebral no muestra cambios respecto a las previas. Se realiza video-EEG durante un episodio sin correlato en el electroencefalograma. Los niveles de CBZ a su llegada son superiores al rango terapéutico. Durante el ingreso se disminuye dosis de CBZ, se normaliza el nivel terapéutico y ceden por completo los episodios referidos.

Conclusión: Se diagnostica de crisis oculógiras. Se trata de una reacción distónica aguda focal que se relaciona con frecuencia con fármacos antidopaminérgicos como los neurolépticos. Son escasas las referencias a la carbamazepina y su mecanismo de acción no está establecido. El desconocimiento de esta entidad puede conducir a error diagnóstico, confundiéndose con frecuencia con crisis epilépticas.

Epilepsia P3

SÍNDROME SESA (ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA CON CONVULSIONES EN ALCOHÓLICOS) ASOCIADA A EXTENSAS LESIONES EN RM

Santirso Rodríguez, D. [1]; Franco, L. [2]; Terrero Rodríguez, J.M. [3]; Vidal Sánchez, J.A. [4]; Calleja Puerta, S. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñes; 3. Servicio de Neurología. Hospital San Agustín; 4. Servicio de Neurología. Fundación Hospital de Avilés; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: El síndrome SESA es una entidad que se presenta con alteración del nivel de conciencia, déficits motores transitorios y anormalidades electroencefalográficas características. Presentamos un caso de síndrome SESA con extensas lesiones recurrentes en RM cerebral, similares a aquellas asociadas a status epiléptico.

Material y métodos: Presentamos a un varón de 53 años con cirrosis alcohólica que consulta por cuadro progresivo de confusión y hemianopsia derecha. Una RM cerebral mostró una lesión cortical hiperintensa en lóbulo occipital izquierdo en secuencia FLAIR con patrón de restricción giriforme en Difusión, que se había resuelto en RM posterior. Amplios estudios etiológicos resultaron negativos. Un año después es nuevamente ingresado tras

crisis tónico-clónica generalizada con posterior afasia y leve hemiparesia derecha.

Resultados: El EEG mostró actividad focal continua en región parieto-temporal izquierda con aparición de cuatro crisis subclínicas, compatible con Status Epiléptico Parcial Complejo. La RM cerebral reveló una nueva lesión cortical de las mismas características que la anterior, en lóbulos temporal y occipital izquierdos excediendo cualquier territorio vascular. Se inició tratamiento antiepiléptico y se corrigieron las alteraciones metabólicas, con mejoría del nivel de conciencia y los síntomas focales. Dadas la presentación clínica y las anormalidades del trazado electroencefalográfico, se estableció el diagnóstico de síndrome SESA.

Conclusión: El síndrome SESA es una rara complicación de pacientes alcohólicos. Los síntomas focales son uno de los criterios diagnósticos, aunque no se suelen asociar lesiones agudas en neuroimagen. Esta peculiar presentación nos lleva a apoyar la hipótesis planteada por varios autores de que se trata un subtipo de Status Epiléptico No Convulsivo.

ESTUDIO DE LAS EPILEPSIAS DERIVADAS A CIRUGÍA Y MONITORIZACIÓN VÍDEO-EEG (MVEEG) EN EL ÁREA SANITARIA DE CIUDAD REAL

Gudín Rodriguez - Magariños, M.A.; Gonzalez Aduna, L.; Camacho Nieto, A.; Carrasco Garcia de León, S.; Giraldo Restrepo, N.; Vaamonde Gamo, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos: La MVEEG es una técnica de marcada utilidad diagnóstica para el estudio de las epilepsias. Se ha diseñado un estudio retrospectivo para valorar las características epidemiológicas de los pacientes derivados desde un área sanitaria reducida (250.000 habitantes) y acotada (1998-2011); así como para valorar la sensibilidad de la técnica y estudiar la evolución de los pacientes intervenidos .

Material y métodos: Se ha revisado la totalidad de los pacientes derivados a servicios centrales (Unidad de MVEEG de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid), se seleccionaron un total de 37 historias clínicas y se evaluaron las características clínicas, de video EEG, neuropsicológicas y de imagen.

Resultados: Del total de de 37 paciente, 24 fueron enviados para cirugía, 6 con sospecha de pseudocrisis, y el resto para diversas dudas diagnósticas. Se intervinieron 12 pacientes de los cuales quedaron libres de crisis el 50%. El diagnóstico más frecuente en los pacientes quirúrgicos fue el de esclerosis mesial de hipocampo. No hubo diferencias significativas entre la actividad interictal registrada con EEG convencional y la monitorización prolongada. Se registraron eventos ictales en un 66,7% de los pacientes.Se confirmó la sospecha de pseudocrisis en 2 de los 6 pacientes enviados.

Conclusión: En un área sanitaria de tamaño medio, el número de pacientes intervenidos, doce a lo largo de quince años, no parece sustentar la necesidad de una unidad de cirugía de epilepsia; sin embargo, la unidad de MVEEG aporta una elevada rentabilidad diagnóstica para orientar tanto el manejo de las epilepsia, como el de las pseudocrisis

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA EPILEPSIA ¿AUMENTO O AÑADO?

Estellés Pals, M.T.; Hernando Requejo, V.; Huertas González, N.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa

Objetivos: En pacientes en monoterapia y persistencia de crisis existe controversia sobre si debe llegarse a dosis máximas del fármaco antiepiléptico (FAE) o iniciar doble terapia. Definiciones: dosis diaria definida (DDD): dosis de mantenimiento promedio por día de un fármaco. Dosis diaria prescrita (PDD): suma de las dosis diarias prescritas de los FAES que un paciente está recibiendo. Una ratio PDD/DDD del FAE > 2, más probable en doble terapia, se asocia con más efectos adversos. Entre las recomendaciones de la politerapia racional se encuentra el uso de FAEs con diferentes mecanismos de acción. Analizamos la eficacia del tratamiento con doble terapia en el control de las crisis, teniendo en cuenta la dosis diaria prescrita en cada paciente.

Material y métodos: Estudiamos 31 pacientes con epilepsia parcial, de 51 (21-79) años de media de edad, tratados previamente con al menos una pauta de monoterapia. Siempre se asoció un segundo FAE con diferente mecanismo de acción. Analizamos el índice PDD/DDD antes y después de la asociación, así como los porcentajes de reducción de crisis y de pacientes libres de crisis.

Resultados: El índice PDD/DDD medio inicial fue 1.27 (0.33-2) y tras la introducción del segundo FAE 1.93 (0.67-3.33) obteniéndose el 63.58% de media en la reducción del número de crisis, y 32.3% de pacientes libres de crisis.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que el tratamiento con doble terapia, combinando FAEs con diferente mecanismo de acción e índice PDD/DDD cercano e inferior a 2 puede ser una alternativa a aumentar la dosis del FAE inicial.

CARDIOMIOPATÍA DE TAKOTSUBO Y ESTATUS EPILÉPTICO

Quintas Gutiérrez, S.; López Ruiz, R.; Ramos Martín, C.; Dotor García-Soto, J.; Vivancos Mora, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: La miocardiopatía inducida por estrés (síndrome de takotsubo,STT) se caracteriza por una disfunción ventricular reversible sin alteraciones en la coronariografía, generalmente asociada a dolor precordial, cambios electrocardiográficos y elevación de enzimas cardiacas. Como desencadenantes se han descrito diversos factores de estrés, entre ellos las crisis epilépticas.

Material y métodos: Se describen dos casos clínicos de pacientes que presentaron un STT en contexto de estatus epiléptico.

Resultados: Primer caso: Mujer, 48 años, con crisis tónicas generalizadas sin recuperación del nivel de consciencia en probable contexto de consumo de tóxicos. Se realiza TC cerebral sin hallazgos. En electrocardiograma(ECG) presenta supradesnivelación anterior del ST y se realiza ecocardiograma(ETT) visualizándose disfunción ventricular grave. La corionariografía no presenta alteraciones significativas y en ETT posterior la función ventricular se encuentra normal. En RM cardiaca se objetivan signos de edema intramiocárdico en cara anterior y septo ventricular izquierdos. Segundo caso: Mujer, 59 años, con antecedente de infarto cerebral hemisférico derecho que presenta clonías en hemicara y región cervical izquierdas. Se detecta edema agudo de pulmón (EAP) e infección respiratoria, con troponinas de 1646ng/L(<14ng/L), QS en derivaciones anteriores en ECG y disfunción ventricular grave en ETT que precisa tratamiento inotrópico en UCI. La función ventricular y las enzimas cardiacas posteriormente se normalizan.

Conclusión: El STT es una entidad reversible pero clínicamente heterogénea que puede presentar complicaciones potencialmente letales como el EAP. Al desencadenarse por condiciones de estrés, debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial de pacientes que tras o durante una crisis epiléptica presentan disfunción ventricular aguda, para garantizar su correcto diagnóstico y tratamiento.

ATENCIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO CON GUARDIAS DE NEUROLOGÍA

Pulido Fontes, L.; Ostolaza Ibáñez, A.; Rubio Baines, I.; Quesada Jimenez, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Estudio descriptivo de las interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias cuyo motivo fuera sospecha de crisis epiléptica. Valoración de la recurrencia a un año.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las interconsultas realizadas desde urgencias en un año, cuyo motivo de consulta fuera sospecha de crisis epiléptica. Analizamos tipo de crisis, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico final tras la valoración por neurología y recurrencia al año.

Resultados: Encontramos 317 pacientes (370 llamadas). 50.8% eran hombres, 49.2% mujeres. Edad media 52.1 años. 37,2% eran crisis en epilépticos y 62.8% en no epilépticos. Las crisis eran 93.4% aisladas, 2.5% serie de crisis y 4.1% status. La mayoría de las crisis eran generalizadas (43.5%) o parciales con generalización secundaria (23%) En los pacientes epilépticos se realizaron TC craneal al 95.5%, analítica de sangre al 98.5% y EEG en las 24 primeras horas al 36.7%. En los no epilépticos estas cifras eran 40.7%, 95.8% y 29.5% respectivamente. El diagnóstico fue crisis sintomática aguda 11.4%, primera crisis epiléptica 10.7%, epilepsia 24%, crisis en epiléptico conocido 35.3% y evento paroxístico no epileptiforme (EPNE) 18.6%. Al año 18.3% recurrieron como crisis, 3.5% como EPNE, 37.5% no recurrieron y no disponemos de seguimiento en 40.7%.

Conclusión: La sospecha de crisis epilépticas es un motivo frecuente de llamada a neurología. Encontramos un porcentaje significativo de llamadas por crisis en pacientes epilépticos conocidos, a los que se les realiza numerosas pruebas complementarias. Esto nos lleva a considerar la elaboración de protocolos de manejo en urgencias, como herramienta para mejorar la atención de estos pacientes.

ENCEFALITIS HERPÉTICA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS, LA IMPORTANCIA DEL CAMBIO EN EL PATRÓN DE LAS CRISIS HABITUALES

Garcia Moreno, H. [1]; Villar Quiles, R.N. [1]; Jorquera Moya, M. [2]; Yus Fuertes, M. [2]; Garcia Morales, I. [1]; Garcia Garcia, M.E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La encefalitis herpética (EH) es la causa más frecuente de encefalitis infecciosa en nuestro medio, presentando características atípicas en inmunodeprimidos. Presentamos un caso de EH en una paciente con antecedente de inmunosupresión celular por corticoides.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica y pruebas complementarias de una paciente ingresada en un hospital terciario.

Resultados: Mujer de 62 años, con antecedente de glioblastoma multiforme frontal izquierdo tratado en 2010, sin recidiva clínico-radiológica. Quince días antes de ingresar, presentó un empeoramiento de su afasia y hemiparesia derecha residuales, secundario a un infarto frontal izquierdo. Durante ese ingreso, recibió un ciclo de corticoides a dosis elevadas. Tras ser dada de alta en su situación basal, presentó alteración de conducta, hemiplejía derecha, afasia global y clonías en pierna derecha. Se objetivó una determinación aislada de 38º, sin alteraciones analíticas y con un TC craneal similar al previo. Tras una mejoría progresiva en las siguientes 72 horas, experimentó clonías faciobraquiales contralaterales. Un VEEG mostró la presencia de descargas epileptiformes lateralizadas periódicas (PLEDs) con origen temporal derecho. La RM mostró una lesión frontotemporal derecha hiperintensa en FLAIR (ausente quince días antes) sugerente de EH. La PCR-VHS en LCR fue positiva. Ante estatus refractario, la paciente ingresó en UCI con tratamiento antiviral y antiepiléptico, falleciendo un mes más tarde.

Conclusión: El diagnóstico de EH en pacientes inmunodeprimidos suele retrasarse por su curso atípico, así como el bajo nivel de sospecha en pacientes con lesiones previas. La aparición de crisis de diferente semiología o nuevos focos epileptógenos deberían hacer sospechar el diagnóstico.

STATUS CONVULSIVO SECUNDARIO A ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO (EAG)

Jimena García, S.; Raspall Chaure, M.; Macaya, A.

Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La infección por Bartonella spp. puede causar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, algunas potencialmente graves, siendo las manifestaciones neurológicas poco frecuentes.

Material y métodos: Niño de 8 años que ingresó en cuidados intensivos pediátricos por estatus convulsivo. Presenta tumoración inguinal dolorosa y febrícula. La anamnesis confirmó la convivencia con un gato.

Resultados: Se sospechó EAG iniciándose tratamiento empírico con doxiciclina y rifampicina. El estudio de LCR fue negativo. El electroencefalograma mostraba disfunción neuronal bilateral en campos anteriores de ambos hemisferios cerebrales, sin actividad epiléptica tras el inicio de tratamiento con levetiracetam. TC craneal inicial normal. La RM craneal mostraba sutil afectación cortical difusa sin gliosis ni desmielinización. En la ecografía abdominal y en la RM, se visualizaron lesiones sugestivas de afectación visceral hepatoesplénica. Se obtuvo PCR positiva a Bartonella y serología para B.henselae positiva. La evolución fue favorable con recuperación neurológica completa.

Conclusión: Hasta un 10% de los pacientes con EAG pueden presentar infección sistémica. La afectación neurológica es tardía, entre 2-3 semanas desde la aparición de la adenopatía y afecta a un 2% de los casos. La encefalopatía aguda es la manifestación neurológica más frecuente junto con el estatus convulsivo. Resulta difícil su crecimiento en medios de cultivo y la serología IgM suele ser negativa en el momento de aparición de la clínica neurológica, ya que su producción es breve. En casos con afectación del sistema nervioso central se recomienda antibioterapia con doxacilina y rifampicina. El pronóstico es favorable, una vez iniciado el tratamiento adecuado.

¿HAY ASOCIACIÓN FAMILIAR ENTRE DISPLASIA CORTICAL Y TUMOR NEUROEPITELIAL?

Sánchez González, V. [1]; Maraña Pérez, A.I. [2]; Huete Hurtado, A. [2]; González Martínez, F. [1]; Gata Maya, D. [1]; López Martínez, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Pediatría. Hospital General Virgen de la Luz

Objetivos: En la literatura hay evidencia de mecanismos moleculares subyacentes compartidos entre tumores neuroepiteliales disembrioplásicos, displasias corticales, hemimegalencefalia y gangliogliomas.

Material y métodos: Presentamos dos casos en la misma familia de DNET y displasia cortical.

Resultados: Madre: 35 años que desde los últimos 10 años presenta crisis tónico-clónicas generalizadas. Tratamiento con levetiracetam y lacosamida con regular control. EEG: actividad de fondo normal, salvas de actividad lenta theta-delta en región posterior de ambos hemisferios y salvas de actividad lenta focal en región fronto-temporal izquierda con morfología aguda en hiperventilación. RMN craneal con espectroscopia: aumento de tamaño e intensidad de señal de la amígdala y corteza hipocampal izquierda compatible con córtex displásico. Hija: 15 años con debut en el último año con crisis tónico clónica generalizada. EEG: actividad de fondo normal, en hiperventilación salvas de actividad theta-delta con tendencia a mostrar morfología aguda en región

centro-parietal bilateral con énfasis hemisférico derecho y difusión a temporal ipsilateral. RMN craneal con espectroscopia: alteración del lóbulo temporal mesial derecho con engrosamiento cortical, cambios en la señal parenquimatosa, descenso de N-acetil-aspartato e inversión de la relación colina/creatinina y realce amigdalar focal correspondiente con tumor supratentorial. Se realiza exéresis de amígdala y porción inicial de hipocampo. Anatomía patológica de pieza quirúrgica: tumor neuroepitelial disembrioplásico.

Conclusión: Algunas formas de displasia cortical y DNETs pueden tener mecanismos etiológicos compartidos. Sería razonable considerar que la aparición de estas lesiones en miembros de una misma familia relacionados estrechamente puede ser algo más que una coincidencia y podría tratarse de una susceptibilidad genética compartida aún por descubrir.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE EPILEPSIA REFLEJA POR AGUA CALIENTE: UN TIPO DE EPILEPSIA EXCEPCIONAL

Dengra Maldonado, A.I.; Pérez Gámez, M.; Gómez Camello, Á.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Cecilio

Objetivos: La epilepsia refleja cursa con crisis desencadenadas por un estímulo específico. Presentamos el caso de una mujer de 19 años que sufre crisis focales con alteración de conciencia y síntomas dismnésicos. El interés de este caso radica en su excepcionalidad.

Material y métodos: Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, que consulta por episodios recurrentes de desconexión del medio, desde los 12 años. Clínicamente, se desarrollan con mantenimiento de la mirada fija durante los mismos, y evocación de de imágenes del pasado, de segundos de duración. De manera característica, estos episodios coinciden con el contacto con agua caliente. La exploración neurológica es normal. Se ha estudiado con EEG de vigilia y con privación de sueño, RM craneal y estudio cardiológico.

Resultados: El estudio neurofisiológico muestra una actividad bioeléctrica cerebral normal. Las pruebas de imagen y el estudio cardiológico, no sugieren datos significativos.

Conclusión: Los episodios de alteración de conciencia acompañados con la evocación de recuerdos siempre se desarrollan con la exposición al agua caliente, no se producen de forma espontánea y no se han desencadenado con otro estímulo, por lo tanto se trata de un caso de epilepsia refleja por agua caliente.

Gestión y Asistencia Neurológica P

ECÓGRAFO DOPPLER EN NEUROLOGÍA: UNA INVERSIÓN PARA AHORRAR

Sánchez Ortuño, I. [1]; Buendía Martínez, J. [1]; Cruz Huertas, M.J. [1]; López Sánchez, J. [2]; Fuentes Ramirez, F. [2]; Navarro Lozano, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Establecer las diferencias a partir de la comparativa entre dos hospitales con similares recursos en cuanto al número de solicitudes de AngioRM en pacientes atendidos por evento vascular cerebral, uno de ellos con laboratorio de Neurosonología, y concretar el ahorro en recursos hospitalarios tras la adquisición de un ecógrafo.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo. Se revisaron las solicitudes de AngioRM de TSA y cerebral de ambos hospitales, ambos de primer nivel y con 3 neurólogos, durante el periodo 2012-2015. El Hospital Comarcal del Noroeste (HCN) atiende una población de 70.000 personas, y el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) 100.000. HULAMM cuenta con Ecógrafo Doppler para realización de estudio neurovascular por Neurólogos desde Junio del año 2012. HCN no dispone de este servicio.

Resultados: La edad media fue 74 años en HCN y 71 en HULAMM, 64% mujeres, 36% hombres. En HCN se realizaron durante los 4 años, 842 AngioRM (TSA+cerebral), mientras que en HULAMM fueron 404 (154 en 2012,el 38%, y de 2013-2015 fueron unas 80 cada año), tanto pacientes ingresados como ambulatorios. En los ingresados se realizó un subanálisis, objetivando una reducción de los días de estancia media en el HULAMM, dada la inmediatez de la realización del Doppler, que depende directamente del servicio de Neurología.

Conclusión: La realización de estudio neurovascular con Doppler supone disminuir el número de pruebas más invasivas que requieren contraste intravenoso, y de coste más elevado, lo que supone un ahorro tanto directamente en la realización de pruebas como en días de estancia hospitalaria.

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ICTUS: QUEDA AÚN MUCHO POR HACER

Fernández Maiztegi, C. [1]; Kudryavtseva, O. [2]; Segurola Olaizola, J. [1]; Fraga Arnaiz, M.J. [1]; Otero Rodríguez, B. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; 2. Servicio de Neurociencias. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea

Objetivos: En los últimos años la información sanitaria a la población general ha mejorado, se han realizado campañas para dar a conocer el ictus, para su prevención y su detección precoz. Aunque la situación ha mejorado, queda mucho por hacer. En el caso del ictus, sabemos que una parte importante del retraso se debe a factores prehospitalarios. Hemos querido analizar cuál es la situación de nuestra área en cuanto a la detección precoz de los síntomas del ictus para establecer planes de mejora.

Material y métodos: Durante el primer semestre de 2015 se analizaron los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Cruces (HUC) con diagnóstico de ictus isquémico/ICT. Se creó una base de datos excell al efecto. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, hoja de emergencias y una encuesta específica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSSv23.

Resultados: Se incluyeron 415 pacientes en el estudio. En la encuesta realizada al ingreso, solo el 15'3% reconocieron los síntomas como un posible ictus, en el 9'7% lo hicieron los acompañantes. Aunque no supieran reconocer los síntomas, el 14'6% se dio cuenta de que le estaba ocurriendo "algo grave". Un cuarto del total de pacientes y sus acompañantes (25'7%), no sabían lo que le estaba pasando.

Conclusión: El tiempo es determinante en el pronóstico del ictus agudo. Una parte importante de la población sigue sin reconocer sus síntomas. Esto retrasa la cadena asistencial del ictus y empeora su pronóstico. Son necesarias más campañas de educación sanitaria para mejorar la situación.

EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO ESTRUCTURADO PARA LA SOLICITUD DE ELECTROMIOGRAMAS EN LA CALIDAD DE LAS PETICIONES

Sierra Hidalgo, F.; Cuenca Hernández, R.; Gómez Moreno, S.M.; Martínez Acebes, E.; Hípola González, D.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: El electromiograma (EMG) es una prueba cuya realización debe seguir un protocolo individualizado adaptado a la sospecha clínica del paciente. Sin embargo, la información aportada en las solicitudes frecuentemente es escasa. Esto obliga al electromiografista a invertir tiempo en revisar la historia, rehacer anamnesis y exploración y decidir el protocolo de estudio, con las consiguientes implicaciones médicas y legales-administrativas (discordancia diagnóstica, estudio diferente al solicitado).

Material y métodos: Se revisaron 300 solicitudes antes y 85 solicitudes después de la implementación de un sencillo formulario electrónico de petición de EMG. La solicitud previa incluía un único campo de texto libre y cumplimentación no obligatoria. La nueva solicitud incluye dos campos multirrespuesta obligatorios (sospecha clínica, lateralidad) y un campo obligatorio de texto libre para describir el motivo de petición. Se registraron tipo de petición, servicio peticionario, si la petición permitía realizar un diagnóstico topográfico que orientara el estudio, y si se aportaba alguna información clínica adicional relevante para la prueba.

Resultados: Los servicios peticionarios fueron Traumatología (45%), Neurología (40%) y otros (15%). Solo el 66% de las peticiones previas a la implantación del formulario de EMG incluían sospecha clínica y lateralidad. El 28% no reflejaba una sospecha clínica, un 19% no especificaba lateralidad de la exploración a realizar, y hasta un 3% no incluía ningún tipo de información. Las nuevas peticiones de EMG incluyen sospecha clínica sindrómica y lateralidad en un 94%, y un 80% incluye algún tipo de información clínica adicional.

Conclusión: Un sencillo y rápido formulario electrónico mejora la calidad de las peticiones de EMG.

EXPERIENCIA EN TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ICTUS ISQUÉMICOS EN PACIENTES DERIVADOS AL HOSPITAL REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

Reyes Bueno, J.A.; Sánchez Garcia, J.A.; Bustamante Toledo, R.; Tamayo Toledo, J.A.; Muñoz Novillo, J.; Moreno Arjona, M.P.; Villagran, M.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: El tratamiento endovascular (TE) en el Ictus isquémico es una técnica de efectividad reconocida en numerosos estudios. En nuestro centro, Hospital Regional de Málaga, carecemos de este servicio durante el horario de guardias, por lo que derivamos a los pacientes subsidiarios de TE al Hospital Reina Sofía de Córdoba (HRS) que sí dispone de este servicio de urgencias.

Material y métodos: Revisamos los códigos Ictus en el último año y analizamos 14 pacientes subsidiarios de TE derivados al HRS. Analizamos variables demográficas, clínicas, tiempo inicio síntomas-fibrinolisis e inicio-TE y Rankin Modificado pre y post-tratamiento. Comparamos con la literatura los pacientes tratados con TE y los nuestros enviados a otro centro.

Resultados: En 8 pacientes se realizó TE, con un tiempo medio inicio-TE de 305 minutos, y un patrón TICI 2B y 3. En los 12 pacientes en los que se realizó fibrinolisis, el tiempo medio inicio-rtPA fue de 133 min. El Rankin Modificado medio post-TE fue de 2.5, mientras que en los 6 pacientes no tratados fue de 4.6. 6 pacientes no se trataron por presentar a su llegada al HRS infarto extenso establecido. 2 éxitus en el grupo de los no tratados, uno de ellos por Ictus maligno.

Conclusión: Tiempo es cerebro, y cuanto antes se realicen las técnicas de reperfusión, mejor será el pronóstico de los pacientes. Si comparamos el tiempo inicio-rtPA e inicio-TE, podemos ver que si se dispusiese de TE en los centros hospitalarios de tercer nivel como es el nuestro, los resultados probablemente serían mejores.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALARIOS AL AÑO (HOSPITAL-PATIENT-ONE-YEAR-MORTALITY-RISK HOMR MODEL) EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE ICTUS

Diez Gonzalez, N.; Martínez Zalabeta, M.; de Arce Borda, A.; de la Riva Juez, P.; González, F.; Andres, N.; González de Eulate, G.; Muñoz, A.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: Aplicar HMOR model (Hospital-patient One-year Mortality Risk model) en pacientes ingresados en unidad de ictus de un hospital terciario. El HMOR es un modelo que predice la muerte por cualquier causa un año después del ingreso en un hospital no psiquiátrico.Incluye variables demográficas (edad, sexo, situación basal), carga de salud (Indice Charlson, oxigeno domiciliario, visitas a urgencias e ingresos requiriendo ambulancia en el año previo), severidad de enfermedad (servicio de ingreso, ingreso directo en cuidados intensivos, reingreso precoz)

Material y métodos: Se incluyen pacientes ingresados en unidad de ictus entre enero y mayo de 2016 en Hospital Donostia. Para cada paciente se aplica la puntuación correspondiente para cada ítem según la tabla del modelo. Los datos obtenidos se comparan con la escala modelo

Resultados: Resultan un total de 227 pacientes, con diagnostico de ictus isquémico y hemorrágico. La edad media de ingreso fue de 74 (+/- 9.6 años). El 53 % fueron mujeres. Aproximadamente el 42% habían tenido algún ingreso previamente. En la escala se observa una correlación en la mortalidad esperada (HMOR model) y la observada en un año en rangos de puntuaciones altas y bajas, siendo la correlación más inconsistente en puntuaciones medias.

Conclusión: Se observa una correlación entre mayor puntuación en la escala y riesgo de mortalidad en un año

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA

Ollero Ortiz, A. [1]; Ríos Toro, J.J. [2]; Gil Montes, F. [3]; Uribe Ramirez, A.I. [4]; Fontalba Ruiz, J.R. [5]; Moreno Hevilla, S. [6]; Pastrano Gallego, I. [7]; Palacios Rodríguez, S. [3]; Vega Blanco, V. [4]; Serrato Llamas, M.T. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Serranía; 2. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de la Serranía; 3. Servicio de Medicina de Urgencias y Emergencias. Hospital de la Serranía; 4. Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de la Serranía; 5. Servicio de Enfermería de Urgencias. Hospital de la Serranía; 6. Servicio de Análisis clinicos. Hospital de la Serranía; 7. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de la Serranía

Objetivos: El Hospital comarcal de la Serranía atiende una población de aproximadamente 85.000 habitantes. La peculiar dispersión geográfica y tradicional aislamiento de las poblaciones de la Serranía de Ronda justificó la necesidad de implantar el Código Ictus en este hospital.

Material y métodos: En 2013, de acuerdo con el Plan Andaluz de Atención al Ictus (PAI), se constituyó un Comité de Ictus en el área para desarrollar y aplicar un protocolo de actuación en la atención al ictus en fase aguda, mediante la aplicación del Código Ictus. Registramos la actividad neurovascular en este hospital entre 2012 y 2015 en el contexto de la aplicación del protocolo.

Resultados: Los ingresos neurológicos representan el 15% de los ingresos en Medicina Interna, siendo el 50% la patología Neurovascular. Desde la implantación del "Protocolo de Código Ictus", se ha incrementado la cobertura hospitalaria del ictus, con un claro crecimiento del porcentaje de activaciones del código ictus (más del 25% del total de ictus), principalmente a nivel ex-

trahospitalario (85% del total de activaciones) y se ha aplicado el tratamiento fibrinolítico en un 5% del total de pacientes con ictus isquémico.

Conclusión: Nuestra experiencia con la implantación del PAI en un hospital comarcal, desde un comité coordinado por neurología y con soporte neurológico en distintas fases del tratamiento, manifiesta los avances hacia la equidad territorial en la mejor asistencia al ictus en aquellas áreas sanitarias con características geográficas complejas. Sin embargo, son necesarias otras medidas que hagan llegar la asistencia neurológica a estos pacientes, para mejorar su manejo en fase aguda.

INTERCONSULTAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES

Filgueira Domínguez, M.; Corujo Suárez, M.; Villareal Vitorica, E.; Conde Blanco, E.; Massot Cladera, M.M.; Moreno Rojas, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Desde diciembre de 2015 se registran a través del programa informático las interconsultas a Neurología desde el Servicio de Urgencias. El objetivo de este estudio es analizar sus características y el destino del paciente tras la valoración neurológica

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 400 interconsultas realizadas entre el 01 de diciembre de 2016 y el 04 de marzo de 2016 utilizando la herramienta del programa informático Millenium.

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes interconsultados a Neurología desde el Servicio de Urgencias. Durante el fin de semana (S y D) se atiende un 33% menos de interconsultas. Un 52% se realizan durante el turno de tarde, un 35% durante la mañana y un 13% durante la noche. Los motivos de consulta más frecuentes fueron ictus (24%), epilepsia (18%) y cefalea (12%). En un 10% de las interconsultas no se filió un diagnóstico neurológico. En cuanto al destino de los pacientes que atendemos de forma urgente, un 38% son dados de alta por el neurólogo de guardia, un 30% quedan ingresados en nuestro servicio, un 27% son dados de alta por el Servicio de Urgencias y un 5% quedan ingresados en otro servicio.

Conclusión: El análisis detallado de la demanda de atención neurológica que se realiza por parte del Servicio de Urgencias permite conocer las características de las interconsultas en cuanto a la cronología de la demanda y los motivos de consulta más solicitados. Atendiendo a dichos resultas podremos realizar un plan de formación conjunta que permita mejorar la atención de nuestros pacientes.

ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONSULTA MONOGRÁFICA EMG- SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Rosón González, M. [1]; Pire García, P. [1]; Méndez Burgos, A. [1]; Saez Landete, I.M. [2]; Martínez Pérez, M.A. [2]; Villa López, M. [1]; Pérez Rodríguez, A. [1]; Vela Desojo, L. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos: Analizar las ventajas de la derivación desde atención primaria (AP) a una consulta monográfica de EMG-STC evitando la consulta en neurología, según criterios preestablecidos: parestesias, hipoestesia o dolor, sólo en manos, de predominio nocturno, excluyendo cervicobraquialgia o alteración sensitiva en pies.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (marzo 2015-marzo 2016). Se analizaron: síntomas clínicos y exploración de los pacientes, cumplimiento de los criterios de derivación, resultados de la electroneurografía (ENG) de nervio mediano (conducciones sensitivas ortodrómicas y motoras) y la derivación posterior de los pacientes dependiendo de los hallazgos. Se analizó adecuación y cumplimiento de los criterios de derivación y ahorro del tiempo de neurólogo y lista de espera de los pacientes.

Resultados: Fueron derivados 151 pacientes y se analizaron 128, (97 mujeres) de 52 ± 5,2 años de edad. Los pacientes presentaron: parestesias (93%), dolor (31%) e hipoestesia (15%). El ENG fue patológico en 96 pacientes (75%). Afectación bilateral (54%), predominio derecho (32%). Cuatro pacientes presentaban neuropatía cubital. El 60% cumplía los criterios de derivación preestablecidos. El 93% de los que no cumplían los criterios era por ausencia de predominio nocturno. Se evitaron en un año 96 horas de atención en neurología y varios meses de espera del paciente hasta el diagnóstico.

Conclusión: La derivación de los pacientes con clínica de STC directamente desde AP a una consulta de EMG-STC, supone una optimización del tiempo médico y del tiempo de espera de los pacientes. La derivación por parte de los médicos de AP es adecuada, pero hay que mejorar los criterios de derivación

Neuroepidemiología P

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE ICTUS (UI): NUESTRA EXPERIENCIA COMO HOSPITAL TROMBOLISADOR

Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Quesada López, M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Villegas Martínez, I. [1]; Andreu Gálvez, M. [2]; Torres Alcázar, A. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Dudekova, M. [3]; Garnés Sánchez, C.M. [4]; Hernández Hortelano, E. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Giménez De Béjar, V. [1]; López López, M. [1]; Torres Perales, A.M. [3]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Kahn Mesia, E. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 4. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Analizar las principales características sociodemográficas de los pacientes asistidos por la UI de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la UI entre mayo 2015/mayo 2016. Se analizaron diversas variables demográficas, factores riesgo vascular (FRV) y morbilidad/mortalidad. Se dividió en tres subgrupos: a)Ictus isquémico/AIT, b)hemorragias cerebrales, c)cuadros no sugestivos de patología cerebrovascular tras completar estudio (NPC). Se empleó la escala NIHSS para la gradación de focalidad neurológica, y la escala Rankin modificada (mRS) para el grado de dependencia.

Resultados: Se recogieron 433 pacientes (59.8% hombres), de los cuales un 35.5% fueron atendidos como "Código ictus" y 29.4% de ellos recibieron tratamiento trombolítico. La prevalencia por subgrupos fue: isquémico(79.4%), hemorrágico(5.1%) y NPC(15.5%). El FRV más prevalente fue la HTA(73%), encontrando diferencias entre subgrupos (menor en NPC,p=0.005). La edad media fue de 69.97±12.74 años, con diferencias entre subgrupos (inferior en NPC,p<0.001). La estancia media en UI fue de 2.06±1.16 días (estancia media hospitalaria: 6.87±4.9 días). Tanto la NIHSS al ingreso como el tiempo de estancia hospitalaria se correlacionaron con el incremento del mRS al alta(p<0.001). Hubo un total de 13 exitus (13.6% en hemorrágicos).

Conclusión: Las UI son modelos organizativos de cuidados con evidencia probada en mejoría de la supervivencia e independencia funcional de los pacientes con ictus, respecto de los atendidos en modelos sin organización especifica. En nuestro trabajo, tanto la severidad de la focalidad neurológica al ingreso, como el tiempo de estancia hospitalaria, se asociaron estadísticamente con incremento en el grado de dependencia funcional en el momento del alta/traslado.

TENDENCIA TEMPORAL DE LA PRESENCIA DE NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS TRAS 1000 PACIENTES

Sánchez García, J.A. [1]; Reyes Bueno, J.A. [2]; Martínez Tomás, C. [2]; Reyes Garrido, V. [2]; Tamayo Toledo, J.A. [2]; Bustamante Toledo, R. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya

Objetivos: Desde la introducción de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) como prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular, ha cambiado la práctica clínica habitual, especialmente en situaciones de emergencia. El objetivo de nuestro estudio es analizar la tendencia temporal del número de pacientes que ingresan por ictus en fase aguda, estando previamente en tratamiento con NACOs.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo usando los datos obtenidos en el Registro Nacional de Ictus de la Sociedad Española de Neurología (RENISEN), tras su implantación en nuestro centro en abril 2014, durante los 26 primeros meses. Evaluamos las 61 variables recogidas habituales de cada paciente. Además, añadimos al registro el uso de nuevos anticoagulantes orales.

Resultados: Se incluyen de forma consecutiva 1000 pacientes, de los cuales el 2'2% estaban en tratamiento con NACOs en el momento del ictus (21'8% analizando sólo los anticoagulados). Si tenemos en cuenta tan sólo pacientes en los que se activó Código Ictus, el porcentaje se incrementó hasta un 2'9%, frente a un 11'1% en el caso de antivitamina K. El 5% de los pacientes con NACOs recibió tratamiento trombolítico, sin embargo, un 52'4% recibió anticoagulación. En cuanto al porcentaje medio de NACOs en fase aguda, desde el primer trimestre analizado, ha aumentado en 2'5 veces hasta el momento actual.

Conclusión: Observamos una tendencia al alza en el número de pacientes tratados con NACOs que ingresan por ictus en su fase aguda. Pese a ello, el porcentaje total que supone tratamiento intravenoso o endovascular del ictus, es aún bajo (1'2%).

PARESTESIAS. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Motos García, J.Á.; Palao Rico, M.; García Lax, N.; Sanz Monllor, A.; Martínez Navarro, M.L.; García Medina, A.M.; Marín Marín, J.; Rodríguez García, J.M.; Salmerón Ato, M.P.; Iniesta Valera, J.A.; Díaz Ortuño, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía

Objetivos: Las parestesias son un motivo frecuente de consulta en urgencias. Tienen un alto valor de localización de la lesión, aunque tambien es frecuente que aparezcan en pacientes ansiosos con síntomas somáticos. El objetivo es analízar los casos de parestesias hasta su diagnóstico final.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que consultaron por parestesias durante el año 2015 en urgencias del Hospital Reina Sofía de Murcia.

Resultados: La edad media fue de 42.5 años, con un 54.8% de mujeres y un 45.2% de hombres. Presentaban antecedentes neurológicos un 15%, sobre todo migraña, epilepsia y meningitis en la infancia). Además un 11.9% presentaban antecedentes de síndrome ansioso-depresivo. Se les realizó un TAC craneal urgente al 37.1%, y solo en 1 caso el resultado fue patológico (1.7%). Al 50.9% de los pacientes se les continuó el estudio vía ingreso directo en Neurología (un 56%) o por consultas externas (un 44%), realizándose RMN y EMG, entre otras pruebas. Un 49.1% se envió a casa sin realizar mas estudios.

Conclusión: El diagnóstico mas frecuente en todos los pacientes fue neuropatía periférica o radiculopatía. El segundo mas frecuente fue migraña con aura (en consultas), etiología isquémica (en los ingresados) y ansiedad (en los pacientes dados de alta directa). En el grupo de pacientes ingresados tambien aparecen casos de mielitis, Guillain-Barré y enfermedad desmielinizante, entre otros. Solo un 2.5% de los pacientes que fueron enviados a casa reingresaron posteriormente, con 1 caso de mielitis, 2 casos de ictus y 1 de polineuropatía carencial por déficit de tiamina.

DÉFICIT FUNCIONAL INSTRUMENTAL Y MORTALIDAD. DATOS DE LA COHORTE NEDICES

Hernández Gallego, J. [1]; Cuadrado- Mancy, A. [2]; Giménez- Santamarina, C. [2]; Vela- Cepeda, R. [2]; Martín-Arriscado Arroba, C. [3]; Olazarán, J. [4]; Llamas, S. [1]; Bermejo Pareja, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Medicina. Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario 12 de Octubre; 4. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: La capacidad funcional instrumental es un marcador cognitivo y de eficiencia conductual. Nuestro objetivo es valorar la eficacia del Pfeffer-11 (AIVD) como marcador de supervivencia en la cohorte NEDICES.

Material y métodos: La relación entre las puntuaciones del Pfeffer-11 (0-33 puntos) con los datos de mortalidad han sido analizadas mediante curvas de Kaplan-Meier y análisis de regresión de Cox. Los análisis se realizaron en 4.098 participantes en el corte basal.

Resultados: Se observó una disminución de la supervivencia conforme se incrementaba el déficit funcional con el paso del tiempo. Aquellos que puntuaban por encima de 5 puntos (incapacidad moderada) presentaron un riesgo significativamente mayor que los que tenían una puntuación normal (0-1 puntos). En el análisis de Cox el HR, ajustado por edad, sexo, salud subjetiva, nivel educativo y MMSE-37 fue de 2, 04; IC95% (1,77- 2,37) al final del periodo de observación (13 años)

Conclusión: La relación entre las puntuaciones del Pfeffer-11 (0-33 puntos) con los datos de mortalidad han sido analizadas mediante curvas de Kaplan-Meier y de Cox. Los análisis se realizaron en 4.098 participantes en el corte basal. Se observó una disminución de la supervivencia conforme se incrementaba el déficit funcional con el paso del tiempo. Aquellos que puntuaban por encima de 5 puntos (incapacidad moderada) presentaron un riesgo significativamente mayor que los que tenían una puntuación normal (0-1 puntos) En el análisis de Cox el HR, ajustado por edad, sexo, salud subjetiva, nivel educativo y MMSE-37 fue de 2, 04; IC95% (1,77- 2,37) al final del periodo de observación (13 años)

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR ICTUS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA EN EL AÑO 2013

Pérez Gámez, M.; Villegas Rodríguez, I.; Hervás Navidad, R.; Dengra Maldonado, A.I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio

Objetivos: El ictus es la segunda causa de mortalidad global en España y la primera causa de discapacidad grave en adultos. La literatura estima una mortalidad hospitalaria entre el 8 y el 14%. Analizamos la mortalidad por ictus en pacientes ingresados en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada durante el año 2013.

Material y métodos: Revisamos los pacientes fallecidos entre los ingresados con el diagnóstico de ictus durante el año 2013 en nuestro centro. Se recogen datos sociodemográficos y clínicos y se realiza un análisis estadístico.

Resultados: Se estimó una tasa de mortalidad global del 7,8%, con una tasa de mortalidad en Neurología del 5,5%, siendo el 63% mayor de 80 años. Entre los fallecidos predomina el ictus isquémico respecto al hemorrágico (63% vs 37%). La extensión del infarto al ingreso era severa en el 66%. El 35% tenían tres o más comorbilidades previas, predominando la cardiopatía (61%). Las complicaciones principales fueron insuficiencia respiratoria aguda con o sin neumonía (39%), síndrome febril (33%) e insuficiencia cardiaca reagudizada o FA descompensada (15%). Se apreció complicación neurológica como causa del fallecimiento en el 58% casos.

Conclusión: la mortalidad por ictus en nuestro centro fue similar o menor a la descrita en la literatura. La mayoría de los fallecidos tenían un alto riesgo de mortalidad (edades avanzadas, múltiples comorbilidades coincidentes y/o ictus severos). Seguramente la mortalidad real sea mayor de la expresada, teniendo en cuenta el traslado de los pacientes que precisan cuidados medios o fisioterapia a centros concertados, una vez superada la fase aguda del ictus.

SERIE DE MENINGITIS AGUDAS COMUNITARIAS: EPIDEMIOLOGÍA LOCAL Y PRONÓSTICO

Reyes Bueno, J.A. [1]; Ruiz Mesa, J.D. [2]; García Trujillo, L. [1]; Muñoz Novillo, J. [1]; Moreno Arjona, M.P. [1]; Villagran, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; 2. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Con este estudios pretendemos analizar aspectos epidemiológicos y pronósticos sobre las meningitis agudas en nuestro medio.

Material y métodos: Recogemos todos los casos de meningitis de adultos ingresados en nuestro Hospital Regional de Málaga desde Enero de 2015 hasta Abril 2016. Se analizan variables demográficas, clínicas, pronósticas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: Se recogen 58 casos de meningitis agudas (MA), de los cuales el 60% son linfocitarias y el resto poseen en el Líquido cefalorraquídeo (LCR) un predominio de polimorfonucleares. 17 casos son MA bacterianas comunitarias. El germen más frecuente es Streptococcus Pneumoniae y en 6 casos no se filió el origen. 6 pacientes tenían neoplasia previa, 2 tomabas corticoides, y 4 pacientes presentaban un foco ótico/sinusal, 4 de ellos con fístula de LCR. Todos presentaron cefalea y el 94% fiebre. La rigidez de nuca estuvo presente en el 70%, casi el 60% presentaba deterioro del nivel de consciencia y 7 pacientes presentaron focalidad neurológica. Todos los pacientes recibieron corticoides durante una media de 15 días. La mortalidad atribuible fue de 11.8%.

Conclusión: La meningitis en nuestro medio no es tan incidente como otras patologías neurológicas agudas, aunque su conocimiento epidemiológico nos ayuda a conocerlas y manejarlas mejor. En nuestro caso, la serie es aún pequeña para sacar conclusiones claras. Establecemos un estudio epidemiológico de las meningitis en nuestra área sanitaria de Málaga.

Neurogenética P

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE NEUROIMAGEN EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE ALSTRÖM

Pérez Álvarez, Á.I.; Martínez Rodríguez, L.; García-Cabo Fernández, C.; García Rúa, A.; Suárez Santos, P.; Castañón Apilánez, M.; Moral García, A.M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Tratamos de analizar las características clínicas y de neuroimagen en una paciente con un síndrome de Alström caracterizado mediante estudio genético

Material y métodos: Presentamos una paciente de 30 años que inicia a los pocos meses de edad un cuadro caracterizado por episodios de insuficiencia cardíaca de repetición secundario a miocardiopatía dilatada con fracción de eyección deprimida, que se continúa con un déficit visual progresivo desde los primeros años de la infancia hasta alcanzar una ceguera completa con electroretinograma plano. A los 14 años de edad desarrolla una diabetes mellitus tipo 2 con requerimientos insulínicos precoces y a los 25 años comienza a usar prótesis auditivas debido a hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva, asimismo es diagnosticada de una polineuropatía de predominio sensitivo. Los estudios sistémicos fueron anodinos y poco sugerentes de una enfermedad mitocondrial. La Resonancia Magnética craneal de alto campo muestra una atrofia moderada parietooccipital con alteración de la sustancia blanca subyacente y atrofia de la vía óptica a nivel de nervios ópticos, quiasma y radiaciones ópticas. El análisis genético reveló una mutación en el gen ALMS1 responsable de la clínica

Resultados: El síndrome de Alström es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva debido a una mutación en el gen ALMS1 cuyas manifestaciones clínicas son multisistémicas

Conclusión: Debemos sospechar un síndrome de Alström ante pacientes con pérdida visual y auditiva progresivos, miocardiopatía, resistencia a la insulina y polineuropatía especialmente cuando la neuroimagen demuestra una atrofia cerebral y de la vía óptica a edades tempranas

SÍNDROME DE PERRAULT EN UNA FAMILIA DE TRES HERMANOS COMO MANIFESTACIÓN DE MUTACIONES EN EL GEN C10ORF2

Pérez Álvarez, Á.I.; García-Cabo Fernández, C.; Martínez Rodríguez, L.; Suárez Santos, P.; García Rúa, A.; Ameijide Sanluis, E.; García Martínez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Las mutaciones en el gen C10orf2 presentan gran variabilidad fenotípica destacando la oftalmoplejía externa progresiva dominante tipo 3 (PEOA3), la ataxia espinocerebelosa de inicio infantil (IOSCA) y el síndrome de Perrault. Tratamos de describir las características clínicas de una familia con este último síndrome

Material y métodos: Presentamos una familia de tres hermanos, dos mujeres y un varón, con una enfermedad hereditaria autosómica recesiva de inicio infantil caracterizada por una sordera neurosensorial profunda progresiva, que desarrollan en su adolescencia una insuficiencia gonadal primaria y menopausia precoz y en la tercera década de la vida aparición de clínica neurológica que se presenta como una ataxia espinocerebelosa con compromiso cordonal posterior y polineuropatía. Los estudios analíticos serológicos y licuorales no resultaron concluyentes, mientras que las técnicas de neuroimagen mostraron una atrofia cerebelosa y de columnas posteriores medulares cervicales y dorsales, además de hiperintensidad a nivel de pedúnculos cerebelo-

sos inferiores. La secuenciación exómica masiva reveló una mutación en el gen C10orf2

Resultados: El gen C10orf2 codifica la proteína Twinkle que participa en la replicación del DNA mitocondrial. Su mutación causa déficits neurológicos como los referidos además de miopatía, atrofia óptica, crisis epilépticas y deterioro cognitivo. Se han descrito tres fenotipos clínicos ligados a esta mutación, las características clínicas de nuestra serie de pacientes serían congruentes con un síndrome de Perrault

Conclusión: Debemos sospechar una mutación C10orf2 en el caso de familias con un cuadro progresivo hereditario de sordera neurosensorial profunda de inicio temprano, menopausia precoz y afectación neurológica espinocerebelosa y polineuropática que inician en edad adulta.

ENFERMEDAD DE ALEXANDER: DEFICIT SEROTONINERGICO Y POSIBILIDADES TERAPEUTICAS

Pérez Torre, P. [1]; Escobar Villalba, A. [1]; Martínez Ulloa, P. [1]; Anciones Martín, C. [1]; Bazan, E. [2]; Casarejos, M.J. [3]; Lorenzo Sanz, G. [4]; Jiménez-Escrig, A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Neurobiología-Investigación. Instituto Ramon y Cajal de Investigacion Sanitaria (IRYCIS); 3. Servicio de Neurobiología-Investigación. Hospital Ramón y Cajal; 4. Servicio de Pediatría. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: La enfermedad de Alexander (ALXD) es una leucodistrofia infrecuente causada por mutaciones en gen GFAP. Actualmente, sólo tiene tratamiento conservador. Presentamos dos casos no relacionados con ALXD por una mutación R79H, con niveles bajos de 5-hidroxiindolacético en LCR, el principal metabolito de serotonina.

Material y métodos: Caso 1. Varón de 17 años de edad, comenzó a los 7 años con pérdida de coordinación, problemas del habla y apatía. En la exploración presenta actualmente alteraciones motoras oculares, disartria y ataxia de la marcha. La RM cerebral mostró lesiones de sustancia blanca de predominio en regiones frontales e importante atrofia medular y bulbar. Caso 2. Niño de 5 años de edad que presentó status epiléptico a los 14 meses. En ese momento, el perímetro cefálico fue de 50,8 cm (> 2,5 DS). La RM cerebral mostró hiperintensidades difusas de sustancia blanca predominantemente en lóbulos frontales. A los 4 años ya tenía deterioro cognitivo.

Resultados: Se realizó punción lumbar en ambos casos; Caso 1, 5HIAA 21 nmol/L (74-163) y HVA 110 (133-551). Caso 2, 5HIAA 20 nmol/L y HVA 100. En Caso 1 se inició empíricamente tratamiento con 5-hidroxitriptófano a la espera de ver si se produce mejoría sintomática.

Conclusión: Los hallazgos en LCR apuntan a una deficiencia serotoninérgica en esta enfermedad, probablemente causada por afectación grave y selectiva de mesencéfalo y bulbo en estos pacientes. El hallazgo de 5HIAA bajo en el LCR puede tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas, ya que apunta a esta leucodistrofia y apoyaría su tratamiento con 5-hidroxitriptófano.

MUTACIÓN NOVEL EN AIFM1 CAUSA UNA POLINEUROPATÍA AXONAL CON AFECTACIÓN EXCLUSIVAMENTE MOTORA

Lupo Barretta, V. [1]; Sanchis, C. [1]; Sánchez Monteagudo, A. [1]; Domínguez, C. [2]; Camacho, A. [2]; Espinós Armero, C. [1]

1. Unidad de Genética y Genómica de Enfermedades Neuromusculares. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF); 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Diagnóstico genético en dos hermanos que cursan con polineuropatía de predominio motor, con debut en edad infantil.

Material y métodos: Evaluación clínica mediante estudios electrofisiológicos, audiométricos, oftalmológicos, y de la función respiratoria. Análisis genético mediante panel de genes para el diagnóstico de neuropatías periféricas hereditarias. Análisis in silico de predicción de patogenicidad mediante los algoritmos SIFT y Polyphen-2, y de modelaje mediante los programas Coot y Pymol.

Resultados: Los estudios electrofisiológicos revelan una polineuropatía axonal con afectación exclusivamente de las fibras motoras. Ninguno de ellos presenta afectación del sistema respiratorio ni tampoco alteraciones auditivas ni visuales. Las funciones cognitivas y de los nervios craneales están dentro de la normalidad. El panel de genes permitió identificar la mutación novel c.629T>C (p.F210S) en el gen AIFM1, que cosegrega con la enfermedad. Los algoritmos de predicción de patogenicidad SIFT y Polyphen-2 estiman que la mutación p.F210S podría ser patológica, y el análisis de modelaje tridimensional de la proteína muestra que esta mutación podría desestabilizar la estructura proteica.

Conclusión: Hasta la fecha mutaciones en el gen AIFM1 se han asociado a: síndrome de Cowchock, encefalopatía mitocondrial debida a COXPD6, y neuropatía sensitiva periférica con sordera ligada a X. Nuestro caso revela un nuevo fenotipo de polineuropatía axonal exclusivamente motor asociado al gen AIFM1, ampliando el espectro fenotípico asociado a mutaciones en este gen. Además, se demuestra que el panel de genes empleado es una herramienta diagnóstica efectiva para la obtención de un diagnóstico definitivo. Financiación: ISCIII (PI12/00453); Fundació per Amor a l'Art.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y CADASIL: ¿ENTIDADES EXCLUYENTES O COINCIDENTES?

Córdova Infantes, M.D.R.; Querol Pascual, M.R.; Marcos Toledano, M.D.M.; Ceberino Muñoz, D.; Muñoz Vega, P.; Martínez Acevedo, M.; Constantino Silva, A.B.; Roa Montero, A.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Objetivos: CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) es una enfermedad genética causada por una mutación en el gen NOTCH3. La esclerosis múltiple (EM), enfermedad desmielinizante, es diagnosticada hasta en un 25% de los casos que posteriormente se objetiva un CADASIL. El estudio de neuroimagen y de LCR son fundamentales en el diagnóstico diferencial. Presentamos dos miembros de la misma familia que presentan CADASIL clínicamente atípico con neuroimagen y BOC positivas sugestivas inicialmente de EM.

Material y métodos: Caso 1: Varón de 58 años con antecedentes personales (AP) de cefalea tensional, que ingresa por episodios de visión borrosa. Caso 2: mujer de 39 años con AP de crisis convulsivas, oligodendroglioma intervenido, que ingresa por hipoestesia en mano derecha y disartria. Se realiza estudio completo a ambos con RMN cerebral y estudio de LCR.

Resultados: Caso 1: RMN con criterios diagnósticos de EM y BOC IgG positivas en LCR y negativas en suero. Caso 2: RMN con placas desmielinizantes junto con BOC IgM e IgG positivas en LCR. Ambos son diagnosticados de EM RR. En ambos casos, durante el estudio nos informan de familiares con CADASIL, realizándose estudio presentando ambos mutación en el exón 11 del gen NOTCH3 (pR558>C).

Conclusión: El diagnóstico de CADASIL resulta complicado cuando presenta una clínica y neuroimagen atípicas y muy sugestivas de EM. Las BOC positivas en LCR y la afectación del cuerpo calloso característicos de la EM, son hallazgos muy infre-

cuentes en el CADASIL. Estos hallazgos están presentes en nuestros pacientes que presentan la mutación pR558>C.

CADASIL, UNA ARTERIOPATÍA HEREDITARIA CUYA BASE GENÉTICA SIGUE CRECIENDO

Hernández Navarro, P.; Torregrosa Martínez, M.H.; Molina Sánchez, M.; Castro Fernández, B.A.; Izquierdo Esteban, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy), portadora de una mutación genética en el NOTCH3 no descrita previamente.

Material y métodos: Mujer de 32 años, fumadora, sin tratamiento habitual, que consulta por cefalea periocular punzante irradiada a región occipital, de años de evolución, que ha aumentado progresivamente su frecuencia hasta hacerse diaria. En la RM cerebral se evidencian múltiples lesiones en la sustancia blanca subcortical, hiperintensas en T2, planteando el diagnóstico diferencial entre patología vascular, desmielinizante, etc.

Resultados: El estudio (analítica sanguínea, LCR, eco-doppler TSA, angioRM y arteriografía cerebral), no mostró alteraciones reseñables. La biopsia cutánea objetivó depósitos electrodensos granulares en células endoteliales y de músculo liso de pequeños vasos. Se realizó el estudio molecular con secuenciación completa del gen NOTCH3, encontrándose la mutación c.1320C>G o p.Cys440Trp. Se inició tratamiento antiagregante y se propuso el estudio a familiares.

Conclusión: El CADASIL es una arteriopatía hereditaria autosómica dominante, por mutación del gen NOCHT3 (cr19), con expresión clínica en adultos y fenotipo variable: cefalea, depresión, convulsiones, infartos cerebrales o demencia. Se caracteriza por la afectación de la mielina periventricular, especialmente en polos temporales y centros semiovales, y el depósito granular osmiófilo en la capa media de las arterias de pequeño y mediano calibre. En la literatura se estima una prevalencia de 4,15 casos por 100.000 habitantes y se han recogido cerca de 200 mutaciones del gen NOTCH3. Con este caso aportamos una mutación no descrita previamente en las bases de datos disponibles para mutaciones humanas.

DELECIÓN ÚNICA EN DNA MITOCONDRIAL COMO CAUSA DE STROKE-LIKE Y EPILEPSIA

Abarrategui Yagüe, B.; Marcos Dolado, A.; García Morales, I.; Parejo Carbonell, B.; Hernández González-Monje, M.; Horga Hernández, A.; García García, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Las alteraciones genéticas causantes del síndrome MELAS están bien establecidas (80% mutación puntual en nucleótido 3243 del gen MT-TL1 del mtDNA). En casos con clínica y neuroimagen sugerentes de MELAS y genética negativa se han descrito mutaciones en el gen de la POLG. Presentamos un caso que debutó como stroke like, con genética inesperada.

Material y métodos: Mujer, 58 años. Fumadora, EPOC, exbebedora, con síndrome bipolar. Es remitida a urgencias por alteración del lenguaje, activándose código ictus. Presenta afasia mixta y constantes normales. El TC urgente es normal. Tras su ingreso presenta fluctuaciones de la afasia y episodios de aparente desconexión, detectándose crisis focales subintrantes en región temporal izquierda en VEEG. La citobioquímica del LCR es normal, con lactato de 19 mg/dL, 14.3.3 positiva. La RM craneal muestra lesión temporoparietal y en pulvinar izquierdo, hiperintensa en T2, con restricción de difusión, sin corresponder con territorio vascular. En el diagnóstico diferencial se consideran como primeras opciones cambios por status, encefalitis autoinmune con respuesta a corticoides y encefalopatía mitocondrial. No tiene antecedentes familiares.

Resultados: Se hace biopsia muscular observándose escasas fibras con aumento de actividad SDH y pérdida de COX. El estudio genético detecta deleción única en mtDNA de 6 Kb en un porcentaje de heteroplasmia del 17%. Cadena respiratoria normal.

Conclusión: Se trata de uno de los primeros casos descritos en la literatura de stroke-like y epilepsia asociados a deleciones únicas en DNA mitocondrial. El caso recuerda la necesidad de considerar el diagnóstico de patología mitocondrial a pesar de la ausencia de antecedentes familiares.

TÍPICO CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DE NEURODEGENERACIÓN CON ACÚMULO CEREBRAL DE HIERRO EN EL ADULTO

Alberola Amores, F.J.; Torregrosa Ortiz, M.; Bonet de la Nuez, M.; Marhuenda Bermejo, L.; Alvarez Sauco, M.; Sola Martinez, M.D.

Servicio de Neurología. Hospital General de Elche

Objetivos: La neurodegeneración con acumulación cerebral de hierro (NACH) abarca un grupo de trastornos genéticos neurodegenerativos raros caracterizados por una disfunción extrapiramidal progresiva (distonía, rigidez, coreoatetosis) por acumulación de hierro en los ganglios basales. La forma más frecuente de ENACH es la Neurodegeneración asociada a pantotenato Kinasa (PKAN). Su forma clásica debuta en la infancia con trastornos del movimiento y es rápidamente progresiva; la forma atípica es más lenta, aparece en adolescencia y predominan las alteraciones psiquiátricas y del habla.

Material y métodos: : Varón de 32 años que consulta por cefalea tensional e irritabilidad. Como antecedentes destaca ser fumador, hepatitis en infancia e historia de meningitis bacteriana con 6 años. No antecedentes familiares neurológicos. En la exploración destacaba leve temblor cefálico, sonrisa insulsa, disartria moderada y palilalia. La marcha era normal, sin otros movimientos anormales. Estas alteraciones las refería progresivas, desde la infancia. Vive independizado.

Resultados: En la resonancia magnética craneal se objetivan alteraciones de señal en globos pálidos (ojo de tigre). Analítica anodina. Se solicitó estudio genético que evidenció una mutación patogénica en homocigosis en el gen PANK2, confirmando la PKAN. Se aporta completa iconografía del caso, incluyendo videofilmación del paciente.

Conclusión: Aunque muy infrecuente, existen pacientes adultos con clínica "escasa" y atípica. Debemos tener presente en el estudio de nuestros pacientes jóvenes con alteraciones cognitivo-conductuales y/o trastornos del movimiento la posibilidad de padecer PKAN atípica. Como en nuestro caso, la progresión clínica es más lenta, siendo en estos casos especialmente características la palilalia y la disartria.

AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN UNA SERIE DE PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

Vicente Rodrigo, J.A. [1]; Gómez Romero, L. [2]; Gómez Moreno, I. [2]; Ramírez Luna, J.C. [1]; Cuerda Clares, M.T. [1]; Trapero Iglesias, N. [1]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Neurología. Raigmore Hospital

Objetivos: Analizar las características de una serie de pacientes con neurofibromatosis tipo I (NFM1) y la proporción de afectación del SNC en ellos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes seguidos en neurología desde 2000 a 2016. Revisión de historias clínicas y estudios radiológicos.

Resultados: Analizados 12 pacientes. 10 mujeres. Edad media al inicio del seguimiento 40 años. 4 con afectación del SNC. 2 con neurofibromas intrarraquídeos, 3 con gliomas cerebrales, 2 de ellos de bajo grado y 1 de alto grado. Coexistencia de neurofibromas con afectación radicular y glioma cerebral en 1 paciente. Detallamos: Caso nº 1 Varón. 27 años. Debilidad en ambos pies. RMN columna: Neurofibroma intracanalicular T12-L1. Evolución favorable tras resección quirúrgica. Caso nº2 Mujer. 20 años. RMN cerebral/columna: Glioma en región prequiasmática del nervio óptico. Neurofibroma en raíces L4 y C2. Sin repercusión clínica. Caso nº3 Mujer. 63 años. RMN: Glioma de bajo grado posterior al hipocampo izquierdo. Sin repercusión clínica. Caso nº4 Mujer. 27 años. Diplopía aguda. RMN: Astrocitoma pilocítico juvenil troncoencefálico irresecable. Estabilización clínica con quimiorradioterapia. Progresión tumoral durante embarazo. Rápido deterioro neurológico y fallecimiento.

Conclusión: Aunque la serie es corta, se observa elevada afectación del SNC con amplia variabilidad clínica y pronóstica. Los gliomas cerebrales de bajo grado y los neurofibromas intrarraquídeos constituyen la afectación más frecuente en esta serie. Los gliomas de alto grado son menos frecuentes pero asociados a importante morbimortalidad.

Neuroimagen P1

ESTUDIO INTERNACIONAL, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, CONTROLADO SOBRE EL IMPACTO DE LAS IMÁGENES PET DE AMILOIDE CON FLORBETAPIR (18F) EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE PACIENTES

Marques Trinidade, J. [1]; Pontecorvo, M. [2]; Ciudad, A. [3]; Deberdt, W. [4]; Chevrette, A. [5]; Lu, M. [6]

1. Servicio de Neuroinmunología Clínica. S.A. Eli Lilly Benelux N.V.; 2. Servicio de Clinical Development. Avid Radiopharmaceuticals; 3. Servicio de Neurociencias. Lilly SA, Alcobendas; 4. Servicio de Neurociencias. Eli Lilly Benelux; 5. Servicio de Clinical Development. Eli Lilly and Company; 6. Servicio de Statistician. Avid Radiopharmaceuticals

Objetivos: Objetivo Evaluar el impacto del PET de amiloide en el diagnóstico y tratamiento en un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico.

Material y métodos: Material y Métodos Se identificaron pacientes con deterioro cognitivo o demencia leves, pendientes de diagnóstico, en los que se consideró como posible causa la EA (<85% de certeza). Tras un diagnóstico y régimen terapéutico iniciales, los pacientes fueron sometidos a un PET con florbetapir y aleatorizados de manera que se les informó sobre su estado amiloide inmediatamente o un año después. Tras 3 meses, se actualizó el diagnóstico y régimen terapéutico y se analizó el impacto de haber recibido la información del estado amiloide inmediatamente en comparación con hacerlo 1 año después sobre los posibles cambios.

Resultados: Resultados Se aleatorizaron 618 sujeto, en grupos de información inmediata o 1 año después del estatus del PET de amiloide (308 vs. 310). 602 sujetos completaron los 3 meses. Una proporción significativamente mayor de pacientes que recibieron la información inmediata mostró un cambio en el diagnóstico (98/301[32,6%] vs. 19/299[6,4%]; p<0,0001). Hubo significativamente más pacientes que experimentaron un cambio en su régimen terapéutico en el grupo de información inmediata (204/300[68,0%] vs. 166/299[55,5%]; p=0,0017), principalmente debido a modificación en el uso de medicamentos para la EA.

Conclusión: Conclusiones Este ensayo clínico aleatorizado apoya la hipótesis de que el conocimiento del estado amiloide determinado por PET con florbetapir impacta en el diagnóstico y régimen terapéutico.

EXTENSA CALCIFICACIÓN GIRIFORME TRAS ICTUS ISQUÉMICO RECIENTE

Bravo Gómez, J.J.; Franco Salinas, A.R.; Camacho Nieto, A.; Parralo López, A.; Giraldo Restrepo, N.; Carrasco García de León, S.; Hernández González, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos: Presentamos un caso de calcificación precoz extensa del parénquima cerebral tras un ictus isquémico, discutiendo la fisiopatología.

Material y métodos: Mujer de 54 años con carcinoma de mama moderadamente diferenciado (estadiaje pT1-N2-M1, con metástasis en cabeza femoral derecha), en tratamiento con zoledronato y taxol. Presenta bruscamente somnolencia, hemianopsia homónima izquierda, hemiparesia izquierda, disartria y hemineglígencia. La tomografía computerizada (TC) craneal muestra signos sugestivos de ictus isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha. Tras consultar con Oncología, se considera que presenta enfermedad diseminada pero estabilizada, con buen pronóstico de supervivencia y bajo riesgo hemorrágico, por lo que se administra fibrinolisis intravenosa, con buena evolución posterior.

Resultados: La resonancia magnética durante el ingreso confirma un infarto extenso en territorio de ACM derecha. En controles de neuroimagen al mes se objetiva una extensa calcificación parenquimatosa giriforme bordeando el área del infarto, sin otra patología asociada. La analítica detecta aumento leve de PTH con calcio y fósforo normales, atribuible a bifosfonatos.

Conclusión: Destacamos la presencia de calcificaciones precoces en el área de encefalomalacia tras un infarto cerebral. Esta rara complicación generalmente aparece años después del ictus, pudiendo favorecer crisis epilépticas secundarias. Se han descrito calcificaciones precoces en relación con hiperparatiroidismo y trastorno de la homeostasis calcio/fósforo. El tratamiento prolongado con bifosfonatos, como en el carcinoma de mama con metástasis óseas, se ha relacionado con calcificaciones en distintos tejidos (viscerales, distrofias cutáneas, formación metaplásica de hueso). En esta paciente, dicho tratamiento y el hiperparatiroidismo secundario podrían haber contribuido a ello a pesar de cifras iónicas normales.

UTILIDAD DE LA SECUENCIA DE PERFUSIÓN ARTERIAL SPIN LABELING (ASL) COMO FACTOR PRONÓSTICO DE ISQUEMIA CEREBRAL EN TUMORES DE SENO CAVERNOSO CON AFECTACIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA (ACI)

Boix Moreno, A. [1]; Massot Cladera, M. [1]; Corujo Suarez, M. [1]; Marin Quiles, A.B. [2]; Roig Egea, P. [2]; Jimenez Arribas, P. [3]; Gassent Balaguer, M.D.C. [2]; Moll Servera, A.M. [2]; Picado Vallés, M.J. [2]; Mas Bonet, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Son Espases; 3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos: Evaluar el riesgo de isquemia cerebral mediante la secuencia ASL en pacientes con tumores ocupantes del seno cavernoso con afectación de la Arteria Carótida Interna (ACI). La hipoperfusión cerebral asociada a la estenosis de la ACI evaluada con angio-RM 3D TOF y ASL podría ser un marcador pronóstico de isquemia cerebral en estos pacientes.

Material y métodos: Realizamos el protocolo estándar de RM cerebral y las secuencias CBF-ASL y Angio-3D TOF, en 14 pacientes con tumores con invasión de seno cavernoso. (9 meningiomas, 5 Macroadenomas). Ninguno de ellos con isquémia sintomática. El grado de estenosis de la ACI se valoró comparando con la contralateral en la secuencia TOF, en todos fue mayor del 15%. La media cuantitativa del CBF se calculó comparando ambos hemisferios, con tres imágenes consecutivas por encima del centro semioval con un análisis de región de interés (6000mm2). Se consideró que la diferencia interhemisférica fué significativa si esta era superior al 10%

Resultados: En los 6 pacientes con estenosis superiores al 30% se observaron diferencias interhemisféricas significativas en el CBF. En pacientes con estenosis entre 15-30% sólo se encontraron diferencias en 3 de 8 pacientes.

Conclusión: El CBF calculado con la secuencia de ASL puede ser útil en combinación a la angio-3D TOF como factor pronóstico de isquemia cerebral en pacientes con tumores de seno cavernoso y afectación de ACI.

¿EXISTE EL SÍNDROME DE HIPERPERFUSIÓN ESPONTÁNEA POST-ICTUS?, O LA "PERFUSIÓN DE LUJO" LLEVADA AL EXTREMO. LECCIONES FISIOPATOLÓGICAS A PROPÓSITO DE UN CASO

de la Cruz Cosme, C. [1]; Romero Godoy, J. [1]; Rodríguez Belli, A.O. [1]; Aguilar Cuevas, R. [2]; Romero Acebal, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 2. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: La "perfusión de lujo" (PL) es un fenómeno clásico post-isquémico, de edema cerebral focal y ruptura de barrera atribuidos a la cascada inflamatoria y la dilatación arteriolar, y a la posterior reperfusión sobre la zona de penumbra, de resolución habitualmente en la primera semana. Suele ensombrecer el pronóstico de recuperación. Se pretende ilustrar la dificultad diagnóstica a interpretativa que puede conllevar este proceso en los casos de estudio diferido y presentación extrema.

Material y métodos: Varón de 61 años, con deterioro cognitivo ligero, que consulta por empeoramiento subagudo de 15 días de evolución, destacando un empobrecimiento del lenguaje. En RM cerebral, necrosis laminar insular izquierda con realce giral, y zona extensa parieto-temporal ipsilateral de edema vasogénico que no restringe en la difusión. Subyace estenosis carotídea cervical irregular y suboclusiva, lo que apoya su origen isquémico pese a la evolución progresiva del déficit y la neuroimagen inhabitual.

Resultados: La resolución progresiva del edema (50 días), en paralelo a la mejoría de lenguaje y cognición, la asociación de un sistema de drenaje venoso ipsilateral hipoplásico, y la posterior constatación de una placa carotídea con predecible comportamiento valvular (móvil y suboclusiva), consolidaron el diagnóstico de hiperperfusión espontánea como forma extrema de PL post-ictus ese contexto particular.

Conclusión: Cuando se inicia el estudio en fase subaguda, los hallazgos menos frecuentes en el ictus pueden generar dudas sobre la naturaleza lesional. La PL puede alcanzar extremos de auténtica hiperperfusión sintomática, máxime cuando se combinan mecanismos de isquemia cerebral crónica, infarto con reperfusión temprana pero no precoz y drenaje venoso subóptimo.

NEUROPATÍA DEL NERVIO HIPOGLOSO SECUNDARIA A DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA

Sánchez López, P.; Gallego de la Sacristana, M.; Aguirre Hernández, C.; Martínez Vicente, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa

Objetivos: Las disecciones arteriales cervicales pueden producir una gran variedad de síntomas, incluyendo afectación de nervios craneales en un pequeño porcentaje de casos. Se presenta un paciente con neuropatía del nervio hipogloso secundaria a disección de arteria carótida interna.

Material y métodos: Se revisan las características clínicas y radiológicas del paciente (incluyendo angio-TC y resonancia magnética) y su evolución hasta la fecha.

Resultados: Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, valorado por alteración brusca de la articulación del habla, destacando crisis hipertensiva en el contexto y cefalea opresiva frontoorbitaria en las 48 horas previas. A la exploración se objetiva disartria leve y desviación hacia la izquierda a la protrusión lingual, compatible con afectación del nervio hipogloso izquierdo. El examen de pupilas y resto de nervios craneales fue normal. Se realiza angio-TC urgente, que muestra hallazgos sugestivos de disección de arteria carótida interna (ACI). Se completa estudio a las 24 horas con angio-resonancia magnética, que confirma disección de la ACI con pseudoaneurisma asociado, que condiciona compresión del nervio hipogloso a nivel cervical extracraneal. El paciente se mantuvo clínica y hemodinámicamente estable, iniciándose antiagregación con AAS 300mg como prevención secundaria. En la evaluación a los 3 meses del alta hospitalaria el paciente presentó mejoría significativa de los síntomas, con persistencia de aneurisma en angioRM de control.

Conclusión: Ante una afectación aislada del nervio hipogloso debemos descartar disección arterial cervical, especialmente si se acompaña de otros síntomas típicos como cefalea o síndrome de Horner.

ASOCIACIÓN ENTRE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 Y SÍNDROME DE MOYA MOYA

Casas Peña, E.; Goñi Imizcoz, M.; Arnaiz Senderos, S.; Hernando Asensio, A.; Porqueres Bosch, E.; Pascual Carrascal, D.; Aguado García, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: A la bien conocida asociación de neurofibromatosis tipo 1 (NF1) con neoplasia cerebral se añade la no tan frecuente relación con patología vascular cerebral (3% de los casos) y característicamente con el síndrome de Moya- Moya. Mostramos dicha asociación a través de un caso.

Material y métodos: Presentamos un paciente varón de 58 años con NF1, manchas café con leche y neurofibromas cutáneos, con antecedentes de tabaquismo, HTA y DM, que consulta por cefalea. La exploración neurológica realizada fue normal.

Resultados: Se realizan pruebas diagnósticas: TAC y RM que muestran lesiones vasculares inespecíficas y disminución del calibre de arteria carótida interna (ACI) derecha. La arteriografía cerebral pone de manifiesto un afilamiento progresivo de ACI derecha sin visualización distal; pequeños vasos con relleno en fase capilar e imagen de "humo"; muestra relleno a través de la Arteria Comunicante Anterior de ramas de la ACM derecha y presencia de un área plexiforme, imagen de "humo" entre ACA y ACM derechas.

Conclusión: La asociación NF1 y síndrome de Moya-Moya, podría justificarse por la proximidad de los genes responsables de ambas patologías en el cromosoma 17. Se ha descrito la cefalea como síntoma de presentación del síndrome de Moya Moya, su patogenia sería la dilatación de vasos colaterales meníngeos que estimulan los nociceptores durales. Es importante conocer la asociación entre estas patologías para mantener un alto grado de sospecha de patología vascular en pacientes con neurofibromatosis, establecer un diagnóstico precoz y prevenir posibles complicaciones.

TROMBOSIS DE LA BASILAR CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Guzmán Fernández, M.A. [1]; González Hernández, A. [2]; Cabrera Naranjo, F. [3]; Fabre Pi, Ó. [3]; Miranda Bacallado, Y. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Roque Maspalomas; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Roque Las Palmas de GC; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Objetivos: La oclusión aguda de la arteria basilar es rara, representando el 1% del total de ictus isquémicos y sin tratamiento puede tener un pronóstico infausto.

Material y métodos: Mujer de 55 años, fumadora, sin otros antecedentes de interés, que 3 días antes del ingreso comenzó con cefalea hemicraneal derecha, síndrome vertiginoso, disatria y pérdida de fuerza en el miembro superior derecho (MSD). A la exploración neurológica presentaba disatria, síndrome de Horner derecho, parálisis facial derecha, paresia en MSD con balance 4/5 (resto 5/5), hipoestesia en hemicuerpo derecho, dismetría dedonariz bilateral y marcha atáxica (NIHSS: 7).

Resultados: Resonancia magnética (RM) cerebral: infartos isquémicos agudos en región occipital derecha, protuberancial inferior, en el bulbo derecho y en ambos hemisferios cerebelosos. Angio RM arterial cerebral: Obstrucción prácticamente completa de la arteria basilar hasta la bifurcación y trombosis completa de la arteria vertebral derecha Arteriografía cerebral: Oclusión completa de la arteria vertebral derecha a partir de su segmento V3 y oclusión de la arteria basilar en su tercio distal. No signos de vasculitis El estudio de autoinmunidad, ecocardiograma y Holter fueron normales. Ante la sospecha de una disección vertebral se inicio anticoagulación con heparina sódica intravenosa y posteriormente se pasó a anticoagulación oral. Tras 6 meses del evento vascular la paciente está asintomática (ERm: 0).

Conclusión: A pesar de que la trombosis de la arteria basilar tiene un mal pronóstico general, en ocasiones puede observarse una buena evolución clínica. La ausencia de trastorno del nivel de conciencia, diplopia, signos de afectación bulbar o tetraparesia son indicadores de buen pronóstico.

HALLAZGOS INCIDENTALES EN RESONANCIA MAGNÉTICA CRANEAL EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Vázquez Justes, D. [1]; Sanahuja Montesinos, J. [1]; Ruiz Julián, M. [1]; Purroy, F. [1]; Didac, M. [2]; Díez, J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; 2. Servicio de Endocrinología y nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hallazgos incidentales en resonancia magnética craneal (RM) en una población de pacientes con diabetes tipo 2.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la asociación entre retinopatía diabética y microangiopatia cerebral (leucoaraiosis, microsangrados y lacunares) en pacientes con diabetes tipo 2, con rango de edad entre 40-75 años. En este estudio también se analizó la presencia de hallazgos incidentales en las RM craneales realizadas para evaluar la leucoariosis y microsangrados

Resultados: De 289 RM, 33 presentaron hallazgos incidentales divididos en 3 grupos. 1- Trastornos vasculares: 17 (5,88%): drenaje venoso anómalo (1), malformación arteriovenosa (1) infartos lacunares (8), infarto parietal (1), frontal (1) y en ganglios basales (1), gliosis temporal (1) y de protuberancia (1), trombosis venosa yugular (1). 2- Tumores: 4 (1,38%): meningiomas (2), tumor de base de cráneo de estirpe indeterminada (1) y macroprolactinoma (1). 3- Otros: 14 (4,84%): calcificaciones de ganglios basales(4), quistes neuroepiteliales (2), de Thornwaldt (1), subcutáneo (1) y coroideo (1), sinusitis esfenoidal (1) y maxilar (1), anomalías estructurales tales como mega cisterna magna (1), cavum septum (1) y malformación de Chiari tipo I (1). Los hallazgos considerados clínicamente significativos y que motivaron estudios diagnósticos más exhaustivos fueron: el tumor de base craneal, la malformación arteriovenosa, el macroprolactinoma y la trombosis yugular.

Conclusión: Nuestra población muestra una prevalencia de 11,41% de hallazgos incidentales, similares a otras series. Los hallazgos vasculares fueron los más frecuentes. Los hallazgos incidentales craneales son relativamente frecuentes y generalmente no relevantes, sin embargo algunos hallazgos pueden tener implicaciones clínicas.

SÍNDROME DE SUSAC. EL VALOR DE LA NEUROIMAGEN

Muñoz Lopetegui, A.; Andres Marin, N.; Fernandez García de Eulate, G.; Rodríguez-Antigüedad Muñoz, J.; Bergareche Yarza, A.; Urtasun Ocáriz, M.; de la Riva Juez, P.; Tainta Cuezva, M.; Díez González, N.; González López, F.; Martinez Zabaleta, M.T.; de Arce Borda, A.; Martí Massó, J.F.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: El síndrome de Susac (SS) se incluye en el diagnóstico diferencial de las lesiones agudas de sustancia blanca cerebral. Conocer el patrón característico de estas lesiones puede ayudarnos a orientar el diagnóstico.

Material y métodos: Presentamos dos casos de SS con lesiones típicas en resonancia magnética cerebral y angiografía retiniana con fluoresceína (AGF).

Resultados: Caso-1: una mujer sana de 27 años consultó por cefalea, visión de puntos negros y lentitud del pensamiento. La RM cerebral mostró múltiples lesiones en la sustancia blanca, incluyendo el cuerpo calloso (CC). Caso-2: un varón sano de 48 años ingresó por desorientación, trastorno mnésico, somnolencia y cefalea. Tenía múltiples lesiones en sustancia blanca supratentorial, también en el CC. Ambos progresaron clínica y radiológicamente, con múltiples nuevas lesiones y afectación llamativa del CC. Presentaron proteinorraquia (82 y 115mg/dL) y pleocitosis leve. La arteriografía cerebral descartó vasculitis. La AGF mostró oclusiones arteriolares periféricas en ambos, proporcionando el diagnóstico, aunque la audiometría fue normal. Recibieron pulsos de esteroides y posteriormente ciclofosfamida.

Conclusión: El SS comprende la tríada clínica de encefalopatía, alteraciones visuales e hipoacusia (13% debuta con la tríada), consecuencia de oclusiones microvasculares en cerebro, retina y cóclea. La literatura es escasa y faltan criterios diagnósticos de consenso. Sin embargo, la RM es característica, con afectación constante del CC. Las lesiones son centrales (calloso-septales en EM), hiperintensas en T2, típicamente múltiples y tienden a confluir en las llamadas “bolas de nieve”. Se debe sospechar el SS y solicitar AGF y audiometría, aun sin síntomas, e insistir periódicamente si un primer resultado es normal.

CARACTERÍSTICAS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESPECTROSCOPIA DE UN CASO DE ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA EN UN ADULTO INMUNOCOMPETENTE

González Hernández, A. [1]; Miranda Bacallado, Y. [1]; Gil Reyes, J.M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Roque Las Palmas de GC; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital San Roque Las Palmas de GC

Objetivos: La encefalomielitis diseminada aguda (EMDA) es un trastorno infrecuente en adultos. El tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico, aunque son habituales las secuelas neurocognitivas.

Material y métodos: Varón, 58 años. Aproximadamente una semana antes del ingreso, comenzó con bradipsiquia, con un lenguaje lento y con cierta dificultad para expresarse; Además, presentaba dificultad para caminar por arrastrar el MID. Siguió inicialmente un curso progresivo durante unas 2 semanas. Exploración neurológica inicial: afasia motora; disartria leve. Dificultad para la realización de actos motores complejos, con alteración ejecutiva. Déficit motor leve en hemicuerpo derecho. No alteraciones sensitivas. RCP flexor bilateral. Marcha con leve paresia del MID

Resultados: RM craneal con espectroscopia: Se aprecian múltiples lesiones en ambos lóbulos temporales, cápsulas internas, coronas radiatas y centros semiovales, hiperintensas en densidad protónica, T2 y FLAIR con incremento de la intensidad de señal en secuencia de difusión con coeficiente de difusión aparente incrementado, que presenta aumento de la anisotropía fraccional presentando en el estudio de espectroscopía una disminución del N-acetil aspartato con incremento de la colina, sobre todo en las lesiones de centro semioval izquierdo y en menor medida la localizada en corona radiata derecha, observando en las lesiones de centro semioval izquierdo aumento de lactatos/lípidos. Estudio de LCR: Leucocitos 16/mm3; sin otros hallazgos de interés. Se realizó estudio etiológico amplio que incluyó analíticas, arteriografía cerebral, PET-TAC y biopsia cerebral.

Conclusión: Las características de neuroimagen de la EMDA plantean el diagnóstico diferencial con procesos tumorales e inflamatorios. La RM craneal con espectroscopia es una técnica útil para estrechar el diagnóstico diferencial.

SÍNDROME DE EAGLE: CUANDO LO INEXPLICADO TIENE UNA EXPLICACIÓN

Loscertales Castaños, J.B. [1]; González Hernández, A. [2]; Daryanani Daryanani, R. [3]; Miranda Bacallado, Y. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Roque Las Palmas de GC; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital San Roque Las Palmas de GC

Objetivos: El síndrome de Eagle (SE) es un trastorno infrecuente, caracterizado por episodios de dolor cervical asociado a un alargamiento de la apófisis estiloides. Su diagnóstico se confirma demostrando este alargamiento mediante pruebas de imagen.

Material y métodos: Varón, 43 años, comenzó 2 años antes de la valoración actual con un dolor en la región cervical anterior, diagnosticándose de tiroiditis. En ese momento comenzó también con episodios de calor en la región cervical, que le duraba unos minutos. Se repetían prácticamente a diario. Desde reumatología se inició tratamiento con pregabalina, pero no lo toleró por inestabilidad. Además refería en ocasiones un dolor bajo el ángulo de la mandíbula izquierdo, irradiado hacia la región laterocervical izquierdo. En las 2 semanas previas se había hecho continuo, motivo por el que se derivó a neurología. La exploración neurológica fue normal.

Resultados: Se realizó un TAC de macizo facial que mostró un alargamiento de la apófisis estiloides que en el lado izquierdo medía aproximadamente 4 cm, con mayor angulación medial del extremo distal que en el contralateral, apreciando una reducción del espacio de separación con respecto a la masa lateral izquierda de C1.

Conclusión: El diagnóstico del Síndrome de Eagle se confirma mediante la demostración del alargamiento de la apófisis estiloides. A pesar de que el diagnóstico no es difícil, debe mantenerse un alto nivel de sospecha en aquellos casos con dolor cervical inexplicado, puesto que si no, puede retrasarse el diagnóstico y tratamiento, lo que podría empeorar la calidad de vida de los pacientes.

PLASMOCITOMA SOLITARIO: UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

García Arguedas, C. [1]; Laínez Martínez, S. [2]; López Bravo, A. [1]; Navarro Pérez, M.P. [1]; Velázquez Benito, A. [1]; Garrido Fernández, A. [1]; Pérez Lázaro, C. [1]; Tejero Juste, C. [1]; Aguas Valiente, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Los plasmocitomas solitarios representan < 1% de los tumores de cabeza y cuello. Afectan al sexo masculino en una relación 4:1, entre los 50 y 60 años de edad. El síntoma más frecuente de los plasmocitomas solitarios de localización craneana y cervical es la tumoración de crecimiento progresivo y dolor local.

Material y métodos: Paciente de 91 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial. Rankin 0. Barthel 100. No deterioro cognitivo. Es remitida a urgencias por hallazgo mientras estaba en la peluquería, de tumoración blanda en zona parietotemporal derecha, objetivando en radiografía de calota craneal, lesión osteolítica temporo-parietal derecha. Se ingresa para completar estudio siendo diagnosticada de Mieloma Múltiple con numerosas metástatis a nivel óseo (mandíbula izquierda y diáfisis humeral izquierda).

Resultados: Se decide por la edad y la no clínica, sólo tratamiento con radioterapia de manera paliativa, y sobre la mestástatis en diáfisis humeral izquierda porque asocio fractura patológica sobre dicha localización. La evolución de la paciente es satisfactoria, pero sufre cáida casual con traumatismo craneal asociado, y síndrome confusional, sin focalidad neurológica. Se realiza TC donde además del plasmocitoma temporoparietal derecho de 65 mm de extensión, se asocia hematoma intraparenquimatoso temporal derecho con desplazamiento de la línea media, que evoluciona de manera favorable.

Conclusión: El plasmocitoma no tiene características clínicas o radiológicas patognomónicas, por lo tanto, el diagnóstico definitivo requiere de análisis histopatológico. La posibilidad diagnóstica de plasmocitoma debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de una masa expansiva, osteolítica, homogénea, hiperdensa y con reforzamiento al medio de contraste.

Neuroimagen P2

METÁSTASIS DURALES, GRANDES SIMULADORAS: IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA

García Rúa, A. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; García-Cabo Fernández, C. [2]; Ameijide Sanluis, E. [1]; Sánchez Lozano, P. [2]; Villafani Echazú, J. [1]; Oliva Nacarino, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes

Objetivos: Las metástasis meníngeas ocurren en un 5-8% de los tumores sólidos como extensión por contigüidad de metástasis cerebrales en la enfermedad oncológica avanzada. Pueden ser paucisintomáticas y se presentan con patrones radiológicos diversos entre los cuales destacamos el engrosamiento longitudinal de la duramadre, que supone un reto diagnóstico por su similitud con el hematoma subdural.

Material y métodos: Mujer de 75 años con antecedentes de adenocarcinoma de mama tratado quirúrgicamente hace 12 años, sin signos de recidiva en controles posteriores. Desarrolla de manera subaguda un síndrome cruzado con paresia del XIIpc izquierdo y hemiparesia derecha leve, refiriendo también hipoestesia en mentón izquierdo. La neuroimagen en TC craneal sugiere hematoma subdural laminar fronto-parieto-temporal izquierdo, decidiéndose manejo conservador sin obtener detención de la progresión clínica.

Resultados: Tras realizar RM craneal se descarta la presencia de sangrado y se confirma invasión metastásica dural con compresión bulbar y extensión intracraneal de neoplasia primaria de mama. Se instaura tratamiento con esteroides y radioterapia paliativa a pesar lo cual la paciente evoluciona desfavorablemente, siendo éxitus en el primer año tras el diagnóstico.

Conclusión: Las características inespecíficas de las metástasis durales en TC pueden demorar el diagnóstico de una patología con implicaciones pronósticas severas. Debe considerarse un signo de alarma el hematoma subdural atraumático en pacientes con antecedentes de enfermedad neoplásica activa o en remisión, especialmente en el adenocarcinoma de mama.

NEUROLUPUS: ¿SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) O DAÑO CEREBRAL DE ORIGEN VASCULÍTICO?

Pardina Vilella, L.; Azkune Calle, I.; Bocos Portillo, J.; Martinez Arroyo, A.; Saralegi Prieto, I.; García-Monco Carra, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos: Descripción evolutiva de los hallazgos de imagen y diagnóstico diferencial por neuroimagen de paciente con diagnóstico de Lupus eritematoso y clínica neurológica de nueva aparición.

Material y métodos: Mujer de 41 años que presenta crisis focal con generalización posterior y estatus epiléptico de difícil manejo en contexto de descompensación lúpica y tratamiento con Azatioprina. Además, neuropatía sensitiva axonal, hepatitis aguda, nefritis tipo III y miocarditis, secundarios a actividad sistémica.

Resultados: Inicialmente la RM muestra lesiones hiperintensas en FLAIR, sin restricción en la difusión en diferentes territorios de sustancia blanca corticosubcortical, así como en territorios profundos sin cambios vasculares. Posteriormente, disminución de calibre en M3 y M4 de ambas arterias cerebrales medias y aspecto arrosariado de ambas arterias cerebrales posteriores. Finalmente, coincidiendo con mejoría sintomática de la paciente, resolución completa de todos los hallazgos. El LCR mostró hiperproteinorraquia y síntesis intratecal de IgG.

Conclusión: Las imágenes de vasoconstricción intracraneal plantean el diagnóstico diferencial entre una afectación vasculítica secundaria al lupus y una vasoconstricción reversible secundaria a un PRES, bien por la propia actividad lúpica o por el inmunodepresor asociado. La RM es fundamental en el estudio inicial y evolutivo de los pacientes con afectación neuropsiquiátrica con lupus, ya que ayuda a discernir entre las diferentes entidades, que requieren de un enfoque terapéutico muy diferente.

ALTERACIONES REVERSIBLES DE LOS NÚCLEOS DENTADOS Y ATROFIA CEREBELOSA DE RÁPIDA INSTAURACIÓN: NEUROTOXICIDAD POR LITIO

Pardina Vilella, L. [1]; García Gorrostiaga, I. [2]; Vicente Olabarria, I. [1]; Cabrera Zubizarreta, A. [1]; Martinez Arroyo, A. [1]; Bocos Portillo, J. [1]; Azkune Calle, I. [1]; García-Monco Carra, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: Descripción de los cambios evolutivos en la RM craneal tras una intoxicación grave por litio y su correlación clínica

Material y métodos: Mujer de 49 años que ingresa con una intoxicación por litio que requirió cuidados intensivos y hemofiltración, presentando posteriormente un síndrome pancerebeloso incapacitante. Los niveles de litio eran de 2.1 mEq/L (normal, 0.6-1.2 mEq/L)

Resultados: En la fase inicial, la RM mostró hiperintensidad aislada y simétrica de los núcleos dentados en T2 y FLAIR. A los seis meses, estas alteraciones se resolvieron dando paso a una atrofia cerebelosa marcada.

Conclusión: Pese a su uso común, el litio tiene importantes efectos tóxicos en el SNC, incluso con niveles terapéuticos. La atrofia cerebelosa ha sido descrita como la causa del síndrome cerebeloso irreversible que excepcionalmente presentan algunos de los pacientes con neurotoxicidad inducida por Litio. La progresión de los hallazgos neurorradiológicos nos ofrece la oportunidad de establecer la relación secuencial del daño en el SNC producido por el litio.

INFARTO EN ESPLENIO DE CUERPO CALLOSO, UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL DE ICTUS ISQUÉMICO

Treviño Peinado, C. [1]; Gutierrez Ruano, B. [1]; Antón Barca, R. [2]; Olmedilla, N. [1]; Domínguez Salgado, M. [1]; Martín Araguz, A. [1]; Echeandia, C. [1]; Valenzuela Rojas, F.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; 2. Servicio de Radiología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Objetivos: Describimos el caso de un paciente en el que se objetivó un infarto isquémico en el esplenio del cuerpo calloso (CC).

Material y métodos: Varón de 68 años con antecedentes de HTA, dislipemia y sobrepeso que acude a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución consistente en desorientación temporoespacial y alteración del comportamiento. La exploración neurológica no reveló alteraciones sensitivas, motoras, de la marcha ni síntomas de desconexión.

Resultados: Se realizó analítica sanguínea(dislipemia y alteración de la glucemia basal), TAC cerebral (lesión hipodensa de 14 mm en esplenio del CC), completándose con RM cerebral y angioTAC, que confirmaron la presencia de la lesión en el esplenio derecho y otras en territorio de la ACM derecha hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR en sustancia blanca periventricular derecha, sin efecto de masa, con restricción en difusión compatibles con lesiones isquémicas, sugiriendo un patrón por fallo hemodinámico. Además se objetivó estenosis > 75% en la salida de la arteria carótida común derecha y crítica (> 90%) en tercio proximal de la arteria carótida interna (ACI) derecha.

Conclusión: Los infartos en CC pueden suponer un reto diagnóstico dada que la sintomatología inicial suele ser variable e inespecífica. Su incidencia es muy baja debido a la rica red de suplencia de territorio anterior-posterior y la disposición perpendicular de las ramas callosas previniendo la embolización. La lesión aislada es excepcional; suelen coexistir otras lesiones isquémicas por factores hemodinámicos. Gran parte de los pacientes presentan estenosis significativas en terrirorio de la ACI y en vasos de la circulación vertebrobasilar.

PREVALENCIA DE LESIONES CEREBELOSAS EN RM EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNA SERIE DE 1025 CASOS

Villar Quiles, R.N. [1]; García Ramos, R. [1]; Fernández Sedeño, J. [2]; Rábano Suárez, P. [2]; Sánchez Barbé, G. [2]; Matias-Guiu, J.A. [1]; Oreja Guevara, C. [1]; Arrazola García, J. [3]; Matias-Guiu, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Neurología. Universidad Complutense de Madrid; 3. Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El cerebelo presenta numerosas conexiones con diferentes áreas corticales, subcorticales y médula espinal, muchas de ellas constituídas por fibras aferentes mielinizadas, que pueden ser lesionadas en la EM. Nuestro objetivo es establecer la prevalencia de lesiones desmielinizantes en cerebelo en una amplia serie de pacientes puesto que en la literatura no hay un consenso respecto a la frecuencia de este tipo de lesiones.

Material y métodos: Se seleccionaron 1025 pacientes diagnosticados de EM en seguimiento en una consulta especializada de un hospital de tercer nivel, incluyendo pacientes con formas remitente-recurrente, secundariamente progresiva y primaria progresiva. Se analizó el último estudio de RM cerebral llevado a cabo en nuestro centro. Los estudios fueron realizados con escáneres de 1.5 T entre enero de 2006 y abril de 2016.

Resultados: Se analizaron 1025 pacientes. El 67.4% fueron mujeres (n=691). Se observaron lesiones cerebelosas en T2 en el 57.75% de los pacientes, agujeros negros en T1 en el 21.26% y con menor frecuencia lesiones con captación de contraste (1.95%). La prevalencia de lesiones en vermis fue baja (1.46%) en comparación con las lesiones observadas en los hemisferios cerebelosos y/o pedúnculos (55%).

Conclusión: Los datos presentados son consistentes con la distribución anatómica de las fibras mielinizadas, observándose un gran número de lesiones en los hemisferios cerebelosos y pedúnculos, sugiriendo que lesiones desmilinizantes afectan principalmente a alteraciones en las vías conectoras aferentes.

¿ES INDISPENSABLE LA ADQUISICIÓN DE ESTUDIOS SPECT DE PERFUSIÓN INTERICTAL PARA LA REALIZACIÓN DE SISCOM?. RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIOS DE SUSTRACCIÓN ICTAL CON 18F-FDG-PET INTERICTAL

Niñerola Baizán, A. [1]; Perissinotti, A. [2]; Rubí, S. [2]; Fabregat Frances, M. [1]; Martí Fuster, B. [1]; Carreño, M. [3]; Donaire, A. [3]; Bargalló, N. [4]; Rumià, J. [5]; Tapia, A. [2]; Lomeña Caballero, F. [2]; Pavía Segura, J. [6]; Ros Puig, D. [1]; Setoain, X. [6]

1. Unitat de Biofísica i Bioenginyeria. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona - CIBER-BBN; 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona; 3. Servicio de Neurología. Hospital Clínic de Barcelona; 4. Servicio de Radiologia. Hospital Clínic de Barcelona; 5. Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínic de Barcelona; 6. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona - CIBER-BBN

Objetivos: Desarrollar y validar un método de procesamiento de imágenes sustrayendo al SPECT de perfusión ictal un estudio 18F-FDG-PET interictal corregistrado con resonancia magnética (PISCOM) con el fin de detectar el foco epileptógeno (FE) en pacientes con epilepsia resistentes a tratamiento farmacológico.

Material y métodos: Se seleccionaron retrospectivamente 18 pacientes (edad media: 37 años) con resonancia magnética, SPECT de perfusión ictal e interictal y 18F-FDG-PET interictal. Todos los pacientes estaban libres de crisis por un período mínimo de 2 años tras la resección quirúrgica del FE. Las imágenes de 18F-FDG-PET fueron procesadas para obtener una imagen de similares características al SPECT de perfusión con 99mTc-HMPAO. Los estudios PISCOM y SISCOM se obtuvieron mediante FocusDET y la identificación del FE en cada una de estas pruebas fue realizada por dos expertos. Los hallazgos de ambos estudios fueron comparados entre sí y con la región de resección quirúrgica del FE.

Resultados: PISCOM y SISCOM proporcionaron resultados concordantes en 15/18-83.33% de los casos. Utilizando como referencia la región de resección quirúrgica se observó que, tanto PISCOM como SISCOM, identificaron correctamente el FE en 15/18-83.33% de los pacientes con una buena concordancia (concordancia global=88.89% y Kappa=0.60). En dos casos, solo una de las pruebas identificó correctamente el FE. En dos ocasiones ambas modalidades fallaron en la detección del FE.

Conclusión: Nuestros resultados muestran un alto grado de concordancia PISCOM/SISCOM. La posterior validación del método con una muestra más amplia permitiría minimizar la adquisición de estudios SPECT de perfusión interictal o incluso ser sustituidos por estudios 18F-FDG-PET.

MENINGOENCEFALITIS POR TOXOPLASMA GONDII EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE Y CON NEUROIMAGEN ATÍPICA

Simonet Hernández, C.; Fernández Rodríguez, B.; Cerdán Santacruz, D.M.; Ferrero Ros, M.; Fernández Rey, C.L.; Duarte García-Luís, J.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Segovia

Objetivos: La toxoplasmosis adquirida es una infección parasitaria, generalmente oportunista. En pacientes inmunocompetentes no suele asociar afectación del SNC. Presentamos un caso de toxoplasmosis cerebral adquirida en paciente sin inmunodeficiencia conocida y con neuroimagen atípica.

Material y métodos: Mujer de 44 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante tratado hace 4 años en remisión completa. Presenta cuadro progresivo de cefalea, diplopía binocular, alteración campimétrica nasal y acorchamiento en 2ª y 3ª rama trigeminal izquierda. En la exploración destaca una neuropatía craneal múltiple (III pc derecho incompleto, V pc izquierdo incompleto y vía visual). El estudio con RM craneal muestra lesiones intraparenquimatosas supra (bihemisféricas, quiasma e hipotálamo) e infratentoriales (pedúnculo cerebral y cerebelo) de características inflamatorias con realce parcheado tras administración de contraste, sugerentes de vasculitis. El estudio analítico de suero y LCR descarta, además de la patología tumoral, causa inflamatoria e infecciosa, en especial VIH.

Resultados: Finalmente la PCR en LCR para toxoplasma gondii resulta positiva. El estudio de inmunodeficiencia celular subyacente es negativo. Se produce remisión clínica y radiológica tras ciclo de tratamiento antibiótico dirigido. La PCR en LCR de control es negativa.

Conclusión: Presentamos un caso de meningoencefalitis por toxoplasma con dos peculiaridades excepcionales: presentación en paciente inmunocompetente y además hallazgos atípicos en la neuroimagen. Para concluir, aunque sea realmente infrecuente, deberemos incluir la infección por toxoplasma gondii dentro del diagnóstico diferencial de la meningoencefalitis con afectación craneal múltiple en paciente inmunocompetente.

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PERFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE HANDL

Saldaña Díaz, A.I.; Massot Tarrús, A.; De la Casa Fages, B.; García Pastor, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: El síndrome de HaNDL es una entidad rara que clínicamente puede presentarse simulando un ictus, por lo que resulta necesario disponer de pruebas complementarias de rápido acceso que permitan diferenciarlos de cara a instaurar un tratamiento adecuado. Descripción de un caso clínico de síndrome de HaNDL con tomografía computarizada (TC) de perfusión normal.

Material y métodos: Varón de 41 años, hipertenso, con dificultad aguda para emitir y comprender el lenguaje, precedido de

cefalea diaria de una semana de evolución. A la exploración, presenta afasia global, sin otras alteraciones. Tras unas horas, experimenta una recuperación completa del déficit.

Resultados: El análisis sanguíneo, el TC craneal y la resonancia magnética cerebral no mostraron alteraciones. Se realizaron TC de perfusión y angioTC, que fueron normales. La punción lumbar reveló una pleocitosis linfocitaria. Se inició tratamiento antimicrobiano empírico (Aciclovir), suspendiéndose posteriormente al obtener resultados negativos en los análisis microbiológicos del líquido cefalorraquídeo. El electroencefalograma mostró lentificación frontotemporal izquierda. Se realizó SPECT, que mostró hipoperfusión hemisférica izquierda, compatible con diagnóstico de síndrome de HaNDL.

Conclusión: El síndrome de HaNDL puede presentarse con sintomatología indistinguible de un episodio isquémico cerebral. Se ha discutido la utilidad del TC de perfusión en el diagnóstico diferencial. En este síndrome, el TC de perfusión puede mostrar una hipoperfusión cerebral, que generalmente afecta a todo un hemisferio, sobrepasando los límites de un territorio vascular. No obstante, se han descrito casos de hipoperfusión cerebral focal, similar a la encontrada en ictus. En nuestro caso, el TC de perfusión fue normal, lo que permitió sospechar un diagnóstico alternativo.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA. IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lozano Ros, A.; Miranda Acuña, J.A.; López Anguita, S.; Massot Tarrús, A.; García Domínguez, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una rara entidad neurodegenerativa de curso progresivo y fatal. Los nuevos criterios diagnósticos han permitido una mejor caracterización. Presentamos un caso de ECJ basado en criterios clínicos y de imagen.

Material y métodos: Varón de 72 años sin antecedentes relevantes que presenta apatía, desinhibición y alteración fluctuante del lenguaje de 1 mes de evolución. A la exploración presentaba lenguaje hipofluente y alteración conductual con perplejidad e indiferencia. Presentó un empeoramiento rápidamente progresivo en 20 días llevando a un estado de mutismo acinético y desarrollo de mioclonías tardías.

Resultados: Un electroencefalograma (EEG) inicial mostró enlentecimiento focal temporal izquierdo y una resonancia magnética cerebral (RMc) objetivó restricción de la difusión temporal izquierda en ribete cortical. Una punción lumbar fue normal (serología, inmunidad, citología y anticuerpos antineuronales). No se determinó proteína 14-3-3. Una RMc a los 15 días mostró progresión de la lesión y un nuevo EEG objetivó complejos trifásicos con tendencia periódica en hemisferio izquierdo. Se excluyeron otras etiologías. Se diagnosticó de ECJ probable de acuerdo con los nuevos criterios. El paciente falleció a los 2 meses del inicio. La necropsia está pendiente.

Conclusión: A pesar del mayor conocimiento de la enfermedad, la ECJ sigue siendo un reto diagnóstico en muchas ocasiones. En nuestro caso, la RMc fue clave junto con los criterios clínicos, no precisando determinar la 14-3-3. La proteína priónica ha demostrado tener menor especificidad de lo reportado inicialmente, limitando su utilidad, mientras que la RMc obtiene un papel cada vez más relevante, especialmente en las variantes menos frecuentes.

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT

Martínez García, N. [1]; González García, B. [2]; Escribano Gascón, A.B. [1]; Peña LLamas, E. [1]; LLanero Luque, M. [1]; Fernández García, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital La Moraleja; 2. Servicio de Radiología. Hospital La Moraleja

Objetivos: El valor predictivo de los criterios del Síndrome de Tolosa- Hunt (STH) de la ICHD-III beta no está bien establecido y tampoco existen marcadores específicos en neuroimagen que lo permitan distinguir de otras causas de oftalmoplejía dolorosa siendo diagnóstico de exclusión. Presentamos un caso de probable STH con pruebas de neuroimagen seriadas.

Material y métodos: Mujer, 37 años, sana, diagnosticada una semana antes de sinusitis (congestión nasal, rinorrea, cefalea frontal). Acude por incremento del dolor periorbitario derecho los últimos cuatro días asociando 48 horas después diplopía y ptosis palpebral. Afebril, normotensa, parálisis completa del III pc con midriasis arreactiva e hipoestesia segunda rama V pc derechos. Hemograma, bioquímica, inmunología, serologías, LCR (incluyendo citología, cultivos): normales. RM craneal: lesión de aspecto infiltrativo en seno cavernoso derecho que condiciona aumento de su tamaño con margen lateral convexo. Rodea en su totalidad la arteria carótida interna derecha en su porción intracavernosa y se extiende al vértice orbitario y nervio óptico retrobulbar; realce homogéneo tras Gadolinio.

Resultados: Inicia corticoides con remisión completa del dolor a las 72 h y mejoría lenta y progresiva de la afectación de pares craneales con resolución en dos meses. Se realizan RM seriadas a las dos semanas, dos, cuatro y seis meses (última sin tratamiento) con mejoría radiológica.

Conclusión: Dado que otras patologías causantes de oftalmoplejía dolorosa (linfomas, vasculitis pseudotumor orbitario) pueden tener similar presentación clínica, radiológica y respuesta al tratamiento que el STH, es indispensable, además de su búsqueda y exclusión, el seguimiento a largo plazo, siendo fundamental la neuroradiología

PARÁLISIS AISLADA DE NERVIO HIPOGLOSO...¿IDIOPÁTICA?

García Rodríguez, R. [1]; Gómez Illán, R. [2]; Fernández Domínguez, J. [1]; González Delgado, M. [3]; Mateos Marcos, V. [1]

1. Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias; 2. Servicio de Radiología. Centro Médico de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Presentamos un caso clínico cuya peculiaridad radica en lo infrecuente de la patología que finalmente se demostró y a través del que queremos hacer hincapié en la necesidad de continuar investigando siempre que aparece un déficit neurológico focal establecido a pesar de que los estudios de neuroimagen sean inicialmente normales.

Material y métodos: Varón de 79 años que consulta por dolor punzante continuo unilateral izquierdo a nivel de la unión cervicooccipital y resistente a analgesia habitual. RM craneal sin alteraciones. Dolor refractario a todos los tratamientos ensayados (AINES, neuromoduladores, corticoides) e instauración de paresia de nervio hipogloso izquierdo con atrofia de hemilengua. Estudios de neuroimagen exhaustivos normales y posterior remisión espontánea del dolor hasta 18 meses después en que reaparece con idénticas características.

Resultados: RM craneal muestra una lesión quística en cisternas basales, hiperintensa en T2, que se introduce en el canal del nervio hipogloso izquierdo, compatible con ganglión quístico intraneural. Se plantea cirugía que el paciente rehúsa, optando por actitud conservadora.

Conclusión: La paresia aislada del nervio hipogloso es infrecuente, asociándose habitualmente con afectación de otros pares craneales. Más infrecuente aún es la parálisis aislada consecuencia de la existencia de un ganglión quístico, puesto que su localización habitual es el nervio periférico, fundamentalmente el nervio peroneal. La RM es la prueba fundamental para el diagnóstico.

Dado que las posibilidades de recuperación del déficit neurológico tras la cirugía son escasas, el tratamiento conservador constituye también una opción adecuada.

Neurología General P1

FLUCTUACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA DE ORIGEN VASCULAR. UNA SERIE DE CASOS

Domínguez Díez, F.J.; Martínez Peralta, S.; Martín Polo, J.; Calabria Gallego, M.D.; Vera Monge, V.A.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Presentamos una serie de casos clínicos de cuatro pacientes con coma fluctuante y parálisis de los movimientos verticales de la mirada en los que se objetivaron infartos talámicos paramedianos bilaterales sincrónicos.

Material y métodos: Es fundamental un adecuado diagnóstico diferencial en los enfermos con disminución aguda del nivel de conciencia.

Resultados: Tres varones de 83, 63 y 62 años con Rankin previo 0 y una mujer de 88 con Rankin 3. Todos excepto uno presentaban distintos factores de riesgo vascular. Inicio de la clínica en los cuatro casos consistente en disminución brusca del nivel de conciencia. Exploración neurológica con coma fluctuante y parálisis de los movimientos verticales de la mirada en todos los pacientes; además de estas manifestaciones comunes, presentaban otros signos de focalidad neurológica y uno además alteraciones cognitivo conductuales. En sólo uno de los enfermos se llevó a cabo terapia de reperfusión con fibrinolisis endovenosa. Las pruebas de neuroimagen urgentes fueron normales, evidenciándose en estudios posteriores infartos talámicos bilaterales en todos los casos. Al alta, los cuatro pacientes seguían presentando el trastorno oculomotor, con desaparición en dos de los casos de las fluctuaciones del nivel de conciencia y mejoría parcial en los otros.

Conclusión: El síndrome de la arteria de Percheron requiere un alto grado de sospecha diagnóstica, pues es fácilmente confundible con otras patologías que cursan con disminución aguda del nivel de conciencia y que tienen un manejo diferente. Es clave fijarse en aspectos concretos de la exploración física y no tanto en los estudios de neuroimagen accesibles en las urgencias hospitalarias.

TOPOGRAFÍA Y CARÁCTER NEUROQUÍMICO DE LAS PROYECCIONES DEL ÁREA VENTRAL TEGMENTAL AL NÚCLEO ACCUMBENS

Rodríguez López, C. [1]; Simarro Díaz, A. [1]; Garzo Caldas, N. [1]; Panadés Oliveira, L. [1]; Uriarte Pérez de Urabayen, D. [1]; Martínez Salio, A. [1]; Prensa Sepúlveda, L. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencia. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

Objetivos: Las proyecciones del área ventral tegmental (VTA) al núcleo accumbens (Acb) conforman el sistema mesoaccumbens, perteneciente al sistema mesolímbico, que participa en el circuito de recompensa estando implicado en adicción a drogas, esquizofrenia y depresión mayor. Este trabajo estudia las proyecciones desde las distintas subdivisiones de VTA hacia los subnúcleos del Acb, para analizar si existen patrones topográficos de inervación como se han descrito en otros sistemas.

Material y métodos: Se inyectaron 6 depósitos de los trazadores retrógrados fast blue y fluorogold en el Acb de ratón analizando posteriormente la distribución y el carácter dopaminérgico mediante inmunofluorescencia con tiroxina hidroxilasa de las neuronas marcadas en VTA empleando microscopía confocal. Además se reconstruyeron dos neuronas mesoaccumbens transfectadas con el vector Sindbis-pal-eGFP para analizar su patrón de arborización.

Resultados: El núcleo parabraquial pigmentado fue la subdivisión de VTA más rica en neuronas mesoaccumbens. Un 50% de ellas fueron dopaminérgicas. Los aferencias al Acb desde VTA siguen un gradiente mediolateral y otro dorsoventral inverso. En el eje anteroposterior no existe un patrón específico de distribución neuronal. Los axones de proyección al Acb no colateralizaron en otras estructuras y se ramificaron profusamente cubriendo una amplia superficie del Acb.

Conclusión: Los axones mesoaccumbens siguen una distribución topográfica a lo largo de los ejes mediolateral y dorsoventral similar a la observada en otros circuitos del sistema mesolímbico y nigroestriado. Además, proporcionan una densa y extensa inervación en el Acb que explica la amplificación de respuesta tras estimular escasas neuronas mesoaccumbens observada en estudios electrofisiológicos previos.

COMPLICACIÓN VASCULAR EN MENINGITIS BACTERIANA. MEJORAR SU DETECCIÓN, EXPLORAR SU TRATAMIENTO

Eimil Ortiz, M. [1]; Navarro Velasco, G. [2]; Méndez Cendón, J.C. [3]; De Antonio Sanz, E. [4]; González Salaices, M. [5]; Oyanguren Rodeño, B. [5]; López de Silanes de Miguel, C. [5]; Casanova Peña, I. [1]; Gil Moreno, M.J. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Torrejon; 2. Servicio de Medicina. Hospital de Torrejon; 3. Servicio de Radiología. Hospital Ramón y Cajal; 4. Servicio de Radiología. Hospital de Torrejon; 5. Servicio de Neurología. Hospital de Torrejòn

Objetivos: Mejorar diagnóstico precoz y explorar tratamiento del vasoespasmo asociado a meningitis

Material y métodos: Varón, 42 años, bebedor, meningitis neumocócica de 36 horas de evolución en domicilio. Tras 8 días con correcto tratamiento antibiótico y dexametasona, permanece en una situación neurológica de coma (O2M5V0) Se detectan en TAC cerebrales sucesivos nuevas imágenes compatibles con isquemia anterior y posterior. En DTC: aumento generalizado de velocidades, confirmandose vasoespasmo en angioTAC. Se reinstaura dexametasona y la arteriografía confirma vasoespasmo. Se infunde nimodipino intraarterial y se realiza angioplastia de ACM izquierda. En días siguientes los parámetros de DTC mejoran. La situación neurológica GCS 10 (O4M5V1). No aparecen nuevas lesiones en posterior neuroimagen. Sin embargo, la situación funcional del paciente a los tres meses es de un grave daño cerebral.

Resultados: La afectación vascular de meningitis meningocócias ensombrece el pronóstico de los pacientes. Suele aparecer en los 5 primeros días. Se ha descrito la alteración precoz en DTC en pacientes con GSC bajo en debut. Las complicaciones vasculares pueden deberse a vasculitis por infiltración de los vasos, mecanismos procoagulantes o vasoespasmo como fallo autorregulador El manejo no está establecido por la incógnita sobre la fisiopatología: aproximación paralela a las de las HSA o empleo de agentes que actúan sobre la coagulación o procedimientos mecánicos

Conclusión: Debido al mal pronóstico de las meningitis con complicaciones vasculares, es importante plantearse su diagnóstico precoz de éstas. Parece sencillo implementar la realización de un DTC en todo paciente con meningitis bacteriana. La arteriografía terapéutica puede tener utilidad en determinadas circunstancias.

ATAXIA ICTAL DE ORIGEN AUTOINMUNE

Álvarez Álvarez, M. [1]; Calabria Gallego, M.D. [1]; Martínez Peralta, S. [1]; Batuecas Caletrío, Á. [2]; El Berdei Montero, Y. [1]; Morán Sánchez, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: La degeneración cerebelosa paraneoplásica (DCP) es un síndrome neurológico subagudo de disfunción pancerebelosa generalemnte relacionada con anticuerpos anti-Yo. La asociada a anticuerpos anti-Tr es altamente específica de linfoma de Hodking (LH).

Material y métodos: Presentar un caso de DCP asociada anticuerpos anti-Tr de comienzo ictal y posible origen autoinmune.

Resultados: Varón de 44 años con hábito enólico de 5 unidad de bebida estándar diarias presenta de forma brusca vértigo subjetivo, inestabilidad a la marcha y dificultad para articularlas palabras. A la exploración el paciente presentaba disartria, nistagmo bilateral vertical hacia abajo en posición primaria de la mirada, acentuándose en la supra e infraversión, dismetría talón-talón rodilla bilateral de predominio izquierda y marcha atáxica cerebelosa a expensas de extremidad inferior izquierda. Los estudios durante el ingreso mostraron únicamente una estenosis de la arteria vertebral derecha. El paciente solicitó el alta a los pocos días del ingreso, quedando pendiente de realización ambulatoria de resonancia magnética craneal. En las sucesivas revisiones el cuadro cerebeloso fue progresando. Dos años después el paciente mostraba un cuadro pancerebelososo grave que le impedia la deambulación y le provocaba una disatria escandida ininteligible. Se solicitaron numerosas pruebas complementarias las cuales fueron normales o negativas, incluido varios PET-TAC y exhaustivo estudio hematológico. Los anticuerpos antineuronales anti Tr (DNER) fueron positivos repetidamente. No se obtuvo ningún tipo de respuesta a diferentes ensayos terapéuticos con corticoides e inmunoglobulinas intravenosas.

Conclusión: El debut ictal de la DCP asociada anticuerpos antineuronales anti-Tr es excepcional. En estos pacientes, la ausencia de LH obliga a realizar ensayos terapéuticos con inmunosupresores.

TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES INSÓLITAS

Álvarez Álvarez, M. [1]; Ramos Araque, M.E. [2]; Gómez Estévez, I. [1]; Morán Sánchez, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos: La trombosis venosa cerebral (TVC) representa un pequeño porcentaje de la patología vascular cerebral. La neuroimagen actual ha facilitado el diagnóstico que antes era muy escurridizo. Nuestro objetivo es presentar los hallazgos clínicos de 4 pacientes con TVC excepcionales, por su etiología o presentación clínica.

Material y métodos: Casos clínicos

Resultados: Cuatro pacientes con edades entre 18 y 49 años. El primer paciente, tras diagnóstico de VIH presentó disminución progresiva de la agudeza visual. La segunda paciente presentó diplopía binocular intermitente dos meses después de recambio de implante coclear. El tercer paciente estaba en tratamiento crónico con Tracrólimus por trasplante renal y debutó con afasia mixta de predominio motor. La última paciente presentó disminución aguda del nivel de conciencia, sin ningún desencadenante previo. En la exploración neurológica todos presentaron papiledema bilateral. Las pruebas de angiografía por: Tomografía computarizada, Resonancia magnética y sustracción digital fueron concordantes con TVC encontrándose en dos de los casos infarto venoso asociado. Todos recibieron tratamiento anticoagulante. A la segunda paciente se le retiró el implante coclear. La última paciente abandonó el tratamiento anticoagulante, dos años después presentó hipertensión intracraneal idiopática y al año síndrome antifosfolípido catastrófico.

Conclusión: La trombosis venosa cerebral representa, a día de hoy un gran reto diagnóstico, debido principalmente a que la forma de presentación clínica es altamente variable y a la gran diversidad de etiologías, algunas de ellas no descritas anteriormente, como en los casos que nos ocupan.

EMBOLIA FIBROCARTILAGINOSA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE MIELOPATÍA ISQUÉMICA Y DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Anciones Martín, C. [1]; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A. [1]; Acebrón Sánchez-Herrera, F. [1]; Guirao Rubio, C.M. [1]; Monreal Laguillo, E. [1]; García Madrona, S. [1]; Lourido, D. [2]; García Barragán, N. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Radiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Los infartos medulares (IM) son poco frecuentes, de etiología variada y en ocasiones, difíciles de diagnosticar en fase aguda. Identificar en la resonancia magnética (RM) realce de las raíces nerviosas adyacentes, e infarto óseo apoyan el diagnóstico de IM. Presentamos un caso en el que estos hallazgos, raramente publicados en la literatura, confirmaron el diagnóstico de IM debido a una embolia fibrocartilaginosa.

Material y métodos: Mujer de 51 años sana, que presenta un cuadro de 24 horas de evolución de dolor lumbar irradiado a miembros inferiores seguido horas después de imposibilidad para la dorsiflexión de ambos pies y arreflexia rotuliana y aquílea, sin nivel sensitivo. El día previo, la paciente había realizado ejercicios de gimnasia intensiva.

Resultados: La RM medular urgente fue normal. Se inició tratamiento con Inmunoglobulinas por sospecha de Guillain-Barré sin mejoría y persistencia de la arreflexia. Seis días después, se repitió la RM, revelándose isquemia de cordón anterior (T11 a L1), hiperintensidad de raíces de la cola de caballo, y del cuerpo vertebral L1. Se hizo amplio estudio etiológico (análisis, TC abdominal, arteriografía, punción lumbar) que no reveló alteraciones.

Conclusión: El IM debe no debe excluirse en casos de debilidad de miembros inferiores e hiporreflexia aguda aunque la RM en fase aguda sea normal. La embolia fibrocartilaginosa es una etiología que debe descartarse especialmente en pacientes jóvenes, tras traumatismos o ejercicios de compresión axial. Identificar otros signos radiológicos de isquemia medular podrían contribuir al diagnóstico precoz de esta enfermedad.

OFTALMOPARESIAS EN EL MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Feal Painceiras, M.J.; Giraldo Salazar, D.M.; Roel García, A.; Muñoz Enriquez, G.J.; Cajaraville Martínez, S.; Paz González, J.M.; Raña Martínez, N.

Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Objetivos: El Mieloma Múltiple (MM) es una proliferación neoplásica de células plasmáticas (cp) que producen Ig monoclonal. Suponen el 10% de las neoplasias hematológicas con una incidencia de 5.5 casos por 100.000 personas. Síntomas predominantes son el síndrome general, dolor óseo, infecciones recurrentes y afectación renal. Las manifestaciones neurológicas son raras y en general secundarias a trastornos metabólicos, compresivos o por viscosidad sanguínea.

Material y métodos: Caso 1: varón 71 años, con MM IgD, habiendo recibido 8 ciclos de quimioterapia y trasplante hematopoyético. Ingresa en Neurología por diplopía, ptosis y dolor ocular derecho. En la exploración, III par completo derecho objetivándose en RMN cerebral, masa en esfenoides izquierdo y seno cavernoso derecho. Caso 2: varón 82 años, MM IgA Lambda, a tratamiento con varios ciclos de quimioterapia. Valorado por diplopía hacia la derecha. En examen neurológico, VI par derecho. En TC lesión lítica en sutura petro-occipital derecha que se confirma con RMN cerebral.

Resultados: Ambos pacientes, recibieron radioterapia y dexametasona, con estabilización de las lesiones y mejoría clínica.

Conclusión: Las manifestaciones neurooftalmológicas son infrecuentes en el MM y suelen ser debidas a hiperviscosidad, efecto compresivo o infiltración mielomatosa de los nervios oculomotores. Presentamos dos casos de oftalmoparesia provocada por plasmocitomas intracraneales, los cuales son neoplasias inusuales de cp que se originan en hueso, meninges o cerebro.

¿LEUCOSTASIS CEREBRAL?

Regajo Gallego, R.A. [1]; Ramos Pachón, A. [2]; García López, D. [1]; Salom Juan, J.M. [1]; Chamarro Lázaro, R. [1]; Laínez Andrés, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario (Valencia)

Objetivos: Se muestra un caso atípico de afectación neurológica en una paciente con leucemia aguda.

Material y métodos: Mujer de 23 años sin antecedentes de interés, que acude por cuadro de una semana de clínica respiratoria, fiebre y quebrantamiento general. Se objetiva leucocitosis severa con bicitopenia, por lo que se ingresa en hematología con diagnóstico de leucemia aguda. Se realiza 1ª sesión de aféresis a su ingreso, pero posteriormente se inicia deterioro respiratorio, precisando ingreso en UCI. A las 48h, tras 2ª aféresis y 1ºciclo de quimioterapia, muestra deterioro neurológico con estupor, hemiplejía izquierda y crisis tonicoclónicas. CT cerebral: múltiples focos hiperdensos parenquimatosos

Resultados: Analítica: Leucocitos 131.600, N 21.350, M 69.900, Hb 6,5, Hcto 19%, Plaq. 50.000 (mínimo 18.000), LDH 10.971. Aspirado medular: 96% blastos. Diagnóstico: Leucemia aguda mieloblástica monocítica. TC tórax: consolidaciones pulmonares difusas. Serologías, Ag en orina y cultivos negativos. Galactomanano en sangre positivo 1/3. RMN cerebral: múltiples focos de aspecto hemorrágico multilobares corticosubcorticales, en ganglios basales y cerebelo. Realce anular periférico, sin restricción de la difusión. TC control (1ª semana): incremento de lesiones con edema. El diagnóstico diferencial de estas lesiones hemorrágicas contempla: lesiones hemorrágicas por complicación directa (cerebral) de la LMA, leucostasis cerebral, ó infección angioinvasiva. EVOLUCIÓN: tratamiento empírico con anfotericina y fluconazol; quimioterapia y 2ª aféresis. Mostró mejoría progresiva con recuperación neurológica. RM control: disminución de lesiones con restos de hemosiderina y sin realce.

Conclusión: las lesiones cerebrales en pacientes hematológicas pueden ser muy atípicas y su diagnóstico diferencial es amplio. Debe considerarse el síndrome de leucostasisentre las posibilidades.

PARKINSONISMO AGUDO COMO ÚNICA PRESENTACIÓN DE MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA Y EXTRAPONTINA TRAS CORRECCIÓN ADECUADA DE HIPONATREMIA

Pérez Torre, P. [1]; Blanco Andrews, L. [2]; Escobar Villalba, A. [1]; Martínez Ulloa, P. [1]; Monreal Laguillo, E. [1]; Buisan Catevilla, F.J. [1]; Chediak Teran, C. [2]; Toledano Delgado, R. [1]; Galeano Álvarez, C. [2]; Corral Corral, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Los síndromes de desmielinización osmótica (mielinolisis central pontina (MCP) y extrapontina (MEP)) se asocian frecuentemente a una corrección rápida de la hiponatremia. Presentamos un caso de MCP/MEP cuya forma de presentación fue como parkinsonismo grave agudo, tras corrección de natremia según las recomendaciones actuales.

Material y métodos: Varón de 50 años, hipertenso en tratamiento con tiazidas y con reciente introducción de escitalopram por cuadro depresivo. Acudió por mareo a Urgencias, donde se objetivó sodio de 103 mEq/l en sangre. La pauta de corrección fue lenta (máximo de 8 mEq/24 horas). Al 3 día de ingreso, con sodio de 124, desarrolló cuadro agudo de parkinsonismo grave con rigidez axial y de extremidades, componente distónico distal, anartria y acinesia completa, sin afectación piramidal. Precisó alimentación por sonda.

Resultados: Una primera resonancia magnética cerebral (RM) mostró alteración de señal en ambos estriados. Una segunda RM a los 8 días demostró además alteración de señal central en protuberancia sugerente de desmielinización osmótica, sin que el paciente presentara signos de MCP. El líquido cefalorraquídeo fue normal. Se inició tratamiento con levodopa/carbidopa. En las semanas siguientes presentó mejoría parcial de movilidad, aunque persistiendo incapacidad para fonación, deglución y marcha.

Conclusión: La MEP puede presentarse como parkinsonismo agudo asociando alteraciones de señal en el estriado, sin signos o alteraciones radiológicas de MCP. Las alteraciones radiológicas de MCP pueden ser tardías y asintomáticas. La MCP/MEP puede aparecer aún con corrección de sodio según las recomendaciones actuales.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Giraldo Salazar, D.M. [1]; Roel García, A. [1]; Feal Panceiras, M.J. [1]; Muñoz Enríquez, J.G. [1]; Paz González, J.M. [1]; Rubio Nazábal, E. [1]; Sousa Regueiro, D. [2]; Pérez Sousa, M.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 2. Servicio de Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Objetivos: La enfermedad por arañazo de gato (CSD) es una enfermedad infecciosa ocasionada por Bartonella henselae (Bh), trasmitida por gatos o picaduras de pulgas, en la mayoría de los casos ocasiona adenopatías regionales cercanas a la zona de inoculación (80%), pero, puede producir afectación sistémica (abscesos hepáticos, esplénicos y renales, endocarditis, retinitis/papilitis, encefalitis).

Material y métodos: Presentamos tres casos con diferentes manifestaciones neurológicas Caso 1: Mujer de 70 años. Con alteración de la conducta y del lenguaje de 24 horas de evolución. Con adenopatía epitroclear y eritema desde 2 meses atrás. Destaca aumento de proteinorráquia (0,84 g/L); Ecografía de partes blandas con microabscesos y adenopatías; serología para Bh positiva. Caso 2: Hombre de 45 años. Pioderma gangrenoso en miembros inferiores, elevación de transaminasas durante el tratamiento, estudio de imagen evidencia lesiones hepáticas multiples que se biopsian mostrando granulomas necrotizantes y estudio microbiológico compatible con Bh; Concomitantemente presenta disestesias en manos y pies de meses de evolución, compatible con polineuropatia de fibra fina secundaria. Caso 3: Mujer de 31 años. Consulta por 2 semanas de cefalea holocraneal con predominio orbitoparietal derecho y visión borrosa bilateral (mayor en ojo de-

recho), objetivándose midriasis derecha arreactiva. El fondo de ojo presenta estrella macular compatible con neurorretinitis y LCR compatible con meningitis linfocitaria en el contexto de posible CSD.

Resultados: Las pruebas complementarias y la evolución clínica fueron compatibles con manifestaciones neurológicas de CSD.

Conclusión: Aunque las manifestaciones neurológicas son infrecuentes (<10%), estos tres casos ilustran las diferentes presentaciones que puede tener la CSD (encefalitopatía, polineuropatía de fibra fina y neurorretinitis)

Neurología General P10

LA PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE EN LA REGIÓN DE MURCIA

Buendia Martínez, J.F. [1]; Fuentes Ramirez, F. [2]; Lopez Sanchez, J. [3]; Sánchez Ortuño, I.M. [1]; Cruz Huertas, M.J. [1]; Barreda Sánchez, M. [4]; Guillén Navarro, E. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia; 2. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 4. Departamento de genética. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM); 5. Servicio de Genética. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La porfiria aguda intermitente es una enfermedad genética que se manifiesta con crisis neuroviscerales de dolor abdominal y afectación del sistema nervioso central y periférico. Se estima una penetrancia del 10-20% (PAI manifiesta), por lo que la mayoría de casos no sufren crisis. En la Región de Murcia se ha descrito una alta prevalencia de PAI debido a una mutación fundadora (669_698del en el gen HMBS). El objetivo de este estudio es determinar las características clínicas de la PAI en la región de Murcia.

Material y métodos: Seestudiarons 35 pacientes con PAI determinando la la frecuencia y morbilidad de crisis de porfiria así como la aparición de diabetes, hipertensión, afectación renal (creatinina elevada y/o enfermedad renal crónica (ERC)), transaminasemia, dislipemia, hepatocarcinoma y sintomatología crónica abdominal en periodos de latencia clínica. A todos ellos se les solicitó porfirinas en orina y se evaluó clínicamente la presencia de polineuropatía.

Resultados: La media de edad fue 43 años (rango: 20-71), el 57.1% fueron mujeres y el 42.9% varones. El 82.9 % presentaron la mutación 669_698del en el gen de la HMBS, el 14.3% la mutación c. 76C>T (p.R26C). El 45.7% presentó historia previa de crisis (una media de 3 crisis) y la frecuencia fue superior en mujeres (ratio 2:1).

Conclusión: En los pacientes estudiados con porfiria aguda intermitente la principal asociación clínica fue la presencia de afectación renal en pacientes con crisis anteriores de porfiria. No se demostró una asociación significativa en los pacientes que habían tenido crisis con la presencia de signos o síntomas de polineuropatía.

TRES FAMILIAS CON INSOMNIO FAMILIAR LETAL (IFL)

Fernández Rodríguez, B.; Cerdán Santacruz, D.M.; Simonet Hernández, C.; Morollón Sánchez-Mateos, N.; Castrillo, A.; Ferrero Ros, M.; Tabernero, C.; Duarte, J.

Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia

Objetivos: El IFL es una rara enfermedad priónica hereditaria, con 66 casos registrados en España en 2015. Se describe la forma de presentación, evolución clínica, diagnóstico y relación familiar entre distintos casos de IFL, pertenecientes a tres familias diferentes de la provincia de Segovia.

Material y métodos: Se aporta un total de 12 casos de IFL. Se revisan las manifestaciones clínicas, electroencefalográficas, estudio genético y anatomopatológico de los distintos pacientes.

Resultados: En la familia 1 se definen cuatro casos de demencia. Los casos contemporáneos son hermanos, hijos de madre afecta, ambos diagnosticados por necropsia y genéticamente. En la familia 2 se diagnostican dos primos hermanos mediante necropsia y a uno de ellos genéticamente. En la generación anterior hay tres sujetos con alta sospecha clínica de haber padecido IFL, sin confirmación anatomopatológica, dado que en ese momento no estaba aún descrita esta entidad En la familia 3 se diagnostica de IFL por estudio genético y necropsia a dos de tres hermanos. El hermano no afecto padeció ELA. La madre de estos pacientes presentó un cuadro de demencia concordante con IFL.

Conclusión: En esta larga serie familiar se describen varios casos de IFL que presentan en su mayoría insomnio, ataxia, diplopia, mioclonías y deterioro cognitivo, que evolucionan hasta la muerte entre 6 y 12 meses después del inicio de la clínica. Se confirma un patrón de herencia autosómico dominante. El diagnóstico se realiza mediante estudio de mutación D178N (cis 129-M), o mediante detección en necropsia de pérdida neuronal y gliosis de tálamos.

NEURITIS ÓPTICAS INFLAMATORIAS, ESTUDIO AL DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

García Molina, E. [1]; Diaz Pérez, J. [1]; Baidez Guerrero, A.E. [1]; Valero López, G. [1]; Cerdán Sánchez, M. [1]; Palazón Cavanes, B. [2]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Hernández Clares, R. [1]; Meca Lallana, J.E. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía; 3. Unidad de Esclerosis Múltiple. Serv. Neurología. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Cátedra de Neuroinmunología Clínica y Esclerosis Múltiple. Univ. Católica San Antonio de Murcia

Objetivos: Caracterizar las neuritis ópticas(NO) de debut, valorar la rentabilidad diagnóstica de las pruebas solicitadas, así como el diagnóstico final.

Material y métodos: Estudio trasversal, descriptivo, retrospectivo de una serie de 93 pacientes entre 1978 y 2016, diagnosticados de neuritis óptica de debut.

Resultados: 93 pacientes, 68(73%) mujeres, edad media 32 años. Ojo afectado derecho 34(37%), izquierdo 49(54%), y bilateral en 8(9%); retrobulbar en 92%. Se realizó estudio al debut en 68(73%), las BOC en LCR se analizaron en 45 casos (positivas 58%), anticuerpos anti-aquaporina-4 en 15 casos (positivos 28%), Ac anti-MOG se en 2 casos, ambos negativos, y la serología se solicitó en 46 (patológica 4%); la RM cerebral se solicitó en el 69%, siendo normal en un 30%, compatible con EM en el 47%, lesiones sugestivas pero no definitorias de EM en 17%, y otros hallazgos en 6%. De todos los pacientes analizados el diagnóstico actualmente es: en 62(73%) EM, en 7(8%) síndrome clínico aislado (CIS), en 6(7%) Neuromielitis óptica (NMO), en 5(6%) Neuritis óptica recidivante, 3 casos de etiología infecciosa, 2 casos secundarios a enfermedad autoinmune sistémica y 1 caso de origen paraneoplásico.

Conclusión: Las NO constituyen un amplio grupo de entidades, de etiología diversa y con un pronóstico visual variable. Las pruebas con más rentabilidad diagnóstica son la RM y las BOC, sin embargo la serología debe solicitarse en todos los pacientes al ser causas tratables, y los anticuerpos anti-aquaporina-4 y anti-MOG en aquellos en los que el diagnóstico no haya sido aclarado, además de realizar un seguimiento exhaustivo.

DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON ROMBOENCEFALITIS

Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Quesada López, M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Andreu Gálvez, M. [2]; Torres Alcázar, A. [1]; Hernández Hortelano, E. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Garnés Sánchez, C.M. [3]; Dudekova, M. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Del Amor Espin, M.J. [4]; Giménez De Béjar, V. [1]; Villegas Martínez, I. [1]; Torres Perales, A.M. [5]; López López, M. [1]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 4. Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados de pruebas complementarias de una serie de pacientes con encefalitis de tronco de diferentes etiologías.

Material y métodos: Se recogen 5 pacientes desde el año 2010 con edades comprendidas entre 18-75 años, que cursaron clínica y radiológicamente con encefalitis de tronco. Se analizan las características clínicas y las técnicas diagnósticas empleadas.

Resultados: De los cinco pacientes recogidos, tres presentaron etiología infecciosa: (1) debido a Mycoplasma pneumoniae, (2) a Streptococcus agalactiae y (3) a Listeria monocytogenes. El resto, fueron secundarios a las enfermedades reumáticas sistémicas: (4) Sjögren y (5) Behçet. Neurológicamente cursaron con ataxia (100%), diplopía (80%), paresia facial (60%), hemiparesia y disartria (40%). En resonancia magnética todos presentaron alteraciones de señal (hiperintensidad) en secuencias T2/FLAIR en región mesencefálica, el 80% en protuberancia/pedúnculo cerebeloso y (3) presentó absceso en tronco. El diagnóstico etiológico se obtuvo en (1) mediante serología positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR), (2) y (3) mediante aislamiento microbiológico en cultivo (LCR). El resto mediante criterios de enfermedad reumática de base: (4) úlceras orales/genitales, eritema nodoso; y (5) "síndrome seco" y anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B elevados. Los pacientes con romboencefalitis infecciosa presentaron pleocitosis de predominio linfomononuclear e hiperproteinorraquia en LCR.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de la romboencefalitis incluye un amplio espectro de patologías tanto infecciosas como no infecciosas. Aunque la infección por listeria es una de las causas más frecuentes, se deben tener siempre presentes otras patologías como las enfermedades reumáticas, donde una adecuada anamnesis por órganos/aparatos puede convertirse en nuestra herramienta diagnóstica más poderosa.

UN CASO MUY INUSUAL: UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO AL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Fernández Rodríguez, B.; Cerdán Santacruz, D.M.; Simonet Hernández, C.; Castrillo, A.; Ferrero Ros, M.

Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia

Objetivos: Se han descrito distintos procesos relacionados con el inicio del síndrome de Guillain-Barré (SGB): infecciones bacterianas o virales, cirugías, neoplasias o inmunizaciones en las semanas previas, pero no se conoce en la literatura asociación de dicho síndrome con la enfermedad de Still del adulto. Se aporta un caso que comienza con síntomas de enfermedad de Still y desarrolla un SGB.

Material y métodos: Mujer de 19 años que ingresó en Neurología por debilidad muscular proximal progresiva de tres días de duración, precedida de cuadro de tres semanas de evolución de faringitis, picos febriles, mialgias, artralgias, y rash cutáneo.

Resultados: Se realizó un estudio completo de SGB, que incluyó estudio inmunológico, infeccioso, de LCR y electromiográfico. En el EMG se detectó una afectación motora preganglionar compatible con SGB de tipo axonal. La debilidad muscular mejoró rápidamente tras tratamiento con inmunoglobulinas, pero persistieron las fiebres de más de 39ºC, el rash cutáneo evanescente, y las artralgias. Se constató sinovitis en los cuatro miembros. Los datos de laboratorio revelaron leucocitosis elevadas y ferritinas de hasta más de 36 000 ng/mL. Se descartaron etiologías infecciosas, artritis reumatoide, LES, sarcoidosis, porfiria y linfoma. El cuadro remitió tras tratamiento corticosteroideo.

Conclusión: Se presenta el caso de una paciente con SGB asociado al inicio de una enfermedad de Still del adulto, entidad potencialmente grave, de la que se revisan sus características, para su identificación y tratamiento precoces.

NEURODINÁMICA EN ESPASTICIDAD TRAS DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Díez Valdés, S.

Reintegra Centro Rehab. Integral Daño Cerebral

Objetivos: De un tiempo a esta parte el uso de la movilización neurodinámica en paciente con Daño Cerebral Adquirido se ha hecho normal entre los terapeutas de buena parte del mundo. Por ello, el objetivo de esta revisión es analizar la bibliografía disponible sobre neurodinámica aplicada a pacientes con espasticidad tras Daño Cerebral Adquirido para determinar si su uso es recomendable en casos de espasticidad.

Material y métodos: Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda en keywords, títulos y abstracts con las siguientes palabras claves: "neurodynamics", "neuromobilization","neural mobilization" and "neural tension" combinadas con las palabras "stroke" y "brain injury". Se realizó la búsqueda en los buscadores PUBMED, PEDro y Science Direct, poniendo como criterio de búsqueda una fecha posterior a 1990. Se filtró los artículos por lectura simple del abstract para seleccionar aquellos relacionados con movilización neural y espasticidad.

Resultados: Se realizó una lectura crítica de los estudios encontrados (3 en total) que permitió su clasificación de los mismos según el tipo de estudio, el tamaño muestral, la zona tratada, las medidas de evaluación y los resultados obtenidos. Uno de los estudios realizado fue un caso clínico, otro una serie de casos y por último un estudio cruzado.

Conclusión: Los diversos estudios tomados en cuenta muestran resultados diferentes por lo que las conclusiones no son claras: en uno de los estudios se produce una reducción de la espasticidad mientras que en los otros esta reducción no aparece o no es tan clara. Nuevos estudios con más muestra serían necesarios para establecer una recomendación de uso.

AMBIENTE RESTRICTIVO UTERINO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE LA PLAGIOCEFALIA NO SINOSTÓTICA: ANÁLISIS HISTOLÓGICO

Cabrera Martos, I. [1]; Valenza, M.C. [1]; Benitez Feliponi, Á. [2]; Valenza Demet, G. [1]; Robles Vizcaíno, C. [2]; Ruiz Extremera, Á. [3]

1. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada; 2. Unidad de Seguimiento y Atención Temprana. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; 3. Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Objetivos: Se ha identificado el ambiente restrictivo intrauterino como factor de riesgo para el desarrollo de plagiocefalia no sinostótica. El objetivo de este estudio fue realizar un estudio histológico embrionario y fetal del desarrollo del cráneo.

Material y métodos: Estudio descriptivo histológico en el que se incluyeron embriones y fetos pertenecientes a la Embrioteca del Departamento de Anatomía y Embriología Humana. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y se autorizó el acceso a dicha Embrioteca y la utilización de las muestras con finalidad científica. Se incluyeron embriones y fetos con cortes seriados específicos y representativos del desarrollo de la zona cefálica y conservados en buen estado. Se realizaron fotografías en los distintos momentos del desarrollo embrionario y fetal con el microscopio Leica (Leica Microsystems, Switzerland) con cámara fotográfica Leica DC 300.

Resultados: Se seleccionaron cinco embriones y cuatro fetos. Se presentan las fotografías de los distintos cortes histológicos en embriones y fetos desde los 28 hasta los 98 días. en las que se observa el desarrollo craneal a lo largo del desarrollo intraútero. Se observa el cráneo membranoso y cartilaginoso y el proceso de osificación intraútero. La zona más moldeable de la cabeza debido a su origen embrionario es la cúpula, que comprende los huesos frontal, parietales, temporales en su parte escamosa y occipital en su concha superior. Esta configuración permite que en un ambiente restrictivo pueda deformarse.

Conclusión: Las presiones mantenidas intraútero en la cabeza del bebé, unidas a la configuración histológica del cráneo permiten la deformación craneofacial intraútero.

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE NEUROFISIOTERAPIA DEPENDIENDO DEL NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS A LA SEMANA SOBRE LA MARCHA EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Magni, E. [1]; Granja Domínguez, A. [2]; Hochsprung, A. [3]

1. FISEVI. Hospital Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurofisioterapia. Unidad Esclerosis Múltiple. Sala Neurofisioterapia Biofuncional; 3. Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena

Objetivos: Valorar si el número de sesiones de un Programa de Neurofisioterapia, llevado a cabo con el objetivo de reeducar el patrón de marcha en el paciente con Esclerosis Múltiple (EM), influye sobre las potencialidades de mejoría de los parámetros espacio-temporales de la marcha.

Material y métodos: Estudio experimental aleatorizado. Muestra compuesta por 36 sujetos con EM divididos en cuatros grupos: grupo A-experimental (n=9), grupo B-experimental (n=9), grupo C-experimental (n=9), grupo D-control (n=9). La intervención consistió en un Programa de Neurofisioterapia de tres meses de duración, llevado a cabo de forma semanal (cada sesión de una hora de duración), donde se emplearon: ejercicios de reeducación de la marcha, sistema de vibración Zeptor, Bipedestador dinámico, bicicleta MOTOMED, cinta con suspensiones. Los grupos recibieron cada semana respectivamente: grupo A- 1 sesión, grupo B- 2 sesiones, grupo C- 3 sesiones, grupo D- ninguna sesión. Se midieron mediante el Sistema Gaitrite, las siguientes variables espacio-temporales de la marcha: velocidad, cadencia, tiempo de deambulación, diferencia de longitud entre los pasos y el perfil funcional de ambulación (FAP). Mediciones: pre y post intervención.

Resultados: Diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables en el grupo A: velocidad, cadencia y tiempo de deambulación ($p< 0.008$); diferencia de longitud entre los pasos ($p< 0,011$). Mejoría que no llega a ser significativa en las variables en los grupos B y C.

Conclusión: La Neurofisioterapia resulta ser una válida herramienta para reeducar la marcha en el paciente con EM. El número de sesión de Neurofisioterapia no influye sobre la eficacia de la reeducación.

EFECTOS DE LA TERAPIA MANUAL COMO COADYUVANTE SOBRE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO EN NIÑOS CON PLAGIOCEFALIA NO SINOSTÓTICA SEVERA

Cabrera Martos, I. [1]; Valenza, M.C. [1]; Benitez Feliponi, Á. [2]; Robles Vizcaíno, C. [2]; Ruiz Extremera, Á. [3]; Valenza Demet, G. [1]

1. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada; 2. Unidad de Seguimiento y Atención Temprana. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; 3. Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Objetivos: A pesar de la creciente incidencia de plagiocefalia no sinostótica y su repercusión sobre el desarrollo motor, hay poca evidencia del uso de terapia manual como opción coadyuvante. El objetivo de este estudio fue valorar los efectos de un programa de tratamiento de fisioterapia que incluía la terapia manual como opción coadyuvante en niños con plagiocefalia no sinostótica severa.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado controlado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital y los padres firmaron un consentimiento informado. Se incluyeron 46 lactantes con plagiocefalia no sinostótica severa (tipos 4-5 según la escala Argenta) que se ubicaron en un grupo que recibió tratamiento que consistía en orientaciones posturales, estimulación y terapia ortésica o en un grupo experimental en el que adicionalmente a este tratamiento recibían terapia manual una vez por semana. Los lactantes fueron dados de alta cuando la asimetría fue mínima (0 o 1). Las medidas principales fueron la duración del tratamiento y el desarrollo motor evaluado con la Escala Alberta al inicio y al alta.

Resultados: Un análisis comparativo entre los grupos mostró que la duración del tratamiento fue significativamente menor ($p<0.001$) en el grupo experimental (109.84±14.45 días) que el del grupo control (148.65±11.53 días).El comportamiento motor fue adecuado a su edad en todos los niños al final del tratamiento (puntuación superior al percentil 16 de la Escala Alberta).

Conclusión: La terapia manual como opción coadyuvante al tratamiento basado en orientaciones posturales, estimulación y terapia ortésica redujo la duración del tratamiento en lactantes con plagiocefalia no sinostótica severa.

Neurología General P11

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DOMICILIARIO CENTRADA EN LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: UN ESTUDIO PILOTO

Cabrera Martos, I. [1]; Moreno Ramírez, M.P. [1]; Martínez Nogales, A.J. [1]; Ortiz Rubio, A. [1]; Torres Sánchez, I. [1]; Garzón Domingo, R. [2]

1. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada; 2. Servicio de Asociación. Asociación de Parkinson de Granada

Objetivos: El objetivo de este estudio fue valorar los resultados de aplicación de una intervención domiciliaria centrada en los objetivos sobre la funcionalidad en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP).

Material y métodos: Estudio piloto cuasi-experimental en el que se incluyeron 5 pacientes con EP. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y el estudio contó con la aprobación del Comité de Ética. El nivel de funcionalidad se valoró utilizando la medida canadiense del desempeño ocupacional (COPM) y la medida de la independencia funcional (FIM). La intervención se centró en las cinco tareas que el paciente conside-

raba más importantes y con más dificultad para su realización según la COPM. La intervención se llevó a cabo en 4 sesiones domiciliarias una vez por semana en las que mediante una tablet se grababa la ejecución de la actividad y se analizaba posteriormente proporcionando feedback. Se trabajaba con el paciente mediante estrategias para su desempeño o proporcionando dispositivos de apoyo en caso de que fuese necesario.

Resultados: Se observa una mejoría clínicamente significativa (cambio de más de dos puntos) en el desempeño de las actividades seleccionadas. El cambio obtenido en el COPM de desempeño fue de 2,090 puntos. No se encontraron diferencias significativas en el FIM. La subescala motora dell FIM muestra un valor de media del cambio de 11.60±10.286, p=0.065.

Conclusión: Un programa de intervención domiciliaria piloto de 4 sesiones a lo largo de un mes consigue mejoras clínicamente significativas en el desempeño funcional en pacientes con EP.

IMPACTO DEL TORTÍCOLIS ASOCIADO A LA PLAGIOCEFALIA NO SINOSTÓTICA SOBRE EL DESARROLLO MOTOR DE LOS LACTANTES

Cabrera Martos, I. [1]; Valenza, M.C. [1]; Benitez Feliponi, Á. [2]; Valenza Demet, G. [1]; Robles Vizcaíno, C. [2]; Ruiz Extremera, Á. [3]

1. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada; 2. Unidad de Seguimiento y Atención Temprana. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; 3. Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Objetivos: El hallazgo clínico más frecuente asociado a la plagiocefalia no sinostótica es el tortícolis. El objetivo de este estudio fue investigar si el tortícolis (congénito o postural) afecta la consecución de habilidades motoras específicas (volteo, sedestación, gateo y bipedestación) en niños con plagiocefalia no sinostótica.

Material y métodos: Ensayo clínico prospectivo en el que se incluyeron 175 niños con plagiocefalia no sinostótica clasificados en tres grupos: plagiocefalia sin tortícolis (n=73), plagiocefalia y tortícolis congénito (n=38) y plagiocefalia y tortícolis postural (n=64). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital y los padres de los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la inclusión de los lactantes. Se valoró el mes de adquisición de los hitos motores de volteo, sedestación, gateo y bipedestación.

Resultados: Los lactantes con plagiocefalia sin tortícolis adquirieron el volteo más tarde que los niños con plagiocefalia y tortícolis congénito (p=0.007, d=1.29). En el gateo, se encontraron diferencias significativas entre lactantes sin tortícolis y aquellos con tortícolis postural (p=0.048, d=1.16). También se encontraron diferencias significativas (p<0.05) entre la plagiocefalia sin tortícolis y la plagiocefalia con tortícolis congénito y postural en la bipedestación sin apoyo. Los niños sin tortícolis adquirieron la bipedestación sin apoyo más tarde que los niños con tortícolis congénito (d=1.09) o postural (d=1.18).

Conclusión: Los resultados obtenidos sugieren que la presencia o ausencia de tortícolis congénito o postural es un factor importante a tener en cuenta en la consecución de habilidades motoras específicas en niños con plagiocefalia no sinostótica.

NEUROSÍFILIS Y REACCIÓN DE JARISCH-HERXHEIMER LIMITADA A SNC: CONFIRMACIÓN MEDIANTE NEUROIMAGEN

Espinosa Oltra, T.; Sanchez Villalobos, J.M.; Quesada López, M.; Díaz Jiménez, I.; Giménez De Bejar, V.; Dudekova, M.; Garnés Sánchez, C.M.; Guzmán Martín, A.; Torres Alcázar, A.; López López, M.; Soria Torrecillas, J.J.; Tortosa Sánchez, T.; Pérez Vicente, J.A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Documentar radiológicamente que la reacción Jarisch-Herxheimer (RJH) en neurolues puede limitarse a SNC.

Material y métodos: Varón 46 años, fumador y enólico, con alteraciones conductuales y temblor de 4-5 meses evolución, en último mes asocia alteración de marcha e incontinencia urinaria. Exploración neurológica: disartria, paraparesia proximal 4/5, dismetría miembros inferiores, bradicinesia y marcha atáxica. Tras serología LCR diagnóstica de neurolues, iniciamos tratamiento con penicilina. Doce horas después, deterioro neurológico con afasia y agitación psicomotriz sin clínica sistémica, que mejora tras 24 horas, interpretándose como RJH limitada SNC. Mantenemos penicilina 14 días, con mejoría progresiva de marcha y conducta.

Resultados: -Serología compatible con infección luética -LCR: hiperproteinorraquia, leucocitosis y serología compatible con neurolues. Normalización tras tratamiento. -RM cerebral inicial normal -RM cerebral tras deterioro: hiperintensidad T2-FLAIR temporal izquierda y frontal derecha. -RM cerebral tras 2 meses: resolución

Conclusión: -RJH es la respuesta febril aguda, autolimitada, secundaria a cascada de citoquinas por destrucción de espiroquetas (sífilis, borreliosis, leptospirosis) tras iniciar antimicrobianos. -Dos formas en neurosífilis: asintomática típica con clínica sistémica (mialgias, malestar) y sintomática con empeoramiento neurológico (limitada SNC), más infrecuente. -Radiológicamente la neurolues puede mostrar: atrofia (>50%), vasculitis (30%), ictus (20%), gomas (6%), hiperintensidad meso-temporal (30%),etc.. Hasta 30% normal (90% asintomáticos, también descrita en parálisis general). -La RJH limitada SNC está descrita en casos con RMN herpes like empeorando posteriormente. No hay descritos casos sin lesiones en RMN inicial que luego muestren RJH, como nuestro paciente. -Debemos conocer la RJH limitada SNC, por el potencial empeoramiento neurológico, vigilando el inicio terapéutico, no suspendiéndolo pese la reacción.

AUMENTO DE PRESIÓN INTRACRANEAL E HIPERPROTEINORRAQUIA SIN LESIÓN CEREBRAL: EL ORIGEN PUEDE ESTAR MÁS ABAJO

Espinosa Oltra, T.; Sanchez Villalobos, J.M.; Quesada López, M.; Díaz Jiménez, I.; Hernández Hortelano, E.; Garnés Sánchez, C.M.; Torres Alcázar, A.; López López, M.; Dudekova, M.; Guzmán Martín, A.; Giménez De Bejar, V.; Soria Torrecillas, J.J.; Torres Perales, A.; Pérez Vicente, J.A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Aportar caso de hipertensión intracraneal (HIC) como manifestación inicial de tumor intramedular (TIM) cervicodorsal.

Material y métodos: Mujer 40 años bocio multinodular, refiere cefalea opresiva occipital intensa y diplopía la última semana, asociando dolor lumbar irradiado a pierna izquierda 3 semanas antes. Exploración neurológica: restricción abducción ambos ojos, paresia 4+/5 e hipoestesia global crural izquierda. Fondo ojo: edema papila bilateral. Descartamos trombosis venosa cerebral urgentemente e ingresamos para estudio. Tras pruebas complementarias realizamos biopsia de lesión medular. Durante ingreso presenta deterioro neurológico con afectación de pares bajos, paraparesia progresiva y retención urinaria, falleciendo al mes del inicio del cuadro.

Resultados: -Punción lumbar: presión 24 cmH2O, xantocrómico, 7 leucocitos, proteínas 6476. Gram, cultivo y citología negativos. -RM cerebral contraste: normal -RM neuroeje: hiperintensidad intramedular C5-D9, realce pial medular difuso con formaciones sólidas leptomeníngeas hipercaptantes (cono me-

dular y cola caballo). -RM cerebral control: realce pial troncoencefálico por diseminación leptomeníngea intracraneal. -Estudio extensión negativo -Anatomía patológica: neoplasia celularidad atípica, inmunohistoquímica compatible con glioblastoma multiforme (GBM)

Conclusión: -Los gliomas espinales de alto grado son infrecuentes: 5-10% total de GBM. -La triada HIC, hidrocefalia y papiledema secundaria a TIM es inusual, especialmente por debajo unión craneocervical. -La patogénesis de HIC en TIM es incierta: bloqueo mecánico de circulación LCR, disminución elasticidad del saco espinal, hiperproteinorraquia LCR, compresión plexo venoso espinal, aracnoiditis multifactorial. -En GBM con carcinomatosis leptomeníngea proponen la obstrucción del flujo LCR secundario a aracnoiditis por diseminación de células neoplásicas en espacio subaracnoideo. -En pacientes con HIC e hiperproteinorraquia sin lesión intracraneal debemos descartar TIM mediante neuroimagen medular completa.

SINTOMATOLOGÍA PREFRONTAL EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Ruiz Sánchez de León, J.M. [1]; Paz Domingo, M.V. [2]; García Fernández, G. [3]; Paz Solís, J.F. [4]; Gandía González, M. [4]; Mateos González, A. [5]; Fernández Blázquez, M.Á. [6]

1. Dpto. Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Universidad Complutense de Madrid; 2. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 3. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Psicología Clínica). Universidad Complutense de Madrid; 4. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz; 5. Unidad del Dolor. Hospital Quirón Madrid; 6. Servicio de Neurología. Fundación CIEN Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas

Objetivos: El déficit frontal ha sido estudiado en una amplia gama de poblaciones clínicas, sin embargo, son escasas las investigaciones dedicadas al estudio del mismo en pacientes que sufren dolor crónico. El presente trabajo pretende explorar las relaciones entre sintomatología de origen prefrontal, sensación dolorosa y estrés percibido en pacientes con diagnóstico de dolor crónico.

Material y métodos: La muestra estaba formada por 90 pacientes con dolor crónico de entre 27 y 81 años, procedentes del Servicio de Neurocirugía, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid. Se les administró un cuestionario realizado ad-hoc para registrar variables sociodemográficas y clínicas, el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP), la Escala de Estrés Percibido (EEP), y el Cuestionario Breve de Dolor (CBD). Se trata de un estudio transversal en el que se utilizó el programa SPSS 20.0 para el análisis de datos.

Resultados: Se han encontrado fuertes asociaciones entre sintomatología prefrontal, estrés percibido, interferencia de dolor ($R2 = 0{,}403$; $p < ,05$) e intensidad de dolor ($R2 = 0{,}266$; $p < ,05$). La intensidad de dolor y el estrés percibido predicen la aparición de problemas en el control comportamental, en la conducta emocional y, en general, de los síntomas prefrontales.

Conclusión: Estos hallazgos son relevantes de cara a incorporar o adaptar nuevas medidas terapéuticas en la intervención psicológica y neuropsicológica que promuevan la disminución y prevención de déficits frontales y así conseguir incrementar la sensación de control y proporcionar una mejora en la calidad de vida tanto de pacientes como de sus familiares.

MANEJO CLÍNICO DEL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ICTUS

Fernández Ferro, J. [1]; Guillán Rodríguez, M. [1]; Morales De la Prida, M. [2]; Vicente Martín, C. [3]; Martin Gil, L. [4]; Pardo Moreno, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; 2. Facultad de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos; 3. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Rey Juan Carlos; 4. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena

Objetivos: En la actualidad no existen guías o consensos sobre los cuidados del final de la vida en el paciente con ictus grave que fallece hospitalizado. Analizamos los aspectos clínicos del manejo del paciente con ictus grave.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con ictus que fallecen en el hospital entre abril 2012 y septiembre 2015 en un hospital de primer nivel y un hospital de segundo nivel.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes. Edad media 82,7 años (DE 9,6) y 51(58%) mujeres. El 62,5% ictus isquémicos y 36,3% hemorrágicos. Un 75% no llega a recibir nutrición enteral por sonda nasogástrica (media demora 3,8 días) y en casi la mitad (49%) se inicia antibioterapia empírica (media demora 1,3 días). En el 96% de los casos se informó del mal pronóstico, en el 81% se dejaron por escrito órdenes de no resucitación (NR) y en el 60% se realizó limitación del esfuerzo terapéutico (LET). En el 78% de los casos se prescribó morfina (66% perfusión contínua), en el 46% se usó midazolam y en el 44% butilescopolamina.

Conclusión: En nuestra serie se observa un alto porcentaje de decisiones de NR y LET, así como de uso de morfina en pacientes con ictus que fallecen en el hospital. Creemos que esto puede estar en relación con una comunicación clara y directa del mals pronóstico a los acompañantes.

¿ES NECESARIO MODIFICAR LA ESCALA DE RANKIN MODIFICADA?

Vilalta Castan, J.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La escala de Rankin modificada, conocida como mRS valora, de forma global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 categorias, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte).

Material y métodos: De la revista Stroke se han revisado los trabajos originales del año 2015 seleccionando los trabajos en donde se ha utilizado la escala de Rankin modificada. Se han comparado los artículos en los que se ha realizado un análisis estadístico con la mRS sin dicotomizar con los que se ha utilizado la mRS dicotomizada en buenos ($2 <$ mRS) y malos (> 2 mRS) resultados.

Resultados: En 2015 se publicaron en Stroke 313 "Original Contributions", de estos en 87 se utilizó la escala de mRS. En 59 artículos la escala se utilizó dicotomizada, la forma más frecuente fue en dividir los resultados en buenos < 3 mRS y malos resultado > 2. En dos casos, los autores remodificaron la escala estratificándola en tres categorías.

Conclusión: A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo por su carácter retrospectivo pensamos que se debería definir una nueva escala remodificada en dos o tres categorías. Se necesitan más estudios para poder definir la nueva mRS.

SINDROME RETROFARÍNGEO

Díaz Pertuz, E.D. [1]; Mayor, S. [1]; Ostolaza, A. [1]; Angarita, J. [2]; Gallego Culleré, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: La afectación de la cadena simpática, y pares IX, X, XII +/-XI, conocido como síndrome de Villaret, ocurre al existir compromiso del espacio retrofaríngeo. Presentamos un caso de disección carotídea espontánea como causal de esta entidad.

Material y métodos: Varón hipertenso y camionero de ocupación. Valorado por cuadro de desviación lingual, disartria, disfonía y disfagia. A las 24 horas ptosis palpebral izquierda. 72 horas antes, dolor hemicraneal y región auricular izquierda. No antecedente traumático, no posturas ni movimientos bruscos cérvicobraquiales. En exploración síndrome de Horner izquierdo, disartria y desviación lingual hacia la izquierda en la protrusión, hipotonía hemilengua izquierda, junto con disfonía y disfagia. Al alta tratamiento antihipertensivo y antiagregación.

Resultados: Tomografía axial computerizada, (TAC): normal. Duplex troncos supraorticos: carótidas permeables, sin datos de disección ni estenosis. Angio-TAC: hallazgos compatibles con disección ACI extracraneal izquierda con imagen de pseudoaneurisma en su porción cervical distal. Resonancia magnética (RM): sin lesión en secuencia difusión. Angio-RM: disección de la ACI izquierda extracraneal, con formación de pseudoaneurismas en la región proximal y distal.

Conclusión: La disección arterial es un proceso patológico de pared caracterizado por el desdoblamiento de la capa media o subadventicial, pudiendo conducir en este último caso al desarrollo de un aneurisma con o sin estrechamiento de la luz arterial. Como refleja nuestro caso, la disección carotídea con extensión subadventicial es una de las causas a tener en cuenta en el despistaje del síndrome de Villaret. La patogenia de dicha afección parece estar en relación con la compresión local producido por el pseudoaneurisma asociado.

UNA CAUSA INUSUAL DE PARKINSONISMO SECUNDARIO

García Ruiz, R. [1]; Mateu Mateu, Á. [1]; Silva Fernández, J. [2]; Recio Bermejo, M. [1]; Santos Pinto, A. [1]; González Manero, A.M. [1]; Turpín Fenoll, L. [1]; Huertas Arroyo, R. [1]; Botia Paniagua, E. [1]; García Ruiz, R.M. [3]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; 2. Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Denia

Objetivos: Las fístulas durales son un trastorno poco habitual, frecuentemente asociadas en casos sintomáticos a cefalea, trastornos visuales y/o acúfenos. El parkinsonismo ha sido reportado de manera excepcional. Presentamos un caso de parkinsonismo desarrollado precozmente tras la embolización de una fístula dural.

Material y métodos: Paciente de 62 años con cefalea de años de evolución con empeoramiento reciente asociado a trastornos visuales y tinnitus. Se diagnostica y trata endovascularmente de una fístula dural, desarrollando precozmente parkinsonismo y deterioro cognitivo.

Resultados: La ecografía de sustancia negra fue normal. La RM craneal mostró hiperintensidad de sustancia blanca posterior y una estructura vascular engrosada con edema circundante parahipocampal. En la angiografía se apreció el cierre incompleto de la fístula con trombosis de senos transversos e inversión del sagital superior. Los sucesivos abordajes arteriales con cierre incompleto, desembocaron en empeoramiento progresivo con rigidez y bradicinesia severas y trastorno del lenguaje y finalmente incapacidad para la marcha mutismo acinético. Se consiguió finalmente la exclusión mediante abordaje venoso directo por craniectomía que consiguió una remisión del parkinsonismo a corto plazo.

Conclusión: Se trata, no sólo de una manifestación excepcional de una fístula dural, reportada en la literatura en contadas ocasiones, sino también de una causa excepcional de parkinsonismo secundario potencialmente reversible cuando se consigue su exclusión completa. En nuestro caso, además, el cuadro parkinsoniano se desarrolló rápidamente tras el primer intento de cierre, hecho que no hemos encontrado relatado hasta la fecha. Probablemente la redistribución del flujo venoso con la consiguiente hipertensión intracraneal fue la responsable del curso observado en nuestro paciente.

Neurología General P12

ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL REPETITIVA A ALTAS FRECUENCIAS [EMTR]COMO MODULADOR DE LA NEUROPLASTICIDAD EN LA AFASIA CRÓNICA DE ORIGEN VASCULAR

Martín González, M.R. [1]; Águila Sastre, R.M. [2]; Lucas Navarro, E. [3]; Menchón Bofill, M.C. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Juan de Alicante; 2. Servicio de Neurofisiología. Hospital de Rehabilitación Neurológica Casaverde de Mutxamel; 3. Servicio de Logopedia. Hospital de Rehabilitación Neurológica Casaverde de Mutxamel; 4. Servicio de Fisioterapia. Hospital de Rehabilitación Neurológica Casaverde de Mutxamel

Objetivos: Valorar la eficacia EMTr en el área de Broca como terapia añadida a la intervención logopédica convencional (ILC) en pacientes con afasia crónica de origen vascular.

Material y métodos: Estudio de casos /controles en un centro de neurorehabilitación. Casos: reciben EMTr previamente a ILC. Controles: solo reciben ILC. EMTr: equipo de 1 Tesla, estimulándose el área de Broca, a 5 Hz. 3 sesiones semanales. ILC: 1 hora (trabaja: acceso al léxico, comprensión, pragmática). 4 semanas consecutivas. Evaluaciones: basal, post-tratamiento, a los tres meses. Valoración: protocolo corto de afasia (PCA), Token test (TT), test vocabulario de Boston (TVB).

Resultados: 10 casos y 9 controles. Tiempo medio transcurrido desde el evento vascular: 173 días. No hubo diferencias en las características basales. En los casos las puntuaciones basales, post-tratamiento y a los tres meses fueron (media ; DT): PCA: 76,4;44 vs 77,30; 32,21 vs 76,38;34,6; p: ns. TT: 17;10,6 vs 18,8;9,8 vs 18,18;12,5; p:ns. TVB: 16;13,06 vs 19,8;14,04 vs 24,06,17,38 p: 0,020. Comparando el TVB en casos y controles la puntuación inicial fue 16+/13 vs 43,11 (p:.000) y la final 24,06+/-17,38 vs 45,14+/-9,1 (p:0,013). La ganancia en el TVB entre ambas puntuaciones fue 8,38+/-93 en los casos vs 1,86+/-5,3 en los controles (p:.128)

Conclusión: 1.- Los casos mejoran significativa y mantenidamente en TVB . 2.- A los tres meses del tratamiento los casos muestran un mayor incremento en las puntuaciones en el TVB . 3.- La EMTr en el área de Broca en pacientes con afasia crónica de origen vascular favorece su neuroplasticidad mejorando su vocabulario.

REVISIÓN DE CASOS DE LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

Gutiérrez Naranjo, J.; Alonso Modino, D.; Morales Hernández, C.; Mota Balibrea, V.C.; Alonso Pérez, J.; Henao Ramirez, J.M.; González Pérez, A.; Hernández Tost, H.; Rodríguez Álvarez-Cienfuegos, J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Objetivos: Estudiar el perfil de pacientes diagnosticados de Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP) en el hospital y factores de inmunosupresión relacionados.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de LMP ingresados en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria entre 2004 y 2016, reco-

giendo datos epidemiológicos, clínicos, evolutivos, de diagnóstico y etiología relacionada. Se analizó con el programa SPSS v23.

Resultados: Se obtuvieron 20 pacientes, 75% varones y 25% mujeres con edad media de 48,5 años y 60% de supervivencia en la muestra, con una mediana de evolución en fallecidos de 129,5 días. El 60% de los pacientes se relacionó con VIH, 15% con procesos hematológicos y 25% con fármacos inmunosupresores, Natalizumab, Rituximab, Fingolimod, observándose un cambio etiológico en los últimos años con descenso de los pacientes VIH y un aumento del porcentaje de mortalidad en los No VIH (57,1%) frente a los VIH (33,3%). Solo el 5% de los VIH recibían tratamiento antirretroviral, con una mediana de poblaciones CD4 de 254 cels/mL. El síntoma predominante de ingreso fue deterioro cognitivo (25%).

Conclusión: En los últimos años se observa el cambio etiológico con mayor incidencia de LMP en pacientes No VIH, por la mejoría de la terapia antiretroviral y aumento de los fármacos inmunosupresores. A pesar de tratarse de una patología sin tratamiento curativo, se observa una baja tasa de mortalidad, siendo superior en pacientes no VIH.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN LOS CRITERIOS START-STOPP EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Regalado Doña, P.J.; Ales Siles, I.; Bartomeus Puchulutegui, A.; Valencia Robledo, J.; Almenar Montfort, C.

Servicio de Psicogeriatria. Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental

Objetivos: Valorar la adecuación de la prescripción farmacológica de los pacientes de una unidad de Psicogeriatría (Media y Larga Estancia) mediante los criterios START-STOPP.

Material y métodos: Cinco médicos del Servicio de Psicogeriatría recogieron edad, diagnóstico principal, número de fármacos y cumplimiento de criterios START-STOPP de adecuación de prescripción farmacológica en todos los pacientes ingresados en Larga (n=105) y Media Estancia (n=20).

Resultados: 125 pacientes, 83 (66%) mujeres y 42 hombres (34%). Los diagnósticos fueron demencia (41%), esquizofrenia (25%) depresión (7%), trastorno bipolar (7%) y trastorno delirante (7%). El número medio de fármacos por paciente=8,5. Se detectaron 139 incumplimientos de criterios START (media: 1,1/paciente), 29 en medicación cardiovascular, 4 respiratoria, 5 de SNC y oftalmológica, 6 genitourinario y 72 osteomuscular (todas por ausencia de profilaxis con vitamina D). Se detectaron 165 incumplimientos de los criterios STOPP (media: 1,3/paciente) 3 en medicación cardiovascular, 1 antiagregación/anticoagulación, 46 SNC, 17 gastrointestinal (todos omeprazol), 3 respiratorio, 1 endocrino, 1 musculoesquelético y 83 en medicamentos productores de caídas (benzodiacepinas 46, neurolépticos 37)

Conclusión: Los criterios START-STOPP son útiles para la detección de medicación potencialmente inadecuada en pacientes psicogeriátricos. El número de prescripciones potencialmente inadecuadas en nuestra muestra se compara favorablemente con la descrita en la literatura, concentrándose más del 50% de las inadecuaciones START en la ausencia de vitamina D y alrededor del 30% de las inadecuaciones STOPP en la utilización de fármacos psicoactivos (explicables al ser una muestra psicogeriátrica). Destaca un 10% de prescripciones inadecuadas de omeprazol.

DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS COMO FACTOR PRONÓSTICO. ESTUDIO PILOTO

Castillo Álvarez, F.; Serrano Ponz, M.; Colina Lizuain, S.; Erdocia Goñi, A.; Iglesias Gutierrez Cecchini, C.; Gómez Eguílaz, M.; López Pérez, M.Á.; Marzo Sola, M.E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro

Objetivos: Establecer la relación entre deshidratación al ingreso y diferentes marcadores clínicos y pronósticos en pacientes con ictus ingresados en la Unidad de Ictus de nuestro hospital

Material y métodos: Estudiamos la relación entre la deshidratación (definida como índice úrea/creatinina >80 mmol:mmol) y diferentes parámetros clínicos y pronósticos de todos los pacientes con ictus ingresados en una unidad de ictus entre 01/08/15-31/10/15.

Resultados: Estudiamos 108 pacientes, 65 hombres (60,2%). 64,8% presentaban HTA, 30,6% DM, 41,7% dislipemia, 21,3% ACxFA, 11,1% arteriopatía periférica, 13,9% cardiopatía isquémica, 25% ictus previo, 21,3% obesidad y 20,4% fumadores. Encontramos asociación significativa ($p<0,05$) entre deshidratación y sexo masculino, tabaquismo y HTA; tendencia con cardiopatía isquémica ($p=0,14$) y no con el subtipo de ictus ni complicaciones intrahospitalarias Respecto a la severidad del ictus, la NIHSS basal de pacientes deshidratados (6,5) fue superior a la de no deshidratados (3,9) ($p=0,06$). Presentaron afectación severa/moderada (NIHSS>5) 35% de deshidratados vs 19,6% no deshidratados al ingreso ($p=0,09$) y 23,9% vs 2,6% al alta ($p=0.002$) En pronostico funcional, el Rankin desfavorable (>2) al alta fue más frecuente en pacientes deshidratados que normohidratados (54.8% frente 38.3%; $p=0,1$) y a tres meses 33.1% vs 23.3% ($p=0,24$). La mortalidad fue independiente de la deshidratación tanto al alta como a los 3 meses

Conclusión: La deshidratación al ingreso no se relacionó con complicaciones ni con mortalidad intrahospitalaria ni a tres meses. La deshidratación se relacionó con la severidad del ICTUS, tanto al ingreso como al alta. Se apunta una relación entre pronóstico funcional y deshidratación.

ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE POR TACROLIMUS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Giménez Martínez, J.M. [1]; Pérez Sempere, Á. [1]; Corona García, D.J. [1]; Barredo Benítez, P. [1]; Aguilella Linares, C. [1]; Díaz Urrea, C. [1]; González Fernández, L. [1]; Volar, L. [2]; Sánchez Pérez, R. [3]; Díaz Marín, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante; 2. Servicio de Resonancia Magnética. Hospital General Universitario de Alicante; 3. Servicio de Neurología. Hospital general universitario de Alicante

Objetivos: La encefalopatía posterior reversible por tacrólimus es una entidad infrecuente que constituye una complicación potencialmente grave de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido. Los hallazgos clínicos incluyen alteración del estado mental, déficits focales, cefalea o crisis epilépticas. Nuestro objetivo es presentar un caso de encefalopatía posterior reversible por tacrólimus cuya única manifestación clínica fue una primera crisis epiléptica

Material y métodos: Paciente de 25 años, trasplantado renal en agosto de 2015, en tratamiento con micofenolato 500mg/12h y tacrólimus 8mg/12h, que presentó en marzo de 2016 una primera crisis tónico-clónica generalizada. La exploración neurológica tras la crisis sólo mostró temblor intencional leve

Resultados: Se solicitaron analítica con iones, función hepática y renal, hemograma, con resultados de función renal superponibles a los controles previos, sin otras alteraciones reseñables. Los niveles de tacrólimus se encontraban dentro del rango de la normalidad (6.9ng/mL). El EEG mostraba lentificación de la actividad cerebral basal, con deficiente estructuración y actividad epileptiforme generalizada. En la RM encefálica, se objetivaron lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR, corticales y yuxtacorticales, en lóbulos temporales, parietales y frontales, de predominio en territorio posterior, así como en ganglios basales. El trata-

miento con tacrólimus fue suspendido con resolución de las alteraciones en la resonancia magnética.

Conclusión: Un diagnóstico precoz y la suspensión del tratamiento con tacrólimus son determinantes para evitar lesiones cerebrales irreversibles, como en el caso que presentamos. Debe considerarse el diagnóstico de encefalopatía posterior reversible incluso ante una única crisis epiléptica aislada.

PARALISIS BILATERAL DEL VI PAR CRANEAL EN PACIENTE CON ARTRITRIS REUMATOIDE Y TRATAMIENTO CON ETANERCEPT

Herrero Velázquez, S. [1]; Carreres Rodríguez, A. [1]; Rojo López, Á. [1]; Rodríguez Panedas, N. [2]; Yugueros Fernández, I. [1]; Fernández Arconada, O. [1]; Ortega Valín, F. [1]; Garea Garcia-Malvar, M.J. [1]; Tola Arribas, M.Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega; 2. Servicio de MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario del Rio Hortega

Objetivos: El etanercept es una proteína de fusión que actúa como ligando del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) con utilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide. Como el resto los fármacos de este grupo pueden presentar efectos adversos neurológicos. Por otro lado son también conocidas las manifestaciones neurológicas de la artritis reumatoide a nivel del sistema nervioso central y periférico, entre ellos neuropatías sensitivo-motoras o mononeuritis múltiple. Presentamos un caso de parálisis simultánea de ambos VI pares craneales en paciente con artritis reumatoide tratada con etanercept.

Material y métodos: Mujer de 68 años sin factores de riesgo cardiovascular. Niega consumo de tóxicos. Antecedentes de artriris reumatoide de años evolución con buen control de los síntomas en el momento actual. En tratamiento con etarnecept desde 2014 y con leflunomida desde 2015. Metotrexato retirado por ineficacia.

Resultados: Paciente que describe diplopía binocular y parálisis en la abducción de ambos ojos de claro predominio izquierdo y acompañado de dolor en ojo izquierdo de una semana de evolución. Las pruebas analíticas que incluyeron serologías, autoinmunidad ANA, ECA, anticuerpos GQ1b y placa motora fueron normales. LCR: proteinas: 91mg/dl y células 0. Neuroimagen RM cerebral y de órbitas descartó una posible causa estructural subyacente. Tras la retirada del mismo la paciente inicia una discreta mejoría clínica.

Conclusión: Entre los efectos secundarios de etanercept se incluyen las neuropatías craneales. En nuestra paciente se atribuyó a este fármaco la afectación de ambos motores oculares externos ante la ausencia de otras posibles causas y ante el buen control clínico de su artritis reumatoide.

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE ASOCIADA A TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Reyes Bueno, J.A.; Reyes Garrido, V.; Guerrero Fernandez, M.; Leon, A.; Fernández Fernández, Ó.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: El Adalimumab es un anticuerpo monoclonal con doble mecanismo de acción: bloquea el TNF-alfa e induce apoptosis en los linfocitos autorreactivos, usado fundamentalmente para el tratamiento de la artropatías autoinmunes. Se han descrito pocos casos en la literatura en que su uso puede provocar el desarrollo de una enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple (EM), aunque se especifica en la ficha técnica como efecto adverso. Reportamos un caso de una enfermedad desmielinizante en una paciente en tratamiento con Adalimumab.

Material y métodos: Describimos el caso de una paciente que tras dos años de tratamiento con Adalimumab, consulta por un cuadro clínico compatible, junto a los hallazgos radiológicos, con EM.

Resultados: Mujer de 21 años diagnosticada de artropatía psoriásica. Tras dos años de tratamiento con Adalimumab comienza de forma progresiva con un trastorno sensitivo en la pierna derecha que se extiende hasta el periné y la pierna izquierda, con alteración de esfínteres. En la resonancia magnética se objetiva una lesión desmielinizante en médula cervical que captaba contraste, así como otras lesiones periventriculares. En liquido cefalorraquídeo presentaba síntesis intratecal de bandas oligoclonales. Tras la suspensión del Adalimumab la paciente se recuperó de forma incompleta.

Conclusión: Las patologías desmielinizantes asociadas a anti-TNF-alfa son muy raras, pero severas. El tratamiento en estos casos en descontinuar el anti-TNF-alfa. Dado que las enfermedades se agregan, planteamos si se trata de una enfermedad de aparición primaria o si realmente es un tratamiento que puede desenmascarar o influir en la aparición de EM. Mencionar también la complejidad terapéutica para el manejo de ambas patologías.

FALLO RENAL E HIPERCKEMIA COMO EFECTOS SECUNDARIOS INUSUALES DE LEVETIRACETAM

Fernández Arconada, O.; Rojo López, Á.; Herrero Velazquez, S.; Garea García-Malvar, M.J.; Yugueros Fernández, I.; Ortega Valin, F.; Carreres Rodríguez, A.; Tola Arribas, M.A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega

Objetivos: El levetiracetam es un fármaco antiepiléptico de amplio uso por su eficacia y tolerabilidad. Sus efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, fatiga, cefalea, mareo y náuseas. Describimos un caso de fallo renal e hiperCKemia atribuido a levetiracetam.

Material y métodos: Paciente de 28 años con antecedentes de hipertrigliceridemia, tabaquismo, consumo de cannabis y bebedor de fin de semana, que es traido a urgencias por crisis tónico-clónica generalizada que se repite en urgencias. Se trató con diacepam 20 mg y midazolam 20 mg, con poscrítico prolongado siendo ingresado en UCI y conectado a ventilación mecánica. Se inició levetiracetam 1000 mg/12h sin nuevas crisis. Refería episodio de pérdida de conciencia y mordedura lingual 2 meses antes.

Resultados: A las 24 horas del ingreso presenta elevación de creatinina con un pico máximo de 4.67 mg/dl el día 3, con fracaso renal agudo no oligúrico, y de CPK, con un máximo de 1559 UI el día 9. Con cifras de CPK<5000 UI no es esperable fallo renal, y la elevación de ésta es tardía y mantenida para ser atribuida a la crisis. Tras descartarse otras etiologías, y sospechando un origen farmacológico, el 7º día se sustituye levetiracetam por lacosamida, normalizándose días después las cifras de creatinina y CPK.

Conclusión: El fallo renal y/o la elevación de CPK son complicaciones descritas, aunque excepcionales, del tratamiento con levetiracetam que deben ser tenidas en consideración. Solo hemos encontrado otro caso en la literatura con ambas simultáneamente.

RITMOS CIRCADIANOS EN PACIENTES NARCOLÉPTICOS TIPO 1

Sanchez Galvez, R.M. [1]; Martinez Nicolas, A. [2]; Perpiña Rovira, J.F. [3]; Rol de Lama, M.D.L.A. [2]; Madrid Perez, J.A. [2]; Puertas Cuesta, F.J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital J.M. Morales Meseguer; 2. Lab. de Cronobiologia, Depto. de Fisiologia. Universidad de

Murcia, Campus Mare Nostrum. IUIE, IMIB-Arrixaca; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario de la Ribera

Objetivos: Los pacientes narcolépticos presentan alteraciones de los ritmos circadianos, aunque en algunos casos las evidencias son contradictorias. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar las posibles alteraciones de los ritmos circadianos en pacientes con narcolepsia.

Material y métodos: Se monitorizaron durante 7 días los ritmos de temperatura periférica distal (TPD), actividad, posición, rendimiento físico y mental (TAP), sueño y luz de 8 pacientes narcolépticos tipo 1 sin tratamiento sintomático (mujeres: 50%; edad: 40.6±3.6 años) y 8 controles sanos pareados por edad y sexo. Los datos individuales se procesaron para obtener las medias poblacionales y se analizaron estadísticamente mediante la prueba t de student.

Resultados: Los pacientes narcolépticos presentaron TPD más baja durante la noche ($p<0.05$). Además, mostraron un retraso de fase para actividad y posición por la noche, y posiciones más horizontales durante el día ($p<0.05$). El ritmo de TAP fue menos estable ($p<0.05$), mostró tendencia a ser menos robusto ($p=0.06$) y tuvo un retraso de fase significativo tanto para el día como para la noche en los pacientes narcolépticos. Por otra parte, estos pacientes tuvieron más somnolencia y menor exposición a la luz durante el día ($p<0.05$). En cuanto al ritmo de sueño fue menos estable, más fragmentado, menos robusto y retrasado en los pacientes narcolépticos ($p<0.05$).

Conclusión: Los pacientes narcolépticos presentan una alteración global del patrón circadiano de sueño acompañado de alteraciones en otros ritmos. Esto podría estar relacionado con otros aspectos clínicos de la enfermedad. Agradecimientos: RD12/0043/0011, SAF2013-49132-C2-1-R, 19899/GERM/15 cofinanciados con fondos FEDER.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PORTADORAS DE LA PREMUTACIÓN DEL GEN FMR1

López Mourelo, O. [1]; Mila, M. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Universitat Autonoma de Barcelona; 2. Servicio de Genética. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: El síndrome de X Frágil (SXF) es la causa más común de retraso mental heredado, provocado por una mutación en el gen FMR1. Familiares pueden presentar la premutación de dicho gen. El objetivo de nuestro estudio es comprobar el índice de prevalencia de trastornos del sueño en mujeres portadoras de la premutación.

Material y métodos: La muestra estuvo formada por 61 sujetos, 41 portadoras de la premutación, en gran mayoría madres de niños con SXF y 20 controles, apareados por sexo y edad. Se administraron tres cuestionarios sobre trastornos del sueño: PSQI, SCOPA y SSA y dos tests para medir el grado de depresión y ansiedad: HAMILTON-D y STAI-rasgo.

Resultados: La edad media de las participantes fue de 45 años. Mediante la T de Student se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de portadoras para los tres cuestionarios, PSQI (p= 0,005), SCOPA (p= 0,000) y SSA (p= 0,000). Así mismo, con el coeficiente de correlación de Pearson se comprobó la relación existente entre las puntuaciones en las escalas de sueño y los tests de depresión-ansiedad, obteniéndose para todos ellos una correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: En un elevado porcentaje de mujeres portadoras de la premutación se observan alteraciones del sueño, los cuales están relacionados con los altos niveles de ansiedad y depresión que presentan. Sin embargo, se desconoce si estos altos niveles son causa o efecto de los trastornos del sueño.

Neurología General P13

LAS ASOCIACIONES ESTRUCTURALES CLÁSICAS FRENTE AL SOBREDIAGNÓSTICO DE LA NOVEDAD CIENTÍFICA: A PROPÓSITO DEL CASO DE ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA QUE QUISO DIAGNOSTICARSE DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE

de la Cruz Cosme, C. [1]; Gallardo Tur, A. [2]; Ortigosa Arrabal, M.D.L.P. [3]; Romero Acebal, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 2. Servicio de FIMABIS. Hospital Regional Universitario de Málaga; 3. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: Hay una serie de variantes anatómicas, a priori no patológicas, que se han considerado, clásicamente, más frecuentes en la esquizofrenia, aunque sin demostrarse valor etiológico. Es una línea de investigación "olvidada e inconclusa", que contrasta con otras en boga, como la encefalitis autoinmune (EA) por anticuerpos anti-NMDA. Es también conocido que las modas de publicación favorecen diagnósticos en falso.

Material y métodos: Varón de 19 años, sin antecedentes relevantes, ingresado en psiquiatría por "trastorno psicótico agudo", sin respuesta a neurolépticos, y que asocia semiología vegetativa (sudoración, taquicardia,…) en los primeros días. Se traslada a neurología por sospecha de EA. Un estudio sistemático y extenso considerado "normal", y la ausencia de respuesta a tratamiento empírico (corticoides a megadosis e inmunoglobulinas), descartaron razonablemente la EA. Se generó un conflicto diagnóstico entre especialidades.

Resultados: La revisión de la neuroimagen cerebral demostró la presencia de un cavum del septum pellucidum, un velo interpósito, una asimetría interventricular y colpocefalia derecha. La documentación de una asociación clásica algunos de estos hallazgos y la esquizofrenia fue decisiva para consensuar un diagnóstico de sospecha de esquizofrenia hebefrénica más efectos adversos vegetativos secundarios a combinación inicial de neurolépticos, e iniciar clozapina y abordaje psicoterapéutico, con excelente respuesta.

Conclusión: En situaciones de incertidumbre diagnóstica, hallazgos a priori irrelevantes en la neuroimagen pueden apoyar el diagnóstico de entidades a las que se han asociado clásicamente, evitando una obstinación diagnóstica y terapéutica futil (frecuente en "enfermedades de moda"), facilitando la recodificación nosológica, y redundando en beneficio para los pacientes.

MARCHIAFAVA BIGNAMI: RESPUESTA ESPECTACULAR TRAS TERAPIA CON VITAMINAS (B1,B12,B6), CORTICOIDES Y AMANTADINA

Gómez-Porro Sánchez, P.; García Malo, C.; Contador Muñana, J.; Ruiz Molina, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Presentamos un paciente con Marchiafava Bignami y afectación encefálica extensa en resonancia magnética que evoluciona de forma espectacular tras recibir tratamiento con vitaminas B1 (tiamina), B6 y B12, megadosis de metilprednisolona y amantadina.

Material y métodos: Varón de 53 años, alcohólico (consumidor de media botella de whisky diaria) y fumador que acude por disartria, inestabilidad y alteraciones cognitivo-conductuales de dos semanas de evolución. Se evidencia somnolencia, bradipsiquia, apatía, abulia, desorientación temporal, hipoprosexia, afectación de la memoria episódica, disartria, ataxia truncal precisando dos

apoyos para la marcha, reflejos de estiramiento muscular hiperactivos de forma universal y movimientos oculares sacádicos dismétricos. MMSE Folstein: 16. Test de MOCA: 14. Test del reloj: 4/10. RANKIM: 4. RM cráneo: Hiperintensidad en T2 y FLAIR y restricción a la difusión en cuerpo calloso y comisura anterior. También existe afectación subcortical de predominio frontal e insular. PET neurológico: hipocaptación difusa bilateral con predominio parietal derecho. Tratamiento: tiamina iv a dosis altas, vitaminas B12 intramuscular, B1 y B6 orales, amantadina 100mg/12h y metilprednisolona iv 1g/día durante cinco días.

Resultados: Durante el ingreso se evidencia mejoría progresiva importante presentando al alta marcha autónoma, resolución de las alteraciones en la motilidad ocular y mejoría del estado mental (persiste hipoprosexia leve y fallos en memoria episódica). MMSE: 25. MOCA: 21. Test del reloj: 9/10. RANKIM: 1.

Conclusión: Proponemos terapia con tiamina a dosis altas, suplementos vitamínicos individualizados, corticoides y amantadina (a pesar de la baja evidencia científica de los dos últimos), al ser el marchiafava bignami una enfermedad potencialmente mortal y altamente discapacitante.

COREOATETOSIS REVERSIBLE SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR LITIO

González Sánchez, M. [1]; Aladren Sangros, J. [1]; Caldú Agud, R. [1]; Forcelledo Fernández, C. [2]; Bautista Alonso, R.E. [3]; Alarcia Alejos, R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: La intoxicación por litio da lugar a gran variedad de signos y síntomas neurológicos. Se han descrito pocos casos de coreoatetosis por litio, especialmente sin terapia concomitante con neurolépticos. Presentamos una paciente diagnosticada de trastorno bipolar (TB) y en tratamiento con litio que desarrolló un cuadro de coreoatetosis reversible secundario a intoxicación por el mismo.

Material y métodos: Mujer de 88 años con antecedentes de hipertensión y TB en tratamiento con amilorida-hidroclorotiazida y carbonato de litio. Presenta cuadro de 3 días de evolución consistente en confusión-desorientación, somnolencia, y movimientos involuntarios, apendiculares y axiales, irregulares, rápidos, fluctuantes, no estereotipados, de características serpentiformes y casi continuos.

Resultados: Analítica: creatinina 1.64, urea 100, sodio 131 y litemia 2.56. Se retiró el litio y se inició sueroterapia intravenosa, biperideno y clonazepam. Analíticamente, rápida mejoría con normalización de las cifras de creatinina y litemia. Clínicamente, evolución lentamente favorable hasta la resolución completa del cuadro neurológico.

Conclusión: La edad avanzada conllevó una disminución del aclaramiento plasmático del litio y los diuréticos tiazídicos incrementaron sus concentraciones séricas. El litio se excreta casi totalmente por los riñones, una función renal ligeramente alterada es suficiente para favorecer una intoxicación. Una historia clínica detallada, incluyendo medicaciones, y estudios de laboratorio adecuados llevaron al diagnóstico y posterior tratamiento de una intoxicación potencialmente mortal.

COMPRESIÓN MEDULAR POR HERNIA DISCAL Y MIELITIS AGUDA POR HTLV1 POST-TRASPLANTE RENAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Moreno Ajona, D. [1]; Echeveste, B. [2]; Yuste, J.R. [3]; Martín, P. [1]; Gállego Pérez-Larraya, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 2. Servicio de Neurociencias. Clínica Universitaria de Navarra; 3. Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: El virus HTLV-1 es un retrovirus ARN que se transmite a través de fluidos corporales. Se estima con una prevalencia de seropositivos de 15-20 millones de habitantes a nivel mundial y de 6,4/10000 habitantes en España. La manifestación neurológica más frecuente es una paraparesia espástica crónica, que afecta a <5% de los infectados. Se describe un caso excepcional de mielitis aguda por HTLV1 post-trasplante renal.

Material y métodos: Mujer de 53 años, trasplantada renal por nefropatía crónica terminal secundaria a enfermedad de Michaelis-Manzse. Tras el trasplante se detecta serología HTLV1 positiva en donante cadáver (trasplante cornea). A pesar de profilaxis antirretroviral se produjo seroconversión 3 meses post-trasplante. Cinco meses después desarrolló de forma subaguda dolor lumbar, paraparesia y nivel sensitivo T10. Se objetivó compresión medular a dicho nivel y se realizó discectomía y laminectomía con mejoría clínica. Un mes después experimentó empeoramiento del síndrome piramidal, dolor cervical y síndrome cordonal posterior.

Resultados: En RM medular se objetivó miolopatía extensa (C2-T10) y en LCR se detecta PCR y serología IgM positiva para HTLV1. Se administró corticoterapia endovenosa con notable mejoría.

Conclusión: En pacientes inmunocomprometidos la mielopatía por HTLV1 sigue un curso agudo. El análisis sistemático de serología HTLV1 previo al trasplante de córnea debería extenderse al trasplante de órganos sólidos.

COMPLICACIONES VASCULARES CEREBRALES TARDÍAS POR RADIOTERAPIA HOLOCRANEAL. DESCRIPCIÓN DE CUATRO CASOS

Rodrigo Herrero, S.; Bernal, M.; Lamas Pérez, R.; Martin-Oar Maria-Tome, I.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La radioterapia holocraneal (RTH) puede provocar como efecto tardío aterosclerosis de vasos de gran y mediano calibre, con oclusiones, ictus e incluso patrones tipo moya moya. Otros son malformaciones vasculares tipo telangiectasias, cavernomas y aneurismas. Describimos cuatro casos en adultos con estas malformaciones, 3 de ellos con angiomas cavernosos.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, en que incluimos clínica y neurorradiología de los pacientes descritos.

Resultados: Mujer, 61 años, intervenida de craneofaringioma a los 17 años, posteriormente radiada, con epilepsia sintomática. Ingresada en Neurología por ictus isquémico coroideo anterior derecho. RMN: porencefalia de lóbulo frontal derecho, restos hemáticos crónicos en ganglios basales izquierdos y arteriopatía vascular con arrosariamiento de AACC anteriores, medias y sifones carotídeos. Mujer, 51 años, tratada con RTH por carcinoma microcítico pulmonar. Estudiada por Neurología por parestesias hemisféricas derechas y síntomas visuales asociados, sugerente de auras sin cefalea. RMN: angioma cavernoso protuberancial. Varón, 73 años, con antecedente de RTH por meningioma fibroblástico. RMN: cavernoma talámico derecho. Estudiado en Neurología por dolor de extremidades inferiores, predominantemente izquierdo, que hacen sospechar dolor talámico. Mujer, 24 años, intervenida 10 años antes de germinoma y radiada holocranealmente. En seguimiento por Neurología por crisis comiciales parciales simples sintomáticas, secundarias a microsangrados intracavernomatosos (RMN: cavernomatosis múltiple).

Conclusión: Son bien conocidas algunas de las toxicidades del SNC secundarias a RTH, como las alteraciones cognitivas, radionecrosis o leucoencefalopatía, pero mucho menos se sabe sobre los cambios vasculares, que pueden ocurrir hasta en un 15% de los pacientes, como en los casos descritos.

ARACNOIDITIS OSIFICANTE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MENINGITIS

Panades de Oliveira, L.; Garzo Caldas, N.; Pérez Martínez, D.A.; Rodríguez López, C.; Sánchez Tornero, M.; Uriarte Pérez de Urabayen, D.

Servicio de Medicina. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La aracnoiditis osificante es una entidad extremadamente rara, con menos de 80 casos descritos en la literatura, consistente en la osificación de la aracnoides tras un proceso inflamatorio crónico, produciendo clínica de compresión medular secundaria. Con este trabajo pretendemos describir sus características más importantes.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados: Varón de 53 años con antecedentes de probable meningitis tuberculosa, que ingresó por cuadro de un año de evolución de monoparesia de miembro inferior derecho, precedido meses antes por dolor neuropático a nivel de dermatoma D8-D9 derecho, con datos prominentes de piramidalismo bilateral. En la resonancia magnética se objetivó extensa afectación medular a nivel D4-D11 asociada a siringomielia, observándose hipointensidades en el espacio subdural posterior en secuencia de eco de gradiente, que en la tomografía de columna se correspondieron con áreas de osificación. Dada la ausencia de progresión de la focalidad motora en los últimos meses y el buen control farmacológico del dolor neuropático, se decidió manejo conservador, manteniéndose estabilidad clínica hasta la actualidad.

Conclusión: Hay evidencias de que múltiples noxas mecánico-inflamatorias pueden desencadenar el proceso de inflamación crónica que precede la osificación de la aracnoides, sin embargo su fisiopatología es aún desconocida. Actualmente, la mayoría de los casos se maneja de forma conservadora, dado que el tratamiento quirúrgico ha mostrado resultados poco satisfactorios. Sin embargo, si se opta por la intervención, la tendencia actual es aplicar medidas descompresivas como laminectomías, evitando la resección de las placas de osificación que pueden perpetuar el proceso inflamatorio aracnoideo.

DEBUT NEUROLÓGICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO, A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Rodríguez Ares, T.; Álvarez Fernández, L.; Nogueira Fernández, V.; Sabbagh Casado, N.; Alberte Woodward, M.; Guijarro Del Amo, M.; Rodríguez Rodríguez, M.; González Ardura, J.; Pego Reigosa, R.; Brañas Fernández, F.; Da Silva França, C.; Alonso Redondo, R.

Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti

Objetivos: El Síndrome de Sjögren (SS) primario es una entidad inflamatoria crónica caracterizada por síndrome seco e infiltración focal linfocitaria de glándulas exocrinas. Además puede afectar a múltiples órganos, produciendo síntomas extraglandulares. Nuestro objetivo es destacar la importancia de las manifestaciones neurológicas en el SS primario.

Material y métodos: Describimos cuatro casos clínicos diagnosticados de SS primario que debutaron con síntomas neurológicos. Analizamos las características clínicas, radiológicas, analíticas y anatomopatológicas.

Resultados: Se trata de cuatro pacientes mujeres de 46, 48, 66 y 70 años, cuyos síntomas guía fueron dolor en extremidades inferiores, disfagia y disfonía, diplopia fluctuante, y ataxia y cefalea intensa, respectivamente. En los cuatro casos presentaban síntomas de sequedad ocular y oral, siendo el test de Schirmer y la biopsia de glándulas salivales menores positivos. Además, tres presentaban autoanticuerpos Anti-SSA/Ro y Anti-SSB/La. La primera presentaba una neuropatía axonal en la electroneuromiografía y la biopsia de nervio sural fue compatible con vasculitis. La disfagia y disfonía se justificó por el síndrome seco. Y en el caso de la diplopia se observó multineuritis craneal, con captación meníngea de contraste a nivel del seno cavernoso. La cuarta paciente respondió a corticoides.

Conclusión: El SS puede expresar una amplia variedad de manifestaciones neurológicas, además de los síntomas glandulares típicos. Se estima que al menos un 10% de los pacientes presentan algún tipo de neuropatía periférica mientras que la frecuencia de síntomas derivados del sistema nervioso central es controvertida. La importancia radica en que los síntomas neurológicos pueden preceder al diagnóstico, lo que hace fundamental establecer la sospecha clínica.

PRONÓSTICO DESFAVORABLE DE LAS MENINGITIS CRIPTOCÓCICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON RESPECTO A PACIENTES CON OTRO TIPO DE INMUNOSUPRESIÓN

Suárez Santos, P.; Pérez Álvarez, Á.; Ramón Carbajo, C.; Álvarez Escudero, R.; García Rúa, A.; Martínez Rodríguez, L.; Morís de la Tassa, G.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La meningitis criptocócica (MC) es una infección oportunista del SNC frecuente en individuos con infección por VIH (IVIH), también aparece en pacientes con otro tipo de inmunosupresión (OTIS). Nuestro objetivo es analizar las características clínicas de pacientes diagnosticados de MC en casos de IVIH y OTIS.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de MC en el HUCA entre el año 2000 hasta la actualidad.

Resultados: Se encontraron 12 pacientes con MC (8 IVIH y 4 OTIS), con un rango de edad entre 13 y 76 años, siendo mujeres el 50%. Tres pacientes OTIS tenían tratamiento corticoideo prolongado y una paciente era cirrótica. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron fiebre y cefalea. La mediana de leucocitos en LCR fue de 35/mm3 en IVIH y 66/mm3 en OTIS. La serología y cultivo de criptococo en LCR fueron positivos en todos los pacientes excepto en 2 IVIH. La neuroimagen en pacientes IVIH demostró afectación en ganglios de la base y captación leptomeníngea en casos de OTIS aunque en 8 pacientes fue normal. La duración del tratamiento fue más prolongada en los pacientes IVIH encontrándose recurrencias en 3 pacientes IVIH y en ningún caso de OTIS.

Conclusión: Las características clínicas de MC en casos de IVIH y OTIS son bastante similares excepto en el recuento celular en el LCR y en la neuroimagen. Los pacientes IVIH presentan peor pronóstico por lo que es imprescindible un seguimiento clínico estrecho para detectar de manera precoz las frecuentes recidivas.

"CHEMOBRAIN" Y NEUROPATÍA ÓPTICA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON PERMETREXED EN UN ADENOCARCINOMA PULMONAR

Cruz Tabuenca, H. [1]; López García, E. [1]; Camacho Velásquez, J.L. [2]; Sanabria Sanchinel, A.A. [1]; Santos Lasaosa, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Neurología. Hospital Sanitas CIMA

Objetivos: El daño que realiza la quimioterapia en el SN es muy conocido. Según el agente utilizado podemos tener una forma u otra de alteración. Presentamos un caso de deterioro cognitivo y neuropatía óptica progresiva asociada al tratamiento de

un adenocarcinoma pulmonar en el que se utilizó permetrexed como tratamiento adyuvante.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente de 61 años con antecedentes de adenocarcinoma pulmonar no metastático, tratado con carboplatino (6 ciclos), etopósido (1 ciclo), permetrexed (5 ciclos) y radioterapia torácica (3 ciclos) que acude a nuestra consulta para estudio de pérdida significativa de sus funciones superiores, alteración significativa del campo visual y parestesias en extremidades.

Resultados: Pese a aseverar, en un primer momento, que la neuropatía óptica era debida a un síndrome paraneoplásico (CV2+, SOX1+), los controles oftalmológicos posteriores demostraron que el déficit visual fue progresando según iban administrándose nuevos ciclos con permetrexed (pese a estar en remisión completa de su tumor primario), dejando de avanzar cuando terminó los ciclos correspondientes. Asimismo, el paciente aquejaba déficits significativos de atención, olvidos recientes y apraxias psicomotrices. Se encontró que el permetrexed puede producir neuropatía óptica, además de una variedad de "chemobrain".

Conclusión: Es conocida la toxicidad de los quimioterápicos en los nervios periféricos (sobre todo los derivados del platino). Pero se ha hablado menos de la neuropatía óptica asociada, además del "chemobrain" un síndrome consistente en alteraciones en la memoria, el aprendizaje verbal y no verbal, la atención, las praxias psicomotrices, visuoconstrucción y la destreza motora fina, todo ello "de novo", tras haber sido tratado con quimioterapia.

ESTATUS FARMACORRESISTENTE POR ANTICUERPOS ANTI-CANALES DE POTASIO

Arnaiz Senderos, S.; Gonzalez Fernandez, J.; Casas Peña, E.; Hernando Asensio, A.; Porqueres Bosch, E.; Aguado García, L.; Pascual Carrascal, D.; Arenaza Basterrechea, N.; Aícua Rapún, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: Describir el caso de un paciente con estatus epiléptico focal farmacorresistente secundario a encefalitis límbica con anticuerpos anti-canales de potasio positivos.

Material y métodos: Varón de 70 años con antecedentes de HTA, dislipemia, déficit de Vitamina B12, hipopotasemia, AIT carotídeo izquierdo, adenocarcinoma de colon estadio IV. Ingresa por crisis tónico-clónicas generalizadas. A la exploración física presenta somnolencia, desorientación espacial y disartria moderada, resto normal. Se inicia tratamiento con levetiracetam. A los seis días, disminución del nivel de conciencia hasta estupor profundo.

Resultados: Analítica: normal salvo sodio 133, potasio 3.1. EEG: estatus frontal derecho. RMN craneal: alteración de la señal en secuencias de TR largo en circunvolución parahipocampal derecha, occipitotemporal medial e ínsula, con discreta restricción a la difusión. LCR: bioquímica normal, cultivo, PCR VHS1, VHS2, VVZ, CMV y VEB negativos. Se añade tratamiento con fenitoína y posteriormente ácido valproico, carbamacepina y lacosamida, sin respuesta. Con sospecha de encefalitis autoinmune se administran corticoides a altas dosis e inmunoglobulinas intravenosas, con mejoría del nivel de conciencia y resolución del estatus. A los 15 días, se reciben anticuerpos anti-canales de potasio de 86,40 pml/L (0-72). Al cabo de mes y medio del inicio de los síntomas el paciente fallece.

Conclusión: La encefalitis límbica puede ser paraneoplásica o autoinmune. Ésta última se relaciona con anticuerpos contra antígenos de superficie teniendo buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Destacamos que ante estatus epiléptico farmacorresistente, una vez descartadas otras patologías, es importante considerar el origen autoinmune para iniciar de forma temprana tratamiento inmunomodulador sin esperar a la confirmación serológica.

Neurología General P14

¿PELAGRA CEREBRAL? ¿"SINE PELLE AGRA"?

Sierra Hidalgo, F.; Martínez Acebes, E.; Zurita Santamaría, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos: La deficiencia de niacina (vitamina B3) puede causar un síndrome neurológico con predominio de manifestaciones neuropsiquiátricas, y acompañarse de piramidalismo, paratonía y mioclonías. El diagnóstico de pelagra habitualmente es sugerido por sus manifestaciones cutáneas, pero puede ser difícil por su infrecuencia en países desarrollados, su variabilidad clínica, la presentación no simultánea del síndrome clásico (dermatitis, diarrea, demencia) y la ausencia de marcadores diagnósticos.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Mujer de 78 años que sufrió un síndrome neuropsiquiátrico subagudo con insomnio, ideaciones delirantes, paratonía y trastorno de conducta con relativa preservación de la memoria, sin otros síntomas. El resto de la exploración física general y neurológica era normal, salvo por una dermatitis en manos de más de 15 años de evolución. Un extenso estudio analítico, neurofisiológico y de imagen descartó causas infecciosas, autoinmunes, paraneoplásicas, tóxicas o metabólicas. Tras 46 días de ingreso hospitalario sin cambios clínicos, la administración de suplementos de nicotinamida (300 mg al día) causó una rápida mejoría neurológica hasta quedar asintomática a los 4 días de comenzar del tratamiento. A pesar de la ausencia de una causa para ella, se diagnosticó pelagra cerebral. El exantema desapareció a las 4 semanas.

Conclusión: En ausencia de una mejor explicación para una encefalopatía difusa con predominio de síntomas neuropsiquiátricos, incluso en ausencia de otros datos clínicos sugerentes de pelagra, parece razonable una prueba terapéutica con nicotinamida. Es una terapia sencilla, barata y bien tolerada que puede producir la curación en pacientes con manifestaciones neurológicas de la pelagra, que es difícil de diagnosticar y potencialmente mortal.

RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA EN EL HOSPITAL DE GETAFE

Vieira Campos, A.; Terrero Carpio, R.; Urtiaga Valle, S.; Labrador Marcos, S.; Guerra Schulz, E.; de Miguel Serrano, C.; Balseiro Gomez, J.J.; Martínez Menéndez, B.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: La toxina botulínica es eficaz en el tratamiento de diversas patologías neurológicas. Nuestro objetivo es analizar la utilidad y los resultados en la práctica clínica real de este tratamiento a lo largo de casi 20 años de utilización del mismo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyen pacientes tratados con toxina botulínica en nuestro hospital desde Noviembre/1999 hasta Diciembre/2014, con seguimiento hasta Mayo/2016. Se analizan las variables edad de inicio, patología, años de seguimiento, infiltraciones, abandono y motivo, dosis, efectos adversos, efectividad y duración del efecto.

Resultados: Se recogen los datos de 534 pacientes, con un total de 550 procesos. De éstos se descartan 101 (errores informáticos, pacientes valorados no infiltrados etc). Se analizan 439 procesos, 55.1% mujeres. Distribución por patologías: 49% espasticidad, 36.4% distonía, 8.9% migraña, 5.2% sialorrea, 0.5% otras. Media de edad de inicio de 43.45 años (1.00-88.00) y media de años de seguimiento de 6.63 (1-24 años). El número medio de infiltraciones es 16 (1-86). El porcentaje de abandonos a lo largo de estos años es 47.2 % (21.2% por motivo desconocido, 13.2% por inefi-

cacia, 4.8% por traslado, 4.1% por mejoría, entre otros). El 77.9 % no presentó efectos adversos, con una efectividad excelente en el 11.2%, 56.3% buena, 16.2% regular y mala/nula en el resto. En el 70.2% la toxina era el único tratamiento.

Conclusión: Se observa la efectividad del tratamiento con toxina botulínica para diferentes patologías, mostrándose escasos efectos adversos derivados de la misma. Hasta el 52.8% de nuestros pacientes continúan recibiendo tratamiento tras muchos años.

MIASTENIA GRAVIS, PSICOSIS Y DIABETES: UNA TRIADA INTRATABLE

Vera Monge, V.A. [1]; Martínez Peralta, S. [1]; Morán Sanchez, J.C. [1]; Gonzalez Soria, C. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 2. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Entre los factores que empeoran la Miastenia Gravis se encuentran fármacos que afectan la transmisión neuromuscular, como algunos neurolépticos. Describimos un caso de Miastenia Gravis asociado a enfermedad psiquiátrica y diabetes Mellitus.

Material y métodos: Varón de 74 años con antecedentes de Miastenia Gravis, diabetes y trastorno bipolar

Resultados: Acudió a consulta debido a disartria, hipertimia, irritabilidad y desinhibición. Tras control de síntomas es dado de alta con Quetiapina, Venlafaxina y Valproato sódico. Seis días después acude debido al incremento de disartria y disfagia moderada. Al examen físico presentaba disfonía distónica, ptosis bilateral, paresia facial bilateral y pérdida de fuerza para la flexoextensión cervical, que mejoraron tras administración de Bromuro de Edrofonio. En los análisis destacaba una HbA1c de 11.6 mg/dL y Ac anti-receptor de acetilcolina: 88. Se retiró la Quetiapina, se incrementó dosis de piridostigmina, infudieron Inmunoglobulinas; se evitaron los corticoides por probable descompensación de la diabetes y el cuadro psiquiátrico. Días después reingresó por disfagia severa, descompensación hiperglicémica e insuficiencia respiratoria aguda que precisó intubación orotraqueal y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. La escasa mejoría durante los primeros días motivó a administrar corticoides intravenosos a altas dosis pocos días (1gr de metilprednisolona/día). Los síntomas mejoraron y a los diez días es dado de alta tras control de la hiperglicemia y síntomas psiquiátricos.

Conclusión: El caso muestra 3 patologías cuyo tratamiento simultáneo implicaban efectos adversos graves. La adecuada identificación de síntomas y signos de cada uno de los cuadros, y el adecuado manejo terapéutico pueden evitar complicaciones de estas enfermedades potencialmente graves.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

López Bravo, A. [1]; Parra Soto, C. [2]; Navarro Pérez, M.P. [1]; Vinueza Buitrón, P. [1]; Garrido Fernández, A. [1]; Velázquez Benito, A. [1]; García Arguedas, C. [1]; Santos Lasaosa, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Se presenta el caso clínico de una paciente con Enfermedad de Behçet con afectación neurológica poco habitual, coexistiendo las formas extra e intraparenquimatosa.

Material y métodos: Mujer de 32 años, con antecedentes de trombosis venosa profunda iliofemoral de etiología no filiada, que acude a nuestro hospital por cefalea holocraneal de seis meses de evolución, asociando episodios intermitentes de aftas orales y perianales. En la exploración física destaca hiperreflexia de hemicuerpo izquierdo, lesión ulcerada en margen glúteo y pequeña afta eritematosa vulvar, ambas dolorosas. El análisis de LCR muestra datos de pleocitosis linfocitaria y la RM cerebral lesiones de hiperseñal en secuencias T2 y FLAIR protuberanciales, mesencefálicas y en sustancia blanca silviana profunda, destacando en el estudio vascular trombosis venosa en seno transverso izquierdo.

Resultados: Tras iniciarse tratamiento combinado con corticoterapia intravenosa, anticoagulación oral y Azatioprina, la evolución clínica ha sido favorable con remisión de su cefalea y sin presentar nueva sintomatología neurológica.

Conclusión: La enfermedad de Behçet (EB) es un síndrome inflamatorio sistémico crónico, caracterizado por la inflamación predominante de los pequeños vasos. Habitualmente produce aftosis orogenital, y alteraciones oftalmológicas, siendo la afectación neurológica poco frecuente, y más aún como debut de la enfermedad. Se puede presentar como afectación parenquimatosa en su forma más frecuente, o dañando las estructuras neurovasculares en su forma extraparenquimatosa, siendo la coexistencia de ambas algo poco habitual. Se trata de una de las manifestaciones más graves de la enfermedad, por lo que es fundamental la identificación precoz y tratamiento de dicha entidad.

ABIOTROFIA DEFECTIVA, UNA CAUSA INUSUAL DE ICTUS

López Bravo, A. [1]; Parra Soto, C. [2]; Navarro Pérez, M.P. [1]; Garrido Fernández, A. [1]; Cruz Tabuenca, H. [1]; García Arguedas, C. [1]; Viloria Alebesque, A. [1]; Santos Lasaosa, S. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Medicina. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Presentamos el caso clínico de una paciente con ictus isquémico por embolismo séptico secundario a Endocarditis infecciosa (EI) por Abiotrophia defectiva

Material y métodos: Mujer de 51 años, natural de Nicaragua, que ingresa por presentar desde hace 2 días, alteración para la emisión del lenguaje de inicio súbito. En la exploración neurológica destaca afasia nominal y en la física soplo sistólico mitral V/VI irradiado a axila además de dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. En TC cerebral se observa infarto isquémico agudo en territorio de Arteria Cerebral Media Izquierda. Durante el ingreso presenta pico febril, aislándose en hemocultivos Abiotrophia defectiva. En ecocardiograma transesofágico se visualizan vegetaciones en ambos velos de válvula mitral con afectación severa de la misma. Ante la sospecha de espondilodiscitis lumbar asociada se realiza RM lumbosacra que muestra lesiones hiperintensas en T2 en discos intervertebrales L2-L3 y L5-S1 compatibles con la sospecha clínica.

Resultados: Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con mejoría clínica y se remite a centro de Cirugía Cardíaca para reparación valvular. Desde el punto de vista neurológico la paciente se encuentra asintomática en el momento actual

Conclusión: El infarto cerebral embólico en pacientes con EI conlleva una gran morbi-mortalidad. Su incidencia se sitúa entre el 15-20%, siendo la primera manifestación hasta en un 10% de los casos. Abiotrophia defectiva es un estreptococo gram positivo que representa una causa infrecuente de EI, sin encontrarse en la literatura casos publicados de evento isquémico de origen embólico por dicho microorganismo

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS INUSUALES DE LA REACTIVACIÓN DEL VIRUS VARICELA ZÓSTER

Querejeta Coma, A.; Gómez García, A.; Machío Castelló, M.; Oses Lara, M.; Jaimes Rodríguez, A.R.; Ruggiero García, M.; García Torres, M.A.; Saez Pinel, R.; Zamarbide Capdepon, I.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y radiológicas en tres pacientes con manifestaciones neurológicas poco frecuentes de la reactivación del virus varicela zóster (VVZ).

Material y métodos: Hemos revisado los tres casos atendidos en nuestro centro, compatibles con un síndrome de Ramsay Hunt atípico (con afectación oculomotora), radiculoneuritis y síndrome del seno cavernoso.

Resultados: Caso 1: mujer de 68 años que debuta con lesiones dérmicas en CAE, hipoacusia y ataxia. Caso 2: varón de 82 años en tratamiento inmunosupresor, que presenta dolor lumbociático, paresia en miembro inferior derecho y exantema vesiculoso diseminado. Caso 3: mujer de 92 años con dolor ocular izquierdo, paresia de III y IV pares craneales izquierdos y lesiones vesiculosas en hemicara ipsilateral. En el caso 1 y 3 se objetivaron en pruebas de neuroimagen cambios inflamatorios afectando a VII y VIII pares craneales, y seno cavernoso y vértice orbitario izquierdos respectivamente. En el caso 2 un electromiograma confirmó afectación poliradicular. En todos los casos hubo confirmación microbiológica en piel, sangre o LCR.

Conclusión: Las infecciones por VVZ en sistema nervioso presentan distintas características epidemiológicas, clínicas y radiológicas, algunas de ellas inusuales, pero que por su gravedad es necesario conocer para poder realizar un correcto diagnóstico y un tratamiento orientado.

MILD ENCEPHALITIS WITH A REVERSIBLE SPLENIAL LESION (MERS): LA ENCEFALITIS REVERSIBLE

Ramos Campoy, O.; Sanchez, A.; Renú, A.; Borrego, S.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: Descripción clínico-radiológica de una lesión aislada y reversible del esplenio del cuerpo calloso (MERS) asociada a un cuadro de encefalitis leve.

Material y métodos: Mujer de 65 años con antecedente de hipertensión arterial, sin enolismo; consultó por clínica de inestabilidad de tres días de evolución. La exploración neurológica fue normal. En la analítica sanguínea no se observaron alteraciones. La resonancia magnética mostró lesión en esplenio de cuerpo calloso, sin captación de contraste ni restricción en la DWI e hiperintensa en FLAIR, ADC y T2. La espectroscopia no era sugestiva de proceso tumoral o infeccioso. El estudio de LCR sin alteraciones bioquímicas y con PCRs para virus neurotropos negativas.

Resultados: La neuroimagen (RM) de control, una semana después de la primera realizada, mostró disminución de la lesión del esplenio. A lo largo de esta semana la paciente mejoró quedando asintomática sin ningún tratamiento. Ante estos datos y habiendo excluido otros diagnósticos, se orientó como un síndrome de MERS.

Conclusión: Este caso muestra una patología poco conocida, una encefalitis reversible que cursa con alteración conductual, inestabilidad y crisis epilépticas, cuyo pronóstico es excelente dada la reversibilidad de los síntomas y la resolución de la lesión en la neuroimagen. La etiología es desconocida, aunque en algunos casos descritos va precedida de infecciones virales. Es importante tener presente que el diagnóstico es por exclusión y que no requiere tratamiento específico.

PAPILEDEMA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN SÍNDROME DE POEMS

López Sánchez, J. [1]; Moral Escudero, E. [2]; Buendía Martínez, J. [1]; Fuentes Ramirez, F.A. [3]; Navarro Lozano, M. [1]; Torres Perales, A. [1]; Carrasco Torres, R. [1]; Reguera García, A. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao; 3. Servicio de Neurología. Hospital Rafael Méndez; 4. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Mujer de 62 años diabética, valorada en consulta de neurología por cefalea de reciente inicio con papiledema sin déficit visual asociado.

Material y métodos: La neuroimagen resulta normal y la punción lumbar presenta una presión de apertura de 29cm3H20 con proteinorraquia de 66. Es diagnosticada de Hipertensión intracraneal idiopática iniciando tratamiento con acetazolamida con buena respuesta. A los 2 meses refiere debilidad de extremidades inferiores con balance muscular distal de 4/5 y arreflexia universal. Sistémicamente llama la atención piel tosca y engrosada, acrocianosis distal, máculas hipopigmentadas, hipertricosis y hepatomegalia.

Resultados: En analítica se observa trombocitosis y una gammapatía monoclonal IgA-l. La electromiografía confirma una polineuropatía subaguda motora y en PET-TAC se objetiva un acúmulo focal osteoesclerótico con incremento metabólico en fémur izquierdo. La paciente es diagnosticada de Síndrome de POEMS y es tratada mediante Lenalidomida y dexametasona junto a radioterapia en fémur.

Conclusión: El síndrome POEMS es una rara entidad que se define según los criterios de Dispienzieri requiriendo dos criterios mayores (polineuropatía y componente monoclonal) y un criterio menor (lesiones óseas escleróticas, organomegalia, enfermedad de Castleman, endocrinopatía, edemas, cambios cutáneos o papiledema). El papiledema se asocia al síndrome POEMS en el 50% de los casos con o sin hipertensión intracraneal siendo generalmente asintomático. En nuestro caso fue la primera manifestación del síndrome, algo infrecuente en la literatura revisada. La polineuropatía subaguda es un criterio mayor del síndrome siendo en la mayoría sensitiva pura. Nuestra paciente presentó únicamente afectación motora, algo infrecuente en la literatura revisada. El papiledema y la polineuropatía mejoraron tras tratamiento quimioterápico.

ENCEFALOPATÍA AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanco Palmero, V.A.; Hernández-Laín, A.; Sánchez-Tornero, M.; Simarro-Díaz, A.; Ostos-Moliz, F.; Labiano-Fontcuberta, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Presentamos un caso de microangiopatía trombótica de evolución fatal que se acompaña de manifestaciones neurológicas graves y rápidamente progresivas.

Material y métodos: Descripción de un caso y revisión bibliográfica.

Resultados: Varón de 49 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico. Presenta cuadro de 72 horas de evolución, rápidamente progresivo, consistente en alteración del comportamiento e inatención, con posterior deterioro del nivel de consciencia. A la exploración, presentaba también paresia distal leve de brazo izquierdo, marcado piramidalismo bilateral en miembros inferiores y ataxia truncal en bipedestación. TC craneal y analítica inicialmente sin hallazgos relevantes. Se realizó punción lumbar, con LCR acelular, glucosa normal y 2 gramos/L de proteínas. RM urgente con múltiples lesiones hiperintensas en secuencias de TR largo en ambos tálamos, tronco encéfalo, y corteza. Se inició tratamiento empírico con corticoides y aciclovir, con progresivo empeoramiento analítico (fallo renal, trombopenia con coagulación normal, elevación de LDH, acidosis láctica…) y hemodinámico, requiriendo cuidados intensivos pero falleciendo finalmente. Se realizó necropsia, objetiván-

dose la presencia de múltiples trombos hialinos organizados en vasos de pequeño calibre. En ambos tálamos se evidenciaron lesiones hemorrágicas en relación con micotrombos asociados a necrosis y cariorexis de la pared vascular. Se evidenció cierto grado de fibrosis meníngea. Dichos hallazgos son compatibles con microangiopatía trombótica (posiblemente púrpura trombocitopénica trombótica).

Conclusión: La microangiopatía trombótica puede manifestarse como un cuadro encefalopático agudo sin alteraciones analíticas importantes. Su identificación precoz es fundamental para instaurar un tratamiento eficaz y evitar un desenlace fatal.

HEMANGIOMATOSIS VERTEBRAL COMO CAUSA ATÍPICA DE MIELOPATÍA

Fernández Fernández, J. [1]; Real Noval, H. [2]; Gonzalez Quintanilla, V. [1]; Gonzalez Suárez, A. [1]; González Mandly, A.A. [3]; Martino González, J. [4]; Martin Laez, R. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 3. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 4. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: Conocer la capacidad para generar un compromiso medular subagudo de los hemangiomas vertebrales en su forma proliferativa.

Material y métodos: Mujer de 68 años con antecedente de hipernefroma tratado con nefrectomía radical sin indicios de recidiva, que acudió al servicio de Urgencias por dificultad para la marcha progresiva. El cuadro comenzó 2 meses antes con hipoestesia ascendente desde miembros inferiores. En los últimos días además asoció debilidad y urgencia miccional. La exploración reveló hipoestesia con nivel sensitivo T8 y paresia 4/5 de pierna derecha. Se solicitó RNM dorsolumbar.

Resultados: La RNM mostró una masa intrarraquídea extradural T5-T6, T11 y L3, que ocupaba más de la mitad del canal raquídeo, desplazando y comprimiendo la médula, con ganancia muy intensa de contraste. Se completó el estudio con TC que evidenció unas imágenes de trabeculación gruesa compatibles con hemangiomas vertebrales de comportamiento agresivo. Se realizó un estudio de extensión con PET sin captaciones patológicas. Se programó cirugía, previa embolización arterial, procediendo a laminectomía T5-T6-T7 y pediculectomía T6 con exéresis de la lesión. Se confirmó anatomopatológicamente el diagnóstico de hemangioma vertebral.

Conclusión: Los hemangiomas vertebrales son tumores óseos de naturaleza vascular generalmente solitarios y de comportamiento benigno encontrados comúnmente en las pruebas de imagen. En este caso la presentación de los hemangiomas fue atípica, tanto por su número, como por su proliferación y extensión al espacio epidural causando mielopatía. Fue importante el correcto diagnóstico por imagen dado el antecedente de hipernefroma que planteó la duda de una etiología metastásica, y siendo el TC de gran ayuda para este fin.

ICTUS EN ENDOCARDITIS MARÁNTICA: UNA ETIOLOGÍA CASI OLVIDADA

Martínez Peralta, S.; Vera Monge, V.A.; Morán, J.C.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: La endocarditis marántica es una entidad casi desaparecida, actualmente se encuentra en rangos entre el 0.9 y 1.6% en las series de autopsias. La enfermedad neoplásica avanzada es la entidad a la que se asocia con más frecuencia (80%de los casos); seguida por el lupus eritematoso sistémico. Presentamos dos casos de pacientes ingresados en nuestro servicio cuyo diagnóstico final fue de Ictus cardioembólico por Endocarditis Marántica

Material y métodos: Analizamos la historia clínica, previa y del ingreso en Neurología, de dos pacientes que presentan Ictus isquémico cardioembólico y cuya etiología es atribuíble a Endocarditis Marántica; así como las imágenes ecocardiográficas que corroboran el diagnóstico etiológico

Resultados: Los dos pacientes analizados presentaron Ictus cardioembólico en el año 2013. Se trata de dos pacientes varones con enfermedad cancerosa avanzada de 69 y 67 años de edad, en los que las imágenes ecocardiográficas evidencian imágenes de densidad homogénea fijadas a estructuras cardiacas y se sugiere el diagnóstico de Endocarditis Marántica en ambos estudios. Uno de ellos fue derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos; y el otro falleció durante la hospitalización.

Conclusión: La endocarditis marántica continúa siendo una causa excepcional de Ictus cardioembólico. Debe figurar como posibilidad etiológica ante pacientes con enfermedad cancerosa avanzada, o aquellos con enfermedades del tejido conectivo (principalmente lupus eritematoso sistémico y en menor medida síndrome antifosfolípido) que ingresan por Ictus isquémico.

Neurología General P15

HEPATITIS E AGUDA ASOCIADA A SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER: NUEVO CASO CLÍNICO

Palazón Cabanes, B. [1]; Atienza Ayala, S. [2]; Hernández Martínez, J.J. [2]; Martínez Lerma, E.J. [3]; Sánchez-Vizcaino Buendía, C. [1]; Sanz Monllor, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo; 3. Servicio de Medicina. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La infección por virus de hepatitis E (VHE) es una enfermedad emergente en los países industrializados. En la mayoría de casos cursa de forma asintomática aunque el espectro clínico es todavía desconocido. Se ha sugerido que el VHE podría presentar un neurotropismo específico ya que los síntomas neurológicos se han descrito en más de un 5% de los pacientes infectados. La prevalencia real del VHE en la patología neurológica es desconocida. Hasta la fecha se han descrito 26 casos de síndrome de Parsonage-Turner (SPT) asociados a VHE. Presentamos un nuevo caso de neuralgia amiotrofica bilateral asociada a infección aguda por VHE.

Material y métodos: varón de 44 años que consulta por dolor neuropático intenso y debilidad en ambos miembros superiores (MMSS). La exploración neurológica objetivó una paresia y amiotrofia bilateral asimétrica en deltoides, serrato, bíceps femoral y triceps con arreflexia de ambos MMSS

Resultados: La analítica sérica reveló citolisis hepática (ALT 44UI/L, GGT 189 UI/L), sin evidencia de neoplasia o inflamación. La citobioquímica y citología del líquido cefalorraquídeo fueron normales. Un electromiograma mostró alteraciones neurogénicas severas. El estudio serológico mostró únicamente positividad para IgM e IgG de VHE, por lo que el paciente fue diagnosticado de SPT asociado a infección aguda por Hepatitis E.

Conclusión: Aunque las infecciones por VHE son habitualmente benignas, se ha descrito un número no desdeñable de síntomas neurológicos periféricos y centrales asociados a ésta. Se ha propuesto el despistaje de VHE ante cualquier paciente con neuralgia amiotrofica bilateral asimétrica que curse con citolisis hepática

ESTUDIO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE CON ANTICUERPOS ANTI-NMDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Layos Romero, A.; Lobato Casado, P.; Ayuga Loro, F.; Almansa Castillo, R.; Perez Matos, J.A.; Segundo Rodriguez, J.C.; Marsal Alonso, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: Describir un caso de encefalitis autoinmune con detección de anticuerpos anti-NMDA con debut como alteración del comportamiento y aparición de trastornos del movimiento de forma concomitante.

Material y métodos: Varón, 19 años, sin antecedentes de interés. Desde hace 1 mes tiene cambios de conducta y ansiedad. Ingreso a cargo de Psiquiatría con diagnóstico de debut psicótico. Asocia episodios de agitación, hipertermia, diaforesis, discinesias oromandibulares arrítmicas periódicas y espasticidad segmentaria. Progresivamente se observa deterioro del nivel de consciencia, precisando asistencia en UCI. Tras evaluación neurológica y realización de pruebas complementarias, se diagnostica de encefalitis autoinmune con presencia de anticuerpos anti-NMDA y se inicia tratamiento con metilprednisolona 1 mg/kg/día durante 5 días, luego gammaglobulinas a dosis de 2 g/kg durante 5 días. Recibió una dosis de ciclofosfamida y, ante ausencia de respuesta, rituximab. Tras el tercer ciclo de este, se observa mejoría importante, con recuperación del nivel de consciencia, lenguaje y resto de funciones superiores.

Resultados: La analítica completa descarta causas sistémicas. Cultivos y serologías negativos. TC y RM cerebral sin datos de patología estructural. La monitorización EEG sugiere encefalopatía lenta sin datos irritativos. Se detectan anticuerpos anti-NMDA + en LCR. Despistaje de enfermedad neoplásica sin hallazgos.

Conclusión: Las encefalitis autoinmunes son entidades a tener en cuenta ante la aparición de trastornos del comportamiento y de movimiento, especialmente en jóvenes. Es de interés la búsqueda de neoplasias concomitantes. Se debe considerar el tratamiento con inmunosupresores como el rituximab si la respuesta al tratamiento inicial no es la adecuada.

CAUSA EXCEPCIONAL DE SÍNDROME VERTIGINOSO ORTOSTÁTICO Y NEUROPATÍA ÓPTICA BILATERAL TRAS CIRUGÍA DE ADENOMA HIPOFISARIO

Mayo Canalejo, D.; Silva Hernandez, L.; Ortega Suero, G.; Gomez Mayordomo, V.; García Saez, R.; Porta Etessam, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El síndrome de hipotensión de LCR se manifiesta típicamente como cefalea ortostática pudiendo asociar síntomas como diplopía, síntomas auditivos, mareo o vómitos. Se atribuye en la mayoría de los casos a la presencia de una fístula de LCR.

Material y métodos: Varón de 71 años con antecedente de cirugía de adenoma hipofisario hace 10 años. Consulta por pérdida de AV progresiva de causa no filiada de años de evolución. En los últimos meses describe síndrome vertiginoso, acufenos e hipoacusia que aparecen al adoptar la sedestación y/o bipedestación desde el decúbito con resolución al volver a éste. En la exploración destaca AV disminuida y datos de hipofunción vestibular bilateral.

Resultados: Se completa estudio con RM de cráneo objetivándose engrosamiento difuso paquimeníngeo, hallazgo sugerente de hipotensión de LCR. A nivel de ambos nervios ópticos se observa herniación sobre la silla turca con signos de atrofia, probablemente producida como efecto secundario tras la cirugía con componente de hipotensión de LCR añadido. Dada la alta sospecha de fistula de LCR se realizó cisternografía isotópica que demostró posible fístula de LCR a nivel de fosa nasal izquierda. Es valorado por Neurocirugía realizándose sellado de seno esfenoidal izquierdo. Tras esto presentó resolución de la clínica vertiginosa recurrente.

Conclusión: Nuestro caso sugiere que el síndrome vertiginoso con características ortostáticas podría suponer una forma de presentación de un síndrome de hipotensión de LCR. La atrofia óptica se debe a una neuropatía óptica bilateral por herniación progresiva del NO sobre la silla turca.

INFARTO VENOSO MEDULAR DE CAUSA "ATÍPICA"

Alvarez Bravo, G.; Sánchez Heran, I.; Fernandez Carril, I.V.M.D.C.".

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Identificar una causa poco frecuente de obstrucción del drenaje venoso con infarto espinal secundario.

Material y métodos: Mujer de 46 años, sin antecedentes patológicos relevantes, manifiesta pérdida de fuerza en extremidad inferior derecha de inicio repentino, seguida de paresia en extremidad inferior contralateral, que pocas horas después evoluciona a parálisis completa en extremidades inferiores acompañada de anestesia para todas las sensibilidades y retención urinaria. Se realiza RM de urgencia que descarta mecanismo compresivo, estableciendo diagnóstico de paraplejía aguda de probable etiología vascular.

Resultados: Realizamos estudio etiológico del infarto medular identificando aumento en la actividad del factor VIII de la coagulación, claramente por encima del rango referencial: 450% (50-150%), que asociado al hallazgo de restricción en la secuencia de difusión en los segmentos medulares T6-T8 en RM de control permitieron establecer el diagnóstico de infarto venoso medular por sobreactividad del factor VIII. Siendo el resto del estudio, negativo para otras causas potenciales.

Conclusión: Reconocer a las trombofilias primarias como causas de infarto medular en pacientes con perfil semiológico de trombosis del territorio venoso, cuyo estudio de imagen (angio-RM, angio TC, angiografía) no haya revelado anomalías vasculares de fondo. El reconocimiento de esta patología permite iniciar un tratamiento cuyo principal objetivo terapéutico seria la prevención secundaria de trombosis venosa profunda recurrente.

ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA-ZOSTER. REVISIÓN DE CASUISTICA EN EL AÑO 2015 EN HOSPITAL SON LLATZER

Balsalobre Rodriguez, M.; Usón Martín, M.; Pérez Cabanillas, I.; Arbós Barber, C.; Risueño Aparicio, M.; Espino Ibáñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer

Objetivos: El virus de la varicela zoster (VVZ), pertenece a la familia herpes virus, cuya primoinfección produce varicela en la infancia y su reactivación da lugar a herpes zoster. Como complicaciones neurológicas de la reactivación del VVZ se han descrito neuralgia postherpética (más frecuente), infecciones agudas (meningitis, encefalitis, cerebelitis), vasculopatía, mielopatía, neuritis óptica, polineuropatía craneal y afectación ocular. Describimos las características clínico-patológicas de los pacientes diagnosticados de encefalitis por VVZ en el año 2015.

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes ingresados por encefalitis en el año 2015. Un total de cuatro pacientes, con edades comprendidas entre 50 y 89 años, fueron diagnosticados de encefalitis por VVZ. Presentaban sindrome confusional y cefalea de días de evolución así como lesiones cutáneas típicas.

Resultados: Se realizaron diversos estudios (neuroimagen y análisis) todos normales. El análisis de LCR fue patológico: proteinorraquia, aumento de celularidad de predominio linfocítico y

PCR (DNA-VVZ) positivo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con aciclovir ev durante 14 días. La evolución fue buena en todos los casos excepto en uno (fallecimiento).

Conclusión: La reactivación del VVZ produce numerosas complicaciones neurológicas aun en ausencia de rash cutáneo, lo cual dificulta el diagnóstico clínico. Éste se lleva a cabo con la determinación de DNA de VVZ y/o de Ac anti-VVZ en LCR (según tiempo de evolución). Es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta dado que se trata de una entidad potencialmente tratable, con buen pronóstico si el tratamiento se realiza precozmente.

ENCEFALITIS LGI-1, A PROPÓSITO DE UN CASO. TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CRÓNICO ¿CUÁL?, ¿HASTA CUÁNDO?....

Villar Martínez, M.D.; González Fernández, T.; Pueyo Morlans, M.; González Platas, M.; Barrios Del Pino, Y.; Franco Maside, A.; Carrillo Padilla, F.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos: El antígeno LGI-1 es una proteína sináptica secretada, coadyuvante como ligando de los canales de potasio neuronales, manteniéndolos activos. La encefalitis LGI-1 se caracteriza por crisis facio-braquiales distónicas refractarias, cambios cognitivo-conductuales e hiponatremia, indicativos de disfunción sináptica neuronal, y quizás por ello reversibles con inmunomoduladores (70-80%). De carácter multifásico, evoluciona hacia la demencia o muerte sin tratamiento.

Material y métodos: Varón, 61 años. Cáncer de próstata en 2011. Ingresa por clonías facio-braquiales y disartria. Se instauraron varios antiepilépticos, sin respuesta. Acude posteriormente por olvidos, hiponatremia y caídas, necesitando nuevos ingresos en los que sólo respondió a terapia esteroidea.

Resultados: Amplio despistaje etiológico negativo. RMN: hiperintensidad en hipocampo derecho, cortezas insulares, parieto-occipital y temporal izquierdas. Anticuerpos anti-LGI-1positivos, Dependiente de esteroides, se intentó disminuir corticoterapia mediante Azatioprina, suspendida por hepatotoxicidad. Ha presentado nuevos brotes, que han respondido a corticoides, aunque cada vez con menor efectividad. Se ha planteado tratamiento con Rituximab, al que el paciente es reticente.

Conclusión: El continuo descubrimiento de anticuerpos contra proteínas de la superficie y sinapsis neuronal ha cambiado radicalmente el concepto de la autoinmunidad y de las enfermedades neurológicas asociadas a ella. La mayoría de estos antígenos son proteínas implicadas en la transmisión sináptica, la excitabilidad y la plasticidad neuronal. Exige un alto índice de sospecha y la instauración de tratamiento precoz, incluso sin su confirmación, ya que tiene implicaciones pronósticas. Su diagnóstico es un reto y más aún el manejo de pacientes no respondedores, ya que no hay consenso con respecto a la terapia de mantenimiento.

MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA DE CURSO SUBAGUDO

Terrero Carpio, R. [1]; Vieira Campos, A. [1]; Urtiaga Valle, S. [1]; Labrador Marcos, S. [1]; Sánches Reyes, J.M. [2]; Pilo de la Fuente, B. [1]; Escolar Escamilla, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Descripción caso clínico

Material y métodos: Varón de 52 años con antecedentes personales de DM-2, ex-consumidor ADVP, infección VIH y cirrosis hepática avanzada con VHC positivo. Presenta cuadro de 1 mes y medio de evolución de disartria, disfagia e inestabilidad para la marcha. En la exploración se objetiva disartria moderada, limitación de supraversión de la mirada y ataxia troncular moderada. En el estudio RMN (adjuntar imágenes) se describe lesión compatible con mielinolisis central pontina y en punción lumbar no se objetivan datos de etiología infecciosa o inflamatoria/autoinmune. Además se realiza estudio microbiológico LCR de bacterias, virus y hongos siendo negativo, sin presentar inmuno supresión. Como hallazgo presentaba previamente mal control de diabetes con cifras de glucemia elevadas (500-600 mg/dL), que causen un estado hiperosmolar como desencadenante de la mielinolisis central pontina. Posteriormente se consigue un control adecuado de glucemias y el paciente evoluciona con discreta mejoría de disfagia y ataxia en dos semanas.

Resultados: .

Conclusión: El origen frecuente de mielinolisis central pontina es la rápida correción de sodio en hiponatremia, con evolución más aguda y grave. Se han descrito casos de evolución en torno 1 o 2 semanas en estados de hiperglucemias. Como peculiaridades del presente caso es la instauración más lenta (6 semanas), afectación bulbar y la mejoría neurológica con el control de glucemias.

TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN EL H.U.GETAFE

Labrador Marcos, S.; Terrero Carpio, R.; Vieira Campos, A.; Urtiaga, S.; Gil-Olarte Montesinos, I.M.; Martínez Melendez, B.; Balseiro, J.J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Diferentes estudios indican que la toxina botulínica es útil en el tratamiento de la sialorrea. Nos proponemos analizar los resultados que se han obtenido en el H.U.Getafe en el tratamiento de la sialorrea con toxina botulinica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre el uso de toxina botulinica como tratamiento de la sialorrea en el H.U.Getafe. Para ello se analiza una base de datos proporcionada por el servicio de informática del hospital que incluye un total de 549 pacientes que asistían a consulta de toxina botulínica desde el año 1998 al 2014. Un total de 23 acudían por sialorrea.

Resultados: De los 23 pacientes, 8 eran mujeres y 15 hombres, con edad media al inicio del tratamiento de 31.2 (desviación típica 26.9). Todos los pacientes valorados recibieron tratamiento y éste tuvo una efectividad excelente en 2, buena en 9, regular en 4, mala en 5 y nula en 3. La dosis media mínima usada en nuestros pacientes es de 18.33UI botox y 129.16UI dysport. La dosis media máxima usada es de 35.23UI botox y 150UI dysport. Se registraron efectos secundarios en un total de 2 de ellos, debilidad muscular y disfagia. 12 pacientes abandonaron el tratamiento, 8 por ineficacia, 3 por motivos desconocidos y un éxitus por otra causa.

Conclusión: Se demuestra que el tratamiento de la sialorrea con toxina botulínica en el H.U.Getafe es efectivo en un 47.8%. Se han producido efectos secundarios en el 8.6% de los pacientes. La mayoría de los pacientes abandonó el tratamiento por ineficacia (52.2%).

HEMIDISTONÍA SECUNDARIA A HIPOPLASIA CEREBRAL POR QUISTE ARACNOIDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Matos, J.A. [1]; Lobato Casado, P. [1]; Morín Martín, M.D.M. [1]; Almansa Castillo, R. [1]; Layos Romero, A. [2]; Ávila Fernández, A. [1]; García Alvarado, N. [1]; Lopez Ariztegui, N. [1]; Segundo Rodriguez, J.C. [1]; Marsal Alonso, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud; 2. Servicio de Neuroinmunología Clínica. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: Descripción de un caso de hemidistonía de causa estructural poco frecuente.

Material y métodos: Varón de 37 años sin antecedentes de interés con cuadro de dificultad para la pensión eficaz con la mano derecha progresivo que en los últimos meses se ha hecho más marcado.A la exploración neurológica actitud distónica de MSD y marcha alterada por distonía de MID,sin alteraciones en el balance motor ni en el resto de la exploración.

Resultados: TC:sugestivo de quiste leptomeníngeo/sinus pericranni. RMN anomalía venosa del desarrollo parietal izquierda compatible con sinus pericanni, con discreta hipoplasia del parénquima subyacente.Se ensaya tratamiento con levodopa sin respuesta. Se infiltra toxina botulínica en MSD con mejoría ostensible de la misma.

Conclusión: La distonía es una enfermedad heterogénea con fisiopatología compleja en la que intervienen mecanismos multifactoriales.Cuando la distonía afecta a un hemicuerpo se ha llamado hemidistonía.Generalmente son sintomáticas o de causa estructural.El principal diagnóstico diferencial de la entidad que presentamos es con el síndrome de Segawa que se caracteriza por la fluctuación diurna de las distonías, se acompaña de trastornos de la marcha,parkinsonismo, signos córtico-espinales y es familiar.El ensayo terapeútico fallido con levodopa, la ausencia de fluctuaciones y afectación de otros sistemas, con la demostración de lesión vascular subyacente congruente excluyeron dicha posibilidad.Aunque con respecto a la lesión venosa subyacente no se haya podido intervenir,éste caso de distonía secundaria ha respondido de manera óptima a inyecciones repetidas de toxina botulínica,con mejoría en la calidad de vida del paciente.

PAPILEDEMA BILATERAL SIN HTIC DE CAUSA INESPERADA

Ruisanchez Nieva, A.; García Moncó-Carra, J.C.; García Gorostiaga, I.; Martinez Arroyo, A.; Pinedo Brochado, A.; Foncea Beti, N.

Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos: Describir un papiledema bilateral sin HTCI de causa inesperada

Material y métodos: Mujer 64 años, hipertensa, hipotiroidismo y síndrome depresivo, con ingreso reciente en medicina interna por pérdida de peso sin hallazgos relevantes y que mejoró tras cambio de antidepresivo. Valorada por Oftalmología en noviembre 2015 por miodesopsias. Se objetivó una discreta elevación de papila bilateral, con RM craneal y de órbita sin hallazgos. La paciente comenzó con cefalea y se constató progresión del papiledema. Una punción lumbar en diciembre 2015 mostró presión de LCR normal, pero pleocitosis linfocitaria, motivo por el que ingresó en nuestro Servicio.

Resultados: La exploración neurológica fue normal, salvo el papiledema bilateral. Analítica completa, RM cráneo-medular y TC-body sin hallazgos. Se completó el estudio de LCR con inmunofenotipo que fue compatible con síndrome linfoproliferativo crónico de células B (SLPC-B). El servicio de hematología realizó un aspirado de médula ósea compatible con infiltración por síndrome linfoproliferativo y una biopsia con componente linfoide de predominio B. El inmunofenotipo de sangre periférica fue compatible con SLPC-B. El PET no presentó captaciones patológicas. Se diagnosticó a la paciente de SLPC-B con afectación periférica y del sistema nervioso central y se inició tratamiento con QT intratecal. Tras 5 dosis, se normalizó el LCR.

Conclusión: Destacamos el papiledema sin HTIC como signo de presentación de un síndrome linfoproliferativo de células B, una forma de presentación extremadamente rara, con escasas referencias bibliográficas previas.

MENINGITIS REUMATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cano Sanchez, L.M.; Piles Galdón, S.; Pérez García, C.; García Casares, E.; Vilaseca Bellsola, J.

Servicio de Neurología. Hospital de Mollet

Objetivos: La meningitis reumatoide (MR) es una complicación infrecuente de la artritis reumatoide (AR). Acostumbra a presentarse en fases tardías de la enfermedad y no necesariamente con sinovitis activa. Presentamos un caso de MR cuya primera manifestación clínica fueron episodios repetidos de focalidad "stroke-like"

Material y métodos: Se trata de una mujer de 71 años dislipémica, con hipotiroidismo y AR seropositiva de 10 años de evolución, en tratamiento con leflunomida y corticoides a dosis bajas. Ingresa por episodios repetidos de parálisis facial supranuclear izquierda, torpeza de mano izquierda e hipoestesia peribucal y de ESI de instauración progresiva, con una duración entre 1 y 12 horas cada uno. No clonias, cefalea ni otra focalidad añadida

Resultados: El TC craneal muestra colapso de los surcos en convexidad parieto-occipital derecha que correlaciona con hiperintensidad en secuencias T2 y FLAIR de RM craneal, sin traducción en ecogradiente, y con captación de contraste leptomeníngeo. Analítica con elevación de PCR y VSG, IgG4 normal; inmunología, marcadores tumorales y serologías negativas. El LCR muestra 7 linfocitos, sin otras alteraciones. Estudio vascular normal. TC toraco-abdominal sin hallazgos destacables. PET/TC corporal descarta focos de malignidad e hipermetabolismo a nivel meníngeo cerebral. Se realiza EEG en contexto de focalidad sin hallazgos patológicos Se pauta levetiracetam, que reduce la frecuencia de sintomatología. Tras nueva RM craneal, que objetiva aumento de las lesiones, se administran tandas de corticoides endovenosos a dosis altas, con resolución de los episodios "stroke-like" y mejoría radiológica

Conclusión: La MR puede debutar con focalidad neurológica "stroke-like" y, en general, tiene buena respuesta a corticoides

ANÁLISIS DE LOS SEROTIPOS DE S. PNEUMONIAE CAUSANTES DE MENINGITIS EN EL ÁREA SUR DE TENERIFE. INFLUENCIA DE LA CÁPSULA EN LA EDAD DE PRESENTACIÓN Y GRADO DE PROTECCIÓN DE LA VACUNA 13VALENTE

Morales Hernández, C. [1]; Pino-Calm, B. [2]; González Pérez, A. [1]; Henao Ramírez, J.M. [1]; Mota Balibrea, V.C. [1]; Alonso Pérez, J. [1]; Gutiérrez Naranjo, J. [1]; Villa Benito, B. [3]; Hernández Tost, H. [1]; Rodríguez Álvarez-Cienfuegos, J. [1]; Rodríguez Espinosa, N. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 2. Servicio de Microbiología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria

Objetivos: Descripción de las cepas causantes de meningitis neumocócica en el área sur de Tenerife. Análisis de la influencia de la cápsula como factor patogénico. Valoración de la cobertura de la vacuna 13 valente (Vac13).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los casos entre los años 2009 a 2015 en el área sur de Tenerife. Clasificación de los serotipos según el grado de encapsulación comunicado en la literatura. La variables recogidas fueron la edad, el sexo, el citoquímico del LCR y el estado del paciente al alta. Se realizó la comparación de los grupos mediante la Chi cuadrado para las variables categóricas y la T de Student para las continuas. Se calculó el porcentaje de cobertura de la vacuna 13-valente.

Resultados: Se identificaron 19 cepas, 7 en edad pediátrica : 3(5), 22F(2), 23F(2), 15A(2), 35B, 24F, 23A y 19F. El grado de encapsulación determinó diferencias en la edad 61,4(20,7) vs 27,5(25,5) años P=0,03 y en el porcentaje de mononucleares en el LCR 39% vs 12% con tendencia a la significación P= 0.80. La cobertura de la Vac13 fue del 25% de los serotipos (3, 19F y 23F), y del 42% de los aislados- 57% en edad pediátrica.

Conclusión: La cápsula puede facilitar la colonización orofaríngea y se asocia a la patogenia de la meningitis neumocócica en los pacientes mayores. El grado de protección de la Vac13 puede ser menor al comunicado en el área Sur de Tenerife.

Neurología General P2

NEUROBEHÇET REFRACTARIO A TRATAMIENTO: RESPUESTA FAVORABLE A FAMPRIDINA

Cerdán Santacruz, D.M.; Simonet Hernández, C.; Fernández Rodríguez, B.; Mendoza Rodríguez, A.; Tabernero García, C.; Duarte García, J.

Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia

Objetivos: La enfermedad de Behçet es una afectación inflamatoria crónica, de etiología desconocida, que se manifiesta fundamentalmente con úlceras orales, genitales, uveítis y lesiones dermatológicas. La afectación neurológica (Neurobehçet) se presenta en un 5-30% de los casos, aumentando su prevalencia a lo largo de la evolución. Algunos casos presentan similitudes con esclerosis múltiple. Se presenta un paciente con respuesta favorable a fampridina, tratamiento que no hemos encontrado descrito con anterioridad en esta enfermedad.

Material y métodos: Hombre de 51 años, diagnosticado de Neurobehçet con presentación en brotes desde 1989, que cursa con síndrome piramidal y cerebeloso bilateral, con tetraparesia espástica. Recibió tratamiento con azatioprina y corticoides estabilizándose. De forma sintomática obtiene leve beneficio con baclofeno y toxina botulínica. Se le ofreció como uso compasivo un tratamiento con fampridina, fármaco bloqueante de los canales de potasio, únicamente indicado para trastornos de la marcha en Esclerosis Múltiple (EM) con EDSS 4-7. Dada la similitud con la EM, era esperable la mejoría clínica tras la administración de fampridina.

Resultados: Se obtuvo buena respuesta clínica mantenida tras un año de tratamiento.

Conclusión: El tratamiento de la enfermedad de Behçet está limitado por la falta de ensayos clínicos aleatorizados, aunque se recomiendan dosis altas de corticoides en fase aguda y tratamientos inmunosupresores de mantenimiento. La fampridina podría ser un tratamiento sintomático para estos pacientes. Se debe profundizar en investigaciones para una mejor caracterización de la enfermedad y optimización de los tratamientos disponibles.

ICTUS ISQUÉMICO MULTITERRITORIAL POR ARTERIOPATÍA CEREBRAL TRANSITORIA ASOCIADO AL CONSUMO DE CANNABIS

Álvarez Escudero, M.D.R. [1]; Ramón Carbajo, C. [1]; Rico Santos, M. [1]; Calleja Puerta, S. [1]; Torres Diez, E. [2]; Larrosa Campo, D. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo y su consumo se ha asociado con infarto de miocardio, arteritis de extremidades inferiores y más excepcionalmente con ictus. Distintos estudios sugieren como mecanismos la hipotensión ortostática, una vasculitis del sistema nervioso central o fenómenos de vasoespasmo arterial.

Material y métodos: Paciente de 48 años que pocas horas después de consumir alcohol y cannabis presenta un cuadro deficitario sensitivo motor en hemicuerpo izquierdo. Entre sus antecedentes destacaban una hipertensión con control irregular, dislipemia leve y tabaquismo sin consumo de otros tóxicos.

Resultados: La RM cerebral mostró múltiples áreas de hiperintensidad corticosubcortical en T2 y FLAIR con restricción de la difusión en lóbulo frontal y región frontoinsular derechos, y a nivel subcortical del hemisferio izquierdo sugestivos de isquemia subaguda. El estudio angiográfico mediante RM mostró una disminución del calibre de ramas distales de la ACM derecha, sin afectación de los segmentos proximales y siendo el estudio extracraneal normal. Una arteriografía cerebral realizada una semana después no demostró hallazgos patológicos. El resto del estudio etiológico no evidenció datos de cardiopatía embolígena, proceso infeccioso/inflamatorio (incluyendo estudio de LCR) ni otras causas de ictus juvenil. El paciente recibió tratamiento con AAS, y presentó una evolución satisfactoria con mejoría de la sintomatología.

Conclusión: Descartadas otras causas de ictus y ante la estrecha relación temporal, el consumo de cannabis se postula como causa de ictus infrecuente. La presencia de ictus multiterritoriales y los hallazgos en los estudios angiográficos sugieren un mecanismo mediado por vasculopatía transitoria.

EL SÍNDROME DE LESIONES BILATERALES EN GANGLIOS BASALES EN PACIENTES DIABÉTICOS EN AUSENCIA DE ENFERMEDAD RENAL TERMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvarez Escudero, M.D.R. [1]; Larrosa Campo, D. [1]; Moris de la Tassa, G. [1]; Meilán Martinez, Á. [2]; Vigil Diaz, C. [3]; Ramón Carbajo, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: El síndrome de lesión aguda de ganglios basales bilaterales en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica terminal es poco frecuente, predominando en pacientes asiáticos en tratamiento de diálisis. Puede cursar con trastorno hiper o hipocinético y generalmente presenta buen pronóstico.

Material y métodos: Varón de 70 años con un cuadro subagudo de movimientos involuntarios en extremidad inferior izquierda y afectación secundaria de la marcha. Entre sus antecedentes destacan una DM 2 con buen control y una insuficiencia renal crónica leve. No había historia reciente de descompensación glucémica, hiponatremia, hipoxia, intoxicación por CO o metanol, hipotensión u otra alteración electrolítica o metabólica. En la exploración se observan movimientos coreicos en miembro inferior izquierdo, siendo el resto normal.

Resultados: En las analíticas se objetivaron glucemias óptimas. La creatinina es de 2,42 mg/dL y la urea de 106 mg/dl. El resto de parámetros incluyendo cobre, TSH, serologías, estudio inmunológico y análisis de LCR fueron normales. El estudio de neuroimagen mediante RM mostró una alteración de la señal en ambos núcleos lenticulares, hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y FLAIR, sin restricción en difusión y con comportamiento ametabólico en el estudio de FDG-PET. La evolución clínica y radiológica fue satisfactoria, con una completa resolución de la sintomatología y de las lesiones en el control radiológico realizado a los seis meses.

Conclusión: A diferencia de los casos descritos con anterioridad nuestro caso demuestra que no es necesaria la presencia de un es-

tadio renal terminal para la aparición del síndrome de lesión de ganglios basales en pacientes diabéticos con insuficiencia renal.

SÍNDROME CUELLO-LENGUA: UNA NEURALGIA CRANEAL INFRECUENTE

González Manero, A.M.; Navarro Muñoz, S.; García Ruiz, R.; Vadillo Bermejo, A.; Mateu Mateu, A.; Botia Paniagua, E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.

Objetivos: El síndrome cuello-lengua es una entidad infrecuente, reconocida por la International Headache Society (IHS), con escasos casos descritos, y que si no lo reconocemos cuando se nos presenta en nuestra práctica clínica, podría llevarnos a atribuirlo erróneamente a índole psicógena.

Material y métodos: Mujer de 25 años con hiperlaxitud ligamentosa generalizada. Score de Beighton compatible con hipermovilidad articular.TC y RM cerebrales y doppler TSA normales.

Resultados: Consulta por sensación de fuerte latigazo, tipo calambre, en el cuello al girar bruscamente la cabeza hacia el lado derecho, seguido de dolor en región occípito-cervical derecha, irradiada a vértex y región anterior del cráneo, desencadenándose tras ello pérdida de sensibilidad en hemilengua y territorio V2 ipsilaterales. La sensación de adormecimiento lingual se intensificaba con giro cefálico ipsilateral

Conclusión: La explicación de la clínica de este síndrome obedece a una compresión de C2 a nivel del espacio entre atlas y axis por una subluxación transitoria entre ambas vértebras, con distensión de la cápsula articular. La anastomosis de C2 con los nervios hipogloso y lingual justifican la combinación de síntomas. Es un síndrome descrito principalmente en niños y jóvenes y menos frecuentemente en ancianos. El diagnóstico es clínico, pero dentro del protocolo de estudio se deben realizar pruebas de neuroimagen para descartar otras patologías. La clínica suele ser de carácter paroxístico y lancinante.

SÍNDROME DEL CONO MEDULAR SECUNDARIO A MIELOPATÍA COMPRESIVA CON ARACNOIDITIS ADHESIVA POR CATÉTER DE DERIVACIÓN LUMBO-PERITONEAL EN SU TRAYECTO INTRACANAL A NIVEL LUMBAR

González Manero, A.M.; Navarro Muñoz, S.; Vadillo Bermejo, A.; Mateu Mateu, A.; García Ruiz, R.; Botia Paniagua, E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro M.I.

Objetivos: Presentamos un caso de síndrome del cono medular por causa muy inhabitual, y de manejo complejo.

Material y métodos: Varón de 39 años con antecedentes de HTICI diagnosticada a los 16 años y que precisó colocación de derivación lumbo-peritoneal hace 10 años. Presentaba clínica progresiva de dolor en región lumbar izquierda, asociado a veces a sensación de "calambre" en miembro inferior izquierdo por dermatomas S1-S2, y cuyo inicio relaciona con esfuerzo físico lumbar repetido, y que no mejoró con fisioterapia ni con AINEs. En la última semana asocia además de forma súbita, dificultad para la micción espontánea y polaquiuria, por lo que acude a urgencias. A la exploración, vemos que la clínica empeora con Valsalva, fuerza globalmente conservada, ROTs conservados, Lassegue y Bragard positivos de forma bilateral. 24 horas después presenta clonus aquíleo, debilidad distal de la EII e hipoestesia en S1-S2, que no estaban presentes en la valoración previa.

Resultados: RM lumbar: Disposición anómala de cordón medular distal y cono medular, que está desplazado y girado sobre sí mismo, de forma más evidente a nivel de cuerpo vertebral L1, en relación con bucle en el interior del canal raquídeo de catéter de derivación, sin poder descartar cambios por mielopatía asociada. Engrosamiento discreto de raíces de cola de caballo.

Conclusión: Síndrome del cono medular secundario a mielopatía compresiva con aracnoiditis adhesiva por catéter de derivación lumbo-peritoneal en su trayecto intracanal a nivel lumbar. Evolución favorable tras tratamiento neuroquirúrgico y fisioterapia. La actuación multidisciplinar y temprana resultó determinante para la recuperación funcional completa del paciente.

MENINGITIS NEUMOCÓCICA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 11 PACIENTES DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Cuerda Clares, M.T. [1]; Gómez Moreno, I. [2]; Gómez Romero, L. [2]; Ramírez Luna, J.C. [1]; Vicente Rodrigo, J.A. [1]; Trapero Iglesias, N. [1]; Nieto Rodriguez, J.A. [1]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Neurología. Raigmore Hospital.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, analíticos, neurorradiológicos y microbiológicos de pacientes diagnosticados de meningitis neumocócica y registrados en nuestro hospital desde 2003 a 2016.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 11 pacientes diagnosticados de meningitis neumocócica mediante análisis microbiológico en sangre y/o LCR.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes. Edad media 65 años (rango 37-89). 64% mujeres. 5 pacientes (45%) registrados en Abril. Media de días de ingreso:15. 8 pacientes (72%) ingresaron en UCI. El síntoma más prevalente fue la disminución del nivel de conciencia (64%), seguido de cefalea y fiebre (45% respectivamente). 5 pacientes (45%) presentaban al ingreso rigidez de nuca y signos meníngeos. Todos los pacientes presentaban leucocitosis y neutrofilia. En un paciente se aisló Streptococcus Pneumoniae en el hemocultivo. 9 pacientes tuvieron antígeno positivo en LCR y el cultivo licuoral fue positivo en 5. Hallazgos LCR: 10 pacientes (91%) presentaron pleocitosis polimorfonuclear, 100% tenían hiperproteinorraquia y 8 pacientes (73%) hipoglucorraquia, de los cuales 7 presentaban cifras entre 0-7 mgrs/dl. La neuroimagen fue patológica en el 27% de los pacientes (en todos los casos se objetivó un foco infeccioso ORL). 90% fueron tratados empíricamente con antibióticos de amplio espectro y 9 (82%) con corticoides. 3 pacientes presentaron crisis comiciales durante la evolución y 5 pacientes fallecieron.

Conclusión: En nuestro medio hay predominio en mujeres y primavera. Es frecuente la disminución del nivel de conciencia. La detección en LCR del antígeno neumocócico parece ser la prueba más sensible de detección, siendo la hipoglucorraquia muy severa. Asocia una mortalidad elevada, que en nuestro medio llegó al 50%.

RABDOMIOLISIS TRAS EJERCICIO FÍSICO NO TRAUMÁTICA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 15 PACIENTES EN EL ÁREA DE SALUD DE CUENCA

Cuerda Clares, M.T. [1]; Gómez Moreno, I. [2]; Gómez Romero, L. [2]; Ramírez Luna, J.C. [1]; Vicente Rodrigo, J.A. [1]; Trapero Iglesias, N. [1]; Nieto Rodriguez, J.A. [1]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Neurología. Raigmore Hospital.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos y analíticos de 15 pacientes que presentaron rabdomiolisis tras ejercicio físico repetitivo desde 2006 a 2016.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 15 pacientes diagnosticados de rabdomiolisis post-ejercicio físico, no traumática, reseñándose las alteraciones clínicas y analíticas en sangre y orina.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes. Edad media 27 años (rango 19-40). 8 (53%) fueron mujeres. 7 pacientes (47%) (todas mujeres) había realizado spinning. 4 varones (27%) estuvieron en el gimnasio realizando musculación. 10 realizaron el ejercicio durante una hora o menos (67%). En el 100% fue su primera sesión. 4 pacientes (30%) nos refirieron una escasa hidratación, 9 (70%) presuntamente la habían realizado correctamente. 3 (20%) presentaron patología tiroidea y otros 3 sobrepeso. El síntoma prevalente fueron las mialgias (93%), y el signo fue la coluria (67%). En 6 pacientes (40%) los síntomas se presentaron durante la 1ª hora post-ejercicio y presentaban al ingreso dolor y/o edema muscular. Solo 2 pacientes presentaban un sedimento de orina normal, en 11 se detectó hemoglobinuria. 2 pacientes presentaron aumento de creatinina (valor máximo 2,74). Media de CK inicial: 86.918 (rango 856-380.430). 5 pacientes (36%) presentaron un aumento progresivo de CK. Media de días de ingreso: 3. 100% fueron hidratados y evolucionaron favorablemente.

Conclusión: En nuestro medio este síndrome está asociado al spinning en mujeres y actividad de musculación / gimnasio en varones. En todos ellos sucedió en la primera sesión. Los niveles de CK se elevaron progresivamente en varios pacientes. Todos los casos evolucionaron favorablemente, incluso 2 pacientes que presentaron insuficiencia renal leve.

COMORBILIDAD Y RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA NEURORREHABILITACIÓN PRECOZ E INTENSIVA DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO EN TERRITORIO ANTERIOR

Ramírez Manchón, V. [1]; Porto Payán, J.M. [2]; Lérida Benitez, L.M. [3]; Guerrero Andújar, A. [4]; Martínez Anguita, M.Á. [5]; Portilla Cuenca, J.C. [6]; Casado Naranjo, I. [6]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Mérida; 2. Servicio de Neurología. Centro Neurorrehabilitación Casaverde; 3. Servicio de Rehabilitación. Centro de Rehabilitación Neurológico de Extremadura; 4. Servicio de Fisioterapia. Centro de Rehabilitación Neurológico de Extremadura; 5. Servicio de Psicología clínica. Centro de Rehabilitación Neurológico de Extremadura; 6. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara

Objetivos: Analizar la relación entre la presencia de otras enfermedades además del ictus y la recuperación funcional a los tres meses de rehabilitación neurológica especializada.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes dados de alta durante el año 2015 del Hospital de Rehabilitación Neurológica de Extremadura. Se incluyeron 41 sujetos (edad media 64 años; 26 varones; 85% estudios primarios o inferiores) con ictus tipo TACI (76%) o PACI (24%), en su mayoría de localización izquierda (68%). La comorbilidad se estableció a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (versión abreviada) y el grado de funcionalidad al ingreso y a los tres meses de neurorehabilitación mediante la escala de Rankin modificada. Se calcula coeficiente de correlación mediante prueba no paramétrica de Kendall.

Resultados: Se observó relación positiva significativa entre el nivel de comorbilidad y el grado de funcionalidad alcanzado a los tres meses de rehabilitación especializada intensiva (W=0,636; Sig. <0,001), así como con la edad del paciente. No se encuentra relación significativa con el tipo, localización ni gravedad del ictus al ingreso, sexo, ni situación funcional al ingreso.

Conclusión: Una mayor comorbilidad se relaciona con una peor situación funcional precoz de la rehabilitación neurológica temprana e intensiva en pacientes con ictus isquémico tipo TACI o PACI.

ADRENOLEUCODISTROFIA, DOS VARIANTES CLINICAS DE PRESENTACIÓN INFRECUENTES EN UNA MISMA FAMILIA

Muñoz Claros, A. [1]; Ollero Ortiz, Á. [2]; Uribarri Sánchez, G. [3]; Sanchis Sanz, G. [2]; Ruiz Cantero, A. [2]; Ruz Zafra, A. [3]

1. Servicio de UGC Medicina Interna. Hospital de la Serrania de Ronda; 2. Servicio de Neurología. Hospital de la Serranía; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía

Objetivos: La adrenoleucodistrofia (ALD) es un trastorno de los peroxisomas celulares de la beta oxidación, de herencia ligada al cromosoma X (gen ABCD1). Provoca un acumulo de ácidos grasos de cadena muy larga (AGCML) en múltiples tejidos. Presentamos dos casos con diferente presentación clínica infrecuente de ADL en una misma familia.

Material y métodos: Varón de 31 años con antecedentes de alopecia areata que acude por debilidad y disestesias en miembros inferiores, mialgias, espasmo musculares, incontinencia urinaria e impotencia. En exploración hipotensión arterial, hiperpigmentación cutánea, paraparesia espástica simétrica con piramidalismo e hipoestesia de pies. Presenta un hermano con deterioro cognitivo-conductual desde la adolescencia y sospecha de leucodistrofia metacromática.

Resultados: El estudio analítico mostró insuficiencia renal leve, hiponatremia, hipotiroidismo, hipogonadismo con ACTH muy elevada. Autoinmunidad y serología negativas. RMN craneal y columna normal. El electroneurograma mostró polineuropatía sensitivo-motora leve. Tras sospechar adrenomieloneuropatía, detectamos AGCML elevados, confirmándose una mutación de la variante p.His283Arg en hemocigosis en el gen ABCD1. Tras tratamiento con hidrocortisona y neotomizol mejoría llamativa. Se observó la misma mutación en el hermano, confirmando la variante de adrenoleucodistrofia con afectación cerebral de presentación en adolescencia.

Conclusión: La ALD presenta varias expresiones fenotípicas que varían en edad de presentación y gravedad: Enfermedad de Addison aislada, ALD con afectación cerebral (CALD) con debut en la infancia (CCALD), adolescencia (AdolCALD) y adulto (AACALD), Adrenomieloneuropatía (AMN) en el adulto y mujeres con X-ALD asintomáticas. No existe una correlación genofenotípica y la progresión es imprevisible. No se conocen estrategias terapéuticas curativas. Existen controversias sobre la eficacia clínica del Aceite de Lorenzo.

SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Simarro Díaz, A.; Ostos Moliz, F.; Sánchez Tornero, M.; Blanco Palmero, V.A.; Calleja Castaño, P.; Herrero San Martín, A.O.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) es más frecuente en mujeres puérperas o migrañosas. La cefalea en trueno o "thunderclap" es el principal síntoma, asociado en ocasiones a déficits neurológicos focales en relación con edema cerebral, ictus o crisis epilépticas.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, migraña en la juventud y portadora de prótesis metálica aórtica anticoagulada con acenocumarol que ingresa por episodios repetidos de cefalea en trueno asociada a focalidad neurológica transitoria de topografía múltiple. Durante el ingreso se realiza estudio etiológico con TC normal y angioTC craneal que muestra arterias cerebrales arrosariadas a múltiples niveles. Ante la sospecha clínica de SVCR, se solicita arteriografía que evidencia múltiples estenosis segmentarias cortas a múltiples niveles. Con el objetivo de descartar vasculitis del SNC se amplía estudio au-

toinmunitario y mediante punción lumbar, ambos con resultados dentro de la normalidad. Se inicia tratamiento con nimodipino obteniendo gran mejoría clínica y tres meses después se repite nueva arteriografía sin evidencia de vasoespasmo, lo cual confirma el diagnóstico de SVCR.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de la cefalea en trueno incluye causas con gran morbimortalidad, como la hemorragia subaracnoidea o la disección arterial, por lo que es necesario una correcta evaluación ante la sospecha de un SVCR. Por otra parte, existe una evidencia creciente que sugiere un "continuum" entre el SVCR, la encefalopatía posterior reversible y la eclampsia en gestantes, siendo necesarios más estudios encaminados a aclarar la fisiopatología del cuadro.

Neurología General P3

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD COMO COMORBILIDAD DE OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

Costa Arpín, E.; Jiménez Martín, I.; García Sobrino, T.; Pardo Fernández, J.; Sesar Ignacio, Á.; Prieto González, J.M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos: El trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) es una patología muy prevalente en la infancia y adolescencia. Puede asociarse a otras enfermedades neurológicas dificultando el diagnóstico. Nuestro objetivo es describir 5 casos de TDAH cuyos síntomas enmascararon o fueron enmascarados por otras patologías neurológicas.

Material y métodos: Se describen 5 pacientes con TDAH como comorbilidad de otras enfermedades neurológicas.

Resultados: Presentamos 3 pacientes diagnosticados de TDAH con respuesta incompleta a tratamiento que fueron sometidos a un estudio neuropsicológico exhaustivo que detectó comorbilidades asociadas. 1. Mujer de 17 años. Se detectó un CI bajo (63), acalculia, desorientación derecha-izquierda, alteración de la función visuoespacial y de la denominación de los dedos. Diagnóstico: síndrome de Gerstmann. 2. Varón de 16 años con síndrome ansioso-depresivo y episodios de desconexión con automatismos. Presenta CI bajo (78) y una malformación mesial temporal bilateral. Diagnóstico: epilepsia mesial temporal. 3. Varón de 17 años con distrofia miotónica de Steinert. Presenta CI bajo (77) con alteración de la función visuoconstructiva y ejecutiva e hiperseñales en sustancia blanca frontal. Diagnóstico: deterioro cognitivo asociado a enfermedad de Steinert. Además, dos varones de 15 y 17 años con diagnóstico de síndrome de Asperger cumplían criterios diagnósticos para TDAH.

Conclusión: Es de gran importancia realizar un estudio neuropsicológico exhaustivo en pacientes con TDAH con el fin de detectar otras comorbilidades que puedan repercutir de forma negativa en el aprendizaje y la calidad de vida de los pacientes. En pacientes con trastorno del espectro autista se debe excluir un TDAH coexistente.

HIPERINTENSIDAD HIPOCAMPAL: ¿CRISIS O AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA (AGT)?

Bocos Portillo, J.; Escalza Cortina, I.; Ruisanchez Nieva, A.; Garcia-Moncó Carra, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos: Describir la hiperintensidad hipocampal (uni- o bilateral) en un paciente con AGT, otro con crisis, y otro con ambas. Misma imagen, diferente cuadro clínico.

Material y métodos: Caso 1: Mujer, 75 años, que ingresa por cuadro clínico compatible con AGT. Caso 2: Varón, 54 años, sin antecedentes de epilepsia, que ingresa por status de crisis focales (psíquicas/autonómicas) con generalización secundaria. Caso 3: Mujer, 71 años, insomnio en tratamiento con benzodiacepinas (BZD) hasta su suspensión brusca hace 3 días, que ingresa por cuadro de AGT, sufriendo posteriormente una crisis generalizada, probablemente por privación de BZD.

Resultados: Caso 1: TC craneal, punción lumbar, y EEG normales. RM cerebral (48h): foco puntiforme bilateral con restricción a la difusión en ambos hipocampos. Caso 2: EEG: foco irritativo generalizado. RM cerebral: dos focos puntiformes de restricción en hipocampo derecho. Caso 3: EEG: ritmos rápidos farmacológicos. RM: foco puntiforme con restricción en hipocampo izquierdo.

Conclusión: Los 3 pacientes descritos muestran un patrón de neuroimagen similar con restricción en secuencias de difusión en la región hipocampal, lo que podría sugerir mecanismos fisiopatológicos comunes entre las crisis y la AGT. Aunque estas imágenes son más sugestivas de AGT (aparecen a las 48 h), pueden solaparse con los fenómenos de postcrisis. La similitud de hallazgos en la neuroimagen en estas condiciones hace que el diagnóstico siga siendo clínico.

MIOPATÍA NECROTIZANTE AUTOINMUNE Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTE TOMADOR DE ESTATINAS

Risueño Aparicio, M. [1]; Usón Martín, M. [1]; Descals Moill, C. [1]; Juan Mas, A. [1]; Olivé Plana, M. [2]; Arbós Barber, C. [1]; Balsalobre Rodriguez, M. [1]; Espino Ibañez, A.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer; 2. Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La miopatía necrotizante, entidad incluida en el grupo de miopatías inflamatorias, representa un 19%. Cursa con debilidad muscular y elevación de Ck, asociándose a presencia de neoplasia, conectivopatías o ingesta de estatinas. Histopatológicamente caracterizada por presencia de necrosis y regeneración de fibras musculares, sin infiltrados inflamatorios. La presencia de manifestaciones extracutáneas en la psoriasis es poco frecuente, especialmente miopatías.

Material y métodos: Varón de 76 años. Artritis psoriásica de larga evolución (30 años) con terapia inmunosupresora y biológica (interrumpida hace 1 año). Tomador de estatinas desde hace 10 años, retiradas hace meses. Presenta debilidad proximal en extremidades superiores e inferiores de 2 meses de evolución.

Resultados: Los análisis mostraron elevación de Ck (seis veces niveles normales). Estudio autoinmune negativo. En electromiograma existía afectación miógena en extremidades de carácter inflamatorio con patrón mixto. Edema leve de músculos del compartimento anterior de extremidad inferior y atrofia de vasto, gemelo y glúteo se observaba en RNM. La biopsia mostró alteraciones sugestivas de miopatía necrotizante autoinmune. Se inició tratamiento con corticoides orales, con buena res-puesta.

Conclusión: La incidencia de miopatía en pacientes con psoriasis es 1,3/1000, incrementándose el riesgo si existe artritis psoriásica o exposición a terapia biológica. En nuestro paciente la toma de estatinas podría ser causa de la miopatía necrotizante, pero los síntomas se iniciaron cuando el paciente no recibía tratamiento y la respuesta a corticoides fue favorable. Pese a ser manifestación poco frecuente (no hemos encontrado ningún caso descrito en la literatura) hay que considerar su diagnóstico dado que un tratamiento precoz mejora el pronóstico.

ENFERMEDAD DE PAGET Y MIOPATÍA CON CUERPOS DE INCLUSIÓN…¿VALOSINOPATÍA?

Risueño Aparicio, M. [1]; Usón Martín, M. [1]; Montalá Reig, J.C. [1]; Juan Mas, A. [2]; Olivé Plana, M. [3]; Espino Ibañez, A.M. [1]; Balsalobre Rodriguez, M. [1]; Arbós Barber, C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer; 2. Servicio de Medicina. Hospital Son Llatzer; 3. Servicio de Anatomía patológica. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La asociación de enfermedad de Paget y miopatía por cuerpos de inclusión así como demencia frontotemporal, es producto de mutaciones en la VCP (valosin-containing-protein). Presentamos el caso de un paciente con debilidad de musculatura proximal y enfermedad de Paget (diagnóstico en 2004), sin demencia asociada.

Material y métodos: Varón de 60 años con debilidad en extremidades inferiores de 12 años de evolución. Antecedentes de enfermedad de Paget, diagnosticado mediante gammagrafía ósea y series radiológicas.

Resultados: Los análisis muestran elevación de Ck, con electromiograma patológico (hallazgos sugestivos de miopatía inflamatoria, con patrón de afectación mixto). En RNM se evidencia atrofia bilateral y simétrica en extremidades inferiores, en región proximal. Se confirma mediante biopsia el diagnostico de miopatía por cuerpos de inclusión. Clínicamente el paciente ha progresado

Conclusión: El diagnóstico de miopatía por cuerpos de inclusión (es llamativo asimismo la ausencia de afectación muscular a nivel de antebrazos aun tras más de diez años de evolución) en un paciente con enfermedad de Paget plantea la posibilidad de que se trate de una valosinopatía, aunque no presente síntomas de afectación cognitiva en la actualidad. Es recomendable realizar seguimiento neuropsicológico para determinar desarrollo de demencia frontotemporal.

ATAQUES DE CAÍDA CRIPTOGÉNICOS DE LA MUJER DE MEDIANA EDAD: "LA MALADIE DES GENOUX BLEUES"

Quesada López, M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Torres Alcázar, A.D. [1]; Martínez Díaz, M.D.P. [2]; Guzmán Martín, A. [3]; Cabello Rodríguez, L. [1]; López López, M. [1]; Dudekova, M. [4]; Garnés Sánchez, C.M. [5]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Villegas Martínez, I. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Giménez De Béjar, V. [1]; Kahn Mesia, E.I. [1]; Fortuna Alcaraz, M.L. [1]; Hernández Hortelano, E. [1]; Ortega Ortega, M.D. [1]; Fages Caravaca, E. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Unión; 3. Servicio de Neurología. Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust, Londres.; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 5. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Estudio descriptivo de derivaciones de Atención Primaria a una consulta de Neurología por caídas.

Material y métodos: Recogemos todas las derivaciones realizadas a una consulta de Neurología exclusivamente por caídas, sin causa mecánica ni aparente pérdida de consciencia, durante los años 1996-2016, obteniendo 20 casos.

Resultados: En nuestra serie encontramos una distribución por sexos de 1:9 (V:M), siendo la media de edad 66.1 años y el seguimiento medio 4.7 años. La frecuencia de caídas es 3.56 caídas/año, siendo la exploración completa normal en el 80%. En siete pacientes (35%) obtenemos un diagnóstico etiológico. Los restantes trece pacientes (65%), permanecen tras estudio completo sin objetivar causa aparente de estas caídas. De ellos, el 100% son mujeres, con media de edad 62.9 años y una frecuencia de caídas de 3.41 caídas/año, con exploración y pruebas complementarias normales en todos los casos, y con antecedentes de depresión en 6 pacientes (46.2%).

Conclusión: -Consideramos apropiado para estas trece pacientes el diagnóstico de "ataques de caída criptogénicos". Un ataque de caída se define como: caída sin previo aviso, no debida a disfunción de las piernas, ni inducida por cambio de postura o movimiento de cabeza, y no acompañada de vértigo u otra sensación cefálica. -Según nuestro conocimiento, solo hay una serie de 40 pacientes (1973) y 2 casos (2014) publicados en la literatura acerca de este tema. -El diagnóstico es de exclusión, considerando diagnósticos diferenciales: AIT, parkinsonismo, narcolepsia, crisis atónicas, insuficiencia vertebrobasilar, hipotiroidismo. -Se considera por lo general que tienen buen pronóstico, con tendencia a desaparecer con el tiempo.

DE SÍNDROME CLÍNICO AISLADO A SÍNDROME DE SUSAC, A PROPÓSITO DE UN CASO

Quesada López, M. [1]; Espinosa Oltra, T. [1]; Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Guzmán Martín, A. [2]; Martínez Díaz, M.D.P. [3]; Garrido Desdentado, B. [4]; Torres Alcázar, A.D. [1]; Hernández Hortelano, E. [1]; López López, M. [1]; Garnés Sánchez, C.M. [5]; Dudekova, M. [6]; Villegas Martínez, I. [1]; Tortosa Sánchez, T. [1]; Soria Torrecillas, J.J. [1]; Giménez De Béjar, V. [1]; Kahn Mesia, E.I. [1]; Fages Caravaca, E. [1]; Fortuna Alcaraz, M.L. [1]; Cabello Rodríguez, L. [1]; Ortega Ortega, M.D. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Neurología. Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust, Londres.; 3. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Unión; 4. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 5. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar

Objetivos: Comunicar caso de Síndrome de Susac (SS).

Material y métodos: Varón 36 años, seguido en Unidad EM por síndrome clínico aislado, por varios episodios vertiginosos, en tratamiento con Avonex. Consulta en Oftalmología por escotoma visual ojo derecho (OD), observándose en angiografía obstrucción arteriolar e hiperfluorescencia de pared arteriolar sectorial. Posteriormente, refiere tinnitus y pérdida de audición en oído derecho. Poco después, cuadro confusional con agitación psicomotriz. Ante estos síntomas, sospechamos SS, apoyando el diagnóstico con neuroimagen y otras pruebas. Instauramos tratamiento corticoideo más azatioprina, sustituyendo después esta por rituximab al presentar empeoramiento del déficit auditivo y síntomas sensitivos.

Resultados: -Analíticas: destacan FactorVIII 264%, FVW 194%. Autoinmunidad y serologías negativas. LCR proteínas 52, BOC negativas. -Ecocardiograma, Eco-doppler TSA-transcraneal-orbitario: normales -Angiografía OD: Oclusión rama temporal superior. Otra rama no ocluida presenta hiperfluorescencia de pared arterial sectorial. -Audiometría oído derecho: Mínima hipoacusia neurosensorial. -Angio-RM cerebral: Afectación del cuerpo calloso por lesiones desmielinizantes que no realzan tras contraste, asociando realce parcheado puntiforme leptomeníngeo.

Conclusión: -El SS es un síndrome poco común, solo con alrededor de 300 casos descritos en literatura según nuestro conocimiento, postulándose una patogenia autoinmune (25% de casos Ac anti-células endoteliales). -La tríada clínica característica es: encefalopatía, oclusiones de ramas arteriales retinianas e hipoacusia neurosensorial. -La RM es vital para el diagnóstico, siendo hallazgos característicos la afectación central del cuerpo calloso y cápsula interna, así como realce leptomeníngeo. -No hay tratamiento consensuado en la literatura. Se utiliza AAS en todos los

casos, además de inmunoterapia (corticoides más inmunosupresores), que si es precoz y agresiva mejora el pronóstico.

NEUROCISTICERCOSIS SUBARACNOIDEA. EVOLUCIÓN DE UN CASO TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Ruiz Molina, A.; Sabin Muñoz, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Descripción evolutiva clínico-radiológica de un caso de neurocisticercosis subaranoidea a lo largo de 4 años de seguimiento, llamando la atención sobre lo tórpido y variable de la evolución en esta entidad.

Material y métodos: Mujer de 51 años, consulta en febrero 2012 por cefalea crónica diaria con mala respuesta a múltiples tratamientos. En TAC y RM: lesión hipodensa extraaxial sugestiva de quiste aracnoideo gigante (6.7 x 6.4 x 3,3 cm) fronto-temporal derecho, con leve efecto de masa y calcificación yuxtacortical frontal izda. Se realiza nuevo TAC en junio 2013, observando reducción significativa espontánea en el tamaño del quiste y calcificación en su pared posterior. Pocos meses después comienza con crisis parciales simples motoras de origen frontal izdo. Una nueva RM muestra signos de meningitis basal, leve dilatación del sistema ventricular y un infarto talámico derecho crónico. Se realiza amplio estudio incluyendo LCR y se diagnostica de neurocisticercosis subaracnoidea.

Resultados: Se inicia primer ciclo de tratamiento con albendazol y prednisona en mayo 2014. En julio presenta un cuadro de hidrocefalia aguda que se resuelva tras implantación de válvula de drenaje ventrículoperitoneal, nueva pauta de prednisona oral y ciclo de praziquantel. Se añade metotrexato por efectos secundarios de prednisona. En mayo 2015 presenta episodio de meningitis aguda con eosinofilia y PCR posita a Tenia Solium en LCR. Se instaura nuevo ciclo de albendazol y praziquantel, sin presentar nuevas complicaciones. Persisten ocasionales crisis parciales simples motoras con afectación del MID

Conclusión: La forma subaracnoidea de la neurocisticercosis es una entidad de difícil tratamiento con frecuentes recaídas y complicaciones.

SÍNDROME PANCEREBELOSO EN PACIENTE CON CARCINOMA CROMÓFOBO RENAL

Uriarte Pérez de Urabayen, D.; Ostos Moliz, F.; Rodríguez López, C.; Méndez Guerrero, A.J.; Garzo Caldas, N.; Panadés Oliveira, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Al cáncer renal se le atribuyen 1 de cada 10 síndromes neurológicos paraneoplásicos. Presentamos el caso de una paciente con un carcinoma cromófobo que desarrolló un síndrome pancerebeloso, descartándose otras posibles causas del mismo durante su ingreso.

Material y métodos: Descripción de caso clínico.

Resultados: Mujer de 55 años con antecedentes de hipertensión e insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis que ingresa en UCI por cuadro de shock séptico de origen indeterminado, encontrándose en una tomografía computarizada abdominal realizada a tal respecto, una masa sólida renal. Una vez resuelto el cuadro infeccioso y; al explorar a la paciente, se evidencia un síndrome pancerebeloso florido (ataxia truncal, dismetría apendicular y habla escándida). En la resonancia magnética cerebral se observa atrofia cerebelosa sin alteraciones de señal y la citobioquímica de LCR resulta normal; no disponiendo de resultado de anticuerpos onconeuronales por ruptura de cadena de custodia en el envío de la muestra. Se extirpa masa renal mediante nefrectomía parcial con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma cromófobo renal (pT1b). Tras ello, la sintomatología cerebelosa mejora, permaneciendo la paciente estable.

Conclusión: El síndrome pancerebeloso paraneoplásico representa aproximadamente una quinta parte de los síndromes neurológicos paraneoplásicos. Se asocia con más frecuencia a cáncer microcítico de pulmón, tumores ginecológicos y linfoma. La asociación a cáncer renal es conocida, aunque excepcional.

SÍNDROME LACUNAR, ¿Y SI NO ES UN ICTUS LACUNAR?

González Pérez, A.; Alonso Pérez, J.; Gutiérrez Naranjo, J.; Henao Ramírez, J.M.; Morales Hernández, C.; Mota Balibrea, V.; Hernández Tost, H.; Rodríguez Álvarez-Cienfuegos, J.

Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria

Objetivos: Analizar y describir el porcentaje de pacientes que ingresan con clínica compatible con un síndrome lacunar, que al alta corresponden con un ictus lacunar, así como el resto de pacientes en los que la causa del síndrome lacunar no fue motivado por un infarto lacunar

Material y métodos: Estudio restrospectivo de pacientes ingresados entre los años 2013 y 2015 con diagnóstico de ingreso compatible con síndrome lacunar.

Resultados: Clásicamente se describen cinco síndromes lacunares: hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome disartria-mano torpe, paresia crural con hemiataxia ipsolateral y síndrome sensitivo-motor. Es conocido el hecho de que los términos síndrome lacunar e infarto lacunar no son sinónimos, correspondiendo al menos en 1 de cada 5 casos etiquetados como síndrome lacunar a otra etiología distinta a la de ictus lacunar. Se obtuvieron un total de 118 pacientes (74 varones y 43 mujeres), con una edad comprendida entre 44 y 88 años. La mayoría fue dado de alta con diagnóstico de ictus lacunar, correspondiendo el resto de los pacientes a ictus de otra topografía, migraña con aura, entre otras.

Conclusión: Los términos síndrome lacunar e ictus lacunar no son equivalentes, si bien en la mayoría de los pacientes ingresados con clínica sugestiva de infarto lacunar se confirma la hipótesis inicial, es necesario realizar una exhaustiva anamnesis y una exploración física concisa para precisar la topografía de la lesión.

SÍNDROME DE CONO MEDULAR DE ETIOLOGÍA INHABITUAL

Muñiz Castrillo, S. [1]; Ballesteros Plaza, L. [1]; Blanco Cabellos, J.A. [2]; Manzano Palomo, S. [1]; De la Morena Vicente, M.A. [1]; Martín García, H. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Cristina; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Infanta Cristina

Objetivos: La afectación aislada del cono medular es infrecuente, suponiendo menos del 0,1% de las lesiones medulares. Alrededor del 80% de los casos son provocados por fracturas vertebrales, hernias discales o traumatismos. Sólo un 7% son lesiones isquémicas.

Material y métodos: Presentamos un caso de infarto aislado de cono medular.

Resultados: Mujer de 71 años sin factores de riesgo vascular, intervenida de estenosis de canal lumbar en 2013. Presenta cuadro brusco de hipoestesia y debilidad en extremidades inferiores, predominio izquierdo, que progresa en 1 hora. Explorada en urgencias presenta paraparesia, anestesia tactoalgésica en silla de montar, apalestesia, arreflexia aquílea bilateral y rotuliana izquierda, reflejo cutáneo-plantar indiferente, dolor urente y retención urinaria. Se diagnostica síndrome de cono medular y se

solicita RM lumbar urgente, en la que se intuye lesión hiperintensa en secuencias T2 a nivel del cono. Una RM 3 días después confirma la existencia de un infarto. Se realiza estudio vascular y seroinmunológico completo, normal, y punción lumbar con leve hiperproteinorraquia.

Conclusión: Se estima que los infartos medulares suponen el 1% de los ictus y el 5% de las mielopatías agudas. El principal factor de riesgo es la hipertensión arterial y la causa más frecuente es la cirugía aórtica; sin embargo hasta 2/3 de los pacientes carecen de factores de riesgo y la etiología es desconocida en un 50-74%. La localización más frecuente es torácica baja, pero están descritos infartos aislados del cono. La forma de instauración y la exploración serán fundamentales para el diagnóstico, puesto que la RM inicial puede ser normal o inespecífica.

Neurología General P4

LESIÓN TALÁMICA BILATERAL DE ORIGEN DESMIELINIZANTE: ¿ES POSIBLE?

Díaz Díaz, A. [1]; Muñoz García, A. [2]; Blázquez Medina, E. [3]; Hervás García, M. [1]; Pinar Sedeño, G. [1]; García Rodriguez, J.R. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 3. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

Objetivos: Las lesiones talámicas de origen desmielinizante son raras, describiéndose principalmente en contexto de encefalomielitis aguda diseminada. De forma excepcional han sido descritas en pacientes con esclerosis múltiple (EM) de larga evolución. Describimos un caso de lesión talámica bilateral en paciente con diagnóstico de EM.

Material y métodos: Varón de 26 años estudiante de economía, con antecedentes de angioedema crónico idiopático, déficit de factor XII de la coagulación y diagnóstico de esclerosis múltiple en tratamiento con interferón beta 1a intramuscular. Ingresa por cuadro progresivo de 10 días de evolución que define como: "bloqueo mental, "estoy, pero no estoy" en el que no recuerda bien algunas cosas realizadas. La exploración mostró bradipsíquia leve, fluctuaciones atencionales, reducción de la fluencia verbal y alteración de memoria de fijación. La RMN cerebral objetiva nuevas lesiones hiperintensas en secuencia T2 y Flair en ambos tálamos en región paramedial, con muy discreta hiperintensidad en secuencia de difusión e isodensidad en mapa de ADC. El estudio de causa vascular, metabólica, infecciosa, enfermedad del tejido conectivo y autoinmunidad no mostró alteraciones. Tras tratamiento corticoideo evoluciona favorablemente hasta remitir de forma completa. Una RMN de control 3 meses después no mostró afectación talámica.

Resultados: Las lesiones talámicas desmielinizantes son excepcionales. En este caso consideramos como etiología más probable el origen inflamatorio en contexto de EM pues no se objetivó otra causa, el paciente evolucionó favorablemente tras corticoterapia y en la RMN de control no se objetivaron las lesiones.

Conclusión: Las lesiones talámicas de origen desmielinizante son excepcionales pero deben ser consideradas en pacientes con EM.

TEMBLOR DE HOLMES DE LOCALIZACIÓN PONTINA: ¿ES POSIBLE?

Díaz Díaz, A. [1]; Arbelo González, J.M. [1]; Muñoz García, A. [2]; Malo de Molina Zamora, R. [1]; Martín Santana, I. [1]; Pinar Sedeño, G. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Objetivos: El temblor de Holmes (TH) se caracteriza por ser un temblor de reposo de baja frecuencia que se acentúa con la postura y el movimiento. Causado principalmente por lesiones localizadas en tálamo, mesencéfalo y cerebelo, sus principales etiologías son: accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, traumatismo, malformación vascular, tumoral y esclerosis múltiple. Describimos un caso de etiología y localización excepcional.

Material y métodos: Mujer de 42 años que refiere temblor en la mano derecha desde la infancia. En su inicio relacionado con la escritura, a partir de los 18 años se hace más evidente siendo totalmente incapaz de sostener objetos con dicha mano. La exploración objetiva temblor en miembro superior derecho de predominio distal, de baja frecuencia, que se aprecia en reposo y se exacerba con la postura y en menor medida con la intención. Asocia leve postura distónica distal y ocasional de antebrazo. La RMN cerebral mostró lesión nodular de aspecto quísitico de 7mm de diámetro localizada en región medial y superior de protuberancia.

Resultados: Los hallazgos clínicos y de neuroimagen sugieren interrupción de las vía nigroestriatal y cerebelo-tálamo-cortical o dentado-rubro-olivar como mecanismo subyacente al TH. La literatura sólo reporta un caso secundario a lesión única pontina en relación a ictus hemorrágico. Se propone como mecanismo patológico la lesión únicamente de la vía dentado-rubro-olivar.

Conclusión: Es discutible si el daño de la vía nigroestriatal es crucial para el desarrollo de TH. Este caso propone la hipótesis alternativa de que el temblor de Holmes representa un espectro heterogéneo de temblores con similar fenomenología pero diferente fisiopatología.

MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 5 PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD DE CUENCA

Vicente Rodrigo, J.A. [1]; Gómez Moreno, I. [2]; Gómez Romero, L. [2]; Cuerda Clares, M.T. [1]; Ramírez Luna, J.C. [1]; Trapero Iglesias, N. [1]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Neurología. Raigmore Hospital

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, analíticos, neurorradiológicos y microbiológicos de pacientes diagnosticados de meningitis por Listeria Monocytogenes (LM) registrados en el hospital Virgen de la Luz de Cuenca desde 2003 hasta 2015.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 5 pacientes diagnosticados de listeriosis del SNC mediante criterios clínicos y cultivos microbiológicos positivos en sangre y/o LCR

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes. Edad media 76 años (rango 49-85). 3 fueron mujeres. 2 pacientes estaban inmunodeprimidos (patología tumoral). Síntomas iniciales: fiebre en los 5 casos, en 3 de ellos síndrome confusional. 2 presentaron componente encefalítico (afasia). Tiempo hasta la admisión: 2 días. Duración media del ingreso: 20 días (rango 14-24). 4 de los pacientes presentaron leucocitosis con marcada neutrofilia. La neuroimagen fue normal en todos. El estudio de LCR mostró en todos pleocitosis (rango 417-2200), 3 con predominio mononuclear. Se detectó hipoglucorraquia en 2 pacientes. Todos presentaron hiperproteinorraquia (rango 268-364 mgrs/dl). El lactato se elevó en todos (rango 53-151mgrs/dl). Todos presentaron hemocultivos positivos a LM y en 2 pacientes se cultivó en LCR. En un paciente se administró terapia empírica inicial con ampicilina, en el resto se inició el tratamiento tras resultados microbiológicos. 3 de los pacientes presentaron crisis comiciales durante la evolución. 2 pa-

cientes siguieron tratamiento con corticoides. 3 pacientes evolucionaron favorablemente, 2 fallecieron por sepsis y fallo multiorgánico.

Conclusión: En nuestro medio la meningitis por LM predomina en ancianos, inmunodeprimidos y mujeres. La clínica es inespecífica y larvada: fiebre y cuadro confusional. Los hemocultivos presentaron alta rentabilidad diagnóstica. Posiblemente sea una entidad infradiagnosticada, siendo tardíamente tratada.

GOMA SIFILÍTICO: UN GRAN IMITADOR DE TUMORES CEREBRALES

Carrera Sánchez, I.; Jara Montero, C.; Cuartero, E.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme

Objetivos: Presentar un caso de goma sifilítico intracerebral, una expresión clásica de la sífilis terciaria que se ha convertido en una rareza en la era postantibiótica.

Material y métodos: Paciente 33 años entre cuyos antecedentes destacan infección VIH A1 en tratamiento TARGA y sífilis secundaria hace un año tratada correctamente y con negativización de la serología en suero. Consulta en la actualidad por cefalea de una semana de evolución, de localización retroocular derecha, que se acompañada de intenso lagrimeo y rinorrea ipsilateral. La exploración neurológica es completamente normal.

Resultados: Se solicita RMN craneal apreciándose dos lesiones focales situadas en la convexidad frontal derecha y parietal izquierda, de captación heterogénea de contraste y con una amplia zona de contacto con las meninges. Ante la presencia de LOEs bihemisféricas con implante meníngeo, se plantea el diagnóstico diferencial entre lesiones primarias o metástasis de primario desconocido, realizando un amplio estudio que incluyó, entre otras pruebas, TAC toracoabdominal y serología LUES y VIH en LCR, sin encontrar patología subyacente. Dada la dificultad del diagnóstico etiológico, se opta por biopsia excisional de la lesión frontal donde se confirman anatomopatológicamente gomas sifilíticos. Posteriormente el paciente presentó como complicación crisis focales que se han controlado adecuadamente en monoterapia. Tras ciclo de antibioterapia intravenosa se encuentra asintomático y se ha observado la desaparición radiológica de la lesión no extirpada.

Conclusión: Creemos aportar con este caso la necesidad de incluir al goma sifilítico en el diagnóstico diferencial de la LOE cerebral, especialmente en pacientes VIH positivo, aún con serología luética negativa.

MENINGIOMA PRIMARIO DE LA VAINA DEL NERVIO ÓPTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carera Sánchez, I. [1]; Jara Montero, C. [1]; Castela, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme; 2. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme

Objetivos: Presentamos un caso de Meningioma de la vaina del nervio óptico (ONSM), un raro tumor que supone el 1% de los meningiomas.

Material y métodos: Paciente de 39 años que acude a consulta por presentar desde hace un año, episodios transitorios de oscurecimiento visual en ojo derecho que relaciona con cambios posturales, asociándose posteriormente visión borrosa periférica en ese ojo de curso progresivo en meses. En la exploración se observa una papila derecha de límites imprecisos y la campimetría delata una disminución del campo visual externo de OD; La agudeza visual (AV) y el resto de la exploración es normal.

Resultados: Solicitamos RMN craneal que muestra engrosamiento fusiforme de la vaina del nervio óptico derecho de hasta 6.6 mm de grosor en su cuadrante superoexterno y 21mm de longitud en su porción intraorbitaria, con hipercaptación de la vaina hasta el foramen y la región prequiasmática intracraneal. El resto del estudio, incluyendo análisis de LCR ampliado con citometría de flujo, resulta normal. Los hallazgos clínico-radiológicos son sugestivos de ONSM. Dada la preservación de la visión macular, optamos por una actitud conservadora con campimetrías seriadas frente al intervencionismo con radioterapia o cirugía.

Conclusión: Nuestro caso se presenta de forma típica, siendo difícilmente distinguible clínicamente de otras patologías del nervio óptico. Por lo tanto su interés reside en las características propias de la neuroimagen y en la dificultad de la decisión terapéutica en una entidad de escasa prevalencia y sin un consenso definido de actuación, sobretodo en pacientes que aún no ha presentado un déficit visual grave.

APORTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON LACOSAMIDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

Caldú Agud, R.; Garayoa Irigoyen, V.; González Sánchez, M.; Gros Bañeres, B.; Bertol Alegre, V.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Lacosamida (LCS) es un fármaco antiepiléptico (FAE) ampliamente utilizado en la práctica clínica como terapia añadida en pacientes >16 años con epilepsia focal. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de LCS en pacientes con epilepsia focal farmacorresistente.

Material y métodos: Incluimos 85 pacientes tratados con LCS hasta diciembre de 2015 o retirada. Realizamos análisis mediante Chi-cuadrado, comparación de medianas y regresión logística utilizando SPSS. Valoramos la mejoría en frecuencia de crisis tras tratamiento con LCS en relación a variables independientes, tasa de retención y efectos adversos.

Resultados: Han sido 53 mujeres y 32 hombres con una mediana de edad de inicio de tratamiento con LCS de 40 años (15-72). El 64,7% sin factores de riesgo para epilepsia. En 52.9% había generalización secundaria. Sin hallazgos en neuroimagen en el 67.1% y EEG anormal en 78.8% (focal 55.3%). El 44,7% presentó una mejoría > 50% en la frecuencia de crisis, 11,8% libre de crisis. 11 pacientes presentaron algún efecto adverso, siendo el mareo el más frecuente. Tasa de retención: 61.2% (falta de eficacia:25.9%, no eficaz y no tolerado 9.4%, eficaz y no tolerado: 3.5%). No encontramos diferencia significativa al relacionar ninguna variable con la mejoría, salvo si LCS fue el primer FAE añadido o no ($p<0,0001$): mayor porcentaje de pacientes sin crisis en los casos que LCS fue el primer FAE añadido.

Conclusión: LCS supone un fármaco con escasos efectos adversos que consigue una reducción importante en la frecuencia de crisis en combinación con otros FAEs, mejor incluso, si es el primero en ser añadido.

PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA IDIOPÁTICA ESPINAL

Caldú Agud, R. [1]; Fernández Sanz, A. [1]; Aladren Sangros, J.Á. [1]; Rivero Celada, D. [2]; Alarcia Alejos, R. [1]; Ara, J.R. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: La paquimeningitis hipertrófica idiopática espinal (PEHI) es una enfermedad poco habitual caracterizada por inflamación crónica y fibrosis de la duramadre de etiología descono-

cida. Cursa con alteraciones neurológicas progresivas por compresión de estructuras vecinas.

Material y métodos: Varón de 46 años, con antecedentes de enolismo y tabaquismo. Presenta dolor lumbar, debilidad progresiva en extremidades inferiores y síndrome constitucional de 6 meses de evolución. No trastorno esfinteriano. A la exploración destaca paraparesia (balance muscular 4/5) con hiperreflexia y clonus agotable de extremidades inferiores. Fuerza en extremidades superiores conservada. Sensibilidad normal. Babinski izquierdo.

Resultados: En TAC tóraco-abdominal se objetiva masa epidural posterolateral, desde D10 a L2, que produce disminución del canal raquídeo y obliteración de espacios foraminales. Informado como posible infiltración mestastásica carcinomatosa versus linfoma o plasmocitoma. En resonancia se confirma la lesión orientada hacia linfoma epidural. En la anatomía patológica (AP), obtenida mediante biopsia, se observa infiltrado polimorfo consituido por linfocitos B y linfocitos T, sin evidencia de malignidad y sin cumplir criterios específicos de síndrome IgG4. Con el diagnóstico de paquimeningitis hipertrófica idiopática, se inicia tratamiento con metilprednisolona 1g/día durante 5 días, con respuesta clínica favorable. En resonancia magnética de control a los 3 meses, resolución casi completa de la masa epidural.

Conclusión: A pesar de que las pruebas de imagen orientaban hacia un proceso tumoral, la AP confirmó el diagnóstico de PEHI, siendo éste de exclusión, habiéndose descartado procesos infecciosos, autoinmunes o neoplásicos subyacentes, así como la enfermedad relacionada con IgG4. Consideramos de interés el caso por su escasa prevalencia en la práctica clínica habitual.

MIELINÓLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA SECUNDARIA A POTOMANÍA

Caldú Agud, R.; Rodríguez Gascón, D.; González Sánchez, M.; Garayoa Irigoyen, V.; Alarcia Alejos, R.; Bertol Alegre, V.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: La mielinólisis pontina y extrapontina (MPyE), es una alteración neurológica infrecuente. La etiología más común es un cambio rápido y brusco de los niveles plasmáticos de sodio. Se produce destrucción simétrica de las vainas de mielina de la protuberancia (mielinólisis pontina) y, ocasionalmente, de otras regiones cerebrales, como los ganglios de la base (mielinólisis extrapontina).

Material y métodos: Varón de 60 años, con antecedentes de esquizofrenia paranoide, potomanía, hipertensión arterial, y enolismo crónico, en tratamiento con haloperidol, quetiapina, clomipramina e hidroclorotiazida. Consulta por somnolencia y vómitos. En Urgencias se objetiva hiponatremia severa (105 mEq/l) por lo que se inicia reposición con CLNa 3%. A los pocos días, empeora con disminución del nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria, requiriendo intubación orotraqueal. Tras extubación presenta tetraparesia, disfagia y mioclonías generalizadas.

Resultados: En analítica a las 48h destaca natremia de 138 mEq/l. En resonancia magnética cerebral se objetiva alteración de señal difusa en protuberancia con edema y afectación simétrica de los ganglios de la base: núcleo caudado, putamen y globo pálido.

Conclusión: La evolución del paciente fue favorable, siendo capaz de deambular con apoyo al alta. La MpyE se debió posiblemente a la reposición de sodio excesivamente rápida. En la fisiopatología de la hiponatremia severa, además de la potomanía, pudieron influir los fármacos (diuréticos tiazídicos, neurolépticos y antidepresivos tricíclicos) así como la esquizofrenia paranoide y los vómitos. Consideramos de interés el caso por la gravedad del cuadro y la importancia de la monitorización periódica de la natremia en estos pacientes y vigilar los posibles efectos secundarios farmacológicos.

SINDROME DE SMART

Rodriguez Belli, A.O.; Padilla Parrado, F.; Quiles Lopez, J.F.; Romero Acebal, M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: Descripción de un caso clínico con antecedentes, historia clínica, examen físico, estudios complementarios, y respuesta al tratamiento, compatible con síndrome de SMART

Material y métodos: Paciente de 70 años, con antecedente de tumor cerebral tratado con cirugía y radioterapia hace 20 años, sin secuelas y sin complicaciones, presentándose con historia de cefalea hemicraneal izq, desorientado en tiempo y espacio, progresivo de 5 días de evolución, al examen neurológico encontramos además, alexia y disgrafia, hemianopsia homónima derecha. Se realizo ECA, onconeuronales, marcadores tumorales, inmunoglobulinas, serologia, complemento, autoinmunidad, RMN de cráneo, punción lumbar: conteo celular, AP y serología, EEG, TAC tórax y abdomen.

Resultados: ECA, onconeuronales, marcadores tumorales, inmunoglobulinas, serologia, complemento: Todos negativos. Autoinmunidad negativa. RMN de cráneo: Tras la administración de contraste hay intenso realce giral cortical en el lóbulo temporal izquierdo. Punción lumbar: conteo celular, AP y serología todo anodino. EEG: Afectación cerebral hemisférica izquierda de grado leve-moderado TAC tórax y abdomen: Sin hallazgos RMN de cráneo tras tratamiento empírico con corticoides: No se objetiva realce giral tras la administración de contraste. Mejoría progresiva hasta la desaparición de los signos y síntomas.

Conclusión: El síndrome de SMART fue publicado en 1995, con 42 casos descritos hasta el día de hoy, hay una serie de criterios que ayudan al diagnóstico, y ya se ofrece opciones para el tratamiento, que son accesibles, con pocos efectos secundarios y con un curso benigno, pero hay que destacar que su diagnóstico diferencial posee una lista de enfermedades no tan benignas, con técnicas diagnósticas invasivas y con tratamientos no tan inocuos.

INGRESOS HOSPITALARIOS EN NEUROLOGÍA POR EFECTOS ADVERSOS DE FÁRMACOS

Puiggrós Rubiol, E.; Franquet Gómez, E.; Hernández Regadera, J.J.; Moral Pijaume, A.

Servicio de Neurología. Hospital Residència Sant Camil - Consorci Sanitari del Garraf

Objetivos: Determinar la frecuencia de ingresos en neurología derivados del uso (adecuado o inadecuado) de medicamentos, así como describir los diferentes síndromes neurológicos resultantes, y los fármacos más frecuentemente involucrados.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los ingresos en Neurología entre marzo 2011 y abril 2016 (5 años).

Resultados: De un total de 2199 ingresos, 32 (1,45%) fueron atribuidos a efecto de fármacos. Dichos pacientes tenían una edad media de 70,7 años y en promedio recibían otros 5,8 fármacos. 23(71,8%) tenían algún antecedente neurológico/psiquiátrico y 6(18,7%) insuficiencia renal. Los fármacos implicados fueron antiepilépticos en 8 casos(25%), opioides en 7(21,8%), benzodiacepinas en 5(15,6%), neurolépticos en 3(9,3%), acenocumarol en 3(9,3%), digoxina en 2(6.25%) y otros. Los síntomas NRL observados fueron: alteración de conciencia en 16(50%) trastornos del equilibrio/marcha/habla en 5(15,63%), del movimiento en 5(15%) y otros. En 8(25%) se constató administración errónea por parte del paciente/cuidador, 3(9,3%) error de prescripción, 21(65.6%) debido a efectos secundarios. 17(53,1%) fueron considerados evitables. No se identificó la causa tóxica desde urgencias en 24(75%), lo que motivó la práctica de diversas exploraciones complementarias: TC en 28(87,5%), PL en 2(6,25%), EEG en 1(3,125%), RM en 3 (9,375%). Los pacientes estuvieron ingresados una media de 5,65días(1-21). La mayoría (26 casos-81,25%)

regresaron a domicilio. 4(12,5%) requirieron ingreso sociosanitario y 2(6,25%) fueron éxitus.

Conclusión: Los ingresos derivados de toxicidad por fármacos no son despreciables en un servicio de neurología general. Una población cada vez mayor y más politratada exige un mayor control de las prescripciones, así como la sospecha de causa farmacológica ante síntomas inespecíficos.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ DE ETIOLOGÍA PARANEOPLÁSICA

Martinez Ramos, J.C. [1]; Fernandez Dominguez, J. [2]; Molla Insa, B. [1]; Garcia Rodriguez, R. [2]; Mateos Marcos, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Denia; 2. Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias

Objetivos: Introducción Los anticuerpos anti HU son considerados un marcador de neuronopatia sensitiva subaguda (NSS) de etiología paraneoplasica, se asocian principalmente con carcinoma pulmonar de células pequeñas pero pueden asociarse a otros tipos de tumores y en algunos casos el diagnostico de malignidad se confirma varios meses después.

Material y métodos: Paciente de 77 años exfumadora de 1 paquete/día, sin factores de riesgo vascular. Ingresada por cuadro de debilidad en MMII e hipoestesia distal que condiciona inestabilidad para la marcha de 4 semanas de evolución, acompañado de episodios presincopales. Una semana antes del ingreso presentó una ITU. A la exploración: leve tetraparesia distal mayor en MMII, de predominio derecho con abolición universal de ROTs. Hipopalestesia mayor en MID con ataxia sensitiva en MMII y marcha atáxica con doble apoyo. No nivel sensitivo.

Resultados: Hemograma, Bioquímica, VitB12 y proteinograma normales. LCR: disociación albúmino-citológica. Serologías: Lyme, CMV, VVZ, echovirus negativos. C-anca, P-anca, anti ro, anti la, antigangliosidos negativos. Anti HU positivos en sangre y LCR. EMG: polineuropatiasensitiva axonal leve. PESS: compromiso severo de la viasomatosensorial. RM cráneo-medular: normal. TC toraco-abdomino-pélvico y PET-TC normales. Evolución: Ante la sospecha de AIDP (antecedente infeccioso, arreflexia y disociación albuminocitologica) se pautan 2 ciclos de IGIV sin mejoría, precisando monitorización por episodios de disautononia, como complicaciones presenta hiponatremia e ITU. Finalmente se diagnostica de NSS paraneoplásica de primario desconocido con sospecha de neoplasia de pulmón.

Conclusión: Debemos considerar la NSS en el diagnóstico diferencial de los pacientes con sospecha clínica de AIDP con datos y evolución atípicos

Neurología General P5

STATUS NO CONVULSIVO REFRACTARIO SECUNDARIO A ENCEFALITIS LIMBICA POR ANTICUERPOS GAD

Florez Pico, S.M. [1]; Fañez Kertelj, M. [1]; Perez Piñeiro, A. [1]; Sanchez Lozano, P. [1]; Asensi Álvarez, J.M. [1]; Díaz González, M. [1]; Casado Menèndez, I. [1]; Temprano Fernandez, M.T. [1]; Solar Sànchez, D.M. [1]; Gutierrez Trueba, M.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Cabueñes

Objetivos: En los últimos años, ha habido un creciente interés en el papel potencial de los Ac-antiGAD en la patogénesis de la epilepsia, se han descrito en algunos pacientes con epilepsias del lóbulo temporal consistentes en encefalitis límbica con un espectro muy heterógeo de síntomas: déficit mnésicos, status convulsivos y trastornos psiquiátricos como en el caso de nuestra paciente.

Material y métodos: Mujer de 78 años ingresada con clínica de 2 meses de evolución de alteraciones del comportamiento, trastorno de lenguaje, negativismo, hipertonía cérea en las 4 extremidades con algunos movimientos estereotipados y mioclonias. Esta clínica mejoraba parcialmente al cabo de semanas posterior a tratamiento con corticoides e Inmunoglobulinas. Requirió en el lapso de 2 años 4 ingresos prolongados por clínica similar con EEG patológico, atribuyendo a status no convulsivo a con múltiples tratamiento FAEs con mala respuesta. Se evidencian en el último ingreso niveles elevados de Ac- AntiGAD iniciandose ciclofosfamida con buena respuesta sin precisar nuevos ingresos en los dos últimos años.

Resultados: Análisis en sangre: excepto Ac-antiGAD muy elevados LCR normal BodyPET normal RMN cerebral: hiperintensidad de surcos corticales temporoparietal izqdo con restricción en las secuencias de difusión, con desaparición en control a los 2 meses EEG: punta onda en región temporo-central hemisférica izquierda

Conclusión: El reconocimiento de la encefalitis asociada a Ac-antiGAD es importante ya que existen tratamientos en etapas precoces muy eficacez. La Desaparición de los hallazgos clínicos y seroconversion después de la inmunoterapia nos sugiere que los Ac-antiGAD podría estar implicado en la patogénesis de la clinica del paciente.

PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA BILATERAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE LA NEURALGIA AMIOTRÓFICA (NA)

Florez Pico, S.M. [1]; Fañez Kertelj, M. [1]; Perez Piñeiro, A. [1]; Asensi Álvarez, J.M. [1]; Suaréz Moro, R. [1]; Solar Sànchez, D.M. [1]; Garcia Marrón, M. [2]; Rodriguez Rodriguez, M.C. [1]; Gutierrez Trueba, M.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neumología. Hospital de Cabueñes; 3. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Cabueñes

Objetivos: Presentación de un caso y revisión bibliográfica.

Material y métodos: Paciente de 43 años sin antecedentes, que presenta dolor cervical bilateral intenso que irradiaba a ambos brazos y no cedía con analgésicos. 15 días más tarde, comienza a sufrir disnea progresiva, con hipoxemia constatada, que empeora con el decúbito supino y con el ejercicio. Exploración: disminución de ruidos respiratorios en campos superiores. No paresias, atrofias, fasciculaciones ni trastornos sensitivos. Inicialmente requirió ventilación mecánica. Después de 2 años presentó una mejoría significativa. Actualmente solo requiere BiPAP para el inicio del sueño, mejorando los parámetros de pruebas pulmonares.

Resultados: Analitica general: normal incluyendo serologías TAC y AngioTAC pulmonar normal, Espirometria: disminución de 38% de la FCV cuando se pasa de la posición de sentado a decúbito supino. RMN cervical: normal EMG: No se observan signos denervativos en los musculos de ambos miembros superiores. Actividad muscular en hemidiafragma derecho durante la espiración con silencio bilateral en la inspiración

Conclusión: La Neuralgia Amiotrófica es una neuropatía aguda inflamatoria idiopática que afecta al plexo braquial uni o bilateralmente. En ocasiones se puede afectar el nervio frénico. La parálisis diafragma bilateral es muy infrecuente, y sin afectación de otras áreas musculares es excepcional. Cuando se paralizan ambos frénicos se pierde el signo de la balanza durante la radioscopia lo que dificulta el diagnóstico. La sospecha diagnóstica se basa en la presencia de un dolor neuropático cérvico-braquial agudo bilateral y la parálisis diafragmática bilateral inexplicable por otras causas. El pronóstico suele ser bueno aunque lento, pudiendo tardar en recuperarse completamente 3 años.

DEBUT DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ) SIMULANDO UNA DEGENERACIÓN CORTICO-BASAL. CORRELATO RADIOLÓGICO

Florez Pico, S.M. [1]; Fañez Kertelj, M. [1]; Perez Piñeiro, A. [1]; Asensi Álvarez, J.M. [1]; González Rodriguez, C. [1]; Suaréz Moro, R. [1]; Temprano Fernandez, M.T. [1]; Solar Sànchez, D.M. [1]; Gutierrez Trueba, M.A. [2]; Tadeo Reyes, S. [3]; Pérez Carvajal, A.J. [3]; Ordiales Garcia, C. [1]; Astudillo González, A. [4]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Cabueñes; 3. Servicio de Radiología. Hospital de Cabueñes; 4. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Presentación de un caso y revisión bibliográfica.

Material y métodos: Paciente de 73 años con temblor y torpeza en mano izquierda de 1 mes de evolución. Refiere un temblor ocasional en la pierna izquierda y desde el inicio camina con dificultad. Exploración: bradipsiquica, movimientos involuntarios en la mano izda abigarrados tipo mano alienigena. Dispraxia ideo-motora severa en mano izda. marcha inestable con escaso braceo bilateral. Posteriormente desarrolla mioclonias, piramidalismo, alteraciones del lenguaje y espasticidad, siendo exitus a los 7 meses del inicio de la clínica.

Resultados: Análisis en sangre y LCR normales RMN cerebral: Hiperintensidad en la secuencia de difusión en el ribete cortical de la región frontotemporoparietal derecha. EEG: asimetría interhemisferica con mayor lentificación derecha y aparición de PO y ondas trifásicas ipsilaterales, empeoramiento progresivo de los trazados. LCR: normal. Necropsia: se confirma la presencia de proteína priónica con patrón en placas, siendo más intensa en corteza frontal y escasa en la capa granular cerebelosa

Conclusión: La ECJ es una enfermedad priónica que puede tener un fenotipo clínico al inicio de la enfermedad muy variable, pudiendo simular, como en nuestro caso, otros trastorno neurológicos, lo que puede dificultar el diagnóstico. La RNM ha adquirido un importante rol en el diagnóstico de esta enfermedad mostrando imágenes de hiperintensidad en FLAIR o DWI en, al menos, dos regiones corticales o en núcleo caudado y putamen. La correlación entre la clínica hemisférica derecha y las anomalías radiológicas es útil para el diagnóstico no invasivo de formas atípicas de ECJ esporádica como es el caso de nuestro paciente.

MENINGITIS LINFOCITARIA CON TRASTORNO OCULAR

Fáñez Kertelj, M. [1]; Flórez Pico, S.M. [1]; Pérez Piñeiro, A. [1]; Asensi Álvarez, J.M. [1]; Fernández Uría, D. [1]; Solar Sanchez, D.M. [1]; Cereceda Chinchetru, R. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital de Cabueñes

Objetivos: Presentación de un caso y revisión bibliográfica.

Material y métodos: Mujer 30 años, española residente en Méjico. Acude por cefalea holocraneal de 2 semanas de evolución asociada a visión borrosa bilateral en la última semana y cierta inestabilidad en la marcha. Disminución de audición, mayor en OD. Disminución severa de AV bilateral sin hallazgos en la exploración neurológica.

Resultados: Analíticas: hemograma, coagulación, bioquímica, autoinmunidad, inmunoglobulinas y complemento normales. LCR: 769 células (96%mononucleares) Proteínas: 1.40 Glucosa normal. Serologías en sangre y LCR (-). Pruebas de imagen, PESS y PEATC sin hallazgos. PEV: Alterados con características de neuropatía óptica desmielinizante. Audiometría: hipoacusia neurosensorial bilateral. Exploración oftalmológica: panuveitis con edema papilar y macular bilateral confirmado con OCT y AFG. La paciente fue diagnosticada de Vogt-Koyanagi-Harada.

Conclusión: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada o uveomeníngeo es una panuveítis granulomatosa bilateral difusa, de etología autoinmune, por reactividad frente a antígenos de células que contengan melanina. Cursa con desprendimiento de retina seroso y puede acompañarse de afectación del SNC, dermatológica y auditiva. El 80% de los casos cursa con meningitis linfocitaria, que puede durar hasta 8 semanas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico basado en el reconocimiento de las características lesiones oftalmológicas. El pronóstico visual es muy variable, en general suele ser bueno si existe un diagnóstico y tratamiento precoz adecuado.. Nuestra paciente recibió 5 bolos de metilprednisolona de 1 gr y posteriormente 60mg/día de prednisona en pauta descendente. asociado a ciclosporina, con ello presentó mejoría de agudeza visual y desaparición de cefalea y tinnitus.

AMAUROSIS FUGAZ Y ESTENOSIS CAROTÍDEA, ¿UNA ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA?

Quiles López, J.F. [1]; De la Cruz Cosme, C. [1]; Garcia Muñoz, I. [2]; Romero Acebal, M. [1]; Rodriguez Belli, A.H. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria; 2. Servicio de Anamatomia Patologica. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: La amaurosis fugaz (AF) puede tener origen en diferentes patologías. Su filiación precoz es crucial. Se pretende ilustrar la relevancia de la anamnesis como clave en el diagnóstico diferencial de la AF.

Material y métodos: Mujer de 66 años, hipertensa, con historia de "bultomas" dolorosos respondedores a prednisona (tomaba 5 mg/dia), y episodios de AF izquierda en 2012. Subyacía una estenosis carotídea bilateral, del 60% la izquierda, y 90% la derecha, indicándose repermeabilización de la última, y pasando a lista de espera para la izquierda. Ingresa en 2016 por nuevo episodio de AF izquierda. A las 24 horas, recidiva persistente, junto a cefalea fronto-temporal ipsilateral resistente a analgesia. Se recomendó incrementar prednisona, pero rehusó, exigiendo repermeabilización carotídea. La proteína C reactiva aumentó hasta 87.5 mg/L(<1mg/L inicialmente) y reaparecieron "bultomas".

Resultados: La ecografía demostró una disminución de flujo en órbita y arterias temporales (AT), sin signos directos de arteritis. Oftalmología insistió en el diagnóstico de "embolia de arteria central de la retina (ACR) secundaria a estenosis carotídea". Pese a ello, se biopsiaron las AT y un "bultoma" retroauricular, iniciándose megadosis de corticoides, con resolución clínica (parcial para el déficit visual) y normalización analítica. La histología confirmó la arteritis de células gigantes (ACG).

Conclusión: 1) El enfoque clínico individualizado debe prevalecer sobre la asociación epidemiológica directa, habitual en síntomas y hallazgos prevalentes. 2) La sospecha fundada de ACG es indicación para corticoterapia empírica. 3) Las formas de presentación infrecuentes (embolia de ACR, arteritis en otras localizaciones) incrementan la demora diagnóstica y el riesgo de secuelas.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPINAL SECUNDARIA A LA COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LA VENA YUGULAR INTERNA SIN DATOS DE TROMBOSIS

Rodriguez Martín, A. [1]; Gómez Caravaca, M.T. [1]; Jiménez Gómez, E. [2]; Bescansa Heredero, E. [1]; Peláez Viña, N. [1]; Delgado Acosta, F. [2]; Oteros Fernández, R. [2]; Cortés García, J.I. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; 2. Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Reina Sofía; 3. Servicio de Neurorradiología. Hospital Reina Sofía

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea espinal (HSAE) es una entidad infrecuente que puede tener un origen espontáneo o

secundario, principalmente por trombosis de la vena yugular interna (TVYI). Debido a la obstrucción del drenaje venoso las venas colaterales no son capaces de compensar y se produce su rotura ante un aumento del flujo venoso cerebral e hipertensión intracraneal secundaria. Descripción de un caso.

Material y métodos: Hombre de 51 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, con índice de masa corporal de 19. Comienza tras ejercicio intenso, con cefalea cervical súbita y dolor lumbar irradiado a miembros. Signos de irritación meníngea a la exploración sin otros datos focales o sistémicos asociados ni posibles factores desencadenantes.

Resultados: RM columna lumbar: nivel serohemático en cauda equina correspondiente a un sangrado subaracnoideo. Arteriografía cerebral y medular: defecto de repleción de la VYI derecha e hipoplasia de la izquierda, con drenaje venoso a plexo vertebral y venas epidurales. TC de cuello: circulación venosa perivertebral prominente, con disminución del calibre de VYI derecha por hipertrofia del músculo esternocleidomastoideo (ECM) derecho.

Conclusión: El aumento del flujo venoso cerebral, favorecido por la maniobra de valsalva y la compresión de la pared abdominal durante el ejercicio, y el estasis venoso por compresión muscular de la vena yugular interna hasta ahora sólo se ha descrito para el músculo omohioideo. Tras descartar otras causas principales de HSAE, nos apoyan al diagnóstico del primer caso secundario a hipertrofia del ECM, en ausencia de TVYI.

AFECTACIÓN FRONTAL EN NEUROTOXICIDAD POR TACROLIMUS

Fernández Menéndez, S. [1]; Martínez Rodríguez, L. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Cadahia Rodrigo, V. [2]; González Diéguez, L. [2]; Blazquez Estrada, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: Describir un caso clínico de un efecto secundario poco descrito al uso de tacrolimus.

Material y métodos: Descripción de caso clínico y discusión en base a la literatura médica. .

Resultados: Paciente de 52 años que realiza trasplante hepático por cirrosis de etiología no filiada. Se instaura tratamiento con tacrolimus y 15 días después desarrolla crisis epilépticas focales complejas de semiología frontal derecha. Posteriormente, se objetiva en el paciente un trastorno en la conducta compatible con un síndrome frontal. Se realiza estudio complementario extenso donde destaca la presencia de una lesión inflamatoria frontal derecha. Los estudios microbiológicos son negativos. El paciente mejora clínicamente al realizar cambio definitivo de inmunosupresión a everolimus.

Conclusión: La neurotoxicidad por tacrolimus es una complicación bien descrita del uso de ese fármaco inmunosupresor. Sin embargo, no existe un alto numero de casos con una correlación radiológica. Además la afectación cerebral posterior, sobretodo parietal y occipital, suele ser la mas descrita con clara diferencia. En este caso, creemos que existe una relación casual entre el fármaco y la afectación frontal clínica y radiológica, lo que hace de el una complicación poco descrita de neurotoxicidad por tacrolimus.

ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE UNILATERAL

Fernández Fernández, S. [1]; Ortiz Rodríguez, M. [2]; Fabregat Fabra, N. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Plató; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital Plató

Objetivos: La encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-radiológica producida por diversas etiologías, que cursa con clínica variable. La resonancia magnética suele mostrar áreas bilaterales simétricas de edema vasogénico que afectan generalmente a las regiones cerebrales posteriores. La presentación unilateral es muy rara. El objetivo del trabajo es el de presentar una caso de PRES unilateral.

Material y métodos: Mujer diestra de 79 años, con hipertensión arterial previa (HTA), que acudió a Urgencias por confusión de 24 horas de evolución. En la exploración inicial presentaba una significativa elevación de la TA (200/110) y fiebre. Estaba confusa, tenía una afasia mixta y un déficit campimétrico derecho. El estado clínico y mental era fluctuante. La analítica sanguínea fue inespecífica. La RM cerebral mostró edema vasogénico en la región parieto-occipital izquierda, con captación de contraste parcheada, sin restricción en la difusión. La punción lumbar fue acelular, con elevación de proteínas, y el electroencefalograma mostró PLEDS en la región posterior izquierda. No se demostró foco infeccioso. Se inició tratamiento antihipertensivo y antiepiléptico, con progresiva mejoría clínica. En la RM de control realizada al mes habían desaparecido las lesiones.

Resultados: En base a la presentación clínico-radiológica, la resolución de los síntomas y desaparición de las lesiones se orientó como una encefalopatía posterior reversible unilateral de origen hipertensiva. Esta forma de presentación es infrecuente, y en los pocos casos descritos en la literatura está asociada a las mismas condiciones que la PRES típica.

Conclusión: La PRES puede presentarse de forma exclusivamente unilateral. El tratamiento debe ser el de la causa subyacente

LA ACA COMO TERRITORIO CAROTÍDEO CONTRALATERAL

Calle Calle, R.; Triguero Cueva, L.; Valderrama Martín, C.; Maestre Moreno, J.F.; Fernández Pérez, M.D.

Servicio de Neurología. Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada

Objetivos: El ictus isquémico con infartos en múltiples territorios vasculares no siempre es atribuible a fuente embolígena proximal a troncos supra-aórticos (cardíaca o aórtica). Determinadas configuraciones del polígono de Willis pueden llevar a interpretación errónea. Presentamos 3 casos de ictus isquémicos por patología carotidea unilateral con lesiones simultáneas en varios territorios vasculares.

Material y métodos: Descripción de 3 casos.

Resultados: Caso 1: Varón, 82 años; hemiparesia izda de predominio crural. En neuroimagen presentaba infartos isquémicos agudos en territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha y ambas arterias cerebrales anteriores (ACAs) y estenosis carotidea moderada-severa bilateral de predominio derecho. Caso 2: Varón, 46 años; hemiparesia y hemihipoestesia derechas. En la neuroimagen aparecen infartos isquémicos agudos en territorio de ACM izquierda y ACA derecha con disección espontánea oclusiva de arteria carótida interna (ACI) izquierda. Caso 3: Varón, 60 años; hemiparesia derecha y alteración del lenguaje. En la neuroimagen destaca un trombo flotante en ACI izquierda y áreas de infarto isquémico agudo en el territorio de ACM izquierda y ambas ACAs. En los 3 casos descritos, los pacientes presentaban en la angio-RM de polígono de Willis una hipoplasia del segmento A1 de la ACA contralateral a la arteria carótida patológica

Conclusión: En los ictus isquémicos con infartos simultáneos en múltiples territorios vasculares, tener en cuenta la configuración del polígono de Willis ayuda a interpretar correctamente el mecanismo del ictus, que puede deberse a patología carotidea unilateral, evitando en ocasiones pruebas adicionales innecesarias.

"SÍNDROME DE DOBLE O NADA" ARTERÍTICO

Calabria Gallego, M.D.; Martínez Peralta, S.; Morán Sánchez, J.C.; el Berdei Montero, Y.; Vera Monge, V.A.; Ramos, M.E.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos: Presentar un paciente con "síndrome de doble o nada" secundario a arteritis de células gigantes. El "síndrome de doble o nada" es manifestación de alarma de estenosis carotídea crítica. Describe una secuencia de hechos en donde la diplopía binocular por neuropatía isquémica de los nervios motores oculares está inmediatamente precedida de amaurosis fugax.

Material y métodos: Varón de 80 años, antecedentede FA, que presentó episodio de amaurosis fugax en ojo derecho de dos minutos de duración. Al recuperar la visión notó que veía doble, sobre todo en supraversión. Además el paciente refería en las últimas semanas cefalea frontal, claudicación mandibular y dolor de cintura escapular. En la exploración física general destacaban arterias temporales ingurgitadas, aunque con latido bilateral, y dolor a la movilización activa y pasiva de la cintura escapular. En la neurológica presentaba una paresia extrínseca del III p.c. derecho.

Resultados: En analítica destacaba PCR de 24.95 mg/dL y VSG de 117 mm. El estudio neurosonológico mostró halo hiperecogénico alrededor de arteria temporal. Ante sospecha de arteritis de células gigantes se pautó tratamiento con bolos intravenosos de 1g de metiprednisolona; tras el primero, desapareció la diplopía. El resto de sintomatología fue mejorando paulatinamente. Las pruebas de neuroimagen fueron normales, excepto lo anteriormente comentado. Se realizó biopsia de arteria temporal que reveló signos compatibles con arteritis granulomatosa. Se llevó a cabo tratamiento con prednisona y metotrexato.

Conclusión: El "síndrome de todo o nada" es manifestación neuro-oftalmológica de alarma vascular potencialmente catastrófica. Su reconocimiento nos permite tomar medidas terapéuticas eficaces de prevención de eventos cerebrovasculares graves.

MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS BOVIS EN PACIENTE DIALIZADO

Santos Canelles, H. [1]; Fernández González, L. [2]; Blanco Costa, M.I. [3]

1. Neurología. Servicio Medicina Interna. Hospital Comarcal de Jarrio; 2. Medicina Interna. Sección de Nefrología. Hospital Comarcal de Jarrio; 3. Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal de Jarrio

Objetivos: El Streptococcus bovis aparece en la flora intestinal del 5-10% de la población sana. Sin embargo, su diseminación puede dar lugar a bacteriemia, endocarditis (hasta 7-14% de las mismas) y excepcionalmente meningitis. La bacteriemia por Streptococcus bovis se asocia a cáncer de colon hasta en un 50% de los casos pero también a otras lesiones colónicas como pólipos o diverticulosis.

Material y métodos: Descripción clínica y pruebas complementarias de un hombre de 79 años diagnosticado de meningitis por Streptococcus bovis. El paciente acude a Urgencias por cefalea, malestar general y sensación distérmica de 6 horas de evolución. A la exploración el paciente está confuso, desorientado y presenta rigidez de nuca leve. Antecedentes personales: HTA, polimialgia reumática, eritema nodoso, portador de marcapasos por bloqueo auriculo-ventricular, insuficiencia mitral y aórtica moderadas y malnutrición energético-proteica. Había iniciado hemodiálisis 12 meses antes por enfermedad renal crónica de perfil intersticial y nefroangioesclerosis progresiva. Recibía tratamiento con 10mg de prednisona diarios.

Resultados: En Urgencias se realiza TAC craneal: sin alteraciones agudas y punción lumbar compatible con meningitis bacteriana aguda (600 hematíes, 846 leucocitos, 91% polimorfonucleares, glucosa: 28, proteínas: 188). Se inicia tratamiento antibiótico (meropenem, vancomicina y ampicilina). Los hemocultivos son positivos para Streptococcus bovis. Se realiza un ecocardiograma sin signos de endocarditis. La colonoscopia muestra múltiples divertículos y se extraen dos pólipos adenomatosos con displasia leve en la biopsia.

Conclusión: En este caso, el tratamiento crónico con corticoides y la hipoalbuminemia del paciente pudo predisponer a la aparición de meningitis por Streptococcus bovis. Presentaba además diverticulosis colónica y pólipos en colon.

Neurología General P6

MIELITIS AGUDA EXTENSA PRODUCIDA POR PARVOVIRUS B19

García Malo, C.; Vinagre Aragón, A.; González Santiago, R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Presentar un caso de mielitis con detección de PV-B19 en LCR.

Material y métodos: Varón de 22 años que acude a Urgencias por retención aguda de orina e hipoestesia tactoalgésica S2-S3. Días previos fiebre(39ºC) y diarrea acuosa. Sin otra clínica ni datos epidemiológicos destacados.

Resultados: Analítica con 16.000 leucocitos y neutrofilia. En LCR 75 células/mm3, 99% linfomononucleares, proteínas 35mg/dl. Tinción Gram negativa. RM raquimedular con lesiones hiperintensas en T2 longitudinal extensas. No realzaban con gadolinio. RM cerebral normal. Tratado con aciclovir, doxaciclina y corticoides. Evolución clínica favorable. Las serologías fueron negativas, excepto IgG Herpes Simple 1+2 y 6. Estudio inmunológico negativo, incluidos anticuerpos antiaquaporina-4. En LCR se obtuvo PCR PV-B19 positiva en dos determinaciones. Repetidas RM raquimedulary serología PV-B19 tres semanas después, resultaron normales.

Conclusión: Existen descritos en la literatura únicamente tres casos de mielitis transversa por PV-B19, y en dos de ellos apareció también eritema infeccioso. En nuestro caso, conociendo que la diarrea no es una de las manifestaciones clásicas de esta infección, por lo que planteamos que pudiera tratarse de otro virus de la familia Parvoviridae. Podría ser la razón por la que las dos determinaciones serológicas fueron negativas. Recientemente se ha descrito otra especie dentro de la familia Parvoviridae (Bufavirus), con un 30% de genoma común con PV-B19 y causante de gastroenteritis. No se dispuso de suficiente LCR para realizar secuenciación génica del DNA para evaluar esta posibilidad.

STATUS EPILÉPTICO GENERALIZADO TRAS TRATAMIENTO CON LEVODOPA

Garamendi Ruiz, I. [1]; Martínez Zuloaga, A. [2]; Matute Nieves, A. [1]; Santos Sánchez, C. [2]; Tijero Merino, B. [1]; Velasco Juanes, F. [1]; Valle Quevedo, E. [2]; Gómez Esteban, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Levodopa es el fármaco más utilizado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Es status epiléptico es un efecto adverso muy raro, pero potencialmente mortal.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de epilepsia que desarrolló un status convulsivo tras iniciar tratamiento con levodopa.

Resultados: Mujer de 72 años. Niega antecedentes neurológicos. Consulta por síntomas parkinsonianos evidentes, por lo que se inicia tratamiento con levodopa-benserazida. Al mes del inicio ingresa por dos crisis generalizadas, sin recuperar el nivel de consciencia. El EEG muestra actividad epileptiforme continua formada por onda aguda, punta, punta-onda y polipunta onda de distribución difusa con predominio anterior y más marcada en región frontal derecha. Se traslada a UCI e inicia tratamiento con midazolam, fenitoína y fenobarbital, controlándose el status. Reinterrogándola,refiere antecedentes de crisis generalizadas en la juventud, sin crisis y sin tratamiento desde más de veinte años. La RMN y EEGs posteriores fueron normales. Por alteración de enzimas hepáticas, se sustituyen los fármacos previos por levetiracetam, con el que fue dada de alta. Se sustituyó levodopa por rotigotina, pero 6 meses después se plantea de nuevo levodopa por empeoramiento marcado de síntomas parkinsonianos. Manteniendo levetiracetam, y tras realizar EEGs con resultado normal, se inicia levodopa lentamente, sin que reaparezca ningún tipo de crisis. Se realiza polisomnografía, que muestra ondas delta con puntas intercaladas de distribución difusa.

Conclusión: La aparición de status epiléptico es una complicación rara pero muy grave del tratamiento con levodopa. Deben interrogarse cuidadosamente los posibles antecedentes de epilepsia antes de iniciar el tratamiento.

MENINGITIS LINFOCITARIA POR COXIELLA BURNETII. DESCRIPCIÓN DE CASO

Pérez Hernández, P. [1]; Cabrera Naranjo, F.H. [1]; Ramos Rodriguez, D. [1]; Miranda Bacallado, Y. [1]; Ledesma, J. [2]; Loscertales, J.B. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Dr. Negrin

Objetivos: Las manifestaciones neurólogicas en la infección por Coxiella burnetii son infrecuentes. Dentro de estas manifestaciones, la meningitis supone menos del 1% en la mayoría de series descritas.

Material y métodos: Exposición de un caso recogido en un Hospital terciario en el año 2016.

Resultados: Se trata de un paciente varón de 55 años diagnosticado de infección por fiebre Q tras clínica de un mes de fiebre intermitente, con serología IgM positiva para Coxiella Burnetii. Tras buena respuesta al tratamiento con vibracina, comienza a los tres meses con clínica fluctuante de debilidad en hemicuerpo derecho, disartria, cefalea hemicraneal autolimitada e hiporexia. Se practica punción lumbar con resultado de 277 células/ml con 99% de monocucleares y proteínas de 129 mg/dl sin consumo de glucosa.

Conclusión: Ante la aparición de fiebre Q bifásica con manifestaciones neurológicas fluctuantes y leves, es importante descartar afectación del SNC, aunque éstas siguen siendo muy infrecuentes. Dentro del diagnostico diferencial de la meningitis aguda linfocitaria debe considerarse la infección por Coxiella Burnetii.

MIASTENIA GRAVIS DOBLE SERONEGATIVA: CARACTERÍSTICAS CLINICAS Y PRONÓSTICAS EN UNA SERIE DE CASOS

Pérez Hernández, P. [1]; Cabrera Naranjo, F.H. [1]; Ramos Rodriguez, D. [1]; Miranda Bacallado, Y. [1]; Loscertales, J.B. [2]; Ledesma, J. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Dr. Negrin

Objetivos: Analizar las diferencias epidemiológicas, sintomáticas, analíticas y pronósticas en los pacientes con Miastenia Gravis (MG) doble seronegativa para Anticuerpos antirreceptores de acetilcolina (Ac anti-AChR) y anticuerpos anti-MUSK.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con diagnósticos de MG, ingresados en un hospital terciario entre 2015-2016. Se dividieron los pacientes en dos grupos: los que presentaron seropositividad para Ac anti-AChR y/o Ac anti-MUSK y los que obtuvieron un doble seronegativo.

Resultados: Se obtuvieron 14 casos, 7 positivos para Ac. Anti-AChR y 7 con los dos test negativos. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo y edad. Un 30% de los pacientes seropositivos se presentó como MG Clase I, mientras que un 60% de los seronegativos fueron MG Clase I. Hasta el 40% de los pacientes seropositivos precisaron tratamiento más agresivo con inmunoterapia, en cambio ningún paciente de los seronegativos la necesitó. Solo un paciente seropositivo tuvo un timoma asociado. Se compararon las determinaciones de VSG en el momento del primer brote, encontrando una aumento de la VSG estadísticamente significativa en el grupo de seropositivos con un intervalo de confianza [0,01-5,12] y un p-valor=0,048.

Conclusión: En nuestra serie, los pacientes seronegativos se asocian con clínica principalmente ocular, evolución más favorable con menor necesidad de tratamiento inmunomodulador y marcadores inflamatorios en fase de crisis miasténica menos elevados que los paciente seropositivos, lo que orientaría a un cuadro más benigno.

ICTUS, CARDIOPATÍA Y NEFROPATÍA EN VARÓN JOVEN: MÁS ALLÁ DEL ENDOTELIO

Oyanguren Rodeño, B.; Muñiz, S.; González, M.; Eimil, M.; López de Silanes, C.; Casanova, L.I.; Trabajos, O.; Gil, M.J.

Servicio de Neurología. Hospital de Torrejon

Objetivos: La Enfermedad de Fabry (EF) es una patología infrecuente, ligada al X, que provoca una amplia variedad de síntomas. Puede acortar la esperanza de vida si no se lleva a cabo una terapia de reposición enzimática (TRE) precoz.

Material y métodos: Caso clínico

Resultados: Varón de 39 años, ingresa en Unidad de Ictus por cuadro brusco de hemiparesia dcha (1+0) y disartria (1) 12h antes. NIHSS 2. Presentaba anqioqueratomas en ambos muslos. El TC craneal mostraba un infarto agudo talámico izdo. El DTSAo fue normal y en DTC tenía índices de pulsatilidad elevados. El ETT demostraba hipertrofia ventricular izda. La analítica era significativa por proteinuria (225 mg/l). Fue dado de alta cinco días después asintomático, en tratamiento con ácido acetilsalicílico 100mg al día. El registro Holter-ECG prolongado mostró fibrilación auricular (FA) paroxística y se sustituyó antitrombótico por anticoagulación con apixabán 5mg/12h. En vista de la afectación multiorgánica, se completó cribado de EF. La actividad de la enzima Alfa-galactosidasa-A era baja y se demostró mutación del gen GLA. Su hermano, que también tenía FA y nefropatía, fue positivo para la misma mutación. Ambos pacientes han comenzado TRE con agalsidasa beta.

Conclusión: La EF debe sospecharse en varones jóvenes con ictus o neuropatía periférica, cardiopatía, nefropatía y lesiones cutáneas, especialmente si tienen familiares afectados. La TRE debe comenzarse rápidamente, pues puede mejorar el pronóstico.

ICTUS, ABSCESOS, DISNEA Y EPISTAXIS... A PROPÓSITO DE UN CASO DE S. RENDU-OSLER

Oyanguren Rodeño, B.; Eimil, M.; González, M.; López de Silanes, C.; Gil, M.J.; Casanova, L.I.; Trabajos, O.; Muñiz, S.

Servicio de Neurología. Hospital de Torrejon

Objetivos: El síndrome de Rendu-Osler-Weber (SROW) es una enfermedad vascular autosómica dominante infrecuente que provoca telangiectasias y malformaciones arteriovenosas, con variedad de manifestaciones clínicas.

Material y métodos: Caso clínico

Resultados: Mujer de 57 años, HTA, cardiopatía isquémica crónica, SROW con fístulas arteriovenosas (FAV) pulmonares que requieren embolizaciones recurrentes, complicadas con embolismos sépticos cutáneos y piomisositis; epistaxis de repetición y anemia ferropénica persistente. Ingresa en Medicina Interna por hemiparesia facio-braquio-crural izda progresiva de 72h de evolución (3/5 en MSI y 2/5 en MII; afebril). RM craneal con gadolinio: múltiples abscesos frontales bilaterales. Biopsia cerebral: abundantes detritus, flora cocoide y restos tisulares necróticos, sin signos de malignidad. Recibe antibioterapia con cefotaxima, vancomicia y metronidazol y dexametasona, con recuperación completa. Reingresa 3 años después en Unidad de Ictus por cuadro brusco de mareo y palidez con hemiparesia (0+1) e hemihipoestesia (1) izdas. NIHSS 2. TC craneal: secuelas de abscesos previos. Se desestima tratamiento revascularizador por levedad clínica, lesiones cerebrales antiguas y anemización (Hb 8mg/dl). RM craneal: infarto agudo ACM dcha. DTC: shunt dcha-izda masivo extracardiaco. ETT normal. AngioTAC tórax: múltiples FAV, una de ellas con trombo en interior de vena eferente. Se realiza tratamiento endovascular sin complicaciones. Es dada de alta a las tres semanas, con hemipoestesia izda (1) NIHSS 1.

Conclusión: -El SROW provoca complicaciones neurológicas graves: abscesos cerebrales e ictus isquémico de origen inhabitual, por embolización de material séptico o trombótico, respectivamente. -El tratamiento de la trombosis de FAV es controvertido: la anticoagulación aumenta el riesgo de sangrado de telangiectasias; la embolización conlleva riesgo de embolismo trombótico.

MIELOPATÍA ASOCIADA A DÉFICIT ADQUIRIDO DE COBRE EN UN PACIENTE GASTRECTOMIZADO CON RM MEDULAR NORMAL

Lamas Pérez, R.; Díaz Sánchez, M.; Palomino García, A.; Casado Chocán, J.L.; Jiménez Hernández, M.D.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Descripción de un paciente con mielopatía asociada a déficit adquirido de cobre, su diagnóstico y respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Varón de 68 años sometido a gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico, sin datos de recidiva. Presenta trastorno de la marcha progresivo de 10 meses de evolución hasta precisar apoyo bilateral. A la exploración leve paresia proximal de miembros inferiores con espasticidad generalizada, marcada afectación de sensibilidad vibratoria y artrocinética, ROT exaltados, signo de Romberg positivo y marcha atáxica. Se realizó RM medular completa sin imagen de mielopatía pero los PESS demostraron afectación cordonal posterior. Analíticamente destacan valores disminuidos de ceruloplasmina y cupremia, anemia y plaquetopenia. Se descartaron otras posibles causas como déficit de vitamina B12 y folato.

Resultados: Tras demostrar afectación cordonal posterior junto a deficiencia de cobre y excluir otras causas, se inició tratamiento de reposición de cobre. Aunque todavía la exploración es similar, el cuadro no ha seguido progresando.

Conclusión: En los últimos años la deficiencia adquirida de cobre se ha convertido en una causa bien reconocida de mielopatía y mieloneuropatía, asociada principalmente a la cirugía gástrica. Se caracteriza por una ataxia sensitiva y espasticidad que recuerdan a la degeneración combinada subaguda de la médula. Para su diagnóstico es fundamental un alto grado de sospecha y aunque en la RM medular suele aparecer hiperintensidad cordonal posterior, la normalidad de dicha prueba no descarta esta entidad. Es fundamental iniciar el tratamiento precozmente ya que, aunque en muchos casos no mejore la afectación neurológica, sí evita su progresión.

MIELOPATÍA, NEUROPATÍA PERIFÉRICA Y NEUROPATÍA ÓPTICA SECUNDARIAS A DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PACIENTE CON PATOLOGÍA GÁSTRICA

Lamas Pérez, R.; Díaz Sánchez, M.; Martin-Oar Maria-Tomé, I.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Presentar un caso con superposición de síndromes clínicos neurológicos secundarios a déficit de cobalamina y su respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Mujer de 40 años con cuadro progresivo de tres meses de evolución de alteración sensitiva, debilidad en MMII, inestabilidad para la marcha y visión borrosa binocular. A la exploración presenta AV 0'6 bilateral, fondo de ojo normal, leve paresia proximal de MMII, nivel sensitivo D6, alteración severa de sensibilidades vibratoria y propioceptiva, ROT disminuidos en MMII y marcha atáxica imposible sin apoyo. Entre las pruebas complementarias destacan RM medular con extensa hiperintensidad en T2, a nivel cervico-dorsal, con afectación de columnas posteriores y laterales. EMG con polineuropatía axonal sensitiva en MMII y PEV con neuropatía óptica desmielinizante bilateral. Analíticamente vitamina B12 disminuida(66mg/dl), homocisteina elevada, ácido fólico normal, anemia con macrocitosis. Se demostró pangastritis atrófica y Ac antiFI positivo.

Resultados: Demostramos degeneración combinada subaguda de la médula, neuropatía periférica de MMII y neuropatía óptica por déficit de vitamina B12 secundarios a patología gástrica autoinmune. Tras reposición de cobalamina vía IM, la respuesta clínica fue rápida y llamativa con recuperación de la debilidad y mejoría de sensibilidades profundas, alcanzando marcha autónoma a las dos semanas.

Conclusión: La cobalamina es necesaria para la adecuada mielinización del sistema nervioso. Su déficit puede producir manifestaciones neurológicas a distintos niveles. Es fundamental su diagnóstico precoz por la favorable respuesta al tratamiento que, en estos casos, debe realizarse por vía parenteral.

MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Iglesias Gutiérrez-Cecchini, C. [1]; Blanco Ramos, J.R. [2]; Blasco Martínez, O. [3]; García De Carlos, M.S. [3]; Colina Lizuain, S. [1]; Castillo Álvarez, F. [1]; Erdocia Goñi, A. [1]; Reurich Gómez, N. [1]; Marzo Sola, M.E. [1]; López Pérez, M.Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro; 3. Servicio de Neurología. Hospital Fundación de Calahorra

Objetivos: Describir un caso clínico de meningoencefalitis criptocócica en paciente inmunocompetente.

Material y métodos: Presentamos caso clínico e imágenes de seguimiento radiológico por RMN de criptococosis cerebral.

Resultados: Mujer de 37 años natural de China, residente en España desde 1992, sin animales ni granjas. Último viaje a China (zona urbana) en octubre de 2015. Inicia cefalea holocraneal progresiva e intensa que aumenta con Valsalva, con fotofobia e inestabilidad. Acude a Urgencias con exploración: Glasgow 15, no focalidad de vías largas, ROT 2/5, marcha inestable atáxica, discreto meningismo forzando flexión, Kerning y Brudzinski negativos. TAC cerebral: alguna imagen puntiforme aislada subcortical subinsular derecha inespecífica. Tumefacción cerebral difusa. Punción lumbar: pleocitosis (94% linfocitos) hiperproteinorraquia y consumo de glucosa, por lo que se pauta antibioterapia empírica. Posteriormente presenta alucinaciones visuales; y ante sospecha de crisis parcial se asocia levetiracetam y corticoides. EEG: normal. RMN: foco de hiperseñal con captación patológica de contraste en región capsulolenticular derecha. Cultivo de LCR: criptococo sp, por lo que se cambia el tratamiento a anfotericina B liposomal y flucitosina durante seis semanas. Estudio en sangre

de bioquímica, serologías (incluido VIH y repetido), inmunología, marcadores tumorales, hemograma y coagulación: normales o negativos. Cumple tratamiento indicado y es alta, asintomática aunque persiste cierta cefalea.

Conclusión: La criptococosis es una patología que típicamente se observaba en inmunodeprimidos. En los últimos años ha habido aumento de la incidencia de criptococosis en pacientes inmunocompetentes secundaria a Criptococcus gatii. Esto supone un cambio de paradigma: ya no debemos ajustarnos a la inmunidad del paciente para descartar una criptococosis.

INFARTO MEDULAR EN EDAD PEDIÁTRICA: ¿PUEDE EL MANEJO AGRESIVO EN FASE AGUDA MEJORAR EL PRONÓSTICO?

Toledo Alfocea, D. [1]; Ortega Suero, G. [1]; Puente Ubierna, N. [2]; De Santos Moreno, T. [2]; Porta Etessam, J. [1]; Fernández Matarrubia, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: El infarto medular es una causa rara de mielopatía aguda. Afecta típicamente a sujetos entre 60 y 70 años y se asocia a aterosclerosis y cirugía torácica. En edad infantil es extremadamente infrecuente y las evidencias acerca de su etiología, manejo y pronóstico son escasas.

Material y métodos: Describimos el caso de un varón de 14 años con un infarto medular y evolución favorable tras manejo agresivo en fase aguda.

Resultados: Varón de 14 años que presenta, tras realizar ejercicio físico, cuadro brusco de dolor cervical, debilidad y alteración sensitiva en las cuatro extremidades. En la exploración en Urgencias, se objetiva tetraparesia fláccida, Babinski bilateral, hipoestesia tactoalgésica con nivel C5 y sensibilidad profunda conservada. Ante la sospecha de infarto medular anterior, se realiza RM con secuencias de difusión que resulta normal y angioTC que descarta disección vertebral. La punción lumbar es normal. Dada la elevada sospecha clínica a pesar de la normalidad de la neuroimagen, se inicia tratamiento con antiagregación, fármacos vasoactivos, glucocorticoides y drenaje lumbar para una presión intracanalicular <10 cm de H2O. La RM a las 24 horas muestra una lesión hiperintensa en T2, con restricción en difusión, a nivel C4-C6. En los siguientes días el paciente mejora significativamente, recuperando la deambulación autónoma tras varias semanas

Conclusión: Se debe sospechar infarto medular ante mielopatías anteriores de evolución aguda, incluso en pacientes en edad pediátrica. La neuroimagen en las primeras horas puede ser normal. No existen evidencias acerca del manejo agudo, pero el tratamiento con medidas que mejoren la perfusión medular podría ser beneficioso.

Neurología General P7

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ASOCIADO CON ICTUS SUBAGUDO BILATERAL CARDIOEMBÓLICO EN EL TERRITORIO DE LA ACA (ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR): LA CARA OCULTA DE UNA FA (FIBRILACIÓN AURICULAR) DE NOVO

León Ruiz, M. [1]; García Soldevilla, M.Á. [1]; Vidal Díaz, M.B. [1]; Rodríguez Carrillo, J.C. [2]; Aguirre Hernández, C. [2]; Ximénez-Carrillo Rico, Á. [2]; Benito-León, J. [3]; Izquierdo Esteban, L. [1]; García-Albea Ristol, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Presentamos un IAM e infarto sabagudo de ACA bilateral como inicio de una FA.

Material y métodos: Mujer de 60 años, manidextra, hipertensa, diabética, dislipémica (mRS:1), que desarrolló abruptamente, un ictus hemisférico izquierdo, de 14 horas de evolución (NIHSS:23). En urgencias se solicitaron: analítica sanguínea (apareciendo: CPK-MB 261 U/L, TnT 1.5 ng/mL y curva típica), ECG (identificándose: FA y supradesnivelación del segmento ST en V2-V4), TAC craneal multimodal (mostrando infarto establecido en territorio de ACA izquierda) y ETT (ecocardiograma-transtorácico) (evidenciando aquinesia apical ventricular izquierda, trombo mural ventricular y FEVI 40-45%). Por contexto clínico-radiológico y cronopatología, se desestimaron terapias de reperfusión cardio-cerebrales y se inició triple-terapia mediante heparina-sódica-intravenosa y doble-antiagregación, ingresando en Unidad de Ictus.

Resultados: El tercer día, se constató mutismo aquinético y una TAC craneal reveló ictus subagudos en ambas ACAs. Un mes después, tras rectorragia mayor, la triple-terapia fue sustituida por enoxaparina y clopidogrel diarios. En la exploración semestral del alta, destacaban: abulia, disfasia motora y tetraparesia (NIHSS:9/mRS:5), sin visualizar trombos en ETT-control.

Conclusión: El infarto de ACA bilateral es excepcional en ausencia de anomalías angioarquitecturales. El 63% responde a un origen embólico. Estudios recientes demuestran una comorbilidad bidireccional FA-IAM, motivada por un estado inflamatorio/protrombótico. En los pacientes con ictus cardioembólico por FA-IAM, se recomienda mantener triple-terapia durante 1 mes, seguida por anticoagulación y mono-antiagregación durante 1 año, y posteriormente, anticoagulación indefinidamente. El clínico debe reconocer semiológicamente este escenario trombo-embólico, de topográficamente inusual y complejo manejo diagnóstico-terapéutico, ya que, tras una exhaustiva revisión bibliográfica, no encontramos otro caso reportado como el aquí descrito.

DELIRIO DE PARASITACIÓN EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA-RECURRENTE ¿COINCIDENCIA O ALGO MÁS?

León Ruiz, M. [1]; Martínez Ulloa, P. [2]; Benito-León, J. [3]; Corral Corral, Í. [2]; García-Albea Ristol, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: Presentamos un caso de EM-PR (esclerosis múltiple progresiva-recurrente), que desarrolló ideación psicótica hipocondríaca monosintomática-dermatozoica.

Material y métodos: Varón de 64 años con EM-PR (EDSS:6.5) diagnosticada en 2001, traído a Urgencias por un cuadro de 1 mes de evolución consistente en creencia unitemática, firme e irrebatible de infestación somática, con alucinaciones táctiles helmínticas multirregionales; refiriendo aportar en un bote algunos de esos "gusanos".

Resultados: Tras valoración neuropsiquiátrica, analizar al microscopio óptico las muestras facilitadas (objetivando su correspondencia con detritus dermo-epidérmicos), solicitar una analítica completa (descartándose etiología tóxico-metabólica-infecciosa) y una TAC craneal (visualizándose múltiples hipodensidades subcorticales-periventriculares, algunas localizadas en lóbulos temporales; confirmándose en una RM craneal posterior, su correspondencia con lesiones desmielinizantes), fue diagnosticado de trastorno psicótico debido a EM, con delirios somáticos. Tras iniciar tratamiento con risperidona (comprimidos bucodispersa-

bles) 0.5mg/12h, y cumplir observación durante 24 horas, se objetivó encapsulación del delirio y mejoría comportamental notable, cursando el alta hospitalaria, con seguimiento estrecho en consultas de Neurología y Psiquiatría.

Conclusión: Los desórdenes psicóticos aparecen en el 1-3% de pacientes con EM. Asimismo, el delirio de parasitación representa un reto clínico, al constituir una forma inhabitual de psicosis, con inicio insidioso, mínimo deterioro psicológico y etiopatogenia desconocida. Excepcionalmente se ha reportado su asociación con formadas avanzadas de EM, alcanzando significación estadística cuando existe elevada afectación temporo-periventricular. Además, los neurolépticos atípicos con una menor incidencia de efectos extrapiramidales, se erigen como el tratamiento de primera línea. El delirio no suele desaparecer, pero sí encapsularse, resultando crucial una alianza médico-paciente y un abordaje interdisciplinar, para paliar la desadaptación socio-afectiva ocasionada.

XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO… O MÁS

Marco Cazcarra, C. [1]; López Domínguez, D. [1]; Uscamaita Umait, K. [1]; Alemany Perna, B. [1]; Santano Soler, A. [2]; Silva Blas, Y. [1]; Terceño Izaga, M. [1]; Genís Batlle, D. [1]

1. Servicio de Neurología. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hosp. Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Objetivos: La xantomatosis cerebrotendinosa (XCT) es una enfermedad hereditaria, autosómica recesiva y causada por la mutación del gen CYP27A1. La mutación produce un déficit enzimático clave en la degradación del colesterol y ocasiona un acúmulo de β-colestatol en el sistema nervioso central produciendo deterioro cognitivo, ataxia cerebelosa y crisis comiciales.

Material y métodos: Descripción clínica, analítica y neuroimagen de una paciente que consulta por episodios de pérdida del conocimiento. Estudio familiar y revisión bibliográfica de la enfermedad.

Resultados: Mujer de 28 años con antecedentes de cataratas en la adolescencia y recientemente diagnosticada de retraso mental leve, consulta por episodios sincopales de minutos de duración, sin periodo postcrítico. En la exploración física destaca marcha atáxica, pies planos y xantomas aquíleos bilaterales. Se solicita RM craneal que muestra lesiones hiperintensas en T2 en los núcleos dentados cerebelosos. El EEG muestra disfunción neuronal frontal inespecífica. Ante la sospecha diagnóstica de xantomatosis cerebrotendinosa se realiza estudio bioquímico y genético y se inicia el estudio familiar.

Conclusión: Debe de sospecharse la enfermedad ante la aparición de deterioro cognitivo, ataxia y epilepsia junto con xantomas tendinosos. La presencia de lesiones cerebelosas bilaterales en la sustancia blanca ayuda a distinguir la XCT de otras leucodistrofias. El estudio genético de las familias permite realizar un diagnóstico precoz en pre-sintomáticos y el inicio del tratamiento evita la progresión de la enfermedad.

MIOPATÍA, ENFERMEDAD DE PAGET Y DEMENCIA FRONTOTEMPORAL. UNA ASOCIACIÓN SUGERENTE

Feria Vilar, I. [1]; Díaz Maroto, I. [1]; Camaño González, P. [2]; Fernández Valiente, M. [1]; Rojas Bartolomé, L. [1]; Alcahut Rodríguez, C. [1]; Segura Martín, T. [1]; García García, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2. Servicio de Diagnóstico Molecular. IIS Biodonostia-Hospital Universitario Donostia

Objetivos: Describir las características clínicas de un paciente afecto de una mutación en el gen de la valosina (VCP)

Material y métodos: Se describen las características clínicas, exploración física, pruebas complementarias y antecedentes familiares del paciente que permitieron diagnosticar la presencia de una mutación en el gen VCP

Resultados: Varón de 45 años de edad con antecedentes personales de Paget óseo, que consulta por cuadro progresivo de debilidad proximal en extermidades. En la exploración se objetivaba debilidad 3/5 en la musculatura proximal de miembros superiores y 4/5 en miembros inferiores, con amiotrofias en músculos deltoides, supra e infraespinoso, bíceps, tríceps, vastos internos e isquiotibiales y una escápula alada bilateral simétrica. Entre sus antecedentes familiares destacaban padre y hermano fallecidos afectos de miopatía con fenotipo facioescapulohumeral (FSHD), una hermana diagnosticada de miositis por cuerpos de inclusión (IBM) que desarrolló a los 55 años una demencia frontotemporal y un hermano diagnosticado de Paget óseo. Con estos datos se sospechó valosinopatía solicitándose estudio genético del gen VCP que puso de manifiesto una mutación ya descrita para esta enfermedad (c464 G>A p.R155H)

Conclusión: La asociación de miopatía con patrón FSHD-like, enfermedad de Paget óseo y demencia frontotemporal es una rara enfermedad autosómica dominante producida por mutaciones en el gen VCP. La penetrancia de los tres fenotipos clínicos es incompleta siendo frecuente que los pacientes no presenten las tres alteraciones simultáneamente. Por este motivo cuando se presente cualquiera de ellas de manera aislada es fundamental investigar en los antecedentes familiares datos que sugieran esta patología.

MONONEUROPATÍA PERONEAL ASOCIADA A HERPES ZÓSTER

Alonso Navarro, H.; Valle Arcos, D.; Navacerrada Barrero, F.J.; Jiménez Jiménez, F.J.

Servicio de Neurología. Hospital del Sureste

Objetivos: Las complicaciones motoras del herpes zoster son infrecuentes (1-5% en textos clásicos y 1.5% en una serie de 205 pacientes con herpes zoster cutáneo). El desarrollo de mononeuropatías (salvo parálisis facial) es muy raro. Presentamos una paciente que desarrolló una mononeuropatía peroneal asociada a herpes zóster.

Material y métodos: Mujer de 77 años remitida por neuralgia postherpética. Tres meses antes tuvo herpes zóster cutáneo cursando con disestesia severa y parestesias en territorio de peroneo superficial derecho. Diez días después desarrolló alteración de la marcha por pie caído derecho. El rash vesicular típico desapareció gradualmente en 1 mes. Las disestesias mejoraron con dosis bajas de gabapentina, pero la debilidad del pie y la pérdida de sensibilidad persistieron. En exploración presentaba debilidad en extensor digitorum brevis(0/5), tibial anterior(3/5) y peroneo largo(3/5) e hipoestesia tactoalgésica en territorio de peroneo superficial derecho.

Resultados: Dos estudios EMG realizados a los 3 y a los 6 meses del inicio clínico mostraron ausencia de signos denervatorios y de actividad motora voluntaria en extensor digitorum brevis derecho y disminución moderada de reclutamiento en tibial anterior y peroneo largo derechos, sin observarse alteraciones en gastrocnemio, abductor hallucis y músculos paraespinales L5. Los 2 ENG mostraron lesión axonal severa en peroneo superficial y profundo y valores de conducción nerviosa en tibial posterior y sural derechos.

Conclusión: La mononeuropatía de nervio peroneo asociada a herpes zóster no ha sido descrita previamente. Sí se han descrito casos de mononeuropatía doble con afectación de nervio facial o de nervio tibial posterior asociada a lesión de nervio peroneo.

REVISIÓN DE DOS CASOS DE SÍNDROME DE FREY SIN HISTORIA DE INTERVENCIÓN PAROTÍDEA U OTRAS FUENTES POTENCIALES DE DAÑO EN EL NERVIO TRIGÉMINO (RAMA AURÍCULO-TEMPORAL) CONOCIDAS

Garcés Valentín, E. [1]; González Menacho, J. [2]; Pérez-Romero, L. [2]; Ortiz, N. [2]; García Madroñal, R. [1]; Malo, A. [1]; Navarro, A. [1]; Pellejà, J. [1]; Real, M. [1]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Objetivos: El Síndrome de Frey, trastorno muy poco descrito en la literatura, comienza habitualmente meses o años posteriores a traumatismo/intervención parotídea. Consiste en rubefacción-sudoración cervico-facial resultante de la estimulación gustativa, independientemente de la masticación. Describimos dos casos de Síndrome de Frey esporádico sin antecedente quirúrgico, infeccioso ni traumático sobre glándula parótida.

Material y métodos: Caso 1: Mujer, 73 años con factores de riesgo vascular, enfermedad renal crónica en diálisis, tiroidectomizada en tratamiento sustitutivo. Consulta por diaforesis en región hemicraneal derecha durante las comidas de un año de evolución, niega episodio desencadenante ni trastorno parotídeo subyacente. Sudoración simétrica durante las estaciones y el resto de actividades de su vida diaria. Caso 2: Varón, 42 años, antecedente de Psoriasis. Consulta por clínica de dos meses de evolución de diaforesis en sien derecha en relación con comidas sólidas, coincidiendo con tratamiento con Ustekinumab dos semanas antes. Además, parestesias en región V2 derecha y ocasionalmente, sensación parecida en resto de la zona afectada.

Resultados: Exploración neurológica normal en ambos casos. RMN valorando núcleo y trayecto del N.Trigémisin evidencia de lesiones concordantes con la clínica. Analíticas dentro de la normalidad según características basales. Clínica bien tolerada sin intervención terapéutica ni autoresolución espontánea.

Conclusión: El síndrome de Frey presentado de manera espontánea en pacientes sin antecedente traumático, infeccioso o quirúrgico sobre la glándula parótida podria tener una incidencia sustancialmente mayor a la reflejada en los registros oficiales.

PARKINSONISMO SECUNDARIO A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA MESENCEFÁLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Almansa Castillo, R.; Lobato Casado, P.; López Ariztegui, N.; Segundo Rodríguez, J.C.; Pérez Matos, J.A.; Layos Romero, A.; Morales casado, M.I.; Muñoz Escudero, F.; Murcia Carretero, S.; García Alvarado, N.; Ávila Fernández, A.; Marsal Alonso, C.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: Describir la etiología del parkinsonismo vascular, así como reporte de un caso secundario a malformación arteriovenosa mesencefálica.

Material y métodos: Mujer de 68 años con antecedentes de DM tipo2, obesidad y un ingreso previo por AIT carotídeo izquierdo que refiere en revisión en consultas inseguridad de la marcha, lentitud de movimientos y dificultad para girarse en la cama. En la exploración, ligera bradicinesia, temblor de reposo bilateral con mayor compromiso derecho, y leve rigidez axial y en miembro inferior izquierdo. Giros desconjugados en dos pasos.

Resultados: Se realizó analítica completa y Tc craneal donde se visualizaba imagen en "cabeza de medusa" mesencefálica izquierda. Se amplió estudio con RMN objetivando agrupamiento de de estructuras de aspecto vascular de pequeño tamaño en cisterna perimesencefálica izquierda, con diagnóstico tras arteriografía de malformación arteriovenosa con nido plexiforme de 15 mm de diámetro mesencefálica izquierda grado 2 de Spetzle. DAT SCAN dudosa hipocaptación leve izquierda. Ante la sospecha de posible parkinsonismo secundario a dicha lesión se inició tratamiento con rasagilina 1 mg, con respuesta parcial al mismo.

Conclusión: El parkinsonismo vascular se produce en aquellos casos en los que existe un síndrome rígido-acinético debido a la existencia de multiinfartos o de una encefalopatía vascular subcortical (enfermedad de Binswanger). Presentamos un probable caso de etiología poco descrita en la literatura científica hasta el momento actual secundario a una malformación venosa mesencefálica.

LESIÓN EVANESCENTE EN RM, POSIBLE ENCEFALITIS POR VEB

Contador Muñana, J.M.; García Malo, C.; Ruiz Molina, Á.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos: Describir un caso de posible encefalitis por VEB y revisar literatura

Material y métodos: Varón de 72 años inmunocompetente. Presenta crisis parciales simples motoras de movimientos clónicos hemifaciales izquierdos y disartria con paresia residual.

Resultados: Controlamos las crisis con levetiracetam. Presenta estatus parcial simple de similar semiología. Aumentamos la dosis y añadimos fenitoína. Recurre la paresia residual que se resuelven progresivamente. Permanece afebril. La RM muestra lesión hipointensa en T1 hiperintensa en T2, corticosubcortical centrada en la cisura de Rolando derecha congruente con la clínica. Restringe en difusión, refuerza tras gadolinio y posee componente hemorrágico. Estudio electroencefalográfico, vascular, inmunológico, serologías, bioquímica y hemograma normales. En LCR recuento, bioquímica con láctico y citología normales. RM a las 2 semanas: aumento significativo del tamaño de la lesión, edema vasogénico y efecto masa. La PCR VEB en LCR resulta positiva al mes. VEB VCA IgG positivo en sangre. RM sucesivas, uno y cuatro meses después: desaparece progresivamente la lesión mostrando sólo depósitos de hemosiderina.

Conclusión: El VEB causa complicaciones neurológicas en el 0,4-7,5%, alrededor del 1% de encefalitis y habitualmente en inmunodeprimidos. Puede no cursar con mononucleosis infecciosa. Generalmente el curso es autolimitado con buen pronóstico. Es infrecuente la clínica e imagen focal imitando encefalitis por VHS-1. Puede mostrar lesiones focales transitorias en sustancia gris. La RM de parénquima cerebral es normal en el 40%. La PCR en LCR es negativa en el 25%. Puede ser positiva con otras infecciones del SNC al migrar linfocitos que portan el virus.

SÍNDROME DE ESCAPE VIRAL EN LCR (SEVLCR), UNA MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA INFRECUENTE DEL VIH

Castro Fernández, B.A.; Torregrosa Martínez, M.H.; Hernández Navarro, P.; Lozano García Caro, L.A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente VIH positiva que desarrolla focalidad neurológica subaguda.

Material y métodos: Mujer de 33 años, nigeriana. VIH estadio C3. Encefalitis por toxoplasma en 2009. En tratamiento con Kaletra y Truvada con aceptable adherencia. Progresivamente presenta fluctuación del nivel de consciencia, síndrome piramidal y signos de liberación frontal. Se plantea el diagnóstico diferencial entre reactivación de toxoplasmosis cerebral, linfoma cerebral primario, infección por citomegalovirus, leucoencefalopatía multifocal progresiva, síndrome de reconstitución inmune, etc.

Resultados: La resonancia magnética (RM) mostró afectación difusa y bilateral de la sustancia blanca. La carga viral VIH-1 en suero era baja, mientras que en LCR estaba elevada y presentaba resistencia genotípica a inhibidores de proteasas e inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos. Se realizó estudio microbiológico e inmunofenotípico en LCR y en sangre. Se ajustó el tratamiento antirretroviral según resistencias, con buena evolución clínica.

Conclusión: El SEVLCR es una entidad inusual en pacientes VIH en tratamiento antirretroviral con buen control de la viremia y un estado inmunológico adecuado. Clínicamente presenta graves déficits neurológicos de aparición aguda o subaguda y lesiones en la RM predominantemente de la sustancia blanca. En LCR se ha descrito replicación activa del VIH a pesar de cargas virales bajas o indetectables en plasma. También se han objetivado resistencias genotípicas al tratamiento antirretroviral, hiperproteinorraquia y pleocitosis con predominio de linfocitos CD8 positivos. Consideramos importante describir este caso, dado el amplio diagnóstico diferencial que plantea y la potencial respuesta clínica favorable tras optimizar el tratamiento antirretroviral.

ENCEFALOPATÍA EN PACIENTE CON ALTERACIÓN VISUAL Y AUDITIVA. SINDROME DE SUSAC

Pelegrina Molina, J.; Barrero Hernandez, F.J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio

Objetivos: Mujer de 37 años que acude a urgencias por bradipsiquia, desorientación, inestabilidad de la marcha y episodios de irritabilidad acompañado de febrícula y cuadro intestinal. Tras realización de pruebas complementarias se diagnostica de vasculitis aislada de SNC. Meses después presenta alteración de agudeza visual y pérdida de audición bilateral de predominio derecho

Material y métodos: Analítica con autoinmunidad y serologías negativas LCR: Proteínas 145mg/dl, resto sin alteraciones GRAM ausencia de flora bacteriana BOC negativas RM craneal se observaban algunas lesiones pequeñas hiperintesas tanto en FLAIR como pT2 en sustancia blanca subcortical, ganglios basales y pedúnculos cerebelosos, Captación leptomeningea tanto infra como supratentorial mas extensa en fosa posterior. RM cervical normal FO: oclusión de vasos ocluidos a nivel temporal inferior con hemorragias en retina de ambos ojos. Disminución de agudeza visual. OCT en ojo derecho, reducción espesor fóvea y de capas de células ganglionares. Hallazgos compatibles con vasculitis oclusiva de vasos periféricos Audiometia: hipoacusia neurosensorial bilateral, de 70 dB en oído derecho y caída en 500 y 1000Hz PEV/ERG: neuropatía óptica axonal bilateral moderada PEAT: Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio derecho

Resultados: El síndrome de Susac es poco frecuente y se caracteriza por oclusiones de arteriolas precapilares del cerebro retina y cóclea secundarias a una respuesta autoinmune poco conocida.

Conclusión: El diagnostico diferencial incluyen diferentes trastornos neurológicos, psiquiátricos, oftalmológicos, y otorrinológicos. El diagnóstico se realiza con RM cerebral, angiografía con fluoresceína de la retina, y audiometría. El tratamiento consiste en la administración de rituximab inmunoglobolinas o ciclfofamida iv como en el caso de nuesta paciente

Neurología General P8

HISTORIA DE LOS TÉRMINOS NEUROLÓGICOS EN INGLÉS: PRESENCIA Y PRODUCTIVIDAD DE LA RAÍZ CEPHAL- (GR. κεφαλ-ή) EN EL SIGLO XVIII

Domínguez Rodríguez, M.V. [1]; González Hernández, A.N. [2]

1. Instituto Universitario de Análisis y Aplicaciones Textuales (IATEXT). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrin

Objetivos: La publicación de diccionarios generales en Inglaterra experimentó un gran auge en el siglo XVIII, en respuesta a la demanda de una clase media pujante. Así, la terminología científica, habitualmente restringida a textos académicos y especializados, empieza a difundirse entre un público lego. Este trabajo analiza la presencia y productividad de cephal- (gr. κεφαλ-ή=cabeza) en estas obras.

Material y métodos: Para obtener el corpus de estudio, se consultó A Bibliography of the English Language (Alston 1965) y luego se realizó una búsqueda en Eighteenth-Century Collection Online, donde se localizaron 39 diccionarios generales a texto completo.

Resultados: Se extrajeron 119 términos, 77 (=64,7%) de ellos neurológicos (cephalia, cephalalgic, cephalalgy, cephalartic(s), cephalic(k) o cephalop(h)ony). En 35 obras (=89,7%) se halla cephalic(k)[medicines], con una o dos de estas acepciones: a) utilidad médica [“good for/easing the head”=65,7%]; b) localización anatómica [“belonging to the head”=20%]; y c) acción terapéutica [“remedies for disorders in the head (such as those that attenuate the blood to make it circulate through the capillary veins of the brain)”=25,7% vs. “medicines applied to fractures in the head”=8,6%]. Además, hay términos de disciplinas afines –neuroanatomía (cephaline, cephalopharyngæi) y botánica (cephalantus, cephaloides)– así como otros relativos a geografía (Cephalonia), ictiología (cephalus), mitología (Cephalus) y quiromancia (Cephalic Line).

Conclusión: La definición de los términos neurológicos es consistente en el corpus de estudio, lo que demuestra que los conceptos estaban relativamente afianzados. Dada la naturaleza de los diccionarios generales, las definiciones carecen de profundidad y especificidad, aunque su presencia revela un proceso de divulgación científica más allá del ámbito académico.

LAS PRIMERAS DESCRIPCIONES SUGESTIVAS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE APARECEN EN EL CONTEXTO DEL CAMINO DE SANTIAGO

Pías-Peleteiro, J.M. [1]; Puy Núñez, A. [2]; Pías-Peleteiro, L. [3]; Aldrey, J. [1]; Macías Arribi, M. [4]; Sobrino Moreiras, T. [1]; Arias Gómez, M. [1]; Costa Arpín, E. [1]; Castro, A. [1]; Prieto, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 2. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario de Pontevedra; 3. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; 4. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos

Objetivos: La esperanza de curar una enfermedad por mediación del Apóstol Santiago es motivo principal para las peregrinaciones a Santiago desde el siglo IX. Nuestro objetivo es mostrar las primeras descripciones sugestivas de esclerosis múltiple (EM), precisamente en peregrinas jóvenes en el ámbito de los primeros siglos del camino de Santiago (CS).

Material y métodos: Estudio crítico, a la luz del actual conocimiento neurológico, de las primeras fuentes escritas en torno a las peregrinaciones a Santiago, fundamentalmente del Codex Calixtinus (CC) y de las Cantigas de Santa María (CSM).

Resultados: El CC (S XII) presenta abiertamente la peregrinación a Santiago como vía de curación de un amplio espectro de enfermedades. La mayor parte de las citadas son del ámbito neurológico. Alfonso X el Sabio, tratando de restar poder al ámbito jacobeo, presenta en las CSM(S XIII) a la Virgen de Villasirga como alternativa curativa más poderosa. Al hilo de este pulso eminentemente político se producen descripciones de síndromes y curaciones, incluyendo la remitencia de clínica neurológica en

mujeres jóvenes, sugestiva de brotes de EM remitente recurrente. En concreto, recogemos la recuperación de una parálisis y de una "ceguera" compatibe con neuritis óptica, ambas en peregrinas jóvenes francesas.

Conclusión: El estudio de curaciones milagrosas en el contexto del CS descubre las primeras descripciones compatibles con EM, en concreto anteriores a las de Santa Liduvina (S. XIV). El estudio de textos antiguos ligados a otros polos de peregrinación como Roma, San Olaf o Canterbury probablemente confirme la existencia de otras descripciones altamente sugestivas de EM.

LEONARDO DA VINCI Y SU APORTANCIÓN A LA NEUROCIENCIA

Reyes Bueno, J.A.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Leonardo Da Vinci es conocido por todos y su nombre ya quedará registrado en la historia por múltiples motivos. Este polímata Florentino nacido en Vinci en 1452, fallecido en 1519, realizó enormes e importantísimas aportaciones en casi todos los campos de las artes y las ciencias. Aquí mostramos lo que este florentino aportó a la neurociencia en una época donde las ciencias estaban floreciendo.

Material y métodos: Realizamos una búsqueda en Google Scholar, PubMed y Baltimore´s Kennedy Krieguer Institute que profundiza en los estudios que realizó Leonardo del cerebro.

Resultados: La actividad investigadora ya comenzó en 1487 con estudios neuroanatómicos del cráneo y descripción de las arterias principales y pares craneales como el nervio óptico. También describió los ventrículos cerebrales donde se pensó que residía el "alma". Estudió el sistema visual y el papel de la médula espinal. Se exponen varias imágenes de los esquemas neuroanatómicos que realizó Leonardo.

Conclusión: Leonardo aportó mucho a multitud de campos de las ciencias y las artes. En el campo de la neurociencia además con gran precisión anatómica y proceso artístico en la creación de los esquemas anatómicos que hoy se exponen en varios museos. Hizo un gran trabajo en crear hipótesis de cómo funcionaba el sistema nervioso central, nuestro cerebro y donde residía el alma humana.

AFECTACIÓN SEVERA Y EXTENSA DEL SNC POR LYSTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Reyes Bueno, J.A.; Muñoz Novillo, J.; García Trujillo, L.; Moreno Arjona, M.P.; Martínez Tomás, C.; Lopez Madrona, J.C.

Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La bacteria listeria monocytógenes (LM) habitualmente causa infecciones en el sistema nervioso central, especialmente en niños, inmunodeprimidos y personas por encima de 50-60 años. La romboencefalitis es una complicación menos frecuente y grave. La afectación severa ocurre fundamentalmente en pacientes en edades extremas y/o inmunodeprimidos. Reportamos el caso de una meningoencefalitis con abcesos cerebrales, en tronco y en médula. Existen muy pocos casos descritos con una afectación tan severa en un paciente sano.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 41 años, previamente sano sin antecedentes familiares de interés, que desarrolla un cuadro agudo de fiebre, cefalea y visión doble; y que progresivamente empeora a pesar de tratamiento empírico hasta presentar afasia global con tetraparesia y trastorno esfinteriano.

Resultados: Líquido cefalorraquídeo inflamatorio, con cultivos negativos. Se instaura antibioterapia empírica. En la resonancia magnética se observan abcesos cerebrales hemisféricos izquierdos, en ganglios basales, tronco y medulares extensos. Se realizó biopsia cerebral que informaron como encefalitis aguda necrotizante. Los cultivos y PCR en LCR seriados son negativos. Durante un pico febril se extrae un hemocultivo y urocultivo que resultan positivos para LM, por lo que se instaura tratamiento con Ampicilia, con resolución del cuadro, y persistencia de secuelas motoras, sensitivas y esfinterianas severas.

Conclusión: La romboencefalitis es una complicación poco común de la listeriosis, y suele aparecer en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo una afectación tan extensa con lesiones en todo el SNC es extraordinariamente excepcional, más aún en un paciente inmunocompetente.

DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL (TVC)

Lebrato Hernández, L.; Méndez del Barrio, C.; Cabezas Rodríguez, J.A.; Escudero Martínez, I.M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: Las trombosis venosa cerebral y de senos durales(TVC) es una forma infrecuente y poco sospechada que representa un 0.5-1% de los ictus. Es más frecuente en jóvenes y su incidencia está aumentando. La clínica de presentación puede ser variable y representa un reto diagnóstico y terapéutico. Nuestro objetivo es presentar una serie de casos de TVC, describiendo características demográficas y clínicas.

Material y métodos: Presentamos una serie de 25 pacientes con diagnóstico de TVC en el servicio de neurología de nuestro centro entre 2008-2014

Resultados: De los 25 pacientes, 16(64%) fueron mujeres y 9 hombres. La edad media de inicio fue de 43.96+-15.98. 24 pacientes(92%) presentaron cefalea, 18(72%) además tenían datos de HTIC. 17(68%) debutaron con focalidad y 8 pacientes(32%) tuvieron una crisis comicial. Los pacientes sin cefalea tuvieron peor recuperación funcional. Con más frecuencia, el seno trombosado fue el trasverso, en 17 pacientes (68%). 13(52%) presentaron transformación hemorrágica e infarto venoso. La etiología fue diversa, en un 7% no se identificó factor precipitante. 3 pacientes tuvieron TVP(trombosis venosa profunda)previamente. 19 pacientes(79%) estaban asintomáticos en su seguimiento. No existió asociación entre la media de senos trombosados y la recuperación clínica. Esta recuperación se asoció, de forma estadísticamente significativa con menor edad de inicio de los síntomas (p=0.046).

Conclusión: TVC es una entidad que hay que sospechar, dado que sin tratamiento el pronóstico puede ser infausto. Como ponemos de manifiesto en nuestra serie, la etiología puede ser diversa y en jóvenes el pronóstico funcional es mejor. Su tratamiento precoz puede minimizar las complicaciones.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES): SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Macías García, D. [1]; Escudero Martínez, I. [1]; Jurado Serrano, J. [2]; Pardo Galiana, B. [1]; Piñero González de la Peña, P. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La encefalopatía posterior reversible o PRES es una entidad clínico-radiológica asociada a diversas etiologías. Siendo la hipertensión la clásicamente conocida, también existen casos descritos asociados a quimioterapia y otros estados como eclamp-

sia o nefropatía. El debut clásico consiste en cefalea, déficit visual y crisis. En casos de mal control de tensión arterial, se han descrito lesiones isquémicas residuales sin distribución de territorio vascular. Nuestra intención es describir las características clínicas, radiológicas y pronósticas según la experiencia en nuestro hospital.

Material y métodos: Serie de 7 pacientes con presentación clínico-radiológica concordante con PRES ingresados en Hospital Virgen del Rocío entre 2008 y 2015. Se analizaron sus características epidemiológicas, clínicas y neurorradiológicas, así como su pronóstico en función de su etiología.

Resultados: En nuestra serie, todas las pacientes eran mujeres. A nivel clínico, el 70% debutaron con crisis comicial mientras que menos de la mitad (40%) con déficit visual. Un 70% eran hipertensas, las pacientes no hipertensas debutaron a edad considerablemente más joven. Este último grupo presentaba otros factores asociados como quimioterapia y gestación, debutando sin diferencia clínico-radiológica a pesar de no padecer HTA pero con recuperación ad integrum corregido el factor desencadenante.

Conclusión: A raíz de esta serie, planteamos la importancia del PRES como diagnóstico diferencial en pacientes con quimioterapia y focalidad neurológica, especialmente comicial, por el buen pronóstico obtenido con la retirada precoz.

AFECTACIÓN DE CONO MEDULAR Y RADICULAR EN NEUROMIELITIS ÓPTICA: UNA PRESENTACIÓN MUY ATÍPICA

Rojo López, A. [1]; Yugueros Fernández, I. [1]; Herrero Velázquez, S. [1]; Fernández Arconada, O. [1]; Velasco Casares, M.D.M. [2]; Carreres Rodríguez, A. [1]; Ortega Valín, F. [1]; Garea García - Malvar, M.J. [1]; Tola Arribas, M.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega; 2. Servicio de Radiología. Hospital Universitario del Rio Hortega

Objetivos: La neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad inflamatoria autoinmune con lesiones localizadas en el sistema nervioso central (SNC), principalmente en nervio óptico y médula espinal. Nuestro objetivo es describir un caso de NMO seronegativa, que presenta un brote atípico con lesión en cono medular con extensión a raíces lumbares.

Material y métodos: Varón de 39 años que cumple criterios diagnósticos de NMO seronegativa, con afectación subclínica ocular y brote inicial en 2013 a nivel medular cervical. Segundo brote en 2014 medular dorsal, con estudio etiológico de diagnóstico diferencial negativo y anticuerpos antiacuoporina-4 negativos. Como secuelas presenta paraparesia espástica hiperrefléxica grave con dificultad para mantener bipedestación y vejiga neurógena, desde entonces tratamiento inmunosupresor. Ingresa en 2015 por nuevo episodio de agravamiento de paresia y espasticidad en extremidad inferior derecha.

Resultados: En la exploración física como nuevos hallazgos se observa arreflexia rotuliana derecha, e hipoestesia en la cara anterior del muslo derecho. En la RM medular se observa nueva lesión hiperintensa en la parte posterior a nivel D12, con prolongación craneocaudal hacia la raíz L5 y realce con contraste. El resto del estudio fue negativo, incluídos anticuerpos antiacuaporina-4. Se realiza nuevo ciclo de corticoterapia y tratamiento rehabilitador, objetivándose mejoría clínica hasta estado basal previo.

Conclusión: La NMO seronegativa, una entidad poco frecuente, en ocasiones presenta brotes con localización infrecuente como el cono medular. En nuestro caso también presenta prolongación a raíz lumbar, aún más excepcional. El tratamiento en fase aguda es la corticoterapia, pudiendo utilizar inmunosupresores como tratamiento de mantenimiento como en nuestro caso.

SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA EXTRAPONTINA

Calle de Miguel, C.A. [1]; Frade Pardo, L. [1]; Martínez Sebastián, A. [2]; Utrilla Contreras, C. [3]; Martín Montes, Á. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; 2. Servicio de Geriatría. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: El síndrome de desmielinización osmótica (SDO) es una entidad poco frecuente que se manifiesta con disartria, disfagia, tetraparesia, mutismo, parkinsonismo, etc. La afectación extrapontina aislada supone un 20% de los casos. El principal factor de riesgo es la corrección excesivamente rápida de hiponatremia. Presentamos un caso de SDO con afectación extrapontina.

Material y métodos: Varón de 54 años, con antecedentes de hepatopatía crónica enólica y varias complicaciones asociadas, que durante un ingreso por cuadro de encefalopatía hepática, presenta de forma progresiva alteración del nivel de conciencia, cuadro confusional, disartria, disfagia, ataxia y síntomas extrapiramidales. Se realizaron análisis y resonancia magnética cerebral, así como una revisión de las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso.

Resultados: Se revisaron las analíticas realizadas durante el ingreso del paciente previamente al inicio de los síntomas descritos, encontrando niveles de sodio de hasta 110 mmol/L, que de forma progresiva aumentaron hasta 142, con un correcto tratamiento, asociado a hipopotasemia moderada. Se realiza un TC cerebral que muestra una disminución de la atenuación en ambos núcleos lenticulares. En el estudio mediante RM cerebral se pone de manifiesto una hiperintensidad de señal bilateral y simétrica en núcleos basales (putámenes y caudados). Tras rehabilitación el paciente presenta mejoría progresiva.

Conclusión: Aunque el principal factor de riesgo del SDO es la corrección rápida de la hiponatremia, existen otros factores (hipopotasemia, alcoholismo, malnutrición, patología hepática, etc) que pueden influir en el desarrollo de esta entidad, a pesar de una correcta reposición hidroelectrolítica. El principal tratamiento es la prevención.

Neurología General P9

ESTUDIO DE RITMOS CIRCADIANOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE-REMITENTE

Sanchez Galvez, R.M. [1]; Martinez Nicolas, A. [2]; Hernandez Clares, R. [3]; Meca Lallana, J.E. [3]; Rol de Lama, M.D.L.A. [2]; Madrid Perez, J.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital J.M. Morales Meseguer; 2. Lab. de Cronobiologia, Depto. de Fisiologia. Universidad de Murcia, Campus Mare Nostrum. IUIE, IMIB-Arrixaca; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) presentan alteraciones en los ritmos de melatonina y sueño que se relacionan con el grado de fatiga. Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar diferentes ritmos circadianos en estos pacientes para detectar posibles alteraciones.

Material y métodos: Se monitorizaron los ritmos de temperatura periférica distal (TPD), actividad, posición y rendimiento físico y mental (TAP) de 12 pacientes diagnosticados de EM (74% mujeres, edad 48,6±1,39 años) y 12 controles pareados por edad y sexo durante 7 días. A continuación, se procesaron individualmente los registros para obtener los valores medios de cada población. Se realizó una prueba t de student para analizar las posibles diferencias estadísticas.

Resultados: Los pacientes con EM presentaron una menor probabilidad de ritmo para TPD y posición (p<0,05), junto a un peor ajuste a una onda sinusoidal para el patrón de TPD (p<0,05) con la misma tendencia, aunque sin significación estadística, para posición y TAP (p=0,06). Además, los pacientes con EM mostraron una tendencia al adelanto de fase en el ritmo de actividad y TAP (p=0,06). Por último, presentaron una tendencia a presentar posiciones más horizontales durante la tarde (p=0,06), lo que podría estar asociado al grado de fatiga.

Conclusión: Los pacientes con EM presentan alteraciones en los ritmos circadianos que podrían explicar la presencia de fatiga (síntoma generalmente refractario al tratamiento). Este estudio abre por tanto nuevas vías para el manejo de la fatiga en estos pacientes. Agradecimientos: RD12/0043/0011, SAF2013-49132-C2-1-R, 19899/GERM/15 cofinanciados con fondos FEDER.

REVISIÓN DE LA ACTIVIDAD EPILEPTIFORME EN 54 PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Garnés Sánchez, C.M. [1]; De San Nicolás Fuertes, D. [2]; Vázquez Alarcón, P. [2]; Ortigosa Gómez, S. [2]; Dudekova, M. [3]; López López, M. [3]; Espinosa Oltra, T. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Quesada López, M. [1]; Martín Martos, F. [4]; Torres Alcazar, A. [3]; Tortosa Sanchez, T. [3]; Fuentes Ramirez, F.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Servicio de Neurología. Hospital U. Santa Lucía; 4. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: El TEA constituye un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por déficit en la comunicación social y patrones restringidos y repetitivos de comportamiento. La asociación entre epilepsia y TEA es conocida, aunque no necesaria.

Material y métodos: Se realizó una revisión de pacientes ingresados en videoelectroencefalograma (videoEEG) de nuestro hospital desde enero de 2013 a febrero de 2016, un total de 1285 pacientes, encontrando 54 con diagnóstico de TEA, 43 hombres y 11 mujeres con edades comprendidas entre 1 y 11 años.

Resultados: Un 52% presentaron anomalías en el videoEEG. La localización de éstas fue generalizada 46%, temporal 39%, línea media 11% y occipital 4%, predominando sobre ambos hemisferios en un 54%, izquierdo 28 % y derecho 18%.Estos hallazgos fueron evidentes en sueño en un 25%, sueño y vigilia 61% y vigilia 14%.

Conclusión: En la población general las alteraciones epileptiformes aparecen entre el 2-8%, en los pacientes con TEA esta prevalencia es mayor (6-83%), en nuestro estudio en un 52%. Las alteraciones epileptiformes en el TEA pueden ser focales, multifocales o generalizadas. Las anomalías focales se localizan más frecuentemente en regiones frontales y temporales, seguidas de centrales, occipitales y parietales. En nuestro estudio predominaban las anomalías generalizadas y temporales. Numerosos estudios han puesto de manifiesto la utilidad de los registros de larga duración, incluyendo sueño, dada la incidencia de anomalías durante éste, en nuestro estudio hasta un 86%. El EEG únicamente debe realizarse en TEA y sospecha de crisis o en pacientes con regresión del lenguaje, para descartar un síndrome de Landau –Kleffner.

NEUROGRAFÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS, FACTORES PREDICTORES DE LA APARICIÓN DE POLINEUROPATÍA

Garnés Sánchez, C.M. [1]; Ortigosa Gómez, S. [2]; Vázquez Alarcón, P. [2]; Sáez Gallego, M.V. [2]; De Mingo Casado, P. [2]; De San Nicolás Fuertes, D. [2]; Espinosa Oltra, T. [1]; Guzmán Martín, A. [1]; Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Quesada López, M. [1]; Dudekova, M. [3]; López López, M. [3]; Martín Martos, F. [4]; Torres Alcazar, A. [3]; Fuentes Ramirez, F.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 3. Servicio de Neurología. Hospital U. Santa Lucía; 4. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Evaluar las características clínicas, analíticas, consumo de tóxicos o fármacos, comorbilidades, criterios de derivación y puntuaciones en los test de screening (monofilamento y United Kingdom screening test) de pacientes diabéticos tipo 2 con y sin polineuropatía diabética (PND), evaluados mediante estudios de neurografía.

Material y métodos: Estudio observacional aleatorio de una muestra de 37 pacientes (19 con polineuropatía diabética (PND) y 18 sin PND) diabéticos tipo 2 con edades comprendidas entre 30-70 años, procedentes de atención primaria, especializada e ingresados.

Resultados: No se encontraron diferencias en la edad, el tiempo de evolución de la diabetes, hemoglobina glicosilada (HbA1c), HTA, dislipemia, perfil lipídico, creatinina, filtrado glomerular, índice de masa corporal, tabaquismo o actividad física en los pacientes con y sin PND. Los hombres, los pacientes tratados con insulina o los afectos de retinopatía presentaban mayores tasas de PND. Los pacientes con PND presentaban menores puntuaciones en el test del monofilamento y mayor en el UK screening test. Los parámetros del nervio sural se relacionaron con el grado de PND y se asociaron de forma estadísticamente significativa con los test de screening (monofilamento y UK screening test).

Conclusión: Al contrario que en otras publicaciones, no se encontraron diferencias en el tiempo de evolución de la diabetes, niveles de HbA1c y la aparición de PND, probablemente debido al escaso tamaño muestral. Se evidenció una asociación entre el desarrollo de retinopatía diabética y PND, ambas complicaciones microvasculares de la diabetes. En la literatura existen escasas publicaciones que evalúen las múltiples comorbilidades del diabético y su asociación con la PND.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA LA PROTEÍNA DIPEPTIDIL PEPTIDASA TIPO 6 (DPPX), A PROPOSITO DE UN CASO

Valero López, G. [1]; Martin Fernandez, J. [1]; Hernandez Clares, R. [1]; Baidez Guerrero, A.E. [1]; Garcia Molina, E. [1]; Cabrera Maqueda, J.M. [1]; Diaz Perez, J. [1]; Navarro Garcia, J.C. [1]; Carreón Guarnizo, E. [1]; Albert Lacal, L. [1]; Garcia Lax, N. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía

Objetivos: La encefalitis autoinmune por anticuerpos contra la proteína dipeptidil peptidasa tipo 6 (DPPX), una subunidad auxiliar de canales de potasio Kv4.2, es una rara entidad descrita en el año 2013 que se caracteriza por presentar un cuadro clínico progresivo de agitación, confusión, deterioro cognitivo, mioclonias, crisis, afectación cerebelosa, diarrea y perdida de peso. Se han descrito resultados esperanzadores con tratamiento inmunomodulador.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 37 años que presenta un cuadro progresivo de 5 años de evolución que se inicio con alteración conductual, diarreas y perdida de peso y que en los siguientes años fue asociando deterioro cognitivo de características fronto-subcorticales, mioclonias, restricción de la mirada vertical, nistagmus, disartria, dismetria y ataxia severa de la marcha. Realizamos una descripción clínica, del abordaje diagnostico y de tratamiento en nuestra paciente.

Resultados: Durante el seguimiento de la paciente todas las pruebas realizadas incluida RM cerebral, analítica y bioquímica de LCR no arrojaron datos significativos. Finalmente se detectó anticuerpos antiDPPX positivos tanto en suero como en LCR. Tras este hallazgo se inicio tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y bolos de metilprednisolona sin mejoría clínica hasta iniciar Rituximab encontrando una notable mejoría a los 3 meses, especialmente de la marcha y las mioclonias.

Conclusión: Las encefalitis autoinmunes son una patología en auge y se están describiendo gran cantidad de antígenos y anticuerpos en los últimos años. Son en su mayoría enfermedades que pueden presentar una respuesta satisfactoria al tratamiento incluso años después del inicio de la clínica como en el caso de nuestra paciente.

CROWNED DENS SYNDROME Y MIELOPATÍA

Martínez Hervés, H. [1]; Vicente Alba, P. [1]; Pego Reigosa, J.M. [2]; Fernández Pérez, M.J. [1]; Labandeira Guerra, C.M. [1]; Nieto Parga, A. [3]; Moreno Carretero, M.J. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 2. Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 3. Unidad de diagnóstico por imagen Galaria. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivos: Revisar las características, el diagnóstico, tratamiento y complicaciones neurológicas del Crowned dens syndrome.

Material y métodos: Se presenta a un varón de 82 años con un cuadro clínico de un día de evolución de cervicalgia intensa irradiada hacia ambos hombros, intensificada por la movilización y palpación. Destacaba una importante contractura cervical con dolor a la palpación e hiperreflexia en el MI izquierdo con RCP extensor.

Resultados: En la analítica presentaba elevación de los marcadores inflamatorios y en las pruebas de imagen cambios radiológicos sugestivos de CDS con mielopatía cervical secundaria. Una vez descartadas otras patologías, se estableció el diagnóstico de probable CDS con mielopatía secundaria. Se inició tratamiento con AINES con resolución completa de la clínica en cinco días y normalización de los reactantes de fase aguda.

Conclusión: El Crowned dens syndrome es un síndrome radioclínico producido por depósito de cristales de pirofosfato cálcico en los tejidos blandos alrededor de la apófisis odontoides. Se define clínicamente como un cuadro de dolor agudo cervical, rigidez de nuca, afectación de la cintura escapular, fiebre y elevación de marcadores inflamatorios que ocasionalmente produce mielopatía secundaria. La imagen radiológica típica es la de calcificación tisular en forma de "corona" en torno a la apófisis odontoides. En resumen, el CDS es una causa rara y benigna de dolor cervical. Creemos que esta entidad debe ser conocida y, por lo tanto, considerada en el diagnóstico diferencial del dolor cervical y fiebre con objeto de evitar medidas agresivas en el diagnóstico y tratamiento.

EPILEPSIA EN EL COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA

Pulido Fontes, L.; Iridoy Zulet, M.; Olaskoaga Caballer, A.; Quesada Jimenez, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes adultos con epilepsia dentro del complejo esclerosis tuberosa en nuestro centro.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esclerosis tuberosa y epilepsia que son atendidos en nuestras consultas monográficas de epilepsia.

Resultados: Identificamos un total de cinco pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de esclerosis tuberosa (uno de ellos con confirmación genética) y que presentan epilepsia. 4 eran hombres y 1 era mujer. La edad media de los paciente era de 31 años. En todos los casos las crisis surgieron dentro de los 8 primeros años de vida y las crisis variaron en la evolución entre crisis parciales y secundariamente generalizadas. Todos los casos presentaban lesiones permanentes en la RM Solo un caso estaba en monoterapia (carbamazepina), 2 en biterapia (lamotrigina y valproato; fenobarbital y carbamazepina) y 2 en triterapia (Eslicarbacepina, levetiracetam y valproato; Valprotato, lamotrigina y perampanel). 3 de los pacientes permanecen libres de crisis y 2 de ellos presentan crisis (1-5/mes).

Conclusión: La aparición de crisis en la esclerosis tuberosa es frecuente. En nuestra serie la evolución de la epilepsia es favorable en la mayoría de los casos, pero pueden presentarse casos rebeldes al tratamiento convencional. Ante los casos fármacorresistentes hay que plantearse otras opciones terapéuticas como los inhibidores de la mTOR o la opción quirúrgica, por lo que, como en cualquier casos de epilepsia fármacorresistente, no debemos olvidar la derivación lo más precoz posible a centros de referencia para el tratamiento de la epilepsia.

UTILIDAD DEL PET-FLORBETAPIR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANGIOPATÍA AMILOIDE INFLAMATORIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Trzeciak Trzeciak, M.; Irimia Sierra, P.; Echeveste Gonzalez, B.; Minguez Olaondo, A.; Moreno Ajona, D.; Arbizu Lostao, J.; Luquin Piudo, M.R.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: La angiopatía amiloide cerebral se caracteriza por el depósito perivascular de β-amiloide (Aβ) en arteriolas corticales y leptomeníngeas. Es una causa frecuente de hemorragia lobar en pacientes ancianos, y produce deterioro cognitivo. Existe una forma de presentación denominada angiopatía amiloide inflamatoria que tiene un curso clínico más rápido y responde favorablemente a esteroides. Se describen los hallazgos clínicos y de neuroimagen con PET-Florbetapir en dos pacientes con diagnóstico de angiopatía amiloide inflamatoria.

Material y métodos: Mujer de 69 años con fallos de memoria y 4 episodios de paresia hemifacial y adormecimiento de mano izquierda. Mujer de 78 años con cefalea, parestesias y deterioro cognitivo subagudo. Se realizan RM cerebral, PET y punción lumbar.

Resultados: En ambas pacientes la RM cerebral mostró lesiones de sustancia blanca, microhemorragias, hemorragias lobares y realce de surcos tras administración de gadolinio. El PET 18f-Florbetapir objetivó depósito amiloide con un patrón sugestivo de angiopatía amiloide. Ambas pacientes presentaron mejoría de los síntomas y estabilización radiológica a lo largo del seguimiento tras la administración de bolus de esteroides intravenoso.

Conclusión: Aunque el diagnóstico de la angiopatía amiloide es anatomopatológico, los hallazgos de RM o PET pueden ayudar en el diagnóstico y evitar la biopsia cerebral. Ambas pruebas deben considerase en el estudio de pacientes con sospecha de angiopatia amiloidea.

NEUROIMAGEN ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN CON TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD GRANULOMATOSA PRIMARIA DEL SNC. UN RETO DIAGNÓSTICO

Pardo Galiana, B.; Escudero, I.; Lebrato Hernández, L.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La granulomatosis aislada del SNC reúne a un grupo de entidades raras con diversas etiologías, requiriendo un alto índice de sospecha y cuyo diagnóstico diferencial es en ocasiones difícil y controvertido. Nuestro objetivo es describir el caso de una mujer de 52 años con debut clínico y neuroimagen atípicos.

Material y métodos: Presentamos una paciente hipertensa, sin otros antecedentes relevantes que consultó por cefalea hemicraneal derecha con signos de alarma y papiledema bilateral, sin otra clínica ni focalidad neurológica. Describimos los hallazgos en pruebas analíticas, pruebas de imagen, angiografía y biopsia cerebral.

Resultados: La resonancia cerebral objetivó un extenso edema vasogénico en lóbulo temporal y occipital derechos con múltiples estructuras puntiformes y tubulares con captación intensa de contraste e hipovasculares en perfusión. La arteriografía cerebral demostró defecto de replección en la unión del seno transverso-sigmoide derecho por trombosis a ese nivel. Se realizó estudio biológico de trombosis, punción lumbar y estudio analítico extenso sin hallazgos. Se inició anticoagulación y tras un mes presentó empeoramiento de la cefalea con progresión de las lesiones en RM Craneal, por lo que se realizó biopsia cerebral que muestra infiltrado linfohistiocitario con granulomas no necrotizantes con afectación meníngea y parenquimatosa y focos de vasculitis descartándose etiología infecciosa, pero sin confirmarse etiología definitiva.

Conclusión: Las enfermedades granulomatosas primarias del SNC son entidades poco frecuentes y constituyen un reto diagnóstico, sobre todo cuando no hay evidencia de clínica sistémica ni hallazgos sugestivos en las pruebas complementarias, teniendo en cuenta que en ocasiones incluso la biopsia cerebral no resulta totalmente concluyente.

CASO DE SÍNDROME MESENCEFÁLICO DORSAL SECUNDARIO A NEUROCISTICERCOSIS RACEMOSA

Saldaña Díaz, A.I. [1]; De la Casa Fages, B. [1]; Massot Tarrús, A. [1]; Valerio Minero, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 2. Servicio de Microbiología. Hospital General Gregorio Marañón

Objetivos: La neurocisticercosis (NCC) es la infección por helmintos más frecuente del sistema nervioso y una de las causas de epilepsia más prevalentes a nivel mundial. Sus manifestaciones principales son la cefalea y las crisis epilépticas. La forma extraparenquimatosa o racemosa es atípica y puede suponer un reto diagnóstico. Descripción de un caso clínico de NCC racemosa.

Material y métodos: Mujer de 30 años, natural de Honduras, con antecedentes de migraña y crisis epiléptica convulsiva hace años, traída por bajo nivel de consciencia. Tras su llegada, manifiesta recuperación espontánea y progresiva del mismo, persistiendo somnoliencia. En la exploración, presenta pupilas mióticas arreactivas, disminución de agudeza visual bilateral, ptosis bilateral, estrabismo divergente en posición primaria con hipotropia de ojo izquierdo y limitación en supraversión (síndrome de Parinaud) y de ambos rectos externos.

Resultados: El análisis sanguíneo y el electoencefalograma no mostraron alteraciones. La tomografía computarizada craneal objetivó una lesión hipodensa extraaxial en región supraselar, confirmándose mediante resonancia magnética la presencia de una masa quística multiseptada en dicha localización, con desplazamiento de estructuras adyacentes, sin realce. Con sospecha de NCC racemosa, se solicitó un estudio serológico, resultando positivo para cisticerco. Se pautó corticoterapia y posteriormente antiparasitarios (Albendazol y Praziquantel), con progresiva mejoría de los síntomas y del tamaño lesional. Se inició Levetiracetam, sin nuevas crisis.

Conclusión: La NCC racemosa es una variante infrecuente, que puede presentarse como epilepsia sintomática o cefalea, y también con clínica secundaria a su efecto masa. Su diagnóstico debe combinar métodos radiológicos (RM) con estudios serológicos, dado el riesgo que conllevan los procedimientos invasivos.

APOE Y RIESGO DE PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Temprano Fernández, M.T. [1]; Casado Menéndez, I. [1]; Martínez Rodríguez, C. [1]; Álvarez Martínez, V. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurogenética. Hospital General de Asturias

Objetivos: Los alelos APOE 2 y 4 se han establecido como factores de riesgo en la hemorragia cerebral y este último como factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. El objetivo de nuestro estudio es valorar la influencia de los alelos APOE en la patología vascular cerebral en pacientes con deterioro cognitivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta especializada de demencia en 2015. Se realizó estudio cognitivo, genotipo APOE y se valoraron los FRCV. En casi todos los pacientes se estudió el perfil lipídico incluido LDLcol y HDLcol.

Resultados: Se analizaron 101 pacientes, 63 mujeres y 38 hombres. La edad media fue de 77 años. El diagnóstico mayoritario fue la enfermedad de Alzheimer seguido de deterioro cognitivo ligero. El alelo E3 fue el mas prevalente seguido de E4 en 38 pacientes. La prevalencia de FRCV y enfermedad cerebrovascular en estos pacientes fue escasa. No se observó relación estadísticamente significativa entre el genotipo APOE y con la existencia de patología cerebrovascular hemorrágica y/o isquémica.

Conclusión: Estudios previos demostraron la asociación de algunos genotipos APOE con la presencia de patología cerebrovascular hemorrágica y cómo los niveles de colesterol podrían jugar un papel importante entre ambos. Valorando los pacientes seguidos en la consulta por deterioro cognitivo no se encontró que el genotipo APOE influya en el aumento de incidencia de enfermedad cerebrovascular hemorrágica, quizás por la ausencia de otros factores que pudiesen contribuir a ese efecto favorecedor.

CAVERNOMATOSIS CEREBRAL MÚLTIPLE (CCM) FAMILIAR. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TRES FAMILIAS

Gómez Moreno, I. [1]; Gómez Romero, L. [1]; Trapero Iglesias, N. [2]; Cuerda Clarés, M.T. [2]; Vicente Rodrigo, J. [2]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Department Neurology. Raigmore Hospital

Objetivos: describir los hallazgos clínicos, neurorradiológicos y genéticos en tres familias afectas de CCM en Cuenca (España)

Material y métodos: se analizó la evolución clínico-radiológica durante un seguimiento de 5 años, con realización de Resonancia Magnética (RM) anual . El diagnóstico clínico fue confirmado genéticamente en una familia, en la que se demostró una mutación en el gen CCM1.

Resultados: - Familia 1: 3 miembros afectos. 1 varón y 2 mujeres. El varón presentó una hemorragia cerebral como debut y tuvo que ser intervenido, los otros 2 miembros están asintomáticos. Se confirmó en los 3 casos una mutación en el gen CCM1 del tipo c.1730+5G>A. - Familia 2: 3 miembros afectos. Dos varones, uno fallecido por hemorragia cerebral, con historia de epilepsia fármacorresistente. Otro varón permanece asintomático, presentando crecimiento en el número de lesiones. La mujer permanece asintomática. - Familia 3: 3 miembros: dos varones, uno asintomático, otro con historia de epilepsia fármacorresistente y

hemorragia cerebral que precisó intervención. Asímismo ha experimentado crecimiento en el número de cavernomas. Un tercer miembro (mujer) falleció a los 11 años por hemorragia cerebral.

Conclusión: La forma de presentación clínica de la CCM es variada. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años, por lo que es importante realizar un screening radiológico y genético en familiares de primer grado. Cuatro de los pacientes (44%) presentaron hemorragia cerebral, dos fallecieron por esta causa y los otros dos precisaron tratamiento neuroquirúrgico. Dos de nuestros pacientes (22%) han experimentado un aumento en el número de lesiones durante el seguimiento (74)

OFTALMOPARESIA MIXTA, MIASTENIA GRAVIS OCULAR SEROPOSITIVA Y PSEUDOTUMOR ORBITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanco Madera, S.; Andreo Jiménez, F.J.; Valderrama Martín, C.; Herrera García, J.D.; Carvajal Hernández, A.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves

Objetivos: presentación de un caso de oftalmoparesia mixta, en el que se diagnostica de miastenia gravis (MG) y pseudotumor orbitatio (PO), una asociación escasamente documentada.

Material y métodos: diagnóstico y seguimiento de un paciente realizándose RMN craneal y de órbitas, TAC torácico, analítica general con autoinmunidad, angio-TAC craneal e intervenciones quirúrgicas junto estudio anatomopatológico.

Resultados: varón de 41 años con antecedente de diabetes tipo 2, presenta cuadro de diplopia binocular y ptosis izquierda, fatigabilidad, paresia del músculo recto inferior del ojo derecho (OD) y test de Tensilon positivo; junto a anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos es diagnosticado de MG ocular seropositiva, siendo refractaria a tratamientos habituales. Además, se solicita TAC torácico donde se encuentra imagen sospechosa de timoma, es timectomizado y resulta hiperplasia tímica. En el seguimiento, aparece retracción palpebral de OD, con empeoramiento brusco de oftalmoparesia acompañada de proptosis, dolor, quemosis y edema palpebral; se realiza RMN de órbitas y cirugía descompresiva del nervio óptico por pérdida de agudeza visual. Tras descartar oftalmopatía tiroidea, fístula arteriovenosa y miositis orbitaria; el diagnóstico final es de PO. El paciente tras corticoterapia y cirugía de estrabismo, mantiene estabilidad clínica.

Conclusión: la MG es una enfermedad de origen neuromuscular, de etiología autoinmune, que en ocasiones se asocia a otras enfermedades autoinmunes y patologías orbitarias, por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial y descartar su coexistencia en caso de sospecha. El PO es una enfermedad de origen inflamatorio, de etiología desconocida; y su asociación con la MG ocular es infrecuente y de conexión desconocida.

Neurooftalmología P

SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE 30 PACIENTES CON NEURITIS ÓPTICA IDIOPÁTICA (NOI)

Fáñez Kertelj, M.; Flórez Pico, S.M.; Pérez Piñeiro, A.; Sánchez Lozano, P.; Solar Sanchez, D.M.; Suárez Moro, R.; Fernández Uría, D.

Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes

Objetivos: La NOI es un proceso inflamatorio y desmielinizante del nervio óptico. Es la causa más frecuente de pérdida visual aguda en adultos jóvenes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes de nuestro servicio con diagnóstico final al alta de patología inflamatoria del NO en los últimos 5 años.

Resultados: N:30 (10 varones / 20 mujeres). Edad media debut: 35,8 años. Fundamentalmente unilateral (5 bilaterales) y 17 acompañados de cefalea o dolor en movimientos oculares. Funduscopia: 20 normal, 10 papilitis. PEV compatibles (salvo 4 casos por no realización o realización tardía). 10 con BOC o aumento de IgG en LCR. En los casos que se solicitó antiMOG y anti-aquaporina fueron negativos. Todos tratados corticoides y con mejoría visual. En su evolución 5 presentaron recuperación visual completa y 6 recidivaron. De 30: 1 compatible con NMO. 11 (37%) patrón compatible con EM o SCA, predominantemente mujeres (73%) y todos con RM patológica y afectación retrobulbar.

Conclusión: Muchos estudios han intentado hallar factores de riesgo de conversión de NO a EM para identificar pacientes de alto riesgo que puedan beneficiarse de tratamiento precoz. Según la literatura el 20 % de EM debutan con NO como síndrome clínico aislado y hasta un 75% de NO cumplirán criterios de EM en los siguientes 15 años (mayor riesgo en los 5 primeros años). La presencia de lesiones en RM en el primer episodio supone el mayor valor pronóstico. Nuestros datos parecen ajustarse a lo esperado aunque el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento resultaron pequeños para extrapolar riesgo de conversión.

FORMA DE DEBUT NO CONOCIDA DE LA ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN PACIENTE CAUCÁSICA

Quiles López, J.F.; Hamad Cueto, O.; De la Cruz Cosme, C.; Rodriguez Belli, A.H.; Romero Acebal, M.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria

Objetivos: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (EVKH) es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por una panuveítis granulomatosa bilateral frecuentemente asociada con desprendimiento de retina (DR) exudativo multifocal y manifestaciones extraoculares (neurológicas, auditivas y dermatológicas). El edema de papila unilateral aparece en menos del 10% de pacientes afectos EVKH, suele implicar retraso diagnóstico y terapéutico. Se pretende ilustrar la importancia del seguimiento y ampliación de pruebas complementarias en pacientes diagnosticados de edema de papila de causa no común.

Material y métodos: Mujer, caucásica, 49 años, en tratamiento hormonal por Alopecia con dolor retroorbitario y visión borrosa en ambos ojos de 2 semanas de evolución con hallazgo de edema de papila bilateral (EPB). Empeoramiento agudeza visual y aparición de miodesopsias en semanas posteriores.

Resultados: Potenciales Evocados, Resonancia Nuclear Magnética (RNM) cerebral y AngioRNM venosa, Autoinmunidad, Serología y análisis y presión LCR dentro de la normalidad, excepto IgM e IgG Citomegalovirus (CMV) positivos. Al mes, tras empeoramiento clínico, se constata uveítis binocular tratándose con prednisona 1mg/kg sin mejoría, con PCR CMV en humor acuoso negativa, confirmándose mediante ecografía orbitaria escleritis posterior bilateral, iniciándose metilprednisolona intravenosa 1 g 3 días con mejoría de agudeza visual y diagnosticándose de probable EVKH. En espera de iniciar tratamiento con Adalimumab.

Conclusión: 1) Importancia de continuar estudio y seguir evolución de EPB sin etiología común inicial. 2) EPB con LCR normal, es extremadamente infrecuente en pacientes de EVKH asiáticos, y es una forma de debut no conocida previamente de EVKH en pacientes caucásicos.

¿NEUROPATÍA OFTALMOLPLÉJICA DOLOROSA RECURRENTE O MIGRAÑA OFTALMOPLÉJICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Garcia Sanchez, S.M. [1]; Avila Rivera, A. [1]; Castrillo Salas, L. [2]; Alcubierre Bailac, R. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi; 2. Servicio de Radiología. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi; 3. Servicio de Neurociencias. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi

Objetivos: La neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente (NODR) previamente conocida como migraña oftalmopléjica suele iniciarse en la infancia aunque hay descritos casos de inicio en adultos. Describimos una paciente que inicialmente cumple criterios de NODR seguida de migraña sin aura durante los 2 años posteriores.

Material y métodos: Paciente de 55 años, sin antecedentes de interés que presenta seis meses antes cefalea holocraneal opresiva con TAC craneal normal y cifras elevadas de TA por lo que se inicia amlodipino. Unos días antes del ingreso refiere cefalea hemicraneal derecha pulsátil con fotofobia y posteriormente diplopía .

Resultados: En la exploración presenta neuropatía de III pc derecho completa, siendo el resto normal.TAC y angioTAC craneal urgente descarta malformación arteriovenosa o aneurisma cerebral. RM craneal con contraste demuestra captación del segmento cisternal del III pc derecho. Estudio de LCR :bioquímica normal, ciotologíia, PCR familia herpes viridae y bandas oligoclonales negativas. TAC toraco-abdominal normal. Buena respuesta a corticoterapia oral. Se orienta como neuritis de III pc de etiología indeterminada. A los 2 meses presenta nuevo episodio de similares características clínicas y radiológicas. Durante los 2 años de seguimiento refiere episodios de cefalea que cumple criterios de migraña sin aura. RM craneal de control normal.

Conclusión: Se orienta como NODR tras cumplir criterios ICHD-3 (dos episodios de cefalea con afectación de III pc descartándose patología orbitaria, paraselar o fosa posterior) aunque nos sorprende la aparición posterior de migraña. La migraña oftalmoplégica ha ido cambiando en la clasificación en los últimos años, probablemente dado lo poco que conocemos de su fisiopatología.

DIPLOPIA COMO MANIFESTACIÓN DE FÍSTULA DURAL DEL SENO CAVERNOSO

Pérez Gámez, M.; Dengra Maldonado, A.I.; Barrero Hernández, F.J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio

Objetivos: Las fistulas arteriovenosas durales son conexiones anómalas entre arterias meníngeas y senos venosos durales, venas meníngeas o venas corticales. La mayoría engloba el seno transverso y sigmoide. Presentamos un caso de diplopia brusca con empeoramiento progresivo.

Material y métodos: Mujer de 74 años sin AP destacables; acude por visión doble de inicio brusco y empeoramiento progresivo, con diplopia para la mirada lejana que aumenta en la mirada lateral derecha. EF con paresia del recto externo derecho, resto normal.

Resultados: Analítica normal, salvo hipercolesterolemia (CT 248). RM y angioRM: vena oftálmica derecha hiperintensa, turgente y engrosada, sugestivo de fistula carótido-cavernosa. Arteriografía: opacificación precoz del seno cavernoso derecho, con relleno precoz e invertido de la vena oftálmica superior derecha, así como del seno petroso superior derecho y la vena cerebral media profunda homolateral. El aporte arterial depende de ramas durales de ambas ACE (sobre todo faríngeas ascendentes). Compatible con fístula dural del seno cavernoso derecho grado IIb Cognard. Se deriva a radiología intervencionista para tratamiento endovascular.

Conclusión: La fistula carotido-cavernosa es una entidad poco habitual en la práctica clínica. Generalmente asocia cefalea y síntomas secundarios a congestión orbitaria, siendo la tríada clásica proptosis, quemosis y soplo intraorbitario. Otras manifestaciones son disminución de la AV por aumento de PIO, glaucoma y trombosis venosa. La diplopía es una manifestación poco frecuente. La angiografía es necesaria para confirmar el diagnóstico y el tratamiento de elección es la obliteración de las conexiones aberrantes con implantación de coils o fármacos embolizantes, mediante terapia endovascular.

NEURITIS ÓPTICA SECUNDARIA A PRIMOINFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE

García Lax, N.; Martínez Navarro, M.L.; Palao Rico, M.; Motos García, J.Á.; Sanz Monllor, A.; Sánchez Ortuño, I.; Rodríguez García, J.M.; García Medina, A.M.; Marín Marín, J.; Salmerón Ato, M.P.; Iniesta Valera, J.A.; Díaz Ortuño, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía

Objetivos: El virus de Epstein-Barr(VEB) es un herpes virus cuya infección es muy frecuente en edad pediátrica, siendo su principal manifestación la mononucleosis infecciosa. Se transmite a través de saliva, presentando el 90% de la población infección asintomática durante la infancia. Las complicaciones neurológicas afectan al 1-18% de pacientes e incluyen meningitis, encefalitis, neuropatías craneales y menos frecuentemente cerebelitis, radiculitis, neuritis óptica(NO)... La primoinfección en adultos es rara y asocia mayor número de complicaciones. Describimos una paciente adulta con meningitis y NO secundarias a primoinfección por VEB.

Material y métodos: Mujer, 20 años, antecedente de asma, que, una semana antes, presenta síndrome febril de hasta 40ºC durante 3 días sin foco infeccioso, tratado con antipiréticos. 48 horas después comienza con visión borrosa a través del ojo izquierdo(OI). Exploración: fondo de ojo: edema de papila OI, resto normal.

Resultados: Analítica y RMN cerebral normales. Serología: anti-VCA IgM positivo. LCR: leucocitos 143(mononucleares 95%), glucosa 51, proteínas 38.3. Cultivo y serologías de LCR, incluyendo VEB, negativas. PEV: incremento de latencia de la onda P100 en lado izquierdo. Serología control: anti-VCA IgG positivo. Ante el diagnóstico de meningitis linfocitaria se inició tratamiento empírico con ganciclovir. Tras resultado de serología, compatible con primoinfección por VEB, se mantuvo 14 días y se administraron tres bolos de corticoesteroides, con mejoría progresiva hasta quedar asintomática.

Conclusión: La NO como complicación de la infección por VEB es muy rara; habiéndose descrito unos doce casos en la literatura. A pesar de que es poco frecuente, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de NO.

ISQUEMIA ARTERIAL RETINIANA SECUNDARIA A CONSUMO DE COCAÍNA

Sánchez de la Torre, J.R. [1]; Demetrio Pablo, R. [2]; Bosque Varela, P. [1]; Revilla García, M.Á. [1]; Palacio Portilla, E.J. [1]; Delgado Alvarado, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: La isquemia retiniana es una enfermedad infrecuente en adultos jóvenes, habitualmente asociada a enfermedades sistémicas o al acúmulo de factores de riesgo cardiovascular. El consumo de cocaína inhalada se ha asociado con síndrome coronario e ictus isquémico. La isquemia retiniana secundaria a su uso ha sido raramente descrita.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 54 años, con antecedentes de tabaquismo, asma y consumo regular

de cocaína hasta hacía 2 años. Presenta pérdida aguda de visión en ojo izquierdo tras consumo elevado de cocaína inhalada. La exploración oftalmológica evidenció una AV <0.05 (movimiento de manos) OI, junto con un defecto pupilar aferente y una mácula color rojo cereza con palidez peripapilar, compatible con isquemia parapapilar arterial retiniana. La exploración neurológica y sistémica fueron normales.

Resultados: El angio-TAC intracraneal y eco-doppler de troncos supraaórticos fueron normales. Los parámetros bioquímicos, inmunológicos y microbiológicos (incluyendo T.pallidum y VIH), así como estudio de hipercoagulabilidad fueron normales o negativos. La monitorización durante 72 h y ecocardiograma fueron normales. Durante el ingreso, se inició tratamiento antiagregante e hipolipemiante, sin mejoría clínica.

Conclusión: Tras el estudio etiológico completo se descartaron otras causas, atribuyéndose el cuadro al consumo de cocaína. Es importante preguntar de forma activa sobre el consumo de cocaína en cuadros de isquemia retiniana en adultos jóvenes sin otros factores predisponentes. La reticencia de los mismos a reconocer el consumo ilícito de drogas, junto con el mal pronóstico visual a largo plazo hacen de este un reto diagnóstico.

Neurooncología P

REMISIÓN DE LMP PRIMARIA CEREBELOSA ASOCIADA A LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB Y CICLOFOSFAMIDA

Gascón Giménez, F. [1]; Terol, M.J. [2]; Alcala Vicente, C. [3]; Pérez Miralles, F.C. [3]; Ferrer, B. [2]; Boscá Blasco, I. [3]; Casanova Estruch, B. [3]; Coret Ferrer, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2. Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Objetivos: La LMP es una enfermedad infecciosa del SNC causada por el virus JC que en pacientes con síndromes linfoproliferativos tiene muy mal pronóstico con una mortalidad superior al 90% en el primer año. Presentar un caso de LMP primaria cerebelosa precoz asociada a leucemia linfática crónica B (LLC-B) en tratamiento con rituximab(RTX) y ciclofosfamida(CYC), con estabilización clínico-radiológica persistente tras tratamiento.

Material y métodos: Mujer de 75 años con LLC-B que 5 semanas después del último ciclo de RTX y CYC presentó un cuadro subagudo de inestabilidad con imposibilidad para la marcha, disartria, disfagia, nistagmus horizontoratorio, ataxia troncular y dismetría tetrapendicular. La RMN mostró una lesión pontocerebelosa derecha y la PCR de VJC positiva en LCR confirmó la sospecha diagnóstica de LMP. En la analítica se objetivó un descenso de CD4 y una hipogammaglobulinemia asociada a RTX.

Resultados: Se inició tratamiento empírico con mefloquina, mirtazapina y cidofovir, asociando inmunoglobulinas iv(IgIV) por la hipogamaglobulinemia, con un discreto empeoramiento clínico y radiológico inicial sugestivo de un leve síndrome de reconstitución inmune(IRIS). Posteriormente ha presentado una mejoría clínica y radiológica persistente a los 24 meses.

Conclusión: La LMP cerebelosa primaria es una forma de presentación excepcional. La hipogamaglobulinemia asociada a RTX aunque infrecuente es un factor de riesgo añadido de LMP. Desconocemos la contribución de cada tratamiento a la buena respuesta. La correción de la hipogamaglobulinemia con IgIV puede haber contribuído a la modulación del IRIS y remisión. Recomendamos la monitorización de Ig en pacientes en tratamiento con RTX.

DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME (GBM) EN CUENCA, EXPERIENCIA EN 8 AÑOS

Ramirez Luna, J.C. [1]; Gómez Romero, L. [2]; Gómez Moreno, I. [2]; Cuerda Clares, M.T. [1]; Vicente Rodrigo, J.A. [1]; Carod Artal, F.J. [3]

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Virgen de la Luz; 3. Servicio de Neurología. Raigmore Hospital

Objetivos: Evaluar las características clínicas, radiológicas y los aspectos relacionados con el tratamiento y sobrevida de los pacientes diagnosticados de Glioblastoma Multiforme en el Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes diagnosticados de Glioblastoma Multiforme en el servicio de Neurología de nuestro Hospital durante el tiempo comprendido entre 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2015.

Resultados: Pacientes estudiados 27 (17 hombres y 10 mujeres) con media de edad de 65.3 años (Hombres 67.1 y Mujeres 65.3). Presentación clínica: déficit motor 8 casos (29.6%), cefalea en 6 casos (22.2%), mareo 4 casos (14,8%), alteración del estado de conciencia 3 casos (11.1%), alteración en el lenguaje 2 casos (7.4%), cambios en el comportamiento un caso (3.7%), alteraciones sensitivas un caso (3.7%), sincope un caso (3.7%), desorientación un caso (3.7%) 23 de los pacientes (85.2%) presentaban lesión tumoral única y 4 pacientes (14.8%) lesiones multiples, 55.6% localizadas en hemisferio derecho, 37% en hemisferio izquierdo y 7.4% interhemisférico. 13 pacientes (48.1%) se les realizó intervención quirúrgica (IQ) con resección completa 7 (53.8%) y 6 resección subtotal (46.2%), 18 pacientes (66.7%) recibieron Quimioterapia (QT), 20 pacientes (74.1%) recibieron Radioterapia (RT), 13 pacientes (52%) recibieron IQ+QT+RT. La supervivencia media global fue de 17 meses, los tratados con IQ+QT+RT fue de 30 meses, los tratados con QT+RT fue de 8.3 meses, los tratados con RT fue de 2.7 meses y los no tratados fue de 2.2 meses.

Conclusión: El Glioblastoma Multiforme sigue siendo muy agresivo y de mala evolución.

TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE NEUROPATÍA CRÓNICA POR OXALIPLATINO

Gutiérrez Gutiérrez, G. [1]; Visedo, G. [1]; Ojeda Ruiz de Luna, J. [1]; Sereno Moyano, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 2. Servicio de Oncología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos: Estudiar la posible relación entre el tabaquismo y el desarrollo de neuropatía crónica por oxaliplatino.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de casos y controles utilizando un método de extremos para definir neuropatía clínicamente significativa y no neuropatía. Se estudian 159 pacientes y se revisan los datos de tabaquismo recogidos en las historias clínicas. Se hace una comparación estadística utilizando la chi cuadrado y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Se estudian 159 pacientes, de los que 45 son mujeres y 33 son fumadores. Los grupos son comparables en cuanto a dosis de oxaliplatino, edad y tipos de cáncer. Un 52 % de los fumadores desarrolla neuropatía clínicamente significativa frente a un 46% de los no fumadores. Estos resutlados no son estadísticamente significativos (p=0’255).

Conclusión: En nuestra serie no existe relación significativa entre el tabaquismo y el desarrollo de neuropatía crónica por oxaliplatino. Financiado parcialmente por: FIS (concedido en 2012): “Identificación de marcadores genéticos predictivos de neurotoxicidad de oxaliplatino“.

ESPECTRO DE LAS PRESENTACIONES NEUROLÓGICAS DEL LINFOMA INTRAVASCULAR: DE LOS ICTUS RECURRENTES A LA POLINEUROPATÍA GRAVE

Escobar Villalba, A.; Perez Torre, P.; Martinez Ulloa, P.L.; Monreal Laguillo, E.; Pian, H.; Corral Corral, I.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Presentamos dos casos con diagnóstico de linfoma intravascular de células B (LIVCB), uno con cuadro clínico de ictus a repetición y el otro con polineuropatía grave.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de LIVCB diagnosticados en un centro terciario (Hospital Ramón y Cajal) desde 1995 hasta 2015. De tres casos diagnosticados de LIVCB, dos presentaron síntomas neurológicos.

Resultados: Caso 1: Mujer de 81 años de edad, ingresada por cuadro de disartria y hemiparesia derecha transitoria. Posteriormente la paciente presentó infartos cerebrales a repetición con deterioro neurológico progresivo. En la resonancia magnética cerebral, se evidenciaron múltiples infartos, con importante edema y desviación de la línea media. Falleció al mes de ingreso. El diagnóstico anatomopatológico fue LIVCB. Caso 2: Varón de 50 años de edad, con cuadro clínico consistente en fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso que se inició 20 días antes del ingreso. Durante el mismo, el paciente presenta paraplejia y paresia del miembro superior derecho. El electromiograma confirmó el hallazgo de polineuropatía y la biopsia de nervio periférico confirmó el diagnóstico de LIVCB. El paciente posteriormente falleció debido a una aspergilosis sistémica.

Conclusión: El LIVCB puede producir graves manifestaciones clínicas con repercusión tanto en el sistema nervioso central como periférico debido a la afectación de arterias intracraneales y de los vasa nervorum. Las dificultades en el diagnóstico por la baja sospecha clínica,. probablemente condicionan el mal pronóstico de esta entidad

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ENCEFALOPATÍA AGUDA DE INICIO TARDÍO TRAS RADIOTERAPIA: SÍNDROME ALERT

Moreno Ajona, D.; Valentí Azcarate, R.; Trzeciak, M.; Gállego Pérez-Larraya, J.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: Se han descrito diferentes complicaciones agudas de presentación tardía tras radioterapia cerebral: SMART, PIP-G y recientemente ALERT. Se describe un caso clínico de síndrome ALERT.

Material y métodos: Se describe el caso de una mujer de 55 años diagnosticada en 2004 de un carcinoma escamoso pulmonar, tratado con quimio-radioterapia. En 2008 se objetivaron 2 metástasis cerebrales (temporo-parietal derecho y cerebeloso izquierdo) por lo que recibió tratamiento con radioterapia holocraneal (40 Gy) y radiocirugía (15Gy) sobre las lesiones cerebrales. En controles ulteriores no se encontraron signos de recidiva de su enfermedad. En 2012 sufrió 1 episodio de inicio súbito caracterizado por desviación de la mirada a la derecha, hemiparesia izquierda, heminegligencia y extinción sensitiva izquierdas, seguidas de disminución del nivel de conciencia (GCS: 9/15).

Resultados: Se realizó monitorización electroencefalográfica, RM cerebro-medular, PET cerebral y analítica sanguínea y de LCR, excluyéndose un origen epiléptico, metabólico, infeccioso y tumoral. Se administró tratamiento con corticoides con resolución de los síntomas en <24 horas. Posteriormente sufrió 2 episodios de idénticas características, el segundo de ellos resuelto con corticoides. Tras el tercer episodio la paciente falleció por causas desconocidas. Meses después se describen en la literatura 5 casos similares y se acuñó el síndrome ALERT.

Conclusión: El síndrome ALERT constituye un fenotipo particular de un espectro más amplio de complicaciones tardías de radioterapia, en el que se incluyen los síndromes SMART y PIP-G. Es importante conocer este síndrome para, excluidas las demás causas potenciales instaurar tratamiento esteroideo.

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL A NIVEL DE LA UNIÓN BULBOMEDULAR: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ruiz Ginés, J.A. [1]; Ruiz Ginés, M.Á. [2]; Balcázar Rojas, O. [1]; Claramonte de la Viuda, M. [1]

1. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: Rosai y Dorfman, describen, en 1969, un síndrome proliferativo linfohistiocitario (enfermedad Rosai-Dorfman [ERD]), caracterizado por fiebre, abundantes adenopatías cervicales dolorosas, leucocitosis e hipergammaglobulinemia policlonal. Se ha llegado a describir compromiso extraganglionar, en localizaciones como el ojo y tracto respiratorio superior. El sistema nervioso central, se afecta en < 5% de los casos, particularmente epidural/subdural (convexidad cerebral, base craneal, interhemisférica, supraselar, intracavernosa), siendo excepcional la afectación intraaxial (intraventricular/intraparenquimatosa). Predomina en niños y adultos jóvenes, con ligera predilección masculina. Presentamos el primer caso, descrito en la literatura, de tetraparesia secundaria a ERD secundaria a afectación de la unión bulbomedular extranodal.

Material y métodos: Varón de 22 años, afecto de tetraparesia, de predominio hemicorporal derecho e hipoestesia braquial derecha, de curso progresivo, asociado con síndrome febril y cefalea crónica diaria, de probable etiología sinusal y epistaxis.

Resultados: Neurorradiológicamente, muestra ocupación global de senos paranasales, hipertrofia meníngea basal y de ambas convexidades, con afectación de la unión cráneo-cervical, condicionando grave estenosis del agujero magno con mielopatía compresiva severa de la unión bulbomedular. Intervenido quirúrgicamente por vía suboccipital y resección macroscópicamente completa, con hallazgos histológicos indicativos de tumoración histiocitaria con el característico rasgo (no patognomónico) de emperipolesis (linfocitosis intracitoplásmica). Recibió terapia coadyuvante. Evolución clínica favorable hasta la fecha.

Conclusión: La etiopatogenia de la ERD es desconocida, aunque se sospecha una base autoinmune, que dada la policlonalidad observada, se produciría en respuesta a algún factor externo (actualmente en discusión la etiología viral por VHH-6). La extensión intracraneal es muy infrecuente, más aún en la unión cráneo-medular.

DESCRIPCIÓN DE UN RARO CASO DE HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE CRANEAL PRIMARIO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ruiz Ginés, J.A. [1]; Ruiz Ginés, M.A. [2]; Claramonte De la Viuda, M. [1]; Balcázar Rojas, O. [1]; Borrás Moreno, J.M. [1]

1. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud

Objetivos: El hemangioendotelioma epitelioide (HE), es un tumor de partes blandas, de apariencia epitelioide y malignidad intermedia, descrito en 1982 por Weiss y Enzinger. A nivel clínico-histológico, presenta un comportamiento intermedio entre angiosarcoma y hemangioma, sin predominio etario ni sexual. Debuta como una tumoración dolorosa, habiéndose descrito casos en pulmón, hígado, hueso, vasos y estructuras intracraneales (intra y extraaxiales), de forma primaria o metastásica. La afectación

cerebral es excepcionalmente rara (<0,02% de los tumores cerebrales). Mostramos el caso de un HE craneal, intraparenquimatoso, primario, teniendo en cuenta que existen descritos, en la literatura, menos de 20 casos (sólo dos de ellos en nuestro país).

Material y métodos: Varón de 56 años, afecto de tumoración subcutánea frontal derecha, dolorosa, intervenida quirúrgicamente, con diagnóstico de HE maligno, primario (estudio de extensión negativo), con posterior diseminación intracraneal contigua, frontal ipsilateral, complicado con hemorragia intratumoral, precisando reintervención.

Resultados: El HE constituye un reto diagnóstico por su rareza y heterogeneidad, debiendo recurrirse al estudio histológico para descartar otras variantes tumorales vasculares, mostrando células epitelioides, con abundante vacuolización intracitoplásmica y agrupación en cordones con matriz fibromixoide. Tinciones inmunohistoquímicas mostrando positividad para CD31 y Factor VIII de membrana (focalmente). Citoqueratinas AE1/AE3 con expresión débil y focal. Ki-67: 75%.

Conclusión: El tratamiento precisa una resección radical, con papel discutido del tratamiento radio y quimioterápico (Ifosfamida y Epirrubicina, en nuestro caso). Supervivencia no bien definida, dependiente del grado mitótico, presencia de atípias y necrosis. Recurrencia con metástasis: 31% y mortalidad: 13% a 4 años (en nuestro caso, 19 meses).

EXPERIENCIA CON SIROLIMUS EN NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 (NF1): A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Villalobos, J.M. [1]; Torres Perales, A.M. [2]; Espinosa Oltra, T. [1]; Quesada López, M. [1]; Díaz Jiménez, I. [1]; Andreu Gálvez, M. [3]; Dudekova, M. [2]; López Sánchez, J. [2]; Carrasco Torres, R. [2]; Navarro Lozano, M. [2]; Torres Alcázar, A. [1]; Pérez Vicente, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar; 3. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Comunicar un caso de NF1 agresiva e intento terapéutico con sirolimus.

Material y métodos: Descripción del caso clínico de una paciente con NF1 en la que iniciamos tratamiento con sirolimus como uso compasivo y tras firma de consentimiento informado para su administración. Revisión de literatura existente.

Resultados: Mujer de 16 años con diagnóstico por criterios clínicos y confirmación genética de NF1. Destaca en ella la presencia de una voluminosa masa cervico-occipital dolorosa compuesta por múltiples neurofibromas e intervenida en varias ocasiones, refractaria a tratamiento analgésico. Así mismo, se objetiva la exsitencia de un neurinoma cervical foraminal con extensión intra y extrarraquídea que produce compresión medular significativa, no susceptible de tratamiento quirúrgico. Se inicia el tratamiento con sirolimus debiendo ser retirado a las tres semanas por incremento significativo del dolor cervical, aún con dosis mínimas de fármaco.

Conclusión: A pesar de que existen trabajos publicados en los que los pacientes con NF1 presentan remisión parcial e incluso total del dolor con sirolimus, en nuestra experiencia clínica, existió una respuesta paradójica al tratamiento, con incremento incoercible del dolor que obligó a su retirada. Por otra parte, teniendo en cuenta que existen otros trabajos publicados que denotan falta de consistencia en el control del dolor y que el uso de este tratamiento tan sólo retrasa en cuatro meses la progresión de los neurofibromas, creemos necesarios más estudios dirigidos a evaluar el beneficio potencial de este tipo de fármacos en esta patología.

NEUROTOXICIDAD POR METOTREXATO: HEMICOREA + HEMIPARESIA

Jimena García, S.; Raspall Chaure, M.; Macaya, A.

Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una de las enfermedades oncohematológicas más frecuentes en la infancia. La quimioprofilaxis del SNC es una de las piedras angulares de su tratamiento. El empleo de metotrexato (MTX) intratecal constituye un tratamiento efectivo para evitar recaídas sobre el sistema nervisoso. El espectro de complicaciones neurológicas relacionadas con dicho tratamiento es muy amplio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente que desarrolló un síndrome hemimotor derecho agudo, relacionado con la administración de MTX.

Resultados: Niño de 9 años que ingresa por movimientos coreicos de la ESD y hemiparesia braquio- crural derecha. Diagnosticado de LLA de alto riesgo dos años antes,había realizado tratamiento quimioterápico según protocolo SHOP LAL 05, con mala respuesta al tratamiento y posterior TPH, logrando remisión de la enfermedad. En la primera RM craneal se observó una alteración de señal difusa y bilateral que afectaba a sustancia blanca periventricular y profunda. Se realizaron múltiples pruebas diagnósticas (PL, EEG, analíticas) diagnosticándose finalmente de Leucoencefalopatía tóxica por MTX. La última RM craneal, realizada dos años después de la primera, muestra resolución completa de las lesiones. No obstante, la clínica del paciente persiste, con predominio del trastorno extrapiramidal sobre la paresia.

Conclusión: La neurotoxicidad secundaria al uso de MTX afecta entre el 5% al 18% de los niños con LLA. Puede presentarse como síndrome confusional, crisis epilépticas o focalidad neurológica. El diagnóstico se realiza en base a la clínica del paciente y las imágenes obtenidas mediante RM.

PLASMOCITOMA ÓSEO EN CALOTA CRANEAL CON DEBUT NEUROLÓGICO Y DIAGNÓSTICO SINCRÓNICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: UNA CURIOSA ASOCIACIÓN

Espinosa Oltra, T.; Carrillo Vicente, R.; Sanchez Villalobos, J.M.; Quesada López, M.; Díaz Jiménez, I.; Hernández Hortelano, E.; Garnés Sánchez, C.M.; Torres Alcázar, A.; Dudekova, M.; López López, M.; Martínez García, A.B.; Martínez Francés, A.; Pérez Vicente, J.A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos: Discutir relación etiopatogénica de neoplasias hematológicas y carcinoma células renales (CCR) tras caso de plasmocitoma craneal con debut neurológico y CCR incidental.

Material y métodos: Varón 51 años diabético con adormecimiento y torpeza brusca de pierna izquierda, junto cefalea, astenia y bradipsiquia el último mes. Exploración neurológica: paresia 4+/5 e hipoestesia táctil crural izquierda. Tras neuroimagen realizamos craneotomía y resección de tumor óseo. En estudio de extensión hallazgo de masa renal incidental, realizándose nefrectomía radical derecha e iniciándose inhibidor tirosin-kinasa tras resultado anatomopatológica(AP). Sin evidencia de mieloma múltiple(MM) durante seguimiento.

Resultados: -RM craneal contraste: gran masa extraaxial parietal derecha con realce homogéneo y cola dural, efecto masa y herniación subfalcina (sugestivo meningioma malignizado) -AP cráneo: infiltración duramadre y ósea por neoplasia células plasmáticas (plasmocitoma Kappa+) -Estudio médula ósea: plasmocitosis policlonal -PET-TC y TC total-body: neoplasia renal derecha con incremento metabólico heterogéneo D6 y pulmonar. -AP renal: CCR células claras

Conclusión: -La combinación de tumores hematológicos y sólidos es infrecuente, especialmente si poco prevalentes como MM, plasmocitoma y CCR. -Diferentes factores intentan explicar su desarrollo concomitante/secuencial: ambientales (tabaco), genéticos (alteraciones cromosomas 13-17),

quimioinducidos. -La hipótesis más sustentada es inmunológica: IL6 secretada por CCR favorece la proliferación células plasmáticas neoplásicas, siendo potencial fuente de investigaciones terapéuticas futuras. -La relación etiopatogénica entre MM y CCR (células claras) está documentada en bibliografía, encontrando sólo otro caso de plasmocitoma solitario y CCR concomitante. -Los oncólogos deben conocer esta asociación para no presuponer metástasis de tumor primario ante MM/plasmocitoma con masa renal o CCR con lesión lítica, dadas las implicaciones terapéuticas.

SÍNDROME DE LA ARTERIA ESPINAL POSTERIOR EN PACIENTE CON CARCINOMA SUPRARRENAL

Alvarez Noval, A.; de la Fuente Blanco, R.; Cabezas Delamare, B.; González Nafría, N.; Lara Lezama, L.B.; Hernández Rodríguez, J.; Solanas Letosa, E.; Riveira Rodríguez, M.C.; Rodríguez Martínez, E.; Fernández López, J.F.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivos: El síndrome de arteria espinal posterior es una entidad rara de isquemia medular que se manifiesta bruscamente con alteración de la sensibilidad propioceptiva y vibratoria por debajo del nivel de la lesión y completa anestesia a nivel de la misma.

Material y métodos: Varón de 63 años exfumador, con diagnóstico reciente de carcinoma suprarrenal con afectación mediastínica y trombosis crónica de vena renal izquierda, por lo que sigue tratamiento con HBPM a dosis anticoagulantes. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de disminución brusca de la sensibilidad, primero en miembro inferior derecho, extendiéndose de forma progresiva a periné y mitad superior de miembro inferior izquierdo. A la exploración se objetiva una anestesia comprendida entre D8-L1bilateral junto con una hipopalestesia hasta arcos costales, más marcada en extremidad inferior derecha, sin afectación piramidal ni disfunción esfinteriana.

Resultados: Se realiza RM medular que muestra dos focos de hiperseñal, a la altura D3 y D9, afectando al cordón posterior derecho, sin captación de gadolinio, con vasos perimedulares prominentes por debajo de D9 y que descarta compresión medular. El resultado de la punción lumbar fue normal.

Conclusión: La arteria espinal posterior se encarga de la irrigación de la médula dorsal, en concreto de las astas posteriores. Una isquemia a este nivel puede deberse a múltiples etiologías. En el contexto de un cáncer, en el que existe un estado protrombótico de base, la alteración brusca del cordón posterior debe hacernos pensar en esta entidad como primera posibilidad realizando diagnóstico diferencial con otras posibles complicaciones tumorales, principalmente la compresión medular.

SÍNDROME CEREBELOSO PARANEOPLÁSICO ASOCIADO A CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN CON ANTICUERPOS ANTI SOX1 Y ANTI GAD65 POSITIVOS: COMUNICACIÓN DE UN CASO

Jannone Pedro, N.; Juni Sanahuja, J.; Quintanilla Bordás, C.; Álvarez Sánchez, L.; Domínguez González, H.J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: El síndrome cerebeloso paraneoplásico es una entidad poco frecuente que puede relacionarse con cualquier cáncer. El objetivo es describir un caso asociado a carcinoma microcítico de pulmón con anticuerpos anti SOX1 y anti GAD65 positivos.

Material y métodos: Descripción clínica, analítica y radiológica de un caso.

Resultados: Mujer de 70 años con antecedentes de tabaquismo y adenocarcinoma de mama tratado con quimio y radioterapia. Presentó de forma subaguda marcha con lateralización derecha, test de Romberg positivo, nistagmo vertical y horizontal a la derecha y mínima disartria. La TAC cerebral mostraba signos hipóxico-isquémicos crónicos. En la IRM cerebral destacaba una alteración de intensidad de señal en la vertiente pontina derecha con discreta restricción en difusión, pero sin corresponder con ningún territorio vascular. La paciente empeoró y ante la sospecha de encefalitis inflamatoria se inició tratamiento con metilprednisolona. En la analítica presentó anticuerpos anti GAD65 y anti SOX1 positivos, por lo que se inició tratamiento con inmunoglobulinas con buena respuesta y se realizó una PET-TAC total body, en la que se halló una lesión parahiliar hipermetabólica. Se realizó una biopsia, se diagnosticó de carcinoma microcítico de pulmón y se inició tratamiento con quimioterapia.

Conclusión: Se trata de un caso de síndrome cerebeloso paraneoplásico con anticuerpos anti GAD65 y anti SOX1 en relación con un carcinoma microcítico de pulmón. La presencia de anticuerpos anti SOX1 en pacientes con ataxia predice la presencia de un carcinoma microcítico de pulmón. Sin embargo, los casos descritos con anti GAD65 positivos son negativos para SOX1.

Neuropsicología P1

FUNCIONES EJECUTIVAS Y LENGUAJE EN MAYORES SANOS CON QUEJAS COGNITIVAS SUBJETIVAS Y SIN QUEJAS

López-Higes Sánchez, R. [1]; Martín-Aragoneses, M.T. [2]; Prados Atienza, J.M. [1]; Del Río Grande, D. [1]; Montenegro Peña, M. [3]; Álvarez Crespo, B. [3]; Galindo Fuentes, M. [1]

1. Dpto. de Psicología Básica II (Procesos cognitivos). Facultad de Psicología - UCM; 2. Facultad de Educación. UNED. Departamento MIDE II; 3. Madrid Salud. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es determinar si existen patrones diferenciados en las relaciones entre las funciones ejecutivas y lingüísticas en mayores sanos con quejas cognitivas subjetivas (QCS) y sin quejas.

Material y métodos: Participaron 132 mayores, 82 sin QCS (edad media (EM) = 70,06; desviación típica (dt) = 4,39) y 52 con QCS (EM = 71,38; dt = 4,86), sin indicios de deterioro cognitivo global o depresión, y con un rendimiento normal en pruebas objetivas de memoria. Los participantes completaron el TMT, el test de Stroop, el BNT, varias de fluidez fonológica y semántica, y una prueba de comprensión de oraciones (ECCO_Senior).

Resultados: Se realizaron análisis de regresión jerárquica para cada variable dependiente introduciéndose como predictoreas en el primer paso la edad y los años de educación, en el segundo los índices del Stroop, y finalmente los tiempos del TMT (parte A, y B – A). En los mayores sin QCS la flexibilidad está relacionada con el rendimiento en el BNT, en el FAS y en la comprensión de oraciones de dos proposiciones. Sin embargo, en los mayores con QCS este factor no aparece como predictor en ninguna de las pruebas citadas, ni en ninguna otra. Las relaciones entre los índices del test de Stroop o los años de educación y las funciones lingüísticas evaluadas son semejantes en los dos grupos.

Conclusión: La flexibilidad cognitiva no es un rasgo asociado al rendimiento de los mayores con QCS cuando realizan tareas de tipo lingüístico.

FUNCIÓN EJECUTIVA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Cañas Lucendo, M. [1]; Perea Bartolomé, M.V. [1]; Ladera Fernández, V. [1]; Pérez Saez, E. [2]; González Ingelmo, E. [2]; García Gar-

cía, R. [1]; Hurtado González, C.A. [1]; Pastor Zapata, A. [3]; Losa Lara, I.M. [4]

1. Departamento de Psicologia Básica, Psicobiologia y Metodologia de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Salamanca; 2. Área de Información, Documentación, Investigación y Evaluación. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias; 3. Servicio de Neurocirugía. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense; 4. Servicio: Psicologia. Centro de Día San Rafael. Asociación de Familiares de personas con Alzheimer

Objetivos: Estudiar si existe relación entre el funcionamiento ejecutivo (FE) y las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer (DTA) de diferente grado de severidad.

Material y métodos: 50 sujetos diagnosticados de DTA con una edad media de 79,64 (DS=7,334), de los cuales, 17 sujetos se encuentran en fase 3 (leve), 17 en fase 4 (moderada) y 16 en fase 5 (moderadamente grave) según la Escala de Deterioro Global –GDS- y con una puntuación < 24 en el Examen Cognoscitivo Mini Mental adaptación española -MMSE-. Para valorar el FE se aplicó el Cuestionario Disejecutivo –DEX (BADS) y para las AVD la Escala de valoración cognitiva funcional- FUCAS.

Resultados: En pacientes con DTA, existe una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total del DEX y la puntuación total del FUCAS (r = 0,785, p = 0,000). En pacientes con DTA leve existe una relación significativa entre la puntuación total del DEX y la puntuación total del FUCAS (r= 0,616, p= 0,004). En pacientes con DTA moderada se aprecia un coeficiente significativo entre la puntuación total del DEX y la puntuación total del FUCAS (r= 0,675, p= 0,001). No existen correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación total del DEX y la puntuación total del FUCAS en pacientes con DTA moderadamente grave (r = 0,265, p = 0,161).

Conclusión: Los déficits en el funcionamiento ejecutivo están relacionados con la presencia de alteraciones en las AVD en pacientes con DTA leve y moderada, aunque no se evidencia dicha relación en sujetos con demencia moderadamente grave.

INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD Y LA DEPRESIÓN COMO VARIABLES PREDICTORAS DEL RENDIMIENTO OBJETIVO Y SUBJETIVO DE LA MEMORIA EN PERSONAS MAYORES SANAS

Montenegro Peña, M. [1]; Delgado Losada, M.L. [2]; Montejo Carrasco, P. [1]; Pardo Rodríguez, L. [3]; Sánchez Carro, Y. [3]; Lozano Ibáñez, M. [1]; Alvarez Crespo, B. [1]

1. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 2. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología; 3. Universidad Complutense. Facultad de Medicina

Objetivos: Las quejas subjetivas de memoria (QSM) son un fenómeno frecuente entre las personas mayores. Generalmente, las personas con QSM tienen un rendimiento objetivo de la memoria dentro del rango de "normalidad" en las medidas psicométricas aunque refieran un deterioro en su memoria (Steinberg y cols., 2013). Objetivo: Estudiar si las variables de personalidad y los síntomas depresivos se relacionan con la presencia de QSM y, además, si estas variables pueden predecir el rendimiento objetivo.

Material y métodos: Participantes: 74 sujetos (63-80 años) sin deterioro cognitivo. Instrumentos de evaluación: MFE, GDS, lista de palabras de WMS-III, RBMT y NEO-FFI. Se realizó un análisis de correlación y un análisis de regresión múltiple por pasos utilizando el programa SPSS v.22.

Resultados: Existe correlación significativa de Neuroticismo (N) y de los síntomas depresivos con las QSM y, además, Apertura a la Experiencia (O) y síntomas depresivos correlacionan significativamente con el rendimiento objetivo. Los análisis de regresión han revelado que Responsabilidad (C) y síntomas depresivos explican el 23,8% (p<0,001) de la varianza de las QSM. Mientras que, O explica el 8% (p<0,05) de la varianza del rendimiento objetivo de la memoria.

Conclusión: Los síntomas depresivos y las variables de personalidad influyen tanto en las QSM como en el rendimiento objetivo. Esto se explica por factores como los sesgos negativos en la autoevaluación de los sujetos con síntomas depresivos, peor monitorización de los aciertos de quienes puntúan bajo en C y una menor implicación en las actividades cognitivas en aquellos que puntúan bajo en O.

DISCRIMINACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS MEDIANTE CURVAS ROC EN LA DIFERENCIACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO

Marcos Dolado, A. [1]; Pelaez, J.C. [2]; Lopez Pantoja, J.L. [2]; Barabash Bustelo, A. [3]; Lopez Mico, C. [1]; Marcos Arribas, L. [1]; Yubero Pancorbo, R. [1]; Montejo Carrasco, P. [4]; Cabranes Diaz, J.A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; 2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos; 3. Laboratorio de Psiconeuroendocrinología. Hospital Clínico San Carlos; 4. Servicio de Deterioro Cognitivo. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo Ayto. Madrid

Objetivos: En la práctica clínica habitual el diagnóstico de las fases iniciales de la Enfermedad de Alzheimer (EA) se apoya en la neuropsicología, que como herramienta aislada ofrece sin embargo limitada capacidad discriminativa entre las distintas entidades.

Material y métodos: Realizamos evaluación neuropsicológica en 231sujetos (57-88 años) divididos en: Controles (Co, n=75), Deterioro Cognitivo Amnésico (DCLa, n=48), Multidominio (DCLm, n=87) y EA (n=21).

Resultados: Se calcularon los puntos de corte mediante el volumen de la superficie bajo la curva ROC (VUS) para Co, DCL y EA o áreas bajo la curva ROC (AUC) para DCLa y DCLm. Los test de Memoria Lógica de Wechsler, recuerdo inmediato (VUS: 0,76; 95% CI: 0,63-0,87), recuerdo diferido (VUS: 0,63; 95% CI: 0,49-0,75) y test de fluencia verbal semántica (VUS: 0,62; 95% CI: 0,51-0,74), discriminaron mejor los grados de deterioro. Implicaron una puntuación de riesgo para la presencia de EA el MMSE (OR 5,28: p<0.001), Span de dígitos inverso (OR: 5,21; p<0.001) y cambio de regla de cartas (OR: 3,45; p<0.001). La inclusión en un modelo predictivo de las pruebas de dígitos inversos, unidades de recuerdo inmediato, memoria lógica, fluencia fonémica y tiempo de realización del TMT-A permiten establecer el diagnóstico diferencial entre Co y DCL. Para diferenciar entre DCL y EA no es preciso realizar el TMT. Para diferenciar entre DCLa y DCLm es necesario el MMSE y las pruebas de dígitos inversos y fluencia fonémica.

Conclusión: Los resultados de validez de los modelos predictivos son mejores que los de las pruebas neuropsicológicas utilizadas de forma individual.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON AIT FRENTE A UN GRUPO CONTROL EMPLEANDO LA BATERÍA NEURONORMA

Bartolomé Alberca, S. [1]; Ramírez Moreno, J.M. [1]; Guerrero Barona, E. [2]; Muñoz Vega, P. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; 2. Departamento de Psicología. Universidad de Extremadura

Objetivos: La prevalencia del deterioro cognitivo tras un ataque isquémico transitorio (AIT) no está clara, ni tampoco su perfil y etiología. Existen pocos estudios de calidad acerca del impacto que tiene el AIT sobre el funcionamiento cognitivo y solo una minoría emplea batería neuropsicológicas amplias. Algunos autores refieren alteraciones cognitivas persistentes principalmente en velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto que tiene sobre las funciones cognitivas el AIT.

Material y métodos: Examinamos 16 pacientes a los 90 días de un primer AIT y a 17 controles voluntarios, neurológicamente sanos extraídos de la misma población que los casos, todos ellos menores a 70 años. Se realiza una entrevista estructurada recogiendo variables sociodemográficas, de estilo de vida, factores de riesgo y los resultados de los test de la bacteria Neuronorma. Se excluyen en ambos grupos los sujetos con antecedentes de traumatismo craneoencefálico, enfermedad maligna o depresión grave.

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, nivel educativo o económico. Encontramos diferencias significativas en todas las pruebas administradas excepto en la copia de la Figura Compleja de Rey, SDMT, número de ítems totales correctos de la Torre de Londres y los sub-test visoespaciales del VOSP

Conclusión: Los pacientes con AIT pueden presentar alteraciones cognitivas. Dado que la evaluación neuropsicológica de estos pacientes no suele realizarse de forma rutinaria y los déficit cognitivos suelen ser leves, estos pueden pasar desapercibidos. No obstante, es recomendable su detección para poder intervenir en ellos.

¿PERCIBEN LOS MISMOS FALLOS DE MEMORIA LOS SUJETOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y SUS FAMILIARES?

Montenegro Peña, M. [1]; Montejo Carrasco, P. [2]; Alvarez Crespo, B. [1]; Reinoso García, A.I. [2]; Bustillo Pascual, M.L. [3]; Badenes Balaguer, A. [3]; Prada Crespo, D. [4]; Delgado Losada, M.L. [5]; Gómez Sánchez-Garnica, J.M. [1]

1. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 2. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 3. Universidad Complutense. Facultad de Psicología; 4. UNED. Facultad de Psicología; 5. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología

Objetivos: Estudiar las diferencias entre la percepción de olvidos cotidianos en sujetos con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y sus familiares.

Material y métodos: Muestra: mayores 65 años, n=46, media edad: 75,30;DT=5,79, todos padecen DCL. Utilizamos "Cuestionario de Fallos de Memoria de Vida Cotidiana" (MFE); se administró el mismo día a sujetos DCL y a sus familiares.

Resultados: Hay diferencias significativas entre la media del MFE valorado por sujetos con DCL: 20,46(DT:9,88) y por familiares: 26,24 (DT:10,69), (p=0,011). Se hizo análisis factorial del MFE y se extrajeron 3 factores (47% varianza); correlación de factores DCL/familiares: olvidos de actividades r=-0,22 (n.s.), control/memoria trabajo r=-0.05 (n.s.), reconocimiento r=0,37 (p=0.012). Olvidos con diferencias de percepción pacientes/familiares (todos, p<0.05): Olvidar cuándo pasó algo, Olvidar qué le dijeron ayer, Divagar en conversación, Olvidar qué pasó ayer, Olvidar dar recado, Confundir lo que le han dicho, Repetir lo que acaba de contar, Perderse en sitio muy conocido. En todos, la puntuación de los familiares en frecuencia/gravedad del olvido es mayor. Las correlaciones del MFE con mediciones objetivas de memoria son más altas en familiares; en DCL el estado de ánimo es la variable con correlación más alta (r=0,28).

Conclusión: Se observa una importante disparidad entre ambas percepciones. Los familiares perciben más olvidos cotidianos y mayor gravedad que los DCL. Sólo hay correlación positiva en el factor que comprende los olvidos más graves (alteraciones en reconocimiento) que se perciben de modo similar. Por tanto, al valorar funcionalmente a personas DCL se debe siempre entrevistar a familiares, no sólo al paciente.

ALTERACIÓN DEL LENGUAJE EN PACIENTES BILINGÜES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Moreno Jiménez, O. [1]; Gómez Ruiz, I. [2]; Ávila Rivera, A. [3]; Diéguez Vide, F. [1]

1. Departamento de Filologia Catalana i Lingüística General. Universidad de Barcelona; 2. Servicio de Neurología. Hospital General de L'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral); 3. Servicio de Neurología. Hospital General de L'Hospitalet (Consorci Sanitari Integral)

Objetivos: Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan trastornos del habla (hipofonía y disartria), errores fonológicos y morfosintácticos. Los estudios realizados en pacientes bilingües con EP sugieren que estos errores son más frecuentes en la lengua adquirida en primer lugar (L1). Estudio piloto para comparar el rendimiento lingüístico en catalán y en castellano de 6 pacientes bilingües con EP.

Material y métodos: Muestra: 12 sujetos bilingües equilibrados divididos en 2 grupos (controles sanos:6; EP:6). Material: administración de la versión abreviada del Test de la Afasia para Bilingües cuyos subtests pueden agruparse por nivel lingüístico (fonología, morfología, sintaxis, léxico, semántica). Estadística: comparaciones intragrupo (L1vsL2) e intergrupo (controlesvsEP) mediante test de Wilcoxon y U de Mann-Whitney respectivamente.

Resultados: Dentro de cada grupo, el rendimiento en las dos lenguas es similar. Sin embargo, los pacientes con EP muestran una tendencia a rendir peor en su L2 con una variabilidad alta de respuesta a nivel fonológico y morfológico. En general, comparado con los controles sanos los pacientes con EP rinden peor en su L2 con diferencias estadísticamente significativas a nivel léxico (p=0,15) y semántico (P=0,41).

Conclusión: Los resultados muestran que la participación de los ganglios basales en sistemas de memoria procedimental no sería válida (como postula el modelo declarativo/procedimental), pues se esperaría un peor rendimiento de la L1 a nivel morfosintáctico. Se propone una descripción de la actuación de los enfermos de Parkinson bilingües en el sentido de una red corticosubcortical compartida para la L1 y la L2, de acuerdo a ciertos modelos como el de red compartida.

EMPLEO DE LAS TIC EN EL MANEJO DEL DETERIORO COGNITIVO: EXPERIENCIA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO (CPDC) Y PROYECTO DIGITAL ENVIRONMENTS FOR COGNITIVE INCLUSION (DECI) DEL HORIZONTE

Montenegro Peña, M. [1]; Montejo Carrasco, P. [2]; Lopez Tatis, M. [3]; Llanero Luque, M. [2]; Andrés Montes, M.E. [1]; García Marín, A. [1]; Aragón Cancela, M.C. [1]; Pérez Rodríguez, R. [3]

1. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 2. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 3. Fundación Investigación Biomédica. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos: Contribuir a la prevención del deterioro cognitivo empleando las TIC. Participar en el desarrollo de una red de cui-

dados mediante TIC para personas con deterioro cognitivo leve y demencia leve enmarcado en un Proyecto de Horizonte-2020.

Material y métodos: El CPDC emplea las TIC mediante el programa Smartbrain (grupos de 10 personas y 24 sesiones); y Ejercicios interactivos en la web de Madrid Salud (10 ejercicios de libre acceso de memoria, atención,…). El CPDC participa en el Proyecto DECI junto a la Fundación Investigación Biomédica (Hospital Universitario de Getafe) y otros centros europeos. Se ha realizado un diseño control-experimental aleatorizado con evaluación antes y después de la actividad empleando las TIC.

Resultados: En el CPDC se han realizado 344 grupos de estimulación por ordenador (3064 usuarios) desde el 2006. Se emplean plantillas específicas para distintos perfiles de usuarios creadas con el Smartbrain. Los Ejercicios interactivos de Madrid Salud han tenido 2.638.157 hits totales en 2014 y 3.187.157 en 2015. En el Proyecto DECI se creará para los sujetos experimentales una plataforma web (con estimulación cognitiva basada en ejercicios interactivos desarrollados en el CPDC, pautas de ejercicio físico y nutricionales, control y mensajes de salud) y herramientas de seguimiento remoto (tablet, pulsera de actividad física) para conectar a usuarios, médicos y familiares/cuidadores. Los controles recibirán charlas sobre promoción de salud.

Conclusión: El CPDC de Madrid Salud tiene una trayectoria en el empleo de TIC. El proyecto DECI pretende unir aspectos clínicos y de evaluación clásicos con las TIC y su extensión a personas con deterioro cognitivo.

ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO PARA EXPLORAR LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA CON SOPORTE INFORMÁTICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DE FORMA PRESENCIAL O A DISTANCIA

Vázquez Caro, S. [1]; Rodríguez Antigüedad, A. [2]; Mendibe Bilbao, M. [3]; Vázquez Caro, P. [1]

1. Servicio de Neuropsicología. ADEMBI; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: Evaluar la factibilidad del programa de rehabilitación cognitiva Neuronup seguido de forma presencial o a distancia por pacientes con Esclerosis Múltiple (EM), así como la eficiencia del programa.

Material y métodos: 46 pacientes, en 2 grupos, uno presencial (24), con una frecuencia semanal, y el otro a distancia (22), desde su domicilio; salvo las sesiones primera y última. La duración era de 3 meses, con un total de 12 sesiones, de 30 minutos. La herramienta empleada es el Neuronup; una plataforma web que permite una intervención personalizada, en el tratamiento del deterioro cognitivo, a través de ejercicios que permiten trabajar las funciones cognitivas, y AVDs (Acividades de la Vida Diaria). El profesional de la neuropsicología pauta el programa de forma individual, y dispone de un registro de la actividad realizada. Se administran, a posteriori, un cuestionario de satisfacción del paciente, y otro del profesional.

Resultados: No hay diferencias estadísticamente significativas, ni en cuanto al registro de la actividad Neuronup, ni los datos del paciente. Sólo las hay en el tiempo dedicado por el neuropsicólogo, a la revisión de las sesiones; siendo mayor para el grupo presencial. En el cuestionario de satisfacción del paciente, éstos juzgan la satisfacción general con las actividades como "muy buena", y que los niveles de dificultad se ajustan a su deterioro cognitivo.

Conclusión: Permite asistencia a un número mayor de pacientes. Se evalúa como efectivo. A ambos grupos les ha resultado cómodo el uso del Neuronup, y encuentran los principales beneficios en cuanto a coordinación, concentración, motivación o estimulación y memoria

Neuropsicología P2

USO DE PSICOFÁRMACOS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Castellano Santana, J.D.P.; López Méndez, P.; Ruano Hernández, A.; Blázquez Medina, E.; Rondón González, M.L.; García Rodríguez, J.R.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Objetivos: Evaluar la posible asociación entre la puntuación del cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y el uso de fármacos ansiolíticos o antidepresivos en una muestra de nuestra población de pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Estudio transversal consistente en la realización del cuestionario HADS por un grupo de pacientes con EM que acude a consulta monográfica de enfermedades desmielinizantes. Se recogieron de su historia clínica datos relacionados con su enfermedad, así como el consumo de psicofármacos.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes (68% mujeres) con EM con una mediana de edad de 39 años. El 60% era EM recurrente-remitente. La mediana de EDSS fue 2.0. En HADS el 56% resultó positivo para ansiedad (HADS-A) y el 46% para depresión (HADS-D). Tomaban antidepresivos el 25% de los HADS-A y el 26,1% de los HADS-D, y ansiolíticos el 64,3% de los HADS-A y el 60,9% de los HADS-D. Los antidepresivos más usados fueron sertralina y escitalopram y como ansiolítico el bromazepam. Sólo el 21,4% de los HADS-A y el 21,7% de los HADS-D había sido valorado por Psiquiatría. No se encontró relación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables estudiadas.

Conclusión: Los pacientes con EM que resultaron positivos para alguna de las subescalas de HADS tomaron en un 60% de los casos tratamiento paliativo (ansiolíticos) y un 25% tratamiento etiológico (antidepresivos). Cabe la posibilidad de que esto se deba a que solo 1 de cada 4 pacientes fue valorado por Psiquiatría.

¿PUEDE EL TIPO DE ERRORES DEL PASAT PREDECIR CAMBIOS COGNITIVOS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

García Vaz, F. [1]; Meca Lallana, V. [1]; Vivancos Mora, J.A. [1]; Martínez Ginés, M.L. [2]; García Dominguez, J.M. [3]; Cuello Romero, J. [3]; Romero Delgado, F. [3]; Goicoechea Briceño, H. [3]; Higueras Hernandez, Y. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; 3. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Se plantean dos objetivos: analizar las diferencias en el tipo de errores del Pace Auditory Serial Adittion Test (PASAT) entre pacientes con esclerosis múltiple (EM) y un grupo control de participantes sanos (GC); y valorar si el tipo de error puede indicar cambios cognitivos en EM.

Material y métodos: 81 pacientes con EM definidos por evaluación neuropsicológica en tres grupos: 25 sin deterioro cognitivo (SDC); 25 con deterioro cognitivo leve (DCL) y 31 con deterioro cognitivo moderado (DCM). El GC son 30 sujetos igualados en edad y nivel educativo. Del PASAT se analizan las respuestas correctas (aciertos (A) y diadas (D)) y los errores (interferencia (I), perseveración (P), cálculo (C), omisión (O) y chunking (Ch)). Se compara la ejecución de EM y GC; y entre SDC, DCL y DCM.

Resultados: Existen diferencias significativas entre EM y GC en A, O, Ch y D. El análisis de los tres tipos de EM indican que a

mayor deterioro cognitivo (DC) menor número de A y D. No existen diferencias intergrupos en P, sin embargo, O permite clasificar pacientes SDC y con DC. Las I y C son distintas entre SDC y DCM. El Ch obtiene diferencias significativas entre DCL y DCM, y entre SDC y DCM.

Conclusión: El análisis de errores del PASAT permitiría: (i) discriminar EM y GC; (ii) hallar indicadores tempranos de deterioro cognitivo asociados a cambios en velocidad de procesamiento y procesos atencionales; (iii) identificar déficits en funciones ejecutivas a medida que evoluciona el deterioro cognitivo.

ESTUDIO PILOTO DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS DE NIÑOS/AS, EN EDAD ESCOLAR, EXPUESTOS A FÁRMACOS ANITEPILÉPTICOS EN CONTEXTO INTRAÚTERO

Gavaldà Cortés, A. [1]; Arribas Pardo, S. [2]; Jòdar Vicente, M. [1]; Badenes Guia, D. [2]; Casas Hernanz, L. [2]; Sansa Fayos, G. [3]; Martínez Ferri, M. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Parc Taulí; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mutua de Terrassa; 3. Servicio de Medicina. Hospital Universitari Parc Taulí

Objetivos: Describir el perfil neuropsicológico de niños/as en edad escolar, hijos/as de madres epilépticas, que han sido expuestos a monoterapia con fármacos antiepilépticos (FAE) durante la gestación.

Material y métodos: El grupo experimental (GE) está compuesto por 7 hijos/as de madres epilépticas que siguieron tratamiento con FAE (2 habían estado expuestos a valproato, 2 a carbamazepina y 3 a lamotrigina) durante la gestación. El grupo control (GC) lo forman 7 niños/as sanos, apareados por edad y nivel socio-familiar. Todos fueron evaluados a la edad de 6 años. La exploración neuropsicológica valoró: atención, memoria, motricidad fina, visoespacialidad, lenguaje y praxias. Se utilizó la batería NEPSY-II así como el WISC-R para la obtención del coeficiente intelectual (CI). Se evaluó a todas las madres con el WAIS-III para descartar CI<85.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables analizadas. Todos los niños/as rindieron dentro de los límites de la normalidad. Observamos una tendencia a la baja para el GE en las habilidades grafomotoras, así como en el CI. Uno de los niños, fue diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Conclusión: No hay diferencias significativas en el perfil cognitivo de los niños que han sido expuestos a FAE en contexto intrauterino. No obstante, de acuerdo con trabajos anteriores, observamos una tendencia a la baja para el CI de los niños/as del grupo experimental en las pruebas relacionadas con las habilidades grafomotoras. Otros estudios, también han descrito un aumento en la prevalencia de TEA en esta población.

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DEL RASGO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Pellicer Porcar, O. [1]; Molina Rodríguez, S. [2]; Mirete Fructuoso, M. [2]; Sánchez Garre, M. [2]; Esteve Rodríguez, O. [2]; Ros León, A. [2]; Eugenio Sobreviela, E.M. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Universidad Miguel Hernández; 2. Departamento Psicobiología. Universidad Miguel Hernández

Objetivos: Los trastornos de la personalidad se han descrito clásicamente como alteraciones en las que predominaba el desequilibrio de factores emocionales. En los últimos años han aparecido algunas investigaciones que intentan determinar la existencia de alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales en este tipo de pacientes. Objetivo: Determinar el perfil neuropsicológico del rasgo de personalidad paranoide.

Material y métodos: Material y métodos: Se administraron a un total de 40 sujetos (59% mujeres; Edad media=23,6; D.T.=3,4) la escala de Rasgo Paranode del Inventario multiaxial de Millon, el test de Búsqueda de las Llaves, el test de los Cinco Puntos, la tarea de fluencia fonética y el test de los Senderos forma B.

Resultados: Todas las variables en su conjunto consiguieron explicar el 42% de la varianza del rasgo de personalidad paranoide. La variable que más aportó fue el Test de Búsqueda de la Llaves, seguida por la tarea de fluencia fonética, el test de los Senderos forma B, y el test de los Cinco Puntos, respectivamente.

Conclusión: Las variables neuropsicológicas se encuentran muy relacionadas con el rasgo paranoide de la personalidad, por lo que se confirman los resultados de otras investigaciones que ya apuntaban este hecho. Por tanto, las personas que puntúan elevado en el rasgo paranoide de la personalidad presentan un perfil neuropsicológico dentro de la normalidad estadística pero con leves alteraciones en la capacidad de generación y aplicación de estrategias para la resolución de un problema, flexibilidad cognitiva y atención.

EMPATÍA Y FUNCIONES EJECUTIVAS: ¿RELACIÓN DE (IN)DEPENDENCIA?

Pellicer Porcar, O. [1]; Molina Rodríguez, S. [2]; Mirete Fructuoso, M. [2]; Sánchez Garre, M. [2]; Esteve Rodríguez, O. [2]; Ros León, A. [2]; Eugenio Sobreviela, E.M. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Universidad Miguel Hernández; 2. Departamento Psicobiología. Universidad Miguel Hernández

Objetivos: Existe cierto debate sobre la relación de la empatía y otros procesos cognitivos. Diversos estudios de casos encuentran resultados dispares sobre la dependencia o no de estas funciones. Algunos autores alegan que las funciones ejecutivas (FFEE) son relevantes para explicar las habilidades relativas a la empatía cognitiva. Objetivo: Determinar la contribución de las FFEE para predecir los diferentes tipos de empatía.

Material y métodos: Se administró el Inventario de Síntomas Prefrontales y el Índice de Reactividad Interpersonal a un total de 300 estudiantes universitarios (45,2% mujeres; Edad media=21,34; D.T.= 1,56)

Resultados: El análisis de regresión multivariante de las variables ejecutivas explicaron 2,3% de la varianza presentada por la Toma de Perspectivas, un 5,8 % de la Preocupación empática y un 24% del Malestar Personal.

Conclusión: Las FFEE no se encuentran relacionadas con la medida de empatía cognitiva, esto es, no son necesarias para ponerse en el lugar del otro (Toma de perspectivas). En lo referente a la empatía emocional, encontramos, por un lado, la variable Preocupación empática, que tampoco parece guardar relación con las FFEE. En cambio, encontramos que las FFEE guardan relación con la capacidad de experimentar sentimientos de ansiedad o malestar centrados en el yo al observar experiencias negativas de los demás (Malestar personal).

SINTOMATOLOGÍA NEUROPSICOLÓGICA ASOCIADA A CAMBIOS EN LA PRESIÓN INTRACRANEAL. UNA SERIE DE CASOS

Vintimilla Tosi, A.B. [1]; Gonzales Ortíz, L. [1]; Ortiz Rodríguez, M. [1]; Rivero García, M. [2]

1. Unidad de Neuropsicología. CIVET; 2. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: La sintomatología cognitiva es muy sensible a los cambios de presión cerebral, por lo que interesa identificar los síntomas y signos neuropsicológicos asociados a desregulación de drenaje cerebral y demostrar la importancia de éstos en el ma-

nejo de los pacientes, para prevenir complicaciones tardíamente detectadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de 2 pacientes con válvula de derivación ventriculoperitonial y 2 pacientes con ventriculostomía, cuyos datos fueron recogidos desde 2013 a 2016 en seguimiento por neuropsicología en el centro de neurorehabilitación, CIVET. El análisis de los casos se realizó partiendo de una primera evaluación neuropsicológica de cada paciente a la entrada del tratamiento y en la evolución periódica individual de los mismos; complementándose con pruebas de neuroimagen y medición de la presión intracraneal, realizados en el servicio de neurocirugía infantil del Hospital Virgen del Rocío.

Resultados: En todos los casos se detecta sintomatología neuropsicológica fronto-subcortical bilateral, como es bradipsiquia, trastorno atencional (mantenimiento), memoria de trabajo, evocación, fluencia verbal y déficits en procesos de inhibición (cognitivo y de control del impulso). También se apreció hipersensibilidad a los ruidos. Estos hallazgos facilitaron la actuación del equipo de neurocirugía para el diagnóstico y complicaciones post intervención.

Conclusión: La sintomatología neuropsicológica parece ser uno de los primeros signos de alarma que indican cambios en la presión intracraneal (más que los síntomas clásicos en edad pediátrica), por lo que consideramos debería ser tenida en cuenta en la valoración integral, conjuntamente con sus médicos de referencia.

EFECTOS DE LA DECORACIÓN DE MANDALAS SOBRE LA ATENCIÓN Y ESTADO ANÍMICO EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y/O HIPERACTIVIDAD. ESTUDIO PRELIMINAR

Estévez García, M. [1]; Losarcos Rengel, J. [1]; Turón Viñas, E. [2]; Martín Gavín, M.C. [3]; González Sánchez, M.V. [3]; García Sánchez, C. [4]

1. Ensenyament. Col-legi Santa Teresa Ganduxer, Fundació Escola Teresiana.; 2. Servicio de Pediatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Clínica del Aprendizaje-EPL. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 4. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuroevolutivo frecuente en la infancia que se caracteriza por déficit atencional y/o impulsividad, e hiperactividad motora. Además, se halla frecuentemente asociado a baja autoestima y estado anímico depresivo. Nuestro objetivo es estudiar si la decoración de mandalas tiene beneficios psicológicos (aumentar autoestima y reducir depresión), sobre la atención y otras funciones ejecutivas.

Material y métodos: Diez niños con diagnóstico establecido de TDAH (Edad : 10,3±2,11 años) fueron explorados antes y después de haber pintado 60 mandalas con una periocidad de una cada día. Se valoró el rendimiento atencional con el test de atención d2 y la prueba experimental de los Cuadrados . Fueron calificados conductualmente por sus padres con una escala analógica diseñada para este estudio Esta escala conductual recoge información sobre la dificultades cotidianas de concentración, iniciación de tareas, estado anímico, grado de autoestima, dificultades de aprendizaje y organización de tareas.

Resultados: Los sujetos obtuvieron un rendimiento significativamente mejor en las pruebas de atención administradas: reducción de la inatención ($p<.004$) y reducción de la impulsividad ($p<017$). Los padres refirieron una mejoría significativa en la capacidad de concetración ($p<.025$) y la capacidad de iniciar tareas ($p<.040$).

Conclusión: Decorar mandalas es una actividad sencilla artística rehabilitadora que mejora el rendimiento de la atención y reduce la impulsividad en sujetos con TDAH.

CORAL "CANTA SANT PAU". PRIMERA CORAL DE PACIENTES AFÁSICOS EN ESPAÑA: BENEFICIOS EN LA REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE, ASPECTOS COGNITIVOS, PSICOLÓGICOS, FÍSICOS Y SOCIALES

García Sánchez, C. [1]; Vázquez de Sebastian, J. [1]; Leiva Madueño, I. [1]; Janz Picart, L. [2]; Davila Arias, G. [3]; Estévez González, A. [4]; Berthier Torres, M. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2. Servicio de Rehabilitacion. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Unidad Neurologia Conducta y Afasia. UMA; 4. Departamento medicina. Universitat Autonoma Barcelona; 5. Unidad conducta. Universidad Psicologia

Objetivos: La afasia es un trastorno cognitivo devastador asociado al ictus que además de ocasionar problemas en la comunicación verbal, conlleva aislamiento social, y se asocia frecuentemente a baja autoestima y depresión. Algunos pacientes con afasia no fluente pueden cantar al requerir áreas cerebrales distintas de las afectadas. Cantar en un coro constituye una actividad accesible, gratificante y rehabilitadora para muchos pacientes afásicos. El objetivo de este trabajo es conocer las características demográficas del primer coro de pacientes afásicos del estado español y la percepción que tienen cada uno de sus miembros sobre sus en el lenguaje, aspectos psicológicos,cognitivos, sociales y físicos.

Material y métodos: Se registran las variables demográficas de los miembros del coro: Veinticuatro pacientes con afasia (13 hombres, 11 mujeres; edad: 60,19±15; meses de evolución: 65,90±47, 75). Los pacientes completan una escala subjetiva que puntúa sobre 0 (nulo beneficio) al 10 (máximo beneficio) los beneficios de su participación en un coro.

Resultados: Los beneficios de la participación en una coral de la recuperación del lenguaje fue puntuado: 7,5 ±1,8 puntos; sobre su mejoría de memoria y atención: 7,9 ±1,6; sobre aspectos psicológico (disminución estrés y sentimiento de depresión): 8,4±1,2; sobre aspectos sociales (reducir su aislamiento): 9,2±1,1; y, sobre mejora motriz de postura y capacidad respiratoria: 7,8±1,4.

Conclusión: Cantar en una coral de afásicos es percibida por sus miembros como una actividad lúdico-rehabilitadora positiva. La reducción del aislamiento y la mejoría del estado anímico constituyen la contribución que más positivamente fueron valoradas.

PROYECTO ENCARTADOS: ESTIMULACIÓN COGNITIVA CON CARTAS

Sánchez Ruiz de Gordoa, J. [1]; Moreno Eguinoa, L. [2]; Naberan Mardaras, I. [3]; Roldan Arrastia, M. [4]; Mendioroz Iriarte, M. [5]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; 2. Servicio de Neuropsicología. Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui; 3. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra; 4. Grupo de Neuroepigenética. Navarrabiomed; 5. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos: La estimulación cognitiva en las enfermedades neurodegenerativas contribuye a retrasar el curso de la enfermedad y crear un vínculo entre el cuidador y el enfermo. Muchos cuidadores nos transmiten sus dudas sobre qué ejercicios pueden realizar en casa y las dificultades que presentan sus familiares para adaptarse a determinados formatos. Presentamos el proyecto "Encartados" que ofrece una herramienta gratuita para realizar estimulación cognitiva con cartas de la baraja española.

Material y métodos: Desarrollo de una guía descriptiva de juegos con cartas, grabación de videos demostrativos y desarrollo de una página web para su acceso y difusión. Creación de una encuesta para su evaluación.

Resultados: Estamos desarrollando una guía con más de 20 juegos descritos paso a paso para su fácil reproducción por cuidadores

o terapeutas ocupacionales. Hemos desarrollado una página web que estará disponible en la presentación desde la que se podrá descargar o imprimir la guía. También se podrá acceder a videos descriptivos de los ejercicios. Hemos creado una encuesta anónima que permitirá relacionar aspectos demográficos de los pacientes y su enfermedad degenerativa con el tiempo de empleo del material del proyecto y su adaptación a él. Todo este material se podrá ofrecer a los familiares desde las consultas de Neurología y distintos centros dedicados a la atención de pacientes con demencia.

Conclusión: El proyecto "Encartados" dará respuesta a la demanda de los familiares de un material gratuito, sencillo, con carácter lúdico y a través de un formato familiar para pacientes con deterioro dirigido a continuar la estimulación cognitiva en el domicilio.

Neuropsicología P3

CONTRIBUCIÓN DE LAS QUEJAS COGNITIVAS INDIVIDUALES AL DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN PERSONAS MAYORES

Ruiz Sánchez de León, J.M. [1]; Rebollo Vázquez, A. [2]; Ávila Villanueva, M. [2]; Fernández Blázquez, M.Á. [3]

1. Dpto. Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Universidad Complutense de Madrid; 2. Servicio de Neuropsicología. Fundación CIEN Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas; 3. Servicio de Neurología. Fundación CIEN Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas

Objetivos: La aparición de quejas subjetivas de memoria en los mayores se ha relacionado con el desarrollo de cuadros neurodegenerativos. Este trabajo tiene como objetivo conocer qué quejas cognitivas son más útiles para discriminar a los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) mediante el estudio de la estructura factorial del Cuestionario de Memoria Cotidiana (EMQ)

Material y métodos: Se reclutó una muestra de individuos de edad avanzada (766 controles y 78 con DCL) a los que se administró el EMQ para valorar sus quejas cognitivas junto con una batería de pruebas clínicas y neuropsicológicas. Se realizó un análisis factorial exploratorio y se utilizó la teoría de respuesta al ítem para identificar la estructura subyacente del EMQ. Además, se llevaron a cabo distintos estudios de regresión logística para determinar qué quejas cognitivas individuales fueron capaces de predecir el diagnóstico de DCL.

Resultados: Se encontró una solución de cinco factores que diferencia entre dominios cognitivos. De ellos, sólo tres, a saber, i) olvido de la información inmediata, ii) alteraciones en las funciones ejecutivas y iii) amnesia prospectiva, han demostrado ser eficaces para distinguir entre individuos cognitivamente sanos y con DCL.

Conclusión: No todas las quejas cognitivas tienen el mismo significado clínico. Las quejas relacionadas con la memoria episódica, las funciones ejecutivas y la memoria prospectiva son mejores para discriminar individuos con DCL. Se recomienda utilizar ítems específicos del EMQ para cuantificar y controlar la progresión de los individuos que refieren esas quejas cognitivas.

BILINGUISMO COMO FACTOR PROTECTOR DEL DETERIORO COGNITIVO

Rebollo Vázquez, A.; Fernández Blázquez, M.Á.; Ávila Villanueva, M.; Medina Padilla, M.

Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación en Enfermedades Neurológicas (CIEN)

Objetivos: Numerosos estudios han puesto de manifiesto la existencia de diferencias en el desarrollo y funcionamiento de las capacidades cognitivas a favor de los sujetos bilingües frente a los monolingües. Este hecho ha llevado a hipotetizar que el bilingüismo es un factor protector para el deterioro cognitivo y demencia. En el presente estudio se analiza el rendimiento neuropsicológico en una muestra de personas mayores bilingües y monolingües cognitivamente sanas.

Material y métodos: Se seleccionó una muestra de 776 sujetos que habían recibido seguimiento clínico durante tres años en una investigación longitudinal para detectar marcadores precoces de enfermedad de Alzheimer (edad=74,4±3,7; 61,7% mujeres; años de escolaridad=11,2±6,7). A todos los sujetos se les administró de manera anual una exhaustiva batería neuropsicológica. Adicionalmente, cumplimentaron un cuestionario de bilingüismo (CB).

Resultados: A partir de la información obtenida en el CB, y de acuerdo con diferentes definiciones operativas de bilingüismo, los sujetos fueron clasificados en distintos grupos. En general, los sujetos bilingües obtuvieron un mejor rendimiento cognitivo que los sujetos monolingües, en especial en memoria episódica ($p<0,001$), a lo largo de los tres años de seguimiento. La adquisición temprana de la segunda lengua y la residencia en otro país resultaron particularmente discriminativas.

Conclusión: Los sujetos bilingües presentan un mejor rendimiento cognitivo que los sujetos monolingües. Es importante estudiar la relación del bilingüismo con la reserva cognitiva, así como su potencial papel como factor protector frente al deterioro cognitivo.

ANÁLISIS DE LA ESTABILIDAD EN EL TIEMPO DE LAS QUEJAS COGNITIVAS: ¿SON REALMENTE UN MARCADOR PRECLÍNICO FIABLE DE DETERIORO COGNITIVO?

Fernández Blázquez, M.Á. [1]; Rebollo Vázquez, A. [1]; Ávila Villanueva, M. [2]; Giovanelli, I. [1]; García Otero, M.C. [1]; Ruiz Sánchez de León, J.M. [3]; Medina Padilla, M. [4]

1. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación en Enfermedades Neurológicas (CIEN); 2. Servicio de Neuropsicología. Fundación Centro de Investigación Enfermedades Neurológicas (CIEN); 3. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo; 4. Servicio de -. CIBERNED

Objetivos: Numerosos datos empíricos apoyan el papel de las quejas cognitivas subjetivas (QCS) como marcador preclínico de progresión a deterioro cognitivo leve (DCL). Sin embargo, habitualmente se critica su inestabilidad a lo largo del tiempo, lo que disminuiría su validez. El presente trabajo tiene como objetivo examinar la estabilidad temporal de las QCS en una muestra de personas mayores seguidas longitudinalmente.

Material y métodos: Se estudió la evolución de las QCS manifestadas por una cohorte de personas mayores participantes en una investigación para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. Los participantes fueron evaluados de manera anual en un intervalo entre 11-74 meses. En cada visita las QCS fueron registradas por medio de una entrevista clínica y de un cuestionario. Siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo internacional, tras cada evaluación los participantes fueron clasificados en tres grupos distintos: No-QCS, QCS y QCS-Plus. Este último es considerado como el de mayor riesgo de conversión.

Resultados: Se observaron correlaciones significativas entre las puntuaciones de QCS en distintos momentos del seguimiento (rango: 0,56-0,70; $p<0,001$). Además, se evidenció una considerable estabilidad en la clasificación de los grupos de QCS. Por último, QCS-Plus mostró mayor riesgo de conversión a DCL durante el seguimiento (HR=3,38; IC=1,4-8,4).

Conclusión: Las QCS tienen la suficiente estabilidad a lo largo del tiempo cuando se definen de manera operativa y se protocoliza

su evaluación. Por tanto, en la medida en que permiten identificar sujetos en riesgo de progresión a DCL, estos resultados advierten de la importancia de no ignorarlas en contextos clínicos.

PERFIL COGNITIVO DE LOS PACIENTES RESPONDEDORES A LA FAMPRIDINA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Cortés Martínez, A.; Matías-Guiu Antem, J.; Pytel, V.; Montero, P.; Villar Quiles, R.N.; Oreja Guevara, C.; Matías-Guiu Guía, J.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: La fampridina es un tratamiento oral que promueve la conducción en los axones desmielinizados en la Esclerosis Múltiple (EM). Actúa bloqueando los canales de potasio y mejora la marcha. Pueden aparecer efectos secundarios en el sistema nervioso central, pero no parecen afectar las funciones cognitivas. El objetivo de este estudio fue comparar el rendimiento cognitivo entre los respondedores y no respondedores al tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes tratados con fampridina. Se hizó el test de los 25 pasos al inicio y a las dos semanas de tratamiento. Se llevó a cabo la evaluación cognitiva completa con tests de atención, función ejecutiva, velocidad de procesamiento, memoria verbal y visual, función visuoespacial, lenguaje, fatiga y estado de ánimo. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney para la comparación de medias entre los grupos. También se estimó la regresión logística binaria.

Resultados: De los treinta y dos pacientes tratados con fampridina, veinticuatro (75%) se consideraron respondedores al tratamiento de acuerdo con el test de los 25 pasos. No hubo diferencias en los factores demográficos entre los grupos. Los pacientes respondedores obtienen puntuaciones menores en span visual inverso y la torre de Londres. El análisis de regresión clasificó correctamente el 80% de los casos.

Conclusión: La función ejecutiva de alto orden se asocia con la respuesta a fampridina. Esto puede sugerir un posible papel de la alteración de la conducción en la patogénesis de la disfunción ejecutiva en la EM. Son necesarios más estudios para confirmar esta asociación.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOBRE SU FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

García Vaz, F. [1]; Meca Lallana, V. [1]; Antonietti, E. [2]; Vivancos Mora, J.A. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; 2. Servicio de School of Psychology. Universidad de Padova

Objetivos: Estudiar la percepción del paciente con esclerosis múltiple (EM) sobre su funcionamiento cognitivo en atención, memoria y funciones ejecutivas; y analizar las diferencias entre su propia percepción y la de su familia (FAM).

Material y métodos: Se reclutan 24 pacientes con EM entre 30 y 60 años. Se administran a EM y FAM: Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP) y se analizan las subescalas de control motor (Cm), atención (AT), funcionamiento ejecutivo (FE), conducta social (CS) y control emocional (CEm); e Inventario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE30) que incluye las escalas memoria general (MG) y fallos de memoria en las actividades de la vida diaria (MAVD). Se comparan las respuestas de EM y FAM, y se realiza una regresión lineal múltiple para estudiar valores predictivos de AT, FE, CS y CEm en MG y MAVD.

Resultados: Se encuentra diferencia significativa entre EM y FAM en CS y MAVD, no así en Cm, AT, FE, CEm y MG. Se encuentra una ecuación de regresión significativa que explica el 54% de la varianza de MAVD en función de A.

Conclusión: Los resultados de este estudio piloto sugieren que la percepción de los pacientes y la de su familia: (i) es similar en atención, funcionamiento ejecutivo y control emocional; (ii) FAM puntúa más alto en conducta social, lo que indica escaso nivel de conciencia de la conducta socialmente inadecuada por parte de EM, y en MAVD; (iii) MAVD pueden predecirse por los déficits atencionales en el grupo de pacientes.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL EXAMEN COGNITIVO Y CONDUCTUAL EN ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DE EDIMBURGO (ECAS)

Mora Pardina, J. [1]; Salas Campos, T. [1]; Fernández Toral, M.C. [2]; Rodríguez Castillo, V. [2]; Marín Esteban, S. [1]; Chaverri Rada, D. [1]; Rodríguez Santos, F. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital Carlos III; 2. Servicio de Investigación. FUNDELA; 3. Psicología. Universidad Autónoma

Objetivos: Adaptación a la población española del cuestionario de evaluación cognitiva y conductual ECAS en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Material y métodos: Se adaptado y aplicado el ECAS con una muestra aleatoria de 102 pacientes con ELA, seleccionados de varias regiones de España y 40 sujetos sanos. Se ha realizado el estudio de fiabilidad test-retest del instrumento y la consistencia interna. La validez convergente se ha realizado comparando la prueba ECAS con otra utilizada habitualmente en la evaluación de los pacientes con ELA, el ALS Cognitive Behavioral Screen (ALS-CBS).

Resultados: La adaptación española realizada del ECAS conserva las características estadísticas de la versión original. El análisis de consistencia interna es elevado y similar al original. La correlación entre ECAS y CBS es significativa, siendo mayor en la escala Ejecutiva y la Falta de empatía. Además, se observan diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas entre el grupo de pacientes y el grupo de sujetos sanos. También se ha elaborado el análisis de la discriminación de la prueba resultando aceptable.

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran que la adaptación española del cuestionario ECAS mantiene la consistencia interna y la validez de constructo de su versión original.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: ANÁLISIS DE ACTIVIDADES COTIDIANAS Y DE OCIO EN LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO VALLECAS DE LA FUNDACIÓN CIEN

Frades Payo, M.B. [1]; Guerra Martín, V. [1]; García Otero, M.C. [1]; Rodríguez Blázquez, C. [2]

1. Servicio de Neurología. Fundacion CIEN; 2. Servicio de Epidemiología. Instituto Nacional de Sanidad.

Objetivos: La práctica de actividades cotidianas (AC) y de ocio (AO) y un estilo de vida saludable influyen en el bienestar de las personas mayores y en su calidad de vida. En este trabajo se analiza la repercusión en el bienestar psíquico y funcional de las AC y AO practicadas en la actualidad por un grupo de mayores no institucionalizados.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de una muestra de 519 participantes. Se recogen datos sociodemográficos, cognitivos (MMSE, CDR), psicológicos (STAI, GDS, EVA Salud), valoración subjetiva de repercusión de los fallos de memoria y un inventario de 30 AC y AO que realizan en la actualidad.

Resultados: Un 62,8% de la muestra son mujeres. El 11% presenta deterioro cognitivo (DCL y Demencia leve) y un 16% sintomatología ansiosa y/o depresiva. Existe correlación significativa

inversa (p<0.05, r=|0.338 - 0.087|) entre todas las AO y el estado afectivo, variando en función del sexo. La salud autopercibida y el número de actividades realizadas correlacionan positivamente (p< 0.05, r=|0.116 - 0.238|). La valoración subjetiva de repercusión de los fallos de memoria se asocia significativamente con las AC (p= 0.022, r= -0.101). El estado cognitivo se relaciona con mayor realización de todas las actividades salvo las físicas (p<0.05, r=|0.318 - 0.098|).

Conclusión: Las AO se asocian con el estado cognitivo, afectivo y la edad. Las AC solo con el estado cognitivo y con la percepción subjetiva de los problemas causados por la memoria. La promoción de AO en personas mayores permitiría mejorar su bienestar y funcionalidad.

LAS FUNCIONES EJECUTIVAS MEDIAN EL EFECTO DEL ESTRÉS EN LA GÉNESIS DE LAS QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA

Pellicer Porcar, O. [1]; Molina Rodríguez, S. [2]; Mirete Fructuoso, M. [2]; Sánchez Garre, M. [2]; Esteve Rodríguez, O. [2]; Ros León, A. [2]; Eugenio Sobreviela, E.M. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Universidad Miguel Hernández; 2. Departamento Psicobiología. Universidad Miguel Hernández

Objetivos: Las quejas subjetivas de memoria (QSM) son un fenómeno cada vez más común en la población joven. Las funciones ejecutivas (FFEE) y estrés percibido (EP) se han identificado como factores relevantes para explicar la génesis de este fenómeno. Existen indicios de que las FFEE constituyen un mediador entre el EP y las QSM pero no hay resultados concluyentes. Objetivo: Determinar la existencia de un patrón de mediación de las FFEE entre el EP y las QSM.

Material y métodos: Se administró el Inventario de Síntomas Prefrontales y el Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana y la Escala de estrés percibido a un total de 743 estudiantes universitarios (76,4% mujeres; Edad media=22,24 años; D.T.=3,64)

Resultados: La variable problemas en el control ejecutivo presentó un efecto total significativo (β=0,426; t=8,806; p=0,000) mientras que el efecto indirecto no lo fue (β=0,128; t=1,406; p=0,163). La prueba de Sobel (Z=1,379; p=0.000) respaldó los resultados del análisis de regresión, demostrando la existencia de una relación de mediación.

Conclusión: Las FFEE relacionadas con la elaboración, el mantenimiento y la modificación de planes (control ejecutivo) tiene un efecto de mediación entre el EP y la génesis de las QSM. Por lo tanto, la mejora de esta variable se erige como un elemento muy interesante para el tratamiento neuropsicológico de las QSM, ya que disminuye de forma directa las QSM y, además, limita el efecto del EP amortiguando su efecto.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LOS CAMBIOS COGNITIVOS Y NEUROPSIQUIÁTRICOS TRAS ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ESTENOSIS ASINTOMÁTICA

Montoya Murillo, G. [1]; Idro, J.L. [2]; Alloza, I. [3]; Goikuria, H. [3]; García Barcina, M. [4]; Elizagaray, E. [5]; Sarasola, E. [4]; Vega, R. [6]; Freijo, M.D.M. [2]

1. Servicio de Neuropsicología. Universidad de Deusto; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Basurto; 3. Servicio de Neurociencias. Universidad del País Vasco UPV/EHU; 4. Unidad de Genética Clínica. Hospital Universitario de Basurto; 5. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Basurto; 6. Servicio de Cirugía Vascular y Angiología. Hospital Universitario de Basurto

Objetivos: La estenosis carotídea puede producir alteraciones en el funcionamiento cognitivo por la hipoperfusión cerebral. La mejora de dicho funcionamiento tras la endarterectomía carotídea (EAC) en pacientes con estenosis asintomática podría apoyar su indicación. Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo, deterioro y discapacidad tras EAC en los pacientes asintomáticos intervenidos en el HUB.

Material y métodos: Incluimos 14 pacientes asintomáticos con estenosis carotídea > 80% asintomática siguiendo el protocolo del Comité de enfermedades carotídeas del centro. A todos los pacientes se les aplicó una batería neuropsicológica las 24 horas previas a la intervención y a los 3 meses de la misma: Mini Mental State Examination (estado global cognitivo), textos WMS-III (memoria), matrices y cubos del WAIS-III (funciones ejecutivas), clave de números del WAIS-III (velocidad de procesamiento), NPI (Inventario Neuropsiquiátrico), Escala de Blessed, Test del informador y de la entrevista para el deterioro de las actividades de la vida diaria en la demencia (deterioro y discapacidad). Se analizaron variables sociodemográficas y las puntuaciones obtenidas en las valoraciones neuropsicológica (antes de la EAC y transcurridos 3 meses) mediante T-Student.

Resultados: La muestra sigue una distribución normal. Edad media (DE):73.79 (5.9), en su mayoría varones: 11(78,6%). Los resultados obtenidos muestran mejoría en la velocidad de procesamiento (t=-3.01;p<0.01) y reducción de los trastornos neuropsiquiátricos (t=2.27;p<0.04) tras la intervención EAC. El resto de variables no presentaron mejoría tras la intervención.

Conclusión: La EAC en pacientes con estenosis carotídea asintomática favorece el rendimiento en velocidad de procesamiento y la reducción de trastornos neuropsiquiátricos.

SINTOMATOLOGÍA FRONTAL EN PORTADORES DE LA PREMUTACIÓN DEL GEN FMR1, MEDIANTE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE COMPORTAMIENTO FRONTAL FRSBE

López Mourelo, O. [1]; Mila, M. [2]

1. Servicio de Neurociencias. Universitat Autonoma de Barcelona; 2. Servicio de Genética. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Objetivos: El síndrome de X Frágil (SXF) es la causa más común de retraso mental familiar, causado por la mutación del gen FMR1. Nuestro objetivo es comprobar si la escala de comportamiento frontal FrSBe es un buen indicador de alteraciones frontales en portadores de la premutación. Además de conocer en que subescalas muestran alteraciones y con que áreas prefrontales se relacionan.

Material y métodos: Se administra el FrSBe a 61 sujetos de ambos sexos, 40 portadores de la premutación y a 21 participantes no clínicos, apareados por sexo y edad. El grupo de portadores se dividió en FXTAS y NO FXTAS. La FrSBe-Sp es un autoinforme de 46 ítems que incluye una medida global de deterioro ejecutivo y medidas parciales asociadas a los tres síndromes frontales: apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva.

Resultados: En mujeres tanto en el grupo FXTAS como No FXTAS se hallaron diferencias significativas en puntuación global del test y en subescalas de apatia y disfunción ejecutiva. En hombres se hallaron diferencias significativas en apatia en el grupo FXTAS. Sin embargo, aunque no llegaron a ser diferencias estadísticamente significativas, todos los portadores de la premutación obtuvieron puntuaciones más elevadas que el grupo control.

Conclusión: La FrSBe-Sp parece un buen instrumento para explorar la sintomatología de tipo frontal asociada a la premutación del gen FMR1. Según los resultados las alteraciones se hallarían más focalizadas en la zona mesial (apatía) y dorsolateral (disfunción ejecutiva). Siendo la apatía, tal vez más provocada por causas endógenas y no un estado anímico provocado por causas exógenas.

Trastornos del Movimiento P1

ESTUDIO FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

Vivancos Matellano, F. [1]; Rodríguez Sanz, A. [1]; Mascias Cadavid, J. [1]; Garcia Ruiz, A. [2]; Garcia-Agua Soler, N. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz; 2. Catedra farmacoeconomia. Universidad de Farmacia

Objetivos: 195 Cuando el tratamiento farmacológico oral o transdérmico de la enfermedad de Parkinson pierde eficacia, disponemos de tres terapias mediante dispositivos asistidos: la apomorfina en infusión subcutánea (ASBI), la bomba de infusión duodenal continua de levodopa/carbidopa (IDL) y la estimulación cerebral profunda (ECP). El objetivo es efectuar un análisis farmacoeconómico comparativo del uso de ASBI, con IDL y ECP.

Material y métodos: 28 Se obtuvo información sobre datos de años de vida ganados (AVG) y años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC) según la escala de Hoehn y Yahr, así como sobre los costes y consumo de recursos para cada una de las alternativas. La perspectiva del análisis fue la del Sistema Nacional de Salud y el horizonte temporal fue de 5 años para los costes y toda la vida del paciente para las utilidades. Las medidas de resultado utilizadas fueron los AVG y AVACs, y en su comparación se usó el ratio coste/utilidad incremental.

Resultados: El coste/utilidad obtenido para cada opción fue: 31.956 €/AVAC para la ECP; 38.249 €/AVAC para la ASBI y 75.206 €/AVAC para la IDL.

Conclusión: 4365 Nuestros resultados permiten evaluar la efectividad de los diferentes tratamientos para la EP avanzada, pues éstos se presentan en ganancias de años vividos de calidad (AVAC). Los datos obtenidos contribuyen a la toma de decisiones que determinen la planificación y gestión de cada caso individual.

EL CÓRTEX MOTOR Y SU PAPEL MODULADOR EN LA FISIOPATOLOGÍA DEL TEMBLOR ORTOSTÁTICO

Yagüe Jimeno, S. [1]; Veciana de las Heras, M. [2]; Morollón Sánchez Mateos, N. [3]; Aceituno González, A. [3]; Juliá Palacios, N. [3]; Sotoca Fernández, J. [3]; Pedro Pérez, J. [2]; Pascual Sedano, B. [3]; Jaumà Classen, S. [4]; Campdelacreu Fumado, J. [4]; Belvís Nieto, R. [3]; Kulisevsky Bojarski, J. [3]

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. USP Institut Universitari Dexeus; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirón-Dexeus; 4. Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: El temblor ortostático (TO) es un trastorno del movimiento caracterizado por una sensación de inestabilidad desencadenada exclusivamente en bipedestación, que mejora con el apoyo y la sedestación. El objetivo de nuestro estudio es valorar si el córtex motor desempeña un papel modulador en este tipo de temblor.

Material y métodos: Presentamos los casos de 6 pacientes mujeres entre 42 y 76 años. Todas presentaban una clínica de inestabilidad en las extremidades inferiores que se desencadenaba en bipedestación y mejoraba en sedestación y con la deambulación. 4 de ellas presentaban clínica de temblor postural en las extremidades superiores. La exploración neurológica evidenciaba pequeñas contracciones visibles o palpables en las extremidades inferiores.

Resultados: El registro electromiográfico de la actividad muscular en ambos tibiales anteriores y gemelos confirmó el diagnóstico de TO. El estudio analítico no evidenció déficit de vitamina B12 y la RMN no mostró hallazgos patológicos. La promediación retrógrada de la actividad EEG en 5 pacientes registró una oscilación cortical rítmica temporalmente ligada al temblor, máxima en Cz. La estimulación magnética transcraneal sobre córtex motor realizada en 3 pacientes produjo una abolición del temblor en ambas extremidades inferiores, reaparición de éste con una frecuencia mayor que preestímulo y una recuperación gradual de la frecuencia inicial.

Conclusión: Los estudios neurofisiológicos de promediación retrógrada y estimulación magnética transcraneal en pacientes con TO sugieren que el córtex motor puede tener un papel modulador sobre el centro generador de este tipo de temblor.

PENFIGOIDE AMPOLLOSO ASOCIADO A ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cerdán Santacruz, D.M.; Simonet Hernández, C.; Fernández Rodríguez, B.; Casado Verrier, B.; Ferrero Ros, M.; Duarte García, J.

Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia

Objetivos: La Enfermedad de Parkinson (EP), uno de los trastornos neurodegenerativos más frecuentes, presenta un amplio espectro de manifestaciones no motoras, entre ellas dermatológicas. El Penfigoide Ampolloso (PA) es una enfermedad ampollosa inmuno-mediada muy infrecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad. Se describe un caso de Penfigoide Ampolloso (PA) asociado a EP.

Material y métodos: Paciente de 68 años diagnosticado hace 10 años de EP. En 2014 comienza con bomba de apomorfina. Tras siete meses de tratamiento presenta lesiones ampollosas tensas y pruriginosas en tórax y miembros, planteándose, entre otras causas, la etiología farmacológica.

Resultados: Para descartar el origen medicamentoso, se realiza test epicutáneo de apomorfina, con resultado negativo. Paralelamente se descartó un amplio espectro de enfermedades ampollosas. El Servicio de Dermatología, confirma el diagnóstico de PA. El paciente respondió favorablemente tras el tratamiento corticoideo, con desaparición completa de las lesiones referidas. La revisión de la literatura reciente muestra una asociación varias veces mayor que la esperada por azar en diferentes poblaciones entre EP y PA.

Conclusión: A pesar de que en la literatura está descrita la asociación de PA con EP, es excepcional que la encontremos en nuestros pacientes, por lo que deberemos pensar en ella para su correcto diagnóstico y manejo terapeútico. No obstante, existen crecientes evidencias de que la asociación de ambas puede no ser casual y tener una base inmunológica, lo que abre un campo de investigación en ambas patologías.

ACERULOPLASMINEMIA: UNA FAMILIA CON UNA NUEVA MUTACIÓN

Mederer Hengstl, S. [1]; Souto Rodriguez, R. [2]; Vázquez San Luis, J. [2]; Iglesias Castañón, A. [3]; Fernández-Cid Ramos, J.C. [4]; Moreno Martinez, A. [5]

1. Servicio de Neurología. Complexo Hospitalario de Pontevedra; 2. Servicio de Digestivo. Complexo Hospitalario de Pontevedra; 3. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; 4. Servicio de Oftalmología. Complexo Hospitalario de Pontevedra; 5. Servicio de Análisis Clínicos. Complexo Hospitalario de Pontevedra

Objetivos: La aceruloplasminemia es una enfermedad autosómica recesiva rara por ausencia o disfunción de ceruloplasmina que actúa como ferroxidasa en la oxidación de hierro ferroso y su

transferencia a la transferrina. Su ausencia causa acumulación de hierro en vísceras y sistema nervioso central. Debuta con anemia, degeneración retiniana y diabetes. Más tarde (en mujeres generalmente tras la menopausia) aparecen síntomas neurológicos: ataxia, movimientos involuntarios y deterioro cognitivo progresivo. Presentamos dos hermanas con una mutación no descrita previamente.

Material y métodos: Caso 1: Mujer de 57 años con diabetes, hepatopatía crónica VHC 1b y depresión. Consulta por inestabilidad y trastorno de conducta de meses de evolución. Exploración: disartria, movimientos coreicos leves e inestabilidad. Hemograma normal, glucemia 160 mg/dL, HbA1 9,1%, alteración pruebas hepáticas, ferritina 932ng/mL, saturación transferrina 9%, ceruloplasmina 2, cupremia 13microg/dL, cupruria 16microg/24h. Caso 2: Mujer de 48 años con anemia refractaria y diabetes. Exploración normal. Ceruloplasmina 2,1,

Resultados: RM cerebral: depósito de hierro en núcleos lenticulares, caudados, talámicos, sustancia negra, núcleos rojos, pedúnculos cerebrales y folias cerebelosa. RM hepática (caso 1): depósito de hierro en hígado y páncreas. OCT (caso 1): degeneración retiniana con depósito de hierro Genética: duplicación en homocigosis c565dupA en el gen ceruloplasmina. La paciente1 realizó tratamiento con desferasirox con mejoría de los síntomas neurológicos que persiste un año después. La paciente 2 presentó eritema multiforme/DRESS tras inicio de tratamiento con deferasirox.

Conclusión: Presentamos dos miembros de una familia con aceruloplasminemia con una nueva mutación. El diagnóstico precoz de la aceruloplasminemia permite tratar con quelantes de hierro y retrasar las manifestaciones neurológicas.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EXTREMADURA: ESTUDIO DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS

Redondo Peñas, I. [1]; Alvarado Pacheco, A. [2]; Yerga Lorenzana, B. [1]; García Gorostiaga, I. [1]; Gómez Gutiérrez, M. [1]; Niso Santano, M. [3]; Gonzalez Polo, R.A. [3]; Portilla Cuencia, J.C. [1]; Fuentes, J.M. [4]; Casado Naranjo, I. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara; 2. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Genética. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. UEX.; 3. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Genética. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. UEX. Cáceres; 4. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Genética. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. UEX

Objetivos: Los estudios de prevalencia de la enfermedad de Parkinson en la población española son limitados, habiéndose utilizado diferentes metodologías para su estimación. Hasta ahora, ningún estudio había estimado la prevalencia de la EP en Extremadura.

Material y métodos: Estudio farmacoepidemiológico observacional basado en el consumo de fármacos antiparkinsonianos (Clasificación Anatómico Terapéutica N04BA) en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2014 en las distintas Áreas de Salud (8). Los datos de consumo fueron proporcionados por la Subdirección General de Farmacia del Servicio Extremeño de Salud. Para medir el consumo se ha utilizado la dosis diaria definida (DDD) de cada uno de los fármacos.

Resultados: La prevalencia en 2014 fue de 220,72 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 190-250), equivalente a 2427 pacientes con EP en Extremadura (IC 95% : 2089-2749). Se observaron diferencias significativas entre Áreas de Salud siendo superiores a la media aquellas con una actividad económica mayoritariamente basada en la agricultura e inferiores aquellas de carácter más urbano como Cáceres o Badajoz.

Conclusión: La prevalencia estimada para la enfermedad de Parkinson en Extremadura es ligeramente superior a la registrada para el total de España y otros países de nuestro entorno. La mayor prevalencia registrada en Áreas de Salud cuya población mantiene una actividad eminentemente agraria y por lo tanto de mayor exposición a factores medioambientales relacionados con la enfermedad, hace necesario un estudio más profundo sobre el grado de exposición de dichos pacientes y la posible existencia de factores genéticos concomitantes.

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS POR DEPÓSITO DE HIERRO: PKAN Y PLAN

Trzeciak Trzeciak, M.; Carmona Abellán, M.D.M.; Echeveste Gonzalez, B.; Imaz Aguayo, L.; Valentí Azcarate, R.; Luquin Piudo, M.R.

Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: La neurodegeneración cerebral por acúmulo de hierro es una causa de parkinsonismo juvenil. Cursan con distonía, rigidez, cambios comportamentales y demencia. La base fisiopatológica son depósitos de hierro en ganglios basales y sustancia negra. Entre las formas autosómicas recesivas, las más frecuentes son el déficit de pantotenato quinasa (PKAN) y déficit de fosfolipasa A2 (PLAN). Las formas atípicas de aparición tardía tienen un curso lentamente progresivo. Se describen hallazgos clínicos y genéticos, así como manejo terapéutico de dos pacientes.

Material y métodos: Se describen dos casos. Mujer 33 años con rigidez y temblor en extremidades superiores, que desarrolla posteriormente distonía cervical y demencia. Varón 34 años con corea y distonía de extremidad inferior izquierda progresivas. Se realiza RM cerebral, valoración neuropsicológica y estudio genético.

Resultados: La RM cerebral del primer caso objetiva atrofia cerebelosa con acúmulo de hierro en ganglios basales. Inició Levodopa ante sospecha de parkinsonismo atípico con buena respuesta. Se confirma mutación de gen PLAN. La RM cerebral del segundo caso objetiva depósito de hierro en ganglios basales. Se confirma mutación de gen PKAN2. Ante fracaso farmacológico se realiza estimulación cerebral profunda de globo pálido interno derecho con mejoría.

Conclusión: Las formas atípicas o de inicio tardío de enfermedades por acúmulo de hierro tienen un curso lentamente progresivo y cursan con parkinsonismo menos severo e incapacitante que en formas típicas. El diagnóstico genético en pacientes jóvenes con parkinsonismo tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. Ante escasa eficacia clínica de quelantes de hierro, la estimulación cerebral profunda mejora la calidad de vida de estos pacientes.

POLIMORFISMO RS1800435 DEL GEN AMINOLEVULINATO-DEHIDRATASA (ALAD) Y RIESGO PARA TEMBLOR ESENCIAL

Jiménez Jiménez, F.J. [1]; García-Agúndez Pérez-Coca, J.A. [2]; Alonso Navarro, H. [1]; Ayuso, P. [2]; Esguevillas Cansino, G. [2]; Benito León, J. [3]; Ortega Cubero, S. [4]; Pastor Muñoz, P. [5]; López Alburquerque, T. [6]; García Martín, E. [7]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Sureste; 2. Departamento de Farmacología. Universidad de Extremadura; 3. Neurología. Departamento de Medicina. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. CIBERNED; 4. Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; 5. Neurología. Laboratorio de Neurogenética. Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA). Clínica Universitaria de Navarra. CIBERNED; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca; 7. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Extremadura

Objetivos: Algunos trabajos han encontrado relación entre aumento de niveles séricos de plomo y riesgo para temblor esencial(TE), especialmente en portadores del alelo menor del polimorfismo de nucleótido simple (SNP) rs1800435 del gen de la aminolevulinato dehidratasa (ALAD), implicado en la síntesis de grupos hemo. Nuestro grupo describió disminución de riesgo para TE en portadores de alelos menores de los SNP rs2071746 (gen hemooxigenasa 1 o HMOX1) y rs1051308 (gen hemooxigenasa HMOX2), implicados en el catabolismo de los grupos hemo. Tratamos de demostrar la posible relación entre el SNP rs1880435 y de las interacciones de éste con los genes HMOX1 y HMOX2 con el riesgo para TE.

Material y métodos: Analizamos la distribución de frecuencias de genotipos y alelos del SNP ALAD rs1800435 en 202 pacientes con TE familiar y en 218 controles utilizando un ensayo TaqMan, así como el papel de la interacción entre dicho polimorfismo y los polimorfismos HMOX1 rs2071746, HMOX1 rs2071747, HMOX2 rs2270363 y HMOX2 rs1051308 en el riesgo para TE.

Resultados: Las frecuencias de los genotipos y variantes alélicas del SNP ALAD rs1800435 no difirieron significativamente entre pacientes y controles, y no fueron influenciadas por sexo. La edad de comienzo del TE fue similar en los 3 posibles genotipos. Los pacientes con genotipo ALAD rs1800435CC (alelo funcionante) portadores del genotipo HMOX2 rs1051308GG y del alelo HMOX2 rs1051308G tuvieron menor riesgo para desarrollar TE.

Conclusión: El SNP ALAD rs1800435 no modifica directamente el riesgo para TE, si bien su interacción con el SNP HMOX2 rs1051308 sí podría modificar el riesgo para dicha enfermedad.

UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CON INFUSIÓN INTRADUODENAL DE LEVODOPA

de Fabregues Nebot, O. [1]; Dot Bach, J. [2]; Abu-Suboh Abadia, M. [2]; Hernandez Vara, J. [1]; Ferré, A. [3]; Romero, O. [3]; Ibarria, M. [1]; Puiggrós, C. [4]; Gomez, M.R. [5]; Quintana, M. [1]; Armengol, J.R. [2]; Alvarez Sabin, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Servicio de Endoscopia digestiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 3. Unidad de Sueño. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Servicio de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 5. Farmacia, Unidad de Dispensación Ambulatoria. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: Describimos la experiencia de 10 años en el manejo del tratamiento gel intestinal de levodopa/carbidopa (GILC) para el tratamiento de las fluctuaciones motoras de la enfermedad de Parkinson

Material y métodos: Estudio prospectivo, abierto, examinando aspectos clínicos motores, no motores, recogida de efectos adversos (EA), soluciones y causas de retirada. Subestudios prospectivos: Cognición con una batería de tests neuropsicológicos; Calidad del sueño con batería de tests subjetivos y polisomnografía y de Calidad de vida y la carga del cuidador con cuestionarios.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (22 hombres/17 mujeres), con media de 6,03 +- 1,42 horas diarias Off, tratados con GILC una media de 43,19 +- 31,50 meses (1-120). Todos experimentan mejoría de las fluctuaciones motoras, reduciendo 4,87 +- 1,08 horas Off a los 3 meses (n:37), 4,91 + 1,12 al año (n:23), 5,00 + 1,20 a los 5 años (n:13) y 6,25 +- 0,35 a 9 años (n:2). Las discinesias se reducen pero los cambios en la gravedad no son estadísticamente significativos. No se agravan los trastornos neuropsiquiátricos y mejoran los trastornos de control de impulsos. Presentan alto número de EA generalmente controlados. En los subestudios no hay deterioro neuropsicológico y mejoran algunas funciones. La calidad del sueño no se modifica. La calidad de vida mejora y se reduce la carga de su cuidador.

Conclusión: Estudio más largo prospectivo de tratamiento con GILC eficaz sostenidamente para las fluctuaciones motoras, es seguro, y mejora o no agrava otros trastornos motores, cognitivos y del sueño, y la calidad de vida y la carga del cuidador.

VARIANTE FOCAL DEL SÍNDROME DE LA PERSONA RÍGIDA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

de Albóniga-Chindurza Barroeta, A. [1]; Anciones Martín, C. [1]; Acebrón Sánchez-Herrera, F. [1]; Estévez Fraga, C. [1]; García Barragán, N. [1]; Buisán Catevilla, J. [1]; Cabañes Martínez, L. [2]; Martínez Castrillo, J.C. [1]; Corral Corral, Í. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: El síndrome de la persona rígida (SPR) tiene una prevalencia estimada de 1 caso por millón de habitantes, siendo aún más aislada su presentación como variante focal. Describimos un caso de variante focal de SPR de etiología autoinmune, con escasa respuesta clínica a tratamiento.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Mujer de 50 años diagnosticada de Diabetes tipo I con 48, y antecedente de epilepsia generalizada idiopática. Consultó por cuadro de 3 meses de evolución de rigidez progresiva del miembro inferior izquierdo de inicio proximal, asociado a dolor y espasmos musculares ocasionales sin desencadenante, con importante afectación de la marcha, inicialmente diagnosticado de distonía focal. En la exploración neurológica destacaba rigidez generalizada en todo el miembro inferior izquierdo, con imposibilidad para su movilización. La resonancia medular y craneal, y el LCR fueron normales. El estudio neurofisiológico demostró actividad muscular continua, que disminuía con el bloqueo nervioso y la administración de benzodiacepina intravenosa. Los anticuerpos anti-GAD65 fueron positivos en suero y LCR. No ha mejorado con esteroides e inmunoglobulinas, ni con toxina botulínica. Únicamente hubo leve mejoría con diazepam y baclofeno a dosis máximas toleradas.

Conclusión: A pesar de su rareza, el síndrome de pierna rígida debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de distonías focales. La eficacia de los tratamientos sintomáticos, inmunomoduladores o inmunosupresores puede ser limitada.

DESARROLLO DE PARKINSONISMO Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR TRASTORNOS DE CONDUCTA DURANTE EL SUEÑO REM (TCSR)

Carballo Cordero, M.; Adarmes Gómez, A.D.; Bernal, M.; Jesús Maestre, S.; Carrillo García, F.; Mir Rivera, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío

Objetivos: El TCSR idiopático está considerado como un biomarcador de enfermedades neurodegenerativas a corto plazo. Su prevalencia se ha estudiado en estas enfermedades: 50% enfermedad de Parkinson (EP), 70% demencia con cuerpos de Lewy (DCL), y 100% atrofia multisistémica. Iranzo y colaboradores (2006) publicaron el seguimiento de 44 pacientes con TCSR idiopático durante 14 años. Objetivo Describir un caso de paciente de 82 años en seguimiento durante 19 años por TCSR con aparición de síntomas parkinsonianos y deterioro cognitivo

Material y métodos: Consultó por primera vez a los 63 años por sueños vividos de años de evolución. Se realizó polisomnografia (2000) presentando parasomnias motoras en fase REM (gritos y movimientos). En 2006 SPECT FP-CIT donde se observó disminución de transportador de dopamina en ambos estriados, más severo en el lado derecho, hallazgos compatibles con dege-

neración nigorestriatal. En 2012 (15 años después), aparecen síntomas parkinsonianos leves en hemicuerpo izquierdo. También desde 2012 cuadro de deterioro cognitivo, con síndrome confusional tras retirada brusca de clonazepam.

Resultados: Ha sido valorado en Unidad de Trastornos del Movimiento y de Demencia, observando signos parkinsonianos leves, y deterioro cognitivo en test neuropsicológicos (PDD-SS 6/22). Actualmente realiza tratamiento con melatonina 4mg, mirtazapina 15mg, quetiapina 25mg y rivastigmina 9,5mg.

Conclusión: Se trata de un caso de larga evolución (más de 15 años) con TCSR. Probablemente el presentar SPECT FP-CIT patológico ha condicionado nuestra perspectiva en el seguimiento de este caso. El TCSR puede presentarse como una manifestación premotora en EP, que a diferencia del concepto de premórbido, no necesariamente tenga que desarrollar la enfermedad.

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y BILIRRUBINA EN POBLACIÓN DEL SUR DE ESPAÑA

Macías García, D. [1]; Mendez Del Barrio, C. [1]; Jesús Maestre, S. [2]; Medina Vizuete, A. [3]; Sánchez Seda, S. [3]; Carrillo García, F. [2]; Huertas Fernández, I. [4]; Mir Rivera, P. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; 2. Unidad de Trastornos del Movimiento, Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica. Hospital Virgen del Rocío; 3. Unidad de Trastornos del Movimiento. Universidad de Sevilla. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS; 4. Unidad de Trastornos del Movimiento. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS

Objetivos: En la etiopatogenia de la enfermedad de Parkinson (EP) intervienen factores genéticos y tóxico-ambientales, entre ellos, el estrés oxidativo. La elevación de la bilirrubina puede ocasionar un aumento de enzimas oxidativas en el Sistema Nervioso Central, ocasionando un aumento del potencial redox. Nuestro objetivo fue determinar si la hiperbilirrubinemia actúa como factor de riesgo para EP. Para ello, se compararon niveles de bilirrubina entre un grupo de pacientes EP y controles sanos (CS).

Material y métodos: Se incluyeron 402 pacientes con EP (60% varones; edad media 64.7±12 años) y 170 CS (48% varones; edad media 60±17 años). Se determinaron niveles de bilirrubina total (BT) en sangre periférica. Se recogieron datos demográficos y terapéuticos en ambos grupos. En EP se evaluaron síntomas motores, no motores y complicaciones dopaminérgicas. Se compararon niveles BT en ambos grupos mediante test U de Mann Whitney, realizándose regresión logística para sexo. En el grupo EP se relacionaron dichos parámetros con las características clínicas de la enfermedad mediante la prueba Kruskal-Wallis.

Resultados: Pacientes con EP mostraron valores mayores de BT comparado con CS (0.58±0.7mg/dl vs 0.53±0.33mg/dl, $p<0.05$). Se demostró en EP una correlación negativa entre niveles de BT y Hoenh y Yard ($p<0.05$). En el análisis del resto de variables clínicas y en análisis separado por sexos no encontramos diferencias entre grupos.

Conclusión: La elevación de la bilirrubina podría estar relacionada con la etiopatogenia de EP, pudiendo actuar como factor de riesgo para ésta. Planteamos que podría traducir un aumento del estrés oxidativo en estadíos iniciales, con manifestaciones motoras todavía leves.

PLATAFORMA PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO: NETMD

López Blanco, R. [1]; Romero, J.P. [2]; Velasco, M. [3]; Serrano, J. [3]; del Castillo, M. [3]; Rocon, E. [3]; Benito León, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Servicio de Neurología. Hospital Beata María Ana. HH. Hospitalaria Sgdo. C. de Jesús; 3. Servicio de Neural and Cognitive Engineering Group. CAR of the Spanish National Research Council (CSIC-UPM)

Objetivos: El uso de nuevas tecnologías como los smartwatches y smartphones, suponen un avance en el campo del seguimiento de los trastornos del movimiento. Los objetivos son: 1)Desarrollo de una plataforma interactiva para supervisión y seguimiento del tratamiento de los trastornos del movimiento, (Temblor esencial, Enfermedad de Parkinson y Síndrome de Piernas Inquietas); 2) Monitorización continua y remota de los síntomas; 3) Evaluación clínica y económica de los beneficios de la gestión remota.

Material y métodos: Descripción del proyecto NetMD. Estudio observacional, prospectivo, diseño casos y controles. Se pretende reclutar de forma consecutiva 30 pacientes de edades 18-85 años con temblor esencial, 30 Enfermedad de Parkinson y 30 Síndrome de Piernas Inquietas, junto 30 controles independientemente del nivel de uso de dispositivos electrónicos. Las escalas clínicas a utilizar serán FTM-TRS,QUEST,UPDRSIII-IV,PDQ39,IRLS-SGRS,SPI-6 respectivamente, así como EQ-5D y Moca Test a todos los participantes. Se evaluarán informáticamente distintos parámetros del movimiento de interés en cada patología mediante uno o varios sensores inerciales integrados en "smartwatches" durante la vida cotidiana del paciente. Se analizarán y se representarán visualmente los resultados, adaptados al perfil requerido del paciente, cuidador o clínico responsable. Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Resultados: Cronograma: Selección de usuarios y desarrollo de protocolos clínicos (Febrero-Julio 2016). Diseño conceptual de la solución tecnológica. Marzo (Marzo-Agosto 2016). Validación clínica y usabilidad (Junio 2016-Diciembre 2017).

Conclusión: NetMD es una ambiciosa iniciativa que pretende generar conocimiento objetivo de diversos trastornos del movimiento mediante un abordaje ecológico, centrado en el entorno cotidiano del paciente.

Trastornos del Movimiento P2

SUBTALAMOTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: RELACIÓN ENTRE LA TOPOGRAFÍA DE LA LESIÓN Y EL EFECTO CLÍNICO

Rodriguez Rojas, R. [1]; Carballo Barreda, M. [2]; Martínez Fernández, R. [1]; Obeso, J. [1]

1. Centro Integral de Neurociencias AC. Hospital Universitario HM Puerta del Sur; 2. Grupo de Procesamiento de Imágenes. Centro Internacional de Restauración Neurológica

Objetivos: Definir la relación entre la topografía de la lesión por radiofrecuencia y el efecto clínico en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con subtalamotomía.

Material y métodos: Las imágenes de resonancia magnética (IRM) de 64 pacientes con EP sometidos a subtalamotomía unilateral fueron separadas en tres grupos en función de la respuesta al tratamiento, valorada mediante la escala UPDRS (sección motora). Los grupos se clasificaron en: respuesta marcada (n=32), moderada (n=29) y ausencia de respuesta (n=3). Las lesiones agudas fueron segmentadas en IRM y se calcularon las diferencias estadísticas inter-grupos en cuanto a volumen de lesión, centro de las lesiones y volumen de núcleo lesionado. Se generaron mapas probabilísticos por grupo para evaluar la correlación espacial con la mejora clínica de los pacientes.

Resultados: El volumen promedio de las lesiones es de 39.8 mm^3. Se encontró una correlación espacial entre el volumen de núcleo subtalámico (NST) lesionado y el cambio en la UPDRS ($p<0.001$). El análisis post-hoc muestra que las lesiones con

mayor probabilidad de obtener una respuesta óptima ocupan mayor área del NST dorso-lateral. La localización de la lesión está significativamente relacionada con el efecto clínico: el mejor resultado se obtiene con lesiones más laterales (p=0.01), anteriores (p<0.01) e intranucleares (p=0.03).

Conclusión: Nuestros resultados demuestran la relación entre la eficacia de la subtalamotomía y la configuración dorso-lateral de la lesión. Estos resultados pueden ser relevantes para la planificación de subtalamotomía por HIFU en pacientes con EP.

ESTUDIO PDNORTE: EMPLEO DE ROTIGOTINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON MAYORES DE 70 AÑOS

Fernández Díaz, Á. [1]; Pego Reigosa, R. [2]; Foncea Beti, N. [3]; Cimas Hernando, I. [4]; García Rodríguez, R. [5]; Villafani Echazu, W.J. [6]; Marey Lopez, J.M. [7]; Pérez López, J.L. [8]; Fernandez Arconada, O. [9]

1. Servicio de Ponferrada. Hospital de la Reina; 2. Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti; 3. Servicio de Neurología. Hospital de Galdakao; 4. Servicio de Neurología. Hospital de Povisa; 5. Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias; 6. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 7. Servicio de Neurología. Hospital Universitario A Coruña; 8. Servicio de Neurología. Hospital Sierrallana; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Rio Hortega

Objetivos: Estudiar la eficacia de Rotigotina (tanto en add-on como en monoterapia) en el control de síntomas motores y no motores en pacientes con Enfermedad de Parkinson y mayores de 70 años. Valorar la repercusión de Rotigotina en la calidad de vida del paciente y en la sobrecarga del cuidador. Detectar, cuantificar y aseverar la frecuencia de los efectos adversos asociados.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional a 6 meses (se aportan resultados a tres meses). Muestra: 51 pacientes (56,9% varones); edad media 75, 4 años; tiempo evolución 2.2 años; H&Y(25,5% estadio I y 45.1% estadio II). Un 64,7% tienen tratamiento previo e inician Rotigotina. Se analizan variaciones en síntomas no motores detectados en el momento basal (estreñimiento, depresión, TCREM), cambios las escalas: SNM-Quest, PDQ-39, Zarit y CGI. Se obtuvo la dosis de Rotigotina, así como efectos adversos relacionados con la medicacion.

Resultados: • Reducción significativa de síntomas no motores identificados tras preguntas dirigida (del 96% al 88%), especialmente estreñimiento: 71.1 % basal vs 60% visita 3 meses. • Reducción significativa de la escala PDQ-39:48.8 — 42.2 puntos. • Reducción significativa en la escala de Zarit: 37.3—- 35 puntos. Escala CGI: mejoría en el 73% de los pacientes. • Efectos adversos: 7 efectos adversos en 6/51 pacientes. Eritema cutáneo leve el más frecuente. • Dosis media de Rotigotina: 8.2 mg/día. El 77.1% de los pacientes alcanzan dosis de 8 mg/día o superiores.

Conclusión: Rotigotina es eficaz, segura, y demuestra una mejoría en Síntomas no motores, y aspectos referentes a la calidad de vida del paciente y cuidador en población anciana.

TALAMOTOMÍA DEL NÚCLEO VENTRAL INTERMEDIO GUIADA MEDIANTE TRACTOGRAFÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LESIONES POR ULTRASONIDO FOCAL DE ALTA INTENSIDAD

Pineda Pardo, J.A.; Martínez Fernández, R.; Rodríguez Rojas, R.; Del Alamo, M.; Hernández Fernández, F.; Vela Desojo, L.; Obeso, J.A.

Servicio de Neurociencias. Hospital de Madrid

Objetivos: Estudiar la viabilidad de la imagen de tractografía para guiar la talamotomía por ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU) en el tratamiento del temblor esencial.

Material y métodos: Se realizó talamotomía unilateral por HIFU a diez pacientes con temblor esencial, tomando como diana el área ventral intermedia (VIM) del tálamo. Se evaluó clínicamente el temblor mediante la Clinical Rating Scale for Tremor. Se realizó a todos los pacientes una sesión de resonancia magnética previa al tratamiento, donde se adquirieron imágenes ponderadas en difusión; así como dos sesiones más, un día y tres meses post-tratamiento para la segmentación del volumen de tejido lesionado. A partir de las imágenes ponderadas en difusión, se reconstruyó, mediante tractografía probabilística, la vía dentato-rubro-talámica (DRT). Para cuantificar el impacto del tratamiento sobre dicho tracto se estimó el porcentaje de fibras que atravesaba el área lesionada.

Resultados: El impacto de la lesión, un día post-tratamiento, sobre la vía DRT, muestra una tendencia positiva en la asociación con la mejoría del temblor en el hemicuerpo tratado (R=0.22;p>0.05). A los tres meses, esta asociación se hace más evidente, aunque sin alcanzar significancia estadística (R=0.40;p>0.05).

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran una tendencia positiva entre el impacto sobre la vía DRT y la mejoría clínica del paciente de temblor esencial, sugiriendo que el análisis tractográfico de esta vía podría mejorar la selección de la diana óptima en la talamotomía mediante HIFU.

ECOGRAFÍA DE SUSTANCIA NEGRA FRENTE A DATSCAN EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON. EXPERIENCIA EN EL CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS

García Rodríguez, R.; Fernández Domínguez, J.; Mateos Marcos, V.

Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias

Objetivos: La ultrasonografía transcraneal del parénquima cerebral ha demostrado ser una herramienta útil en el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson idiopática (EPi) y otros parkinsonismos. En nuestro laboratorio de ultrasonidos hemos constatado buena correlación entre valores del área de ecogenicidad de la sustancia negra ≥0,25 cm2 y el diagnóstico clínico de EPi, por lo que nos planteamos analizar la correlación de la ecografía transcraneal de sustancia negra (ETSN) con el DATSCAN.

Material y métodos: De 139 pacientes con EPi a los que se había realizado ETSN (período 2011-2016) seleccionamos los 25 pacientes que también disponían de DATSCAN y realizamos un análisis mediante tabla de contingencia para determinar la validez y seguridad de la ETSN tomando como referencia el resultado del DATSCAN.

Resultados: 10 mujeres y 15 varones. Edad media 69,63 ± 11,14 años y tiempo medio de evolución de enfermedad 4,79 ± 3,87 años. 21 pacientes (84%) con ETSN y DATSCAN patológicos. 1 paciente (4%) con ETSN alterada y DATSCAN normal. 2 pacientes (8%) con ETSN normal y DATSCAN patológico. 1 paciente (4%) en fase motora inicial, con ETSN patológica y DATSCAN no concluyente. La ETSN mostró una sensibilidad 0,875 y un valor predictivo positivo 0,954.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes la ETSN resulta sensible en el diagnóstico de EPi. La estabilidad de la ETSN a lo largo de la evolución de la EPi, a diferencia del DATSCAN, la posicionaría como una técnica útil para el diagnóstico precoz, incluso, presintomático.

EXPERIENCIA DE DOSIS ALTAS DE ROTIGOTINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA

Bermejo Velasco, P.E. [1]; Yusta Izquierdo, A. [2]; Ruiz Huete, C. [3]; Suárez Fernández, G. [4]; Cerdá Fayos, J. [5]; Sánchez González, V. [6]; Ro-

dríguez Vico, J. [7]; Luca, L. [8]; Martín Estefanía, C. [9]; Herreros Rodríguez, J. [10]; Callejo Rodríguez, J.M. [11]; Sánchez Gálvez, R.M. [12]

1. Servicio de Neurología. Hospital Los Madroños; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara; 3. Servicio de Neurología. Sanatorio Nuestra Señora del Rosario; 4. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora del Prado; 5. Servicio de Neurología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón; 6. Servicio de Neurología. Hospital Carlos III; 7. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 8. Servicio de Neurología. Hospital de Manises; 9. Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Juan de Alicante; 10. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor; 11. Servicio de Neurología. Hospital De La Agencia Valenciana De Salud Vega Baja; 12. Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia

Objetivos: La rotigotina es un agonista dopaminergico que ha mostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (EP). Aunque inicialmente se sugirió que la dosis máxima era 8mg/día, existe evidencia de que las dosis de hasta 16mg/día son seguras y bien toleradas. El objetivo de este proyecto es recoger la experiencia de los neurólogos con dosis altas de rotigotina en pacientes con EP.

Material y métodos: Se realiza un estudio multicéntrico, observacional, y retrospectivo de pacientes con EP tratados con dosis superiores o iguales a 8mg/día de rotigotina durante un período mínimo de 6 meses. Se evalúa la eficacia mediante la escala Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UDPRS), la calidad del sueño, el control de las discinesias, el descenso de medicación concomitante, los efectos adversos, las dosis utilizadas y las pautas de escalado.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (68,1% varones, edad media 69,9 años) en un total de 12 centros. La dosis media de rotigotina fue de 10,2±3,1mg/día y el período de seguimiento fue de 6 meses. La reducción media en la escala UPDRS-III fue de 8,3 ($p<0,001$), se produce una mejoría estadísticamente significativa en la calidad del sueño y una tendencia no estadísticamente significativa del control de las discinesias y del descenso de la medicación concomitante. Sólo un paciente lo abandonó por efectos adversos.

Conclusión: La rotigotina a altas dosis (mayor o igual 8 mg/día) es un fármaco eficaz y bien tolerado en el tratamiento de la EP, tanto para los síntomas motores como para otros como la calidad del sueño.

DIFERENTE DEMANDA FUNCIONAL DOPAMINÉRGICA ENTRE MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: UNA ANÁLISIS DE CAMBIOS CLÍNICOS TRAS UNA DOSIS DE L-DOPA

Dileone, M.; Foffani, G.; Sanchez Ferro, A.; Matarazzo, M.; Catanzaro, V.; Hernandez Fernandez, F.; Obeso Inchausti, J.A.

Servicio de Neurociencias. HM Universitario Puerta del Sur

Objetivos: En la EP la denervación dopaminérgica es mayor en la región del putamen posterior y dorsal desde los primeros estadíos. El pie está representado dorsal a la mano: consecuentemente la EP debería empezar en las piernas lo cual no coincide con los datos clínicos. Esta discrepancia puede tener diferentes explicaciones. Nuestro objetivo ha sido valorar la existencia de un efecto diferencial de un acute L-DOPA challenge en brazos y piernas.

Material y métodos: hemos analizado los cambios clínicos inducidos por un acute L-DOPA challenge en pacientes L-DOPA responders (n=28) mediante la MDS-UPDRSIII. Por cada paciente hemos calculado un "arms score" (items 3.3 arms+3.4+3.5+3.6+3.17arms) y un "legs score" (items 3.3 legs+ 3.7+3.8+3.6+3.17 legs) y hemos analizado estos scores en OFF y ON therapy.

Resultados: en OFF therapy el valor del arms score ha sido significativamente mayor que el valor del leg score ($p<0.001$). En ON therapy se ha registrado una reducción perceptual significativamente mayor en el leg score que en el arm score (79% vs 55%; $p<0.001$).

Conclusión: el déficit motor en los pacientes estudiados es más alto en los brazos que en las piernas en OFF therapy. La L-DOPA mejora el déficit más en las piernas que en los brazos. Aún no se puede excluir un "bias" relacionado con la escala de valoración, este efecto diferencial de la L-DOPA sobre brazos y piernas puede ser expresión de una diferente demanda dopaminérgica entre los dos segmentos corporales.

PARKINSONISMO ATÍPICO EN UN PACIENTE CON MUTACIÓN EN EL GEN DE LA DARDARINA (LRRK2)

Pérez Noguera, R. [1]; Abril Jaramillo, F.J. [2]; Chavero Moreno, E. [2]; de Torres Chacón, R. [2]; Pacheco Cortegana, E. [2]; García Moreno, J.M. [2]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurociencias. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena

Objetivos: El desarrollo del análisis genético, junto con una correcta anamnesis y exploración, permiten establecer con prontitud el diagnóstico de enfermedades, cuyo abordaje temprano favorece un mayor control y mejor evolución de la enfermedad.

Material y métodos: Paciente de 45 años, desde hace tres años presenta contracción involuntaria de los dedos del pie izquierdo, al principio le ocurría solamente con el ejercicio pero cada vez se ha hecho mas frecuente . El paciente presenta como AP de interés DLP, no hábitos tóxicos. No AF de interés. A la exploración no se aprecian asimetrías, bloqueos o rigidez, marcha sin alteraciones.

Resultados: Analítica con perfil tiroideo, renal y hepático, BQ, CPK, alfateproteina, ANAs, antitransglutaminasa, ceruloplasmina, lípidos, inmunidad humoral, y vitamina B12, todo ello normal. Ac Fólico: 2,19. RM cráneo y cervical normal. Se pide DATSCAN y estudio genético de la enfermedad de Parkinson presentando una mutación en heterocigosis de G2019S para el gen de la LRRK2/Dardarina (PARK8).

Conclusión: Los pacientes portadores de la mutación, G2019S, en su mayoría, presentan un parkinsonismo similar a la EP clásica. La edad de inicio se da frecuentemente entre los 50 y 70 años, con temblor de reposo, bradicinesia y rigidez, habitualmente de inicio asimétrico con buena respuesta a la Levodopa. Se describe un caso de presentación atípica de EP, diagnosticada a partir de un síntoma inicial infrecuente como la distonía, el acceso a la secuenciación de genes relacionados con la distonía primaria y la EP, ha permitido el diagnóstico correcto con el consiguiente beneficio en la intervención temprana de esta enfermedad.

NEUROESTIMULACIÓN ASIMÉTRICA PARA LA CORRECCIÓN DEL FREEZING: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Sanz, A. [1]; Mascías Cadavid, J. [1]; Naranjo Castresana, M. [2]; Rizea, C. [2]; Román, M. [3]; Gandía González, M.L. [3]; Paz, J.F. [3]; Vivancos Matellano, F. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz; 2. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario La Paz; 3. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: El fenómeno de congelación de la marcha suele ser uno de los síntomas más incapacitantes para los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), y puede aparecer o persistir tras la estimulación cerebral profunda (ECP) del núcleo subtalámico (NST). Estudios recientes sugieren la reducción de la intensidad

y la frecuencia de la neuroestimulación para mejorarlo. Presentamos un paciente con freezing de la marcha que mejoró notablemente con la estimulación asimétrica del NST.

Material y métodos: Varón de 68 años diagnosticado de EP de 15 años de evolución que presenta fluctuaciones motoras y congelación de la marcha. Se plantea la ECP del NST para lo cual se realiza el test de levodopa obteniendo un beneficio motor del 63%.

Resultados: Durante los meses posteriores a la cirugía el paciente requirió un ajuste asimétrico de la intensidad de estimulación presentando una clara mejoría de los síntomas parkinsonianos pero persistencia del fenómeno de congelación de predominio izquierdo. Se decidió reducir la frecuencia de estimulación de manera asimétrica, a 66 Hz en NST derecho y 79 Hz en el izquierdo, tras lo cual el paciente experimentó una notable mejoría del freezing.

Conclusión: La neuroestimulación a baja frecuencia del NST parece ser útil en la mejoría del fenómeno de congelación de la marcha en pacientes con EP. Sería interesante considerar el uso de dobles frecuencias en aquellos pacientes con freezing asimétrico.

FRECUENCIA DE PARPADEO COMO EVALUACION DE AMIMIA Y RELACIÓN CON EL ESTADÍO DE LA EP

Ruggiero Garcia, M.; del Val Fernández, J.; Feliz Feliz, C.; Jaimes Sánchez, A.; Oses Lara, M.; Machio Castello, M.; García-Ruiz Espiga, P.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute

Objetivos: Estudiar la relación entre la frecuencia de parpadeo espontánea, la amimia facial (según ítem 19 de UPDRS) y la severidad de la enfermedad de Parkinson.(EP)

Material y métodos: Evaluamos a un grupo de pacientes seleccionados al azar con diagnostico de EP (según criterios del Banco de Cerebros) de forma consecutiva . Hasta el presente recogimos datos de 31 pacientes (esperamos ampliar la n hasta > 50) incluyendo variables demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad, UPDRS-III y total además de medida de amimia según ítem 19 de la UPDRS. Cronometramos el parpadeo espontáneo durante 1 minuto. Aplicamos el coeficiente de correlación P de Pearson para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado para cualitativas. Correlacionamos estas medidas con la UPDRS motora,total y con la presencia de complicaciones motoras y deterioro cognitivo

Resultados: Estudiamos 31 pacientes;17 mujeres, edad: 73 años (rango de 49-87), tiempo de evolución 6,1 años (0.5-21).UPDRS media total 41,13 (10-98) y motora 27,16 (8-61). Frecuencia de parpadeo media: 12,65 al minuto (3-30). No se obtiene correlación significativa entre frecuencia de parpadeo, amimia y variables clínicas (edad, años de evolución y puntuación total y motora media de UPDRS) Obtuvimos correlación significativa en el Chi-Cuadrado de parpadeo con deterioro cognitivo (<0.001) y con fluctuaciones motoras (<0.01)

Conclusión: La frecuencia de parpadeo no se correlacionó con escalas clínicas pero sí con la presencia de deterioro cognitivo y de fluctuaciones motoras. La amimia (medida según item 19 de UPDRS) y la frecuencia de parpadeo pueden representar dos aspectos diferentes de bradicinesia facial (bradicinesia superior e inferior) en la EP

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON INICIAL CON DOSIS ÓPTIMAS DE ROTIGOTINA TRANSDERMICA EN MONOTERAPIA

Moya Molina, M.A. [1]; Giron Úbeda, J. [2]; Quiroga Subirana, P. [3]; González Hernández, A. [4]; Gutierrez García, J. [5]; García Moreno, J.M. [6]; Vega López, O. [7]; Cabello De la Rosa, J.P. [8]; Del Río Oliva, C. [9]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; 2. Servicio de Neurología. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera; 3. Servicio de Neurología. Hospital Torrecárdenas; 4. Servicio de Neurología. Clínica de San Roque, S.A.; 5. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; 6. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 7. Servicio de Neurología. Hospital de la Cruz Roja de Córdoba; 8. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 9. Servicio de Neurología. Hospital Quirón

Objetivos: Evaluar los beneficios en eficacia y tolerabilidad de las diferentes dosis de rotigotina (RTG) transdérmica en monoterapia en el tratamiento de la EP inicial, en pacientes que nunca han tomado medicación dopaminérgica

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, en 32 pacientes con Enfermedad de Parkinson inicial tratados con RTG en monoterapia durante 10 semanas. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento con un parche de 2 mg seguido de incrementos de dosis hasta 8 mg. Se evaluaron las escalas UPDRS II-III y PDQ-39 en la introducción de RTG así como a la semana 4, 6 y 10. Las escalas Hoehn-Yahr y MMSE se evaluaron en la visita basal y al final del periodo de tratamiento.

Resultados: 62,5% eran varones. Edad media de 68,5 años y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 4,9 meses. 46,9% de los pacientes estaban tratados con Rasagilina. Los pacientes se encontraban entre el estadio 1 y 2 de la Escala Hoehn y Yarhn. La puntuación de la UPDRS II y III descendió significativamente pasando de 11,5 y 19,3 en la visita basal a 9,2 y 14,3 en la visita final respectivamente, y la puntuación en la PDQ-39 desciende significativamente desde la visita basal a la visita final, ($p<0.001$; test t de Friedman). Mejoría significativa en el estadio Hoehn & Yahr ($p=0.034$; test Wilcoxon)

Conclusión: La RTG a dosis de 8 mg en monoterapia presenta una mejoría significativa comparada con dosis menores del fármaco en pacientes con Enfermedad de Parkinson Inicial.

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL PERSONAL MÉDICO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Broto Fantova, J.; Crespo Cuevas, A.M.; Vilas Rolán, D.; Ispierto González, M.L.; Álvarez Ramo, R.; Canento Sánchez, T.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos: Introducción Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan mayor número de complicaciones y mayor estancia media durante un ingreso hospitalario. El conocimiento básico de la enfermedad y una correcta identificación de estos pacientes puede mejorar su manejo hospitalario y reducir la morbilidad. Objetivo Evaluar el conocimiento general sobre la EP del personal médico de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio prospectivo en desarrollo. Se realizó una encuesta en varios servicios de nuestro centro con 10 preguntas sobre: tratamiento básico de la EP, riesgo de suspender la medicación, fármacos contraindicados, frecuencia habitual de medicación, tiempo máximo recomendable sin medicación, sustitución de la vía oral, posibles complicaciones en pacientes ingresados y conocimiento sobre el sistema de alertas.

Resultados: De 37 encuestados, 21 (56,7%) conocen los fármacos utilizados en la EP, 19 (51.3%) los principales fármacos contraindicados; 31 (83,8%) conocen los efectos secundarios de un manejo inadecuado y 11 (30%) que la pauta de medicación es variable; 30 (81%) son conscientes de que el manejo incorrecto alarga la estancia media; 27 (73 %) reconocen que el principal problema es la administración de fármacos contraindicados y una

incorrecta posología; 27 (73%) conocen la sustitución de la vía oral; 1 (3%) de los encuestados conoce el sistema de alertas de nuestro centro.

Conclusión: El conocimiento general sobre la EP es aceptable entre el personal médico, aunque algunos aspectos relacionados con la medicación son mejorables. Es necesario ampliar el conocimiento sobre el sistema de alertas con el fin de optimizar el manejo de estos pacientes.

Trastornos del Movimiento P3

POLIMORFISMOS DE N-ACETIL-TRANSFERASA-2 (NAT-2) Y RIESGO PARA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Jiménez Jiménez, F.J. [1]; Alonso Navarro, H. [1]; García Martín, E. [2]; García-Agúndez Pérez-Coca, J.A. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital del Sureste; 2. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Extremadura; 3. Departamento de Farmacología. Universidad de Extremadura

Objetivos: Varios metaanálisis han mostrado asociación de polimorfismos de genes relacionados con mecanismos de detoxificación y riesgo para enfermedad de Parkinson (EP), concretamente CYP2D6, GSTM1 y GSTT1. Aunque algunos estudios han sugerido asociación de ciertos polimorfismos del gen N-acetil-transferasa 2 (NAT2) con el riesgo para EP y para comienzo precoz de ésta, los resultados son controvertidos, por lo que realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis sobre esta posible asociación

Material y métodos: Se utilizaron varias bases de datos para realizar la revisión sistemática, el software Meta-Disc1.1.1 para realizar el metaanálisis de los estudios válidos sobre polimorfismos del gen NAT2 y riesgo para EP, y el estadístico Q para valorar la homogeneidad entre estudios.

Resultados: De los 28 estudios publicados 13 fueron excluidos del metaanálisis por distintos motivos. Sólo 6 estudios contenían datos suficientes sobre distribución de genotipos de 7 polimorfismos (ninguno de ellos mostró asociación significativa). De los 13 estudios en los que los sujetos participantes pudieron ser clasificados como acetiladores lentos o rápidos de acuerdo a sus genotipos (2304 pacientes/4751 controles), 5 mostraron asociación significativa y 8 no. El resultado global mostró una modesta asociación significativa (Odds Ratio; 1.35; 95%CI = 1.01-1.81) que desapareció al eliminar 4 estudios responsables de heterogeneidad. En el subgrupo de pacientes asiáticos (2 estudios, 225 pacientes/248 controles) se encontró asociación significativa entre acetiladores lentos y riesgo para EP (Odds ratio = 3.82; 95% CI = 1.77-8.20).

Conclusión: Los resultados del metaanálisis no apoyan una asociación importante entre los polimorfismos NAT2 y el riesgo para EP salvo en poblaciones asiáticas.

DISTONÍA PROLONGADA, COMO MANIFESTACIÓN DE DISCINESIAS BIFÁSICAS, EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP), A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Parralo López, A.; Bravo Gómez, J.J.; Camacho Nieto, A.; Franco Salinas, A.R.; Giraldo Restrepo, N.; Gallardo Alcañiz, M.J.; Cabello de la Rosa, J.P.; Ibañez Alonso, R.E.; Vaamonde Gamo, J.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos: Las discinesias bifásicas, como complicaciones motoras en relación con el tratamiento crónico en la EP, son movimientos involuntarios al inicio y/o final del beneficio de la medicación dopaminérgica. Habitualemente son violentos y abigarrados en EEII, acompañándose de síntomas vegetativos y malestar. Ocasionalmente, tras estimulación dopaminérgica más prolongada, pierden el perfil bifásico y duran horas. Suele aparece en periodos de peor movilidad (off).

Material y métodos: Dos pacientes (varones, 42 y 56 años) con EP de inicio temprano (36 y 48 años), el primero parkinsonismo genético confirmado (mutación gen G2019S- LRRK2), en tratamiento con levodopa, agonistas dopaminérgicos y rasagilina. Sufrían, al inicio y final del beneficio (on), periodos prolongados, incluso de horas, de distonia severa cervical y en tronco el primero y generalizada el segundo, de horas de duración. Se aplicó tratamiento agudo con bolus sc de apomorfiona para valorar respuesta a mayor estímulo dopaminérgico.

Resultados: El aumento de dosis de LD agravaba la distonía y la disminución la mejoraba generando un aumento del parkinsonismo. Los bolos de apomorfina (4 y 6 mg respectivamente) hacían desaparecer la distonía 45- 60 minutos. Ambos iniciaron tratamiento con apomorfina sc en infusión continua con desaparición de la dístonia en el primer caso y mejoría en el segundo.

Conclusión: Estos casos ilustran la variabilidad semiológica de estas discinesias, que por su habitual forma de presentación con las terapias convencionales, llamamos bifásicas. La hipóteis fisiopatológica es que aparecen como consecuencia de una respuesta motora aberrante en momentos de "hipoestimulación" dopaminérgica . Es necesario reconocerlas para decidir un adecuado tratamiento.

COMPORTAMIENTO DE LA ESCALA PARKINSON DISEASE-COGNITIVE RATING SCALE (PD-CRS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ESTIMULACIÓN DEL NUCLEO SUBTALÁMICO

García Sánchez, C.; Pascual Sedano, B.; Botí González, M.A.; Gironell Carreró, A.; Pagonabarraga Mora, J.; Martínez Horta, S.; Kulisevsky Borjaski, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Analizar el comportamiento de la Parkinson Disease-Cognitive Rating Scale (PD-CRS) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) intervenidos de estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico (ECP-NST). Además, comparar los resultados obtenidos con la escala de Mattis (DRS-2) y el MMST.

Material y métodos: 12 pacientes con EP (edad media: 62,8 ±6,37; años evolución de la enfermedad: 14,07±2,9 años) e intervenidos de ECP-NST fueron valorados cognitivamente con las escalas PD-CRS, Mattis y MMST, antes y seis meses después de la cirugía.

Resultados: No hubo diferencias significativas pre y postcirugía en el rendimiento total de las escalas PD_CRS, Mattis y MMST. Análisis de las subescalas de la PD-CRS mostró un rendimiento significativamente inferior a los seis meses en la subescala cortical ($p<.016$) y subcortical ($p<.039$) de la PD-CRS. Concretamente hubo un empeoramiento de la fluencia verbal de acción ($p<.029$), fluencia alternante ($p<.027$) y memoria de trabajo ($p<.016$). En la escala de Mattis observamos un empeoramiento significativo en la subescala iniciación-perseveración ($p<0.17$).

Conclusión: La escala PD-CRS mostró un empeoramiento del rendimiento de la memoria de trabajo y de la fluencia verbal en pacientes con EP intervenidos de ECP-NST. La reducción de la fluencia verbal en pacientes con EP y ECP-NST se ha reportado consistentemente en la literatura. Nuestros resultados sugieren que la PD_CRS es una escala sensible a los cambios cognitivos postquirúrgicos.

EVOLUCIÓN DEL SUEÑO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON INTERVENIDOS DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA DEL NÚCLEO SUBTALÁMICO

Botí, M.; García-Sánchez, C.; Pascual-Sedano, B.; Peretó, M.; Martinez-Horta, S.; Horta-Barba, J.; Pagonabarraga, J.; Marín-Lahoz, J.; Bejr-Kasem, H.; Pérez-Pérez, J.; Campolongo, A.; Gironell, A.; Kulisevsky, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: Estudiar en una muestra de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) intervenidos de estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico (ECP-NST) la evolución de la calidad del sueño a largo plazo y su relación con variables farmacológicas y de calidad de vida.

Material y métodos: Analizamos 24 pacientes con de EP avanzada e intervenidos de ECP-NST (17 hombres y 7 mujeres; evolución de la EP 13,6 ± 4,2 años). Los pacientes fueron evaluados basalmente (pre-ECP) y a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses post-ECP con la Escala de sueño para EP (PDSS), de Somnolencia Diurna de Epworth, de Calidad de Vida para la EP (PDQ39) y dosis equivalente de levodopa (LED).

Resultados: A lo largo del seguimiento a tres años post-ECP hubo una mejoría de la calidad total del sueño (p=0,014,) y de la calidad de vida (p<0,0001) con respecto a la situación pre-ECP. La LED se redujo también de modo significativo tras la ECP-NST (p=0.0001). La disminución de la LED correlacionó a los tres y seis meses post-cirugía con la mejoría de la calidad del sueño (PDSS), y a los 6 meses post-ECP con la mejoría de la calidad de vida (PDQ-39) En la Escala de Epworth, no observamos diferencias significativas.

Conclusión: Tal como se ha descrito en la literatura, la calidad del sueño a largo plazo en pacientes con EP intervenidos de ECP-NST, coincide con una mejoría de la calidad de vida. La mejoría del sueño podría relacionarse en parte con la reducción de la LED tras la intervención.

DISPOSITIVO PARA LA MONITORIZACIÓN CIRCADIANA AMBULATORIA (MCA) EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Madrid Navarro, C.J. [1]; Escamilla Sevilla, F. [2]; Ruiz Abellán, F. [3]; Mínguez Castellanos, A. [2]; Madrid Pérez, J.A. [3]; Rol de Lama, M.Á. [3]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. IBS Granada; 3. Laboratorio de Cronobiología. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca.

Objetivos: Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) se caracterizan por presentar una alteración del sueño que es debida, en parte, a una alteración del sistema circadiano (cronodisrupción, CD). Nuestro objetivo es demostrar la utilidad de un dispositivo ambulatorio no invasivo de MCA, colocado en la muñeca del paciente, que permite el registro simultáneo y no invasivo de variables relacionadas con alteraciones motoras y no motoras.

Material y métodos: El dispositivo Kronowise® (Universidad de Murcia) se compone de: acelerómetro triaxial MEMS (10Hz), sensor de temperatura cutánea, sensores de luz visible, infrarroja y azul y marcador de eventos. Dentro de un estudio piloto se han monitorizado durante una semana 7 pacientes con EP avanzada (61-76 años) y el mismo número de controles ajustados por edad y sexo. Para cada variable se determinó su regularidad, fragmentación, contraste y relación día/noche. Se ha obtenido el consentimiento informado para cada paciente.

Resultados: Los parámetros que se han visto especialmente alterados en la EP han sido: 1) Tiempo total en movimiento, cambios posturales en la cama y aceleración máxima y media, como marcadores motores. 2) Variabilidad de la temperatura de la piel y relación día/noche, como indicadores de posible disautonomía vascular. 3) Reducción de la amplitud, regularidad y aumento de fragmentación de los ritmos de actividad, temperatura y sueño, como marcadores de CD.

Conclusión: El dispositivo Kronowise® facilita la obtención de indicadores objetivos relacionados con actividad motora, disautonomía, ritmos circadianos y sueño, lo que lo convierte en una herramienta útil para el estudio y tratamiento de los pacientes con EP.

HISTORIA NATURAL DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON TRAS 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Cerdán Santacruz, D.M. [1]; Simonet Hernández, C. [1]; Fernández Rodríguez, B. [1]; Mendoza Rodríguez, A. [1]; Martínez Pueyo, Á. [2]; García Olmos, L. [3]; Duarte García, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia; 2. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute; 3. Servicio de Medicina. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Suroeste

Objetivos: Los trastornos psiquiátricos suponen un aspecto importante de la enfermedad de Parkinson (EP) por el impacto que producen sobre la vida de estos pacientes. Se analiza su incidencia en una cohorte longitudinal prospectiva recogida en nuestro Servicio, entre los años 1988-2008.

Material y métodos: Se estudian 273 pacientes, 127 mujeres (46,5%) y 146 hombres (53,5%), diagnosticados de Enfermedad de Parkinson siguiendo los criterios diagnósticos de la UK Parkinson's Disease Society Brain Bank. Las manifestaciones psiquiátricas fueron valoradas según el DSM-III-R y los pacientes controlados cada 3-4 meses hasta finalización del estudio. Los datos estadísticos fueron procesados utilizando el programa informático SPSS 18.0.

Resultados: Durante la fase prodrómica se observaron trastornos de ánimo en el 53,5% (tiempo medio de aparición: 33,4 ± 18'9 meses). El síntoma más frecuente fue: depresión (45,78%), seguido de apatía (26,74%) y ansiedad (16,11%). Trastornos neuropsiquiátricos aparecieron en 51,64% (media de 5 años tras el diagnóstico). La depresión fue la manifestación más frecuente (40,29%) apareciendo en 1,99 ± 3,6 años desde el diagnóstico. Deterioro cognitivo se objetivó del 9,71-52,17% entre los 5 y 20 años de seguimiento. No se observaron diferencias entre sexos.

Conclusión: Los trastornos afectivos son más comunes en los primeros años de enfermedad, incluso previos al diagnóstico, apareciendo los cognitivos de forma tardía, datos consistentes con lo descrito en la literatura. El reconocimiento precoz de dichos síntomas y su correcto manejo son aspectos fundamentales, ya que afectan negativamente a la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares.

CORRELACIÓN DE LAS QUEJAS COGNITIVAS CON EL RENDIMIENTO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON SIN DEMENCIA

Gasca Salas, C. [1]; AlDakheel, A. [2]; Armstrong, M.J. [3]; Duff-Canning, S. [4]; Marras, C. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Madrid; 2. Servicio de Neurología. Movement Disorders Center, Toronto Western Hospital. King Faisal Center, Riyadh, Saudi Arabia; 3. Servicio de Neurología. Universidad de Maryland y Facultad de Medicina; 4. Servicio de Neuropsicología. Toronto Western Hospital, UHN. Universidad de Toronto; 5. Servicio de Neurología. Movement Disorders Center, Toronto Western Hospital, Universidad de Toronto

Objetivos: Investigar cuatro métodos para estudiar la presencia de quejas subjetivas cognitivas (QSC) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) sin demencia y determinar la relación entre las QSC y el rendimiento cognitivo en esta población.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un estudio de cohorte prospectivo a 2 años. La presencia de QSC se obtuvo a través del Neurobehavioral Inventory modificado, administrado a pacientes y a familiares/cuidadores, una pregunta general y la pregunta 1.1 de la MDS-UPDRS. Se realizó una valoración clínica y neuropsicológica. Se calculó la concordancia entre los métodos para estudiar la presencia de las QSC y se evaluó la asociación entre QSC, evaluación conitiva y deterioro cognitivo leve (EP-DCL).

Resultados: De los 139 pacientes no dementes que participaron, el 42% tenía DCL (EP-DCL) en el estudio basal. La concordancia entre los métodos de medición de quejas fue bajo. Ni la presencia de QSC por parte de los pacientes ni de los familiares/cuidadores se asoció con deterioro cognitivo basal ni con la progresion del deterioro tras el seguimiento.

Conclusión: La concordancia entre métodos para estudiar la presencia de QSC fue bajo y las QSC no se asociaron con empeoramiento cognitivo tras el seguimiento. Teniendo en cuenta que ninguno de los métodos fue superior en el studio de las QSC, es recommendable utilizar multiples estrategias.

REVERSIÓN DE LA CRONODISRUPCIÓN EN RESPUESTA A LA INFUSIÓN INTESTINAL CONTINUA DE LEVODOPA-CARBIDOPA (IICLC) EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA (EPA).

Madrid Navarro, C.J. [1]; Pérez Navarro, M.J. [2]; Escamilla Sevilla, F. [2]; Mínguez Castellanos, A. [2]; Madrid Pérez, J.A. [3]; Rol de Lama, M.Á. [3]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. IBS Granada; 3. Laboratorio de Cronobiología. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca.

Objetivos: Los síntomas no motores repercuten en la calidad de vida de la EP. La IICLC mejora la sintomatología motora, aunque existe poca información sobre su efectividad en los síntomas no motores. Nuestro objetivo es mostrar la validez de una nueva técnica no invasiva, la monitorización circadiana ambulatoria (MCA) para evaluar el efecto de la IICLC en una paciente con EPA.

Material y métodos: Paciente de 61 años con EPA candidata a IICLC. Se monitorizó la muñeca de la extremidad con menor afectación motora mediante el dispositivo de MCA Kronowise®. Se registró (10Hz) durante una semana, previa y posterior al tratamiento: la Tª cutánea, aceleración, tiempo en movimiento, posición, exposición a la luz y sueño. Se evaluó la regularidad, fragmentación, amplitud, índice de funcionamiento circadiano (CFI) y valores diurnos y nocturnos de dichas variables.

Resultados: Previo a la IICLC todos sus ritmos mostraron un elevado grado de cronodisrupción (CD). Tras la infusión mejoraron todos los índices de CD, aumentando la regularidad (159%), la amplitud (104%) y el CFI (49%) de los ritmos; mientras que disminuía su fragmentación (27,6%). El sueño mostró una especial recuperación, aumentando su duración (de 3:01h a 5:30h) y su profundidad (123%). El tiempo en movimiento durante el sueño nocturno se redujo desde 19 min/h hasta 4,4 min/h.

Conclusión: La IICLC normalizó los marcadores de CD, especialmente los relacionados con el sueño. La MCA es una herramienta útil para determinar la evolución de algunos síntomas no motores con las terapias de segunda línea en la EP.

IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES DE DETERIORO COGNITIVO EN LCR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Arbos Barber, C.; Ruiz Lopez, M.; Balsalobre Rodriguez, M.; Espino Ibañez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Son Llatzer

Objetivos: Entre los síntomas no motores de la Enfermedad de Parkinson se encuentran el deterioro cognitivo y la demencia. En pacientes con EP y deterioro cognitivo ligero, la presencia de alteración de marcadores de LCR (nivel bajo de b-amiloide y urato sin relación con valores de tau y fosfotau) es un factor de riesgo para la evolución a demencia, asi como peor pronóstico a nivel motor.

Material y métodos: Revisamos 9 pacientes que presentan EPI con media de edad de 75,1 en seguimiento en las consultas de trastornos de movimientos del Hospital Son Llátzer. Todos diagnosticados de deterioro cognitivo leve (n=7) o demencia (n=2) por datos que refiere el mismo paciente, familiar o el clínico y valorados a través de dos test neuropsicológicos (escala MOCA escala cognitiva de MDRS). Se analizaron las características demográficas, estadio clínico, valoración motora (escala UPDRS). Se extrajo una muestra de LCR para determinar b-amiloide, tau, Fosfo-tau y urato para analizar la relación entre el valor de dichos marcadores y pronóstico cognitivo y motor

Resultados: El valor medio de b-amiloide en LCR de los pacientes con EPI y demencia fue 987,5 y el valor de b-amiloide de los pacientes con EPI y DCL fue 850,8 El valor medio de tau en LCR de los pacientes con EPI y demencia fue 397,5 y el valor de tau de los pacientes con EPI y DCL fue 282,14

Conclusión: En nuestra serie de pacientes diagnosticados de EPI no existe correlación entre el peor estado cognitivo y los valores de los biomarcadores en LCR analizados.

NIEMANN PICK C

Pacheco Cortegana, E.M. [1]; Damas Hermoso, F. [2]; García Moreno, J.M. [1]

1. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; 2. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de Valme

Objetivos: La enfermedad de Niemann-Pick es una enfermedad de almacenamiento lisosómico. Presentamos dos casos de NP-C de reciente diagnóstico.

Material y métodos: Caso1. Mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés. Como antecedentes familiares, padre con temblor y hermano con epilepsia y temblor. Desde los 44 años trastorno de ideas delirantes y a partir de los 49 años crisis comiciales generalizadas. Con 61 años consulta por temblor progresivo de 10 años de evolución. En la exploración presenta parkinsonismo, ataxia y alteración de las sacadas oculares, sin afectación cognitiva inicial(Se calcula un índice de sospecha de NP-C de 111). Caso2. Varón de 27 años con esquizofrenia desde los 18 años, trastorno conductual y discapacidad intelectual. Madre con retraso mental. Acude a consultas de neurología por presentar deterioro cognitivo progresivo en los últimos 2 años. En la exploración presenta parkinsonismo, ataxia y alteración de las sacadas oculares (Se calcula un índice de sospecha de NP-C de 82).

Resultados: Se realizan analítica, RNM craneal, Dat-Scan, ecografía abdominal, estudio genético parkinson (en el caso 1) estudio genético de X-frágil (en el caso 2), biomarcadores de Niemann Pick C, siendo todo normal. Se realiza secuenciación de gen NPC1, con polimorfismos de significado incierto y finalmente cultivo de fibroblastos compatible con una forma variante de Niemann-Pick tipo C.

Conclusión: NP-C es una enfermedad neurodegenerativa cuyo diagnóstico precoz es importante para aportar una calidad de vida al paciente y realizar un correcto consejo genético. El índice de sospecha de NP-C es un método sencillo para esclarecer y guiar hacia un correcto diagnóstico.

VARIABILIDAD FENOTÍPICA EN UNA FAMILIA AFECTA DE PARAPARESIA ESPÁSTICA ASOCIADA A MUTACIONES EN KIF5A

Méndez del Barrio, C.; Jesús Maestre, S.; Carrillo García, F.; Álvarez de Toledo, P.; Palomar Simón, F.; Mir, P.

Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La SPG10 es una forma de paraparesia espástica de herencia dominante debido a mutaciones en el gen KIF5A que codifica para una proteína de la familia de las kinesinas 1. El objetivo fue describir una familia afecta y determinar la existencia de variabilidad fenotípica.

Material y métodos: Describimos una familia compuesta por: un varón de 58 años y dos mujeres con edades de 60 y 64 años con trastorno de la marcha. Se realizó exploración clínica y evaluación neuropsicológica, resonancia magnética de cráneo y columna, analíticas, serologías, electroneurograma, y estudio genético.

Resultados: La edad de presentación de los tres hermanos osciló entre los 20 y los 56 años, encontrándose diferencias en la progresión de la enfermedad desde 8 hasta 40 años. En todos los casos se objetivó un piramidalismo en miembros inferiores y trastorno de la marcha. Se evidenció un temblor de acción asimétrico en uno de ellos. Un paciente mostró un deterioro cognitivo multimodal con atrofia hipocampal izquierda. Todos presentaban una polineuropatia axonal, dos de ellos sensitiva y uno sensitivo-motora. Los pacientes fueron portadores en heterocigosis de la mutación c.827A>G en KIF5A.

Conclusión: A pesar de tratarse de una forma autosómica dominante, la paraparesia espástica por mutaciones en el KIF5A puede manifestarse como un fenotipo complicado. Se sugiere que podría existir una variabilidad fenotípica intrafamiliar en cuanto a la clínica y progresión asociada a un mismo genotipo.

Trastornos del Movimiento P4

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN ASTURIAS

Sanchez Lozano, P. [1]; García Rua, A. [2]; Ribacoba Montero, R. [3]; Suarez San Martín, E. [3]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad hereditaria autosómico dominante con una prevalencia estimada de 10/100000, si extrapolamos los datos el incremento de casos sería exponencial. Es importante controlar la proliferación mientras no dispongamos de un tratamiento curativo.

Material y métodos: Analizamos a partir de 2011 la base de datos Registry (European Huntington Disease Network) de cuatro áreas sanitarias con una población 793482 que supone cobertura del 73,34 % de la población asturiana. Valoramos la edad de debut, años de evolución, características demográficas y clínicas.

Resultados: Recogimos 82 pacientes de los cuales fallecieron 3. Se asociaron 10 familias (al menos 2 miembros afectos). Por sexo, 55% varones y 45% mujeres, con una media de 10,32 años de evolución de la enfermedad y una media de edad debut de 49,66 años. 11% son presintomáticos. Los síntomas de inicio fueron motores en el 60%, psiquiátricos en el 36% y cognitivos en el 4%. La media de repetición de tripletes del alelo largo fue de 45 y del alelo corto fue de 19. Por progenitor, el 39% fue de herencia materna y el 61% de herencia paterna.

Conclusión: La población asturiana presenta una prevalencia levemente mayor a la habitual en España pudiéndose explicarse por el aislamiento al que está sometido por su orografía. No obstante, existen distintas áreas sanitarias sin cobertura neurológica por lo que el número de casos podría ser muy por encima de la prevalencia habitual.

MIELONEUROPATÍA Y ENCEFALOPATÍA POR DÉFICIT DE COBRE EN 2 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE WILSON DE LARGA EVOLUCIÓN

Mata Alvarez-Santullano, M. [1]; Martinez Castrillo, J.C. [2]; Avilés Olmos, I. [2]; Corral Corral, I. [2]; Ojeda Ruiz de Luna, J. [1]; Martínez Pérez, F. [3]; Kutyla Malgorzata, M. [4]; Ruiz Alvarez, L. [5]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; 2. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 3. Servicio de Neurología. Clínica Ruber, S.A.; 4. Servicio de Neurología. Hospital Santa Bárbara; 5. Servicio de Neurología. Hospital Universitario del Henares

Objetivos: Describir los hallazgos clínico-radiológicos y analíticos de 2 pacientes con enfermedad de Wilson, estables durante años, que presentaron clínica neurológica por déficit de cobre.

Material y métodos: Paciente 1: diagnosticado por síntomas neurológicos que mejoraron con D-penicilamina, persistiendo distonía oromandibular y temblor. Tras más de 20 años, empeoramiento progresivo: disartria, disfagia, torpeza, inestabilidad, desorientación, trastorno de memoria. No mejoría al cambiar a Zinc. Paciente 2: tratado con Zinc más de 10 años, sin síntomas neurológicos. Cuadro progresivo de 10 meses de evolución de inestabilidad, dificultad para caminar, trastorno de memoria y confusión.

Resultados: Paciente 1: Marcha ataxica, taloneante. REM hipoactivos. Hipoestesia vibratoria distal. Propioceptiva alterada MMII y MSI. RCP flexor. Disartria, leve temblor. Cupruria 6-12 mcg/24 hs, ceruloplasmina < 2 mg/dl, cobre <60 microg/dl . ANAs +. RMN craneal: normal. RM cervical: hernia C6-C7. EMG/ENG, PESS: alteración cordonal posterior en MMII. PL normal. Paciente 2: Inestabilidad troncular, hipoestesia vibratoria y debilidad distal de predominio en MMII, REM exaltados en MMII sin clonus, marcha en estepage, ataxia sensitiva. Cupruria 2.3 mcg/24 hs, ceruloplasmina <1.95 mg/dl, cobre 1.5 microg/dl, bicitopenia, ferropenia. RM neuroeje normal. PESS: afectación cordonal posterior. PL normal. EMG/ENG: afectación motora axonal generalizada severa, predominio en MMII.

Conclusión: El déficit de cobre por sobretratamiento con quelantes de cobre es inusual, pero puede producir cuadros graves de toxicidad neurológica. Esta situación puede producirse tras años de estabilidad clínica y metabólica. Ante la aparición de nuevos síntomas neurológicos ó empeoramiento de déficits previos, debe monitorizarse estrechamente el estado metabólico del cobre.

ATAXIA PROGRESIVA Y TEMBLOR PALATINO. SERIE DE DOS CASOS ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Palazón García, E.; García Muñozguren, S.; Perona Moratalla, A.B.; Díaz Maroto, I.; Segura Martin, T.

Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete

Objetivos: La ataxia progresiva y temblor palatino(PAPT)es un trastorno infrecuente e idiopático.Se considera un subgrupo de

temblor palatino sintomático,de naturaleza neurodegenerativa,en el que la degeneración cerebelosa progresiva destaca entre sus manifestaciones clínicas. Descripción dos casos de PAPT atendidos en nuestro centro desde 2012 hasta la actualidad.

Material y métodos: Varones de 57 y 65 años,sin AP de interés.Comienzan cuadro progresivo de inestabilidad en marcha y de temblor en garganta. El primer paciente asocia dificultad para fijar la visión.No autoescucha de click-tubárico,síntomas auditivos,bulbares o disautonómicos. En exploración inicial se objetiva en ambos temblor velopalatino de 2-3Hz y ataxia leve-moderada de marcha con tamden dificultoso.No signos de parkinsonismo.El primero presenta oscilopsia horizontal ocasional con fijación ocular.Resto de exploración normal. Se realizó batería de PC(despistaje causas metabólicas de ataxia, ecografía transcraneal, Spect cerebral, genética SCAs) que resultaron normales, salvo RM cerebral en la que se objetivó una hipertrofia-hiperintensidad de los dos núcleos olivares inferiores. Se completó estudio con videonistagmografía,sin alteraciones.

Resultados: Los pacientes han presentado una progresión lenta con empeoramiento de ataxia en marcha,caídas e imposibilidad para tándem. En el primer caso(8 años de evolución)ha aparecido disinergia bilateral de MMII y la oscilopsia permanente con alteración en persecución ocular lenta (videonistagmografía-control alterada). El segundo caso(7años evolución)presenta disartria,disfagia y leve ataxia apendicular. El temblor palatino permanece estable, pese a tratamiento farmacológico

Conclusión: Resulta primordial diferenciar esta entidad de otras causas de temblor palatino sintomático y de ataxias degenerativas(principalmente AMS-C).La alteración característica en RM de PAPT es muy útil para orientar el diagnóstico,aunque a día de hoy sigue siendo de exclusión

STATUS DISTÓNICO EN VARÓN DE 15 AÑOS TRAS PARADA CARDIORESPIRATORIA POSTELECTROCUCIÓN

Martinez Rodríguez, L. [1]; García Fernández, C. [1]; Pérez Álvarez, Á.I. [1]; García-Cabo Fernández, C. [1]; Menendez González, M. [1]; García Rúa, A. [1]; Suárez Santos, P. [1]; Lisalde Rodríguez, M.E. [2]; Astola Hidalgo, I. [3]; Nader Navarro, L.N. [1]; Suárez San Martin, E. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias; 3. Servicio de Medicina Intesiva. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos: El status distónico (SD) se define por la presencia de espasmos/contracciones musculares generalizadas y severas, de forma mantenida, en pacientes con distonía primaria o secundaria. Presentamos un caso de SD secundario a encefalopatía postanóxica.

Material y métodos: Varón de 15 años reanimado tras parada cardiorespiratoria postelectrocución. A las 96hs comienza con cuadro de activación simpática asociando SD generalizado que precisa sedación con propofol. Se realizaron varios registros electroencefalográficos sin detectarse focalidad irritativa, SPECT de perfusión cerebral con hiperactividad de ganglios basales y córtex occipital y RM cerebral que evidenció malacia de ambos globos pálidos. Se intentó tratamiento con clonidina, propanolol, morfina, baclofeno, antiepilépticos, bromocriptina, dantroleno, biperideno, dronabinol/cannabidiol, blacofeno intratecal, olanzapina, hidrato de cloral, trihexifenidilo, tetrabenazina, tizanidina, ISRS, benzodiacepinas y cisatracurio sin mejoría. Tratamiento neuroestimulador en núcleos ventrolaterales del tálamo tampoco fue eficaz. La infiltración de onabotulinumtoxina A (1900U) consiguió mejoría parcial. Únicamente la implantación de sistema de perfusión de morfina intratecal logró control sintomático.

Resultados: Control del SD con bomba intratecal de morfina que permite retirada de sedación y alta a planta tras 11 meses de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. En la actualidad se mantiene tratamiento con morfina intratecal y onabotulinumtoxina A. El paciente ha retomado la vía oral, está consciente, obedece órdenes y consigue deambulación con ayuda. Incluido en programa de rehabilitación.

Conclusión: El SD, en el presente caso secundario a encefalopatía postanóxica, es un cuadro infrecuente y potencialmente muy grave cuyo manejo terapéutico puede ser un reto. La terapia con morfina intratecal se presenta como una alternativa eficaz en estos pacientes.

ESTUDIO DEL RITMO CIRCADIANO EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Bellosta Diago, E. [1]; Perez Perez, J. [2]; Santos Lasaosa, S. [1]; Navarro Calzada, J. [3]; Vinueza Buitrón, P.R. [1]; Viloria Alebesque, A. [1]; Velazquez Benito, A. [1]; López del Val, J. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2. Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos: Varlorar el ritmo circadiano en pacientes presintomáticos y en estadío leve de la Enfermedad de Huntington/EH, a través de la medición ambulatoria de presión arterial/MAPA y si ello se relaciona con otros factores de riesgo cardiovascular/RCV.

Material y métodos: Estudio multicéntrico de tipo caso-control de pacientes presintomáticos y sintomáticos iniciales pareados por edad y sexo con un grupo control. Se recogieron las siguientes variables: edad, parámetros antropométricos, medición de la presión arterial durante 24 horas, grosor íntima media carotídeo/GIM y parámetros analíticos relacionados con factores de riesgo vascular. Se consideran marcadores de RCV el patrón non-dipper en la MAPA y un GIM superior al percentil 75 (ajustado según edad, sexo y raza)

Resultados: Hasta el momento se han reclutado un total de 11 pacientes portadores de la mutación (8 presintomáticos y 3 EH iniciales) y 11 controles con una edad media de 42,36±10,94 años y 39,82±13,87 respectivamente, sin existir diferencias significativas entre ambos. El 45,5% de los pacientes presentaban un patrón non-dipper (descenso menor del 10% en la presión arterial nocturna) comparado con el 9% de los controles (p=0,04). Sin diferencias significativas en el resto de parámetros.

Conclusión: Los resultados obtenidos hasta el momento indican que hay alteraciones en el patrón circadiano de la presión arterial en estos pacientes, lo que se asocia a daño en las funciones del sistema nervioso autónomo e incremento de riesgo cardiovascular. Continuamos reclutando pacientes para llegar a una mayor significación estadística

COREA AGUDA GENERALIZADA REVERSIBLE COMO CONSECUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS Y ACIDOSIS METABÓLICA GRAVE

Rodríguez-Antigüedad Muñoz, J.; Muñoz Lopetegui, A.; De la Riva, P.; Andres Marín, N.; Fernández García de Eulate, G.; Martí Massó, J.F.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: La corea aguda generalizada es muy infrecuente y obliga a descartar y corregir de manera rápida posibles etiologías metabólicas para prevenir sus secuelas o la iatrogenia del tratamiento sintomático. Presentamos un caso secundario a una acidosis metabólica (AM) y uremia.

Material y métodos: Presentación de un caso y su evolución.

Resultados: Paciente varón de 67 años. DM tipo 2, HTA en tratamiento con 5 fármacos, insuficiencia renal crónica por nefroan-

gioesclerosis. En 2003 trasplante alogénico de riñón en tratamiento crónico con ciclosporinaA. Desde 2012 nefropatía crónica del injerto. Desde 1 mes antes precisa hemodiálisis crónica y en la semana previa comienza con una corea generalizada, nauseas y vómitos, sin otros síntomas neurológicos ni sistémicos. En tratamiento con repaglinida, pero toma adicionalmente metformina por iniciativa propia. Al ingreso: Cr 12,72mg/dL, urea 210mg/dL, K 6,9mEq/L, glucemia 54mg/dL, bicarbonato 8mEq/L. TAC de urgencia: lesiones simétricas hipodensas de núcleos lenticulares, que en la RMN eran hipointensas en T1 e hiperintensas en T2. Durante las primeras 24h horas se pautó tetrabenazina, se retiró progresivamente la ciclosporinaA y se corrigió la AM (bicarbonato y diálisis). A las 24h la corea desapareció y se retiró la tetrabenazina.

Conclusión: Nuestro paciente presentó una corea aguda sin relación a cambios en la dosis de ciclosporinaA pero en el contexto de una AM grave y uremia, que desapareció en 24 horas con la corrección metabólica. Debido a la potencial reversibilidad de la corea, es importante descartar causas metabólicas en caso de corea aguda.

HEMIPARKINSON-HEMIATROFIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Monteagudo Gómez, M. [1]; Fernández Valiente, M. [2]; Rojas Bartolomé, L. [2]; Palazón García, E. [2]; Perona Moratalla, A.B. [3]; Ayo-Martín, Ó. [2]; Segura, T. [2]

1. Servicio de Neurología. Gerencia Atención Integrada de Hellín; 2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 3. Servicio de Neurología. Hospital General de Almansa

Objetivos: El síndrome hemiparkinson-hemiatrofia (HPHA) es una forma rara de parkinsonismo, descrita por primera vez en 1981 por Klawans. Se caracteriza por atrofia hemicorporal, presente aunque no siempre evidente desde el nacimiento y hemiparkinsonimo. A diferencia de la enfermedad de Parkinson aparece a edades más tempranas, la evolución es más lenta y la respuesta a la levodopa es variable. En algunos casos se acompaña de alteraciones en la RM que pueden ser focales o difusas. La fisiopatología es desconocida, pero se cree que es debido a un daño cerebral ocurrido en el periodo perinatal o infancia. Presentamos el caso de un paciente con hemiparkinson y atrofia en la RM.

Material y métodos: Hombre de 33 años, sin antecedentes familiares, presenta clínica de 6 años de evolución de temblor de alta frecuencia con implicación del pulgar en semisupinación, con postura distónica, bradicinesia y rigidez en mano derecha. No hay atrofia corporal. Hiperreflexia derecha, con RCP flexor. El cuadro es lentamente progresivo. Respuesta parcial a levodopa; no se han podido administrar agonistas dopaminérgicos por una ludopatía.

Resultados: Analítica, incluyendo hormonas tiroideas y metabolismo del cobre, que es normal. DAT-SCAN sin alteraciones en las terminaciones presinápticas. RM cerebral (2011 y 2014) con atrofia cortical hemisférica izquierda, estática (se aportarán imágenes). El dúplex TC no muestra alteraciones a nivel de mesencéfalo.

Conclusión: El síndrome HPHA es una entidad rara y con una presentación clínico-radiológica muy heterogénea. Se debe considerar el síndrome HPHA ante un parkinsonismo unilateral, de inicio precoz y lentamente progresivo. La respuesta al tratamiento es muy variable.

ESTUDIO DEL PERFIL LIPIDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Méndez del Barrio, C.; Macías García, D.; Jesús Maestre, S.; Medina Vizuete, A.; Sánchez Seda, S.; Mir, P.

Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío

Objetivos: La α-sinucleina posee dominios de unión para lípidos como el colesterol y ácidos grasos poliinsaturados entre otros, e incluso favorecen la agregación de la proteína. Por tanto los lípidos podrían tener un papel en la etiopatogenia de la enfermedad de Parkinson (EP). Nuestro objetivo fue estudiar las diferencias en el perfil lipídico en una población con EP comparándolo con controles sanos (CS).

Material y métodos: Estudiamos 400 EP (58% hombres; edad media 66±11,6 años), y 218 CS (53% hombres; edad media 60 ±14,42 años). Se excluyeron pacientes en tratamiento con estatinas o hipercolesterolemia. Se evaluaron datos de ambos grupos: colesterol total (CT), HDL, LDL y triglicéridos (TG) en sangre periférica, datos demográficos, clínicos y tratamiento. En pacientes con EP se recogieron síntomas motores, no motores y complicaciones dopaminérgicas y se correlacionaron con parámetros séricos.

Resultados: No obtuvimos diferencias en valores séricos de CT, HDL, LDL y TG entre casos y controles. Separándolo por sexos, si encontramos menores niveles de TG y CT en mujeres con EP ($p<0,05$). Objetivamos en los enfermos con descenso de TG había mayor pérdida de apetito y mayor índice de estreñimiento. El resto de variables analíticas, clínicas y de tratamiento fueron similares en ambos grupos.

Conclusión: En nuestro estudio los niveles de CT y TG fueron significativamente inferiores en EP. Esto podría deberse los hábitos dietéticos de los afectos así como consecuencia de sintomatología no motora presente en la EP. Este parámetro podría ser de utilidad para el estudio del estado nutricional de la enfermedad.

CADASIL Y ENFERMEDAD DE PARKINSON: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Martinez Ulloa, P.L. [1]; Escobar Villalba, A. [1]; Monreal Laguillo, E. [1]; Pérez Torre, P. [1]; Estévez Fraga, C. [1]; Alonso Cánovas, A. [1]; Avilés Olmos, I. [1]; Gómez Martínez, M.D.V. [2]; Masjuan Vallejo, J. [1]; Martínez Castrillo, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Radiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL) es una de las vasculopatías genéticas más frecuentes en nuestro medio. Está causada por mutaciones en el gen NOTCH3 en el cromosoma 19. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variables siendo las más frecuentes los eventos vasculares en forma de ictus/AIT y el deterioro cognitivo.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico

Resultados: Varón de 48 años con antecedentes familiares y diagnóstico genético de CADASIL. Debutó clínicamente a los 20 años con temblor de reposo y postural asimétrico en miembros, de predominio en brazo derecho, rigidez y bradicinesia de predominio en hemicuerpo derecho y trastorno de conducta del sueño REM. El temblor era muy discapacitante y precisó ECP del núcleo VIM bilateral. Ha tenido una respuesta sostenida a la terapia dopaminérgica, con desarrollo durante la evolución de fluctuaciones motoras complejas y discinesias. Posteriormente, presentó manifestaciones neuropsiquiátricas graves y deterioro cognitivo. Exploraciones complementarias: RM craneal, extensa afectación de sustancia blanca subcortical; SPECT, grave afectación pre (DaTSCAN) y post sináptica (IBZM); y sonografía transcraneal, hiperecogenicidad bilateral de la SN.

Conclusión: La relevancia de este caso reside en señalar algunos datos atípicos como el debut precoz, la ausencia de eventos vasculares ictales y la presencia de un síndrome parkinsoniano claro, asimétrico, con respuesta sostenida a terapia dopaminérgica compatible con fenotipo de Enfermedad de Parkinson idiopática, no descrito previamente en la revisión de la literatura.

ESCALADO DE LA DOSIS DE ROTIGOTINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICENTRICO; VALORACIÓN DE EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Salazar Tortolero, G. [1]; Fragoso Martinez, M. [2]; Rey Perez, A. [2]

1. Servicio de Neurología. Hospital de Terrassa; 2. Servicio de Neurociencias. Hospital de Terrassa

Objetivos: Observar la eficacia y Tolerancia de la Rotigotina en pacientes con enfermedad de Parkinson en dosis de escalado progresivo.

Material y métodos: Pacientes con EP que requerian un ajuste terapeutico fueron tratados con Rotigotina en parches en escalado semanal desde 2 hasta 8Mgs. Se limitaron los ajustes de otros fármacos anti-parkinsonianos durante el estudio. visita basal y una visita final a los 3 meses de tratamiento. Escalas:: UPDRS III, NPI, PDQ8, las escalas de impresión global tanto del paciente (GIP) como del médico (GIM) y recogimos los efectos adversos potenciales durante el tratamiento

Resultados: incluidos 48 pacientes con EP, edad Media 70 años, estadios 2-3 H-Y. Media de inicio de síntomas 1.9 años. La dosis media de rotigotina alcanzada al final del estudio fue de 7,9 Mgs. los pacientes mostraron una mejoría del 18,6% en la escala UPDRS III (p<0,001) ; 10,7% en la escala NPI (p=0.08), 17,5% en la escala PDQ8 (p<0,001) a los 3 meses de tratamiento con Rotigotina comparados con la valoración basal. la escala GIP mostró una mejoría significativa estadística (p=0,006) y la GIP no mostró diferencias significativas.(p=0,07) a los 3 meses de tratamiento. 18,8% de los pacientes mostraron efectos adversos leves que no requirieron retirar la rotigotina.

Conclusión: La rotigotina en parches transdermicos en escalada semanal a una dosis media de 7,9Mgs Mgs. fue eficaz en el tratamiento de síntomas motores de pacientes con EP leve y moderadamente enfermos tras 3 meses de tratamiento. La frecuencia de efectos adversos fue baja y sobretodo bien tolerada.

INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA DE LA PARED ABDOMINAL PARA EVITAR LA RECIDIVA PRECOZ DE CIRUGÍA DE HERNIA ABDOMINAL VOLUMINOSA

Estévez Fraga, C. [1]; Gallego, I. [2]; Sanchez Diaz, G. [1]; Mendez Alonso, M. [1]; Martinez Ulloa, P. [1]; Albóniga-Chindurza Barroeta, A. [1]; San Juan Benito, A. [1]; Martinez-Castrillo, J.C. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; 2. Servicio de Radiología. Hospital Ramón y Cajal

Objetivos: Describir la técnica para aumentar el espacio abdominal y reducir la fuerza de la prensa abdominal mediante infiltración con toxina botulínica previa a cirugía de hernia umbilical gigante, con el objetivo de evitar las recidivas precoces

Material y métodos: Paciente de 73 años que presenta una gran hernia epigástrica, que incluye la región umbilical, con cuello herniario de 8 cm (craneocaudal) x 10 cm (axial), y saco herniario de 25 x 10 x 20 cm, con asas de intestino delgado y colon transverso en su interior. Se infiltra la musculatura abdominal anterior con toxina botulínica, en tres puntos de forma bilateral tras localización mediante TC de musculatura oblicua interna y músculo transverso debido al importante atrofia que presenta el oblicuo externo de forma bilateral y que limita la trasmisión acústica mediante ecografía. Se infiltraron un total de 300 U de onabotulina en seis puntos

Resultados: Se consiguió una reducción del tamaño de los músculos oblícuo interno y trasversos. La cirugía se realizó a las tres semanas sin incidencias. No ha habido recidiva herniaria precoz

Conclusión: Las infiltraciones con toxina botulínica de la musculatura abdominal son seguras y eficaces para prevenir la recidiva precoz de hernias umbilicales gigantes.

MICROGRAFIA AISALDA COMO SECUELA DE ICTUS ISQUÉMICO

Montero Escribano, P.; Catalán Alonso, M.J.; López Valdés, E.; García Ramos García, R.; Alonso Frech, F.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos: Presentamos un caso de micrografía aisalda secundaria a ictus isquémico.

Material y métodos: Caso clínico

Resultados: La micrografía es un signo común en la Enfermedad de Parkinson, sin embargo su instauración brusca constituye una manifestación muy poco frecuente aunque conocida, de las lesiones isquémicas agudas localizadas en ganglios basales izquierdos. Presentamos una mujer de 57 años, diestra, portadora de marcapasos por bloqueo auricular, atendida en Urgencias por presentar un síndorme hemisférico izquierdo completo de instauración brusca. En aquel momento se realizó AngioCT que mostró oclusión del segmento proximal de la Arteria Cerebral Media izquierda. La paciente recibió tratamiento con rTpa quedando en las dos horas siguientes aparentemente asintomática. Se realizó CT craneal de control a las 24 horas objetivándose infarto en núcleo lenticular izquierdo y en cabeza y cuerpo de caudado izquierdo. Tras el alta, ya en domicilio la paciente objetivó gran dificultad para la escritura, con importante micrografía, con una escritura microscópica desde el inicio de la misma, sin una clara progresión. En la exploración física, únicamente se objetivó un leve enlentecimiento en movimientos rápidos alternantes en mano derecha sin una clara disminución de la amplitud de los mismos. Se realizó DatScan que mostró una completa ausencia de señal en el nucleo estriatal izquierdo. Se inició tratamiento con Levodopa sin conseguir mejoría clínica significativa

Conclusión: Este caso apoya la relación entre la micrografía de inicio agudo y las lesiones focales en ganglios basales izquierdos, recalcando además, la importancia de considerar la micrografía asilada de inicio brusco como síntoma infrecuente de Ictus.

RESPUESTA CLÍNICA A LA TOXINA BOTULÍNICA Y SU RELACIÓN CON LOS ANTICUERPOS ANTITOXINA BOTULÍNICA

Niño Díaz, G.S. [1]; López Lozano, J.J. [1]; Mata Alvarez-Santullano, M. [2]; Moyano Fabian, M. [1]

1. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 2. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos: Valorar la respuesta clínica de 7 pacientes tratados con toxina/botulínica para espasticidad secundaria a lesión vascular cerebral y su relación con el resultado negativo o positivo de los anticuerpos antitoxina/botulínica.

Material y métodos: Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de toxina botulínica administrada, valoración cuantitativa (escala de Ashworth, test de marcha a 10 metros) del paciente, test de anticuerpos antitoxina/botulínica.

Resultados: Rango de edad de 40-74 años, 4 mujeres; 3 hombres. Todos los pacientes seguían tratamiento con Xeomin; 6 de ellos habían sido tratados anteriormente con Dysport. El paciente tratado con Xeomin desde el inicio presentó buena respuesta clínica cuantitativa. En los pacientes tratados con Dysport, tenían una respuesta clínica buena en 2 pacientes; en 4 pacientes una respuesta incompleta. Tras el cambio a Xeomin, la respuesta pasó a ser buena en 4 pacientes, sin modificarse en 2 pacientes. Dos pacientes presentaron anticuerpos antitoxina botulínica positivos previo al cambio a Xeomin y en uno aparecieron tras el cambio a Xeomin. En estos 2 pacientes se observó una respuesta favorable al cambiar de toxina botulínica Se observa en los pacientes con anticuerpos positivos buena respuesta clínica a la toxina/ botulínica.

Conclusión: A pesar de la positividad de los anticuerpos antitoxina botulínica los pacientes pueden tener una respuesta clínica favorable.

XIV JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEURORREHABILITACIÓN

AVANZANDO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL SOBRE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE NEURORREHABILITACIÓN

Donis Barber, L.; Casero Alcazar, M.; Díaz García, M.C.; Fernandes Ribeiro, A.S.; Ramos Sanchez, A.

Servicio de Medicina. Fundación Instituto San José

Objetivos: Describir el perfil clínico y la evolución de los pacientes ingresados en una unidad de neurorrehabilitación.
Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, utilizando como población accesible los pacientes ingresados en la unidad de neurorrehabilitación de un hospital de Madrid durante 40 meses.
Resultados: Ingresaron 228 pacientes, 137 finalizaron el tratamiento rehabilitador. La media de edad de la muestra fue de 55,71±11,27 años de los cuales 97 eran hombres, siendo la estancia hospitalaria media de 121,71±51,09 días. El diagnóstico clínico (clasificación ASCOD) más frecuente fue el ictus isquémico aterotrombótico (28,5%) seguido del hemorrágico: enfermedades de pequeños vasos (21,2%). Se asocian de forma comórbida factores de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus. Desde el ingreso al alta, se retiraron más del 90% de las sondas nasogástricas, gastrectomías percutáneas, sondas vesicales y resolvieron las traqueostomías y úlceras por presión objetivadas. La afectación del lenguaje fue del 42,3% y de su capacidad deglutoria del 35,8%. Al ingreso, el 81% de los pacientes presentaban una dependencia total/severa y el 19% una dependencia moderada/leve según el Índice de Barthel. El porcentaje de pacientes con dependencia total/severa al alta fue de 23,4%, 59,8 % con una dependencia moderada/leve y 16,8% independientes.
Conclusiones: El paciente que ingresa en nuestra unidad es en su mayoría un paciente joven con daño cerebral de predominio vascular con factores de riesgo cardiovasculares asociados y con afectación en múltiples esferas que condicionan su autonomía. Al alta, gran parte de los pacientes mejoran su capacidad funcional.

EVALUACION DEFICIT MOTOR CON SENSOR KINECT

Castro de Luna, G.[1]; Martinez Finkelshtein, A.[2]; Serrano Castro, P.[3]

1. Neurociencias. Neurobia. 2. Matemáticas. Universidad de Almeria. 3. Neurología. Hospital Torrecárdenas

Objetivos: El objetivo de este trabajo es la presentación de un método cuantificado y customizable de evaluación motora basado en la evaluación del paciente con el sensor de movimiento kinect . El sensor kinect permite la detección de un avatar del paciente formado por los segmentos corporales articulados por 25 joints o articulaciones cuya posición en los tres ejes puede ser evaluada matemáticamente
Material y métodos: Se exploran 20 pacientes sanos sin patología motora a los que se les indica que realicen 7 maniobras habituales en consulta de Neurología como son , bipedestación , brazos en cruz, dedo-nariz , levantarse y sentarse , paso lateral , marcha en el sitio , marcha hacia adelante . Estas maniobras son captadas y procesadas con el sensor kinect que nos cuantifica el movimiento de cada una de las 25 articulaciones que detecta el sensor en los tres ejes espaciales x, y y z. Con su procesamiento matemático podemos averiguar la posición y angulación de cada una de las articulaciones y cuantificar parámetros como equilibrio, asimetría de miembros , transferencia , evaluación de la marcha y cuantificación del temblor
Resultados: Los resultados permiten la elaboración de un informe motor integral del paciente cuantificado con los datos crudos obtenidos de la desviación estándart del movimiento articular repetido 50 frames por segundo o los datos relativos contrastados con la base de datos normalizada por edad
Conclusiones: La evaluación motora basada en la medición con el sensor kinect permite la cuantificación de los déficit motores contrastados con una base de datos normalizada

DISFAGIA NEURÓGENA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Acosta Rueda, J.[1]; Terré Boliart, R.[2]; Parra Soto, C.E.[1]; Rekalde Aizpuru, G.R.[1]; Lopez Bravo, A.[3]; Bernabéu Guitart, M.[2]

1. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 2. Medicina Física y Rehabilitación. Institut Guttmann. 3. Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: Describir la incidencia y evolución de la disfagia orofaringea en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré ingresados en un hospital de neurorrehabilitación. Abordar el resultado funcional tras tratamiento rehabilitador específico y la influencia de una vía aérea artificial.
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 15 pacientes con Síndrome de Guillain-Barré diagnosticados de disfagia orofaringea mediante videofluoroscopia ingresados en el Institutt Guttmann en 2010-2015. Como variables, estudiamos: subtipo de Guillain-Barré, presencia o antecedente de traqueostomía, tipo de nutrición al ingreso y al alta, tiempo de recuperación hasta nutrición vía oral, escala funcional de ingesta oral (FOIS) y escala funcional de independencia (FIM).
Resultados: La edad media fue 57 años (DE +-18), 40% mujeres y 60% hombres. Los subtipos más frecuentes fueron la forma AIPD y AMSAN, con 29% y 34% respectivamente. La forma AMSAN más frecuente en hombres y AIPD en mujeres. El 87% tenían antecedente de traqueostomía con tiempo medio de 108 días. El 80% seguían nutrición enteral al ingreso (SNG: 60% y PEG: 20%). El 74% logra nutrición oral al alta de rehabilitación. Se consigue una mejoría de 4,3 y 46 puntos en la escala FOIS y FIM al alta respectivamente.
Conclusiones: La disfagia neurógena puede afectar a más de la mitad de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, es por tanto, un aspecto importante a la hora de encaminar un tratamiento rehabilitador. La mayoria de los pacientes siguen una evolución favorable, recuperando nutrición via oral. El diagnóstico y tratamiento rehabilitador integral resulta fundamental para conseguir una adecuada calidad de vida de estos pacientes.

IMPACTO DE CIRUGÍA POR RECAMBIO DE CRANEOPLASTIA EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTE SIGUIENDO TRATAMIENTO NEURORREHABILITADOR MULTIDISCIPLINAR

Fernández Tobía, R.[1]; Iriarte Imaz, T.[2]; Fernández de Bobadilla Martínez, R.[3]; Martón Reina, I.[2]; Aquerreta Unzué, A.[1]; Díaz Lanza, V.[4]; Sánchez Aguilar, J.[2]; Torres de Miguel, F.[3]; Murie Fernández, M.[5]

1. Terapia Ocupacional. Centro Neurológico de Atención Integral. 2. Fisiterapia. Centro Neurológico de Atención Integral. 3. Neuropsicología. Centro Neurológico de Atención Integral. 4. Logopedia. Centro Neurológico de Atención Integral. 5. Neurología. Centro Neurológico de Atención Integral

Objetivos: Valorar la implicación de cirugía por recambio de craneoplastia en el tratamiento neurorrehabilitador de un varón de 55 años con craniectomía descompresiva tras hemorragia intraparenquimatosa capsulotalámica derecha en 2011 y monitorizar posibles cambios.

Material y métodos: Paciente en tratamiento neurorrehabilitador [2h/semana fisioterapia + 2h/semana Terapia Ocupacional (TO) + Toxina botulínica cada seis meses] con recuperación funcional importante, consiguiendo deambulación autónoma. Coincidiendo con hundimiento de craneoplastia y aparición cefalea opresiva hemicraneal, inicia un deterioro progresivo de la marcha y su función cognitiva. Se interviene para recambio de craneoplastia (abril 2016). Se realiza valoración exhaustiva multidisciplinar (neurología, fisioterapia, TO y neuropsicología) pre-post cirugía.
Resultados: Desaparición completa de la cefalea. Se apreció una mejoría funcional en escalas Timed Up & Go (pre: 23.42sg - post: 20.88sg), Fugl Meyers [mejora sensibilidad miembro superior (pre: 0/12 - post: 7/12) y movimiento articular miembro inferior (pre: 9/20, post: 15/20)] y Escala Analógica Visual (pre: 6/10 - post: 0/10). No hay cambios significativos en Índice Barthel, Lawton & Brody, Berg Balace Scale, Tinetti, 6MWT ni 9HPT.
A nivel cognitivo destaca un mejor rendimiento mnésico, ejecutivo y atenciones y conductualmente se aprecia una sustancial reducción de niveles ansiosodepresivos.
Conclusiones: El hundimiento de la craneoplastia puede ocurrir diferida en el tiempo y repercute tanto en la funcionalidad motora como en las funciones cognitivas; es importante intervenir de forma temprana con el objetivo de minimizar el deterioro de los pacientes.

ROL DE LA PROPIOCEPCIÓN DEL TOBILLO EN EL CONTROL DEL EQUILIBRIO DE ADULTOS CON DAÑO CEREBRAL. ESTUDIO PILOTO

Useros Olmo, A.; Hernando Rosado, A.; Solorzano Menendez, M.C.; Fernandez Casas, P.

Unidad de Daño Cerebral Hospital Beata Maria Ana. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Madrid

Objetivos: El equilibrio o control postural se produce por la adecuada y eficaz interacción entre los diferentes sistemas sensoriales: vestibular, visual y propioceptivo. Hay evidencias de que a nivel neuromuscular se producen ajustes anticipatorios previos al movimiento y durante el movimiento para garantizar un correcto equilibrio estático y dinámico. En especial, la estrategia de tobillo garantiza esos ajustes económicos ante los pequeños desplazamientos del centro de gravedad
Material y métodos: Los procedimientos éticos del presente estudio se han seguido según se recoge en la Declaración de Helsinki (Helsinki, Finlandia, Junio 1964). Estudio transversal con una muestra compuesta por 15 adultos con daño cerebral, capacidad de bipedestación autónoma y problemas de equilibrio. Tras firmar el consentimiento informado, se valoró el equilibrio en los sujetos con y sin lastre en el tobillo del lado hemiparético. Se registraron las variables de equilibrio con test estandarizados y mediante Posturografía
Resultados: Se analizaron los resultados mediante el programa SPSS. En el estudio pre-post se hallaron diferencias significativas en los test de equilbrio tanto en papel como en los registros posturográficos. Los resultados mostraron diferencias mayores en aquellas pruebas que implicaron una transferencia de peso
Conclusiones: El uso de lastres en el tobillo hemiparético mejoró la estrategia de tobillo en los pacientes con DC, especialmente cuando las transferencias de peso fueron mayores. Un material de bajo coste permite una mejora en la funcionalidad del equilibrio de los pacientes con DC.

FACTORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES JÓVENES CON ICTUS EN UN HOSPITAL DE NEURORREHABILITACIÓN

Parra Soto, C.E.[1]; Pelayo Vergara, R.[2]; León González, D.[3]; López Bravo, A.[4]; Acosta Rueda, J. [1]; Bernabeu Guitart, M. [3]
1. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 2. Neurología. Institut Guttmann. 3. Neurociencias. Institut Guttmann. 4. Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: Aunque en menor frecuencia, la enfermedad cerebrovascular puede presentarse en adultos jóvenes, con incremento de la incidencia en los últimos años. Supone un evento devastador debido al grado de discapacidad e impacto socio-económico que conlleva. Nuestro objetivo es evaluar factores determinantes en la recuperación funcional de pacientes jóvenes tras un ictus, ingresados en un centro de neurorrehabilitación.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes menores de 45 años, ingresados desde 2005 a 2015 en Institut Guttman para tratamiento neurorrehabilitador intensivo. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de valoración funcional (escalas FIM, Barthel y FAC al ingreso y alta). Se realiza un análisis descriptivo y estadístico de asociación entre diferentes variables y pronóstico funcional.
Resultados: Fueron evaluados 267 pacientes (edad media 35 años). La media de tratamiento fue 160 días. Las medias de FIM, Barthel y FAC iniciales fueron (54/126, 30/100, 1/5) y al alta fueron (87/126, 65/100, 3/5) respectivamente. Se realizó un análisis por subgrupos en función del grado de discapacidad. Mediante análisis univariante se encontró correlación significativa entre edad y tipo de ictus. Por otra parte el tiempo de tratamiento se correlacionó positivamente con el FIM al alta.
Conclusiones: El ictus en paciente joven supone un problema de salud pública debido al impacto socio-económico en personas en edad laboral. Los pacientes con mayor discapacidad al ingreso precisan un tratamiento más largo, y presentan peor resultado funcional. La neurorrehabilitación supone una herramienta fundamental en el manejo de este tipo de pacientes, para reducir la repercusión funcional y facilitar su reincorporación laboral.

¿CÚANDO, CÓMO Y HASTA DÓNDE? SON CAPACES DE MEJORAR LOS PACIENTES EN ESTADOS ALTERADOS DE CONCIENCIA: ESTUDIO LONGITUDINAL EN UNA MUESTRA HOSPITALARIA.

Olaya Sanchez, J.[1]; Noé Sebastián, E. [1]; Navarro Perez, M.D. [1]; Amorós Tora, D. [1]; Corral Sanabria, I. [1]; García Blazquez, C. [1]; O'-valle Rodriguez, M. [1]; Colomer Font, C. [1]; Moliner Muñoz, B. [1]; Rodriguez Sanchez-Leiva, C. [1]; Ugart Sanchez-Mariscal, P. [1]; Llorens Rodriguez, R.[2]; Ferri Campos, J. [1]

1. Servicio de Neurorrehabilitación y Daño Cerebral. Hospitales NISA. 2. Instituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano. Universidad Politécnica de Valencia

Objetivos: Definir el patrón de recuperación del nivel de conciencia y de funcionalidad de una muestra de pacientes en Síndrome de Vigilia Sin respuesta (SVSR) y en Estado de Mínima Conciencia (EMC+ y EMC-).
Material y métodos: Se incluyeron ochenta pacientes con el diagnóstico de SVSR y EMC+/EMC- de acuerdo a la Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). Todos los pacientes fueron evaluados mensualmente con la CRS-R durante al menos seis meses. Se evaluó, tanto el momento de superar cada estado, como los canales sensoriales implicados en superarlos. Aquellos pacientes que superaron el EMC fueron evaluados 6 meses después para comprobar su funcionalidad (I. Barthel).
Resultados: Al ingreso 37 pacientes se encontraban en SVSR. Veintitres de ellos superaron este estado pero solo nueve superaron el EMC. El 35% de los pacientes que superaron el SVRS lo hicieron a través del canal visual. De los 43 pacientes en EMC al ingreso, 26 lograron superarlo. El 54% de estos lo hicieron a través del canal motor y comunicativo conjuntamente. De los 21 pacientes con TCE que superaron el EMC, el 19% lo hizo después de los 12 meses. De los 14 pacientes con otras etiologías que superaron el EMC, el 50% lo hizo después de los 3 meses. Seis de los 35 pacientes que salieron de EMC presentaban buena funcionalidad (Barthel >60) a los 6 meses de superar el EMC.
Conclusiones: Tanto SVRS, como EMC+ y EMC-, son entidades clínicamente diferenciadas en términos diagnósticos y pronósti-

cos. Algunos criterios clásicos relacionados con el mal pronóstico de estos estados deben ser reevaluados.

ESTUDIO SOBRE LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA Y FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO DE GRAVEDAD INTERMEDIA A SEVERA. ESTUDIO EPICA

Murie Fernández, M.[1]; Molleda Marzo, M.M.[2]

1. Neurología. Centro Neurológico de Atención Integral. 2. Servicio de Rehabilitación. Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos: Evaluar la recuperación neurológica y funcional a los tres meses en pacientes con ictus isquémico y los patrones habituales de Neurorrehabilitación.
Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional prospectivo en el que se incluyeron adultos con ictus (<3 meses previos a la inclusión) de gravedad intermedia-severa (NIHSS= 10-20). Se registraron puntuaciones de escalas NIHSS, Barthel, Glasgow, Mini Examen Cognitivo (MEC) y Rankin (mRS) a lo largo de tres visitas (basal, 1 mes y 3 meses).
Resultados: Se reclutaron 143 pacientes entre abril 2015 y junio de 2016. El 50,4% eran varones y la edad media±DE de 64,9±13,9 años. Estos presentaron un mRS= 3,8±1,1 y un NIHSS= 10,6±5,0 al inicio del estudio. A los 3 meses de seguimiento el mRS era de 2,8±1,2 y el NIHSS de 5,7±4,3, observándose una mejoría estadísticamente significativa tanto en estas como en el resto de las medidas neurológicas ($p<0,001$). Al 88,8% se le indicó rehabilitación, 1h diaria (57,0%) o 3 días a la semana (21,5%). En el grupo de pacientes con NIHSS>14, los que recibieron un complemento alimenticio específico mostraron mejoras significativas en los valores de mRS. En el grupo que recibió este complemento, el 71,4% de los casos mostraban un mRS superior a la mediana frente a un 29,4% en el grupo que no recibió. No se registraron eventos adversos.
Conclusiones: El tratamiento Neurorrehabilitador, se aplica con intensidades dispares dependiendo del centro y es eficaz en la mejora funcional de los pacientes.

REUNIÓN ANUAL DEL CLUB ESPAÑOL DE NEUROPATOLOGÍA

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE HEPARANASA 2 EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Ivan Fernández Vega[1]; Carla Martin[2]; Olivia Garcia Suarez[3]; Barbara Muñiz Alonso[4]; Helena Ordiales[4]; Laura Lorente Gea[5]; Ikerne Vicente Etxenausia[6]; Jesus Merayo Lloves[7]; Luís M Quirós Fernández[2]; Beatríz García[2]

1. Departamento de Anatomía Patológica. Biobanco Vasco para la Investigación. Hospital Universitario de Araba. 2. Departamento de Biología Funcional. Facultad de Medicina de laUniversidad de Oviedo. Instituto Universitario Fernández-Vega. 3. Departamento de Morfología y Biología celular. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo. Instituto Universitario Fernández-Vega. 4. Departamento de Biología Funcional. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. 5. Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Araba. 6. Biobanco Vasco para la Investigacion (O+eHun). Hospital Universitario de Araba. 7. Departamento de Investigación. Instituto Universitario Fernández-Vega

Objetivos: Estudiar la expresión de la Heparanasa 2 (HPSE) en la enfermedad de Alzheimer (EA) valorando diferentes áreas y grados de intensidad de la enfermedad.
Material y métodos: Análisis de la expresión de HPSE2 mediante técnicas moleculares empleando PCR a tiempo real y e inmunohistoquímica. Se han seleccionado 3 cerebros con distinto grado de EA (1 con EA leve, 1 con EA moderada y 1 con EA severa) y un control pareado. Se han elegido 7 áreas específicas (amígdala cerebral, hipocampo anterior, hipocampo posterior, circunvolución temporal media, cisura calcarina, núcleo basal de Meynert y cerebelo).
Resultados: La HPSE2 se expresó en todas las áreas de todos los cerebros estudiados. Se observó alteraciones en los niveles de expresión de HPSE2 dependientes de la zona cerebral estudiada y de la fase evolutiva de la enfermedad. Mediante técnicas de inmunohistoquímica se observó expresión de HPSE en relación con los ovillos neurofibrilares presentes en las neuronas atróficas y también a nivel extracelular en relación con las placas neuríticas.
Conclusiones: La HPSE2 mostró alteraciones en los niveles de expresión en la EA, dependientes del estadio Braak&Braak y de la zona cerebral estudiada. Además, la expresión histológica se correlacionó con las lesiones típicas de la EA.

SÍNDROME CORTICOBASAL COMO FORMA DE MANIFESTACIÓN DE UNA DEGENERACIÓN LOBAR FRONTO-TEMPORAL ASOCIADA A AGREGADOS PATOLÓGICOS DE PROTEINA TDP43

Palasi Franco, A.[1]; Gelpi, E.[2]; Pujadas F.[1]; Olabarrieta, M.[1]; Lorenzo, C.[3]; Sarria, S.[4]; Alvarez Sabin, J.[1]

1. Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Banco de Tejidos Neurológicos. Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 3. Medicina Nuclear. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 4. Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos: La degeneración lobar frontotemporal asociada a TDP43 (DLFT-TDP) tiene manifestaciones clínicas heterogéneas siendo las alteraciones conductuales o del lenguaje las más frecuentes y el síndrome corticobasal (SCB) poco habitual. A su vez, el SCB suele presentar depósitos de proteína tau-4R en la mitad de casos, mientras que su asociación a TDP43 es muy infrecuente. Presentamos un paciente que desarrolló un SCB clásico cuya necropsia mostró agregados de TDP43.
Material y métodos: Varón de 79 años que consultó en agosto de 2010 por alteraciones leves de memoria sin repercusión en actividades diarias y discreta apatía iniciada dos años antes, habiendo recibido el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Dos años después inició una progresiva una rigidez, bradicinesia y apraxia hemicorporal izquierdas, permaneciendo estable cognitiva-conductualmente y sin trastorno del lenguaje. Tras tres años de evolución inició postura distónica en flexión en ESI, disartria, disfagia y alteración de la marcha progresiva, sin respuesta a L-Dopa ni alteraciones oculomotoras. Finalmente falleció en octubre de 2014 por broncoaspiración.
Resultados: Una RMN craneal mostró una atrofia cortical frontotemporo-parietal asimétrica (predominio derecho), el SPECT cerebral de perfusión una intensa hipoperfusión fronto-temporo- parietal derecha junto con marcada hipocaptación estriatal derecha en el DATscan con relativa perservación del estriado contralaeteral. Por el cuadro clínico-radiológico recibió el diagnóstico antemortem de DCB probable.
La necropsia mostró una pérdida neuronal difusa en cortex frontal, temporal y parietal con presencia de agregados patológicos de proteína TDP43 y signos de esclerosis hipocampal segmentaria.
Conclusiones: La DLFT-TDP puede manifestarse de manera infrecuente como un SCB sin alteraciones conductuales ni del lenguaje prominentes.

NESTIN/CD133+ CELLS FROM SPHEROID-LIKE AGGREGATES AND NEOANGIOGENIC BORDER PLAY A PIVOTAL ROLE IN THE GLIOBLASTOMA ANGIOGENESIS.

José Vicente Lafuente Sánchez[1]; Susana Bulnes Sesma[1]; Alvaro Gacía Blanco[1]; Iñigo Pomposo Gaztelu[2]; Alejandro Carrasco Gonzalez[2]; Garazi Bermudez[2]

1. Neurociencias. Universidad del Pais Vasco. 2. Neurocirugía. Hospital de Cruces

Objetivos: Glioma stem-like cells (GSLCs) play a pivotal role in the angiogenesis and tumourigenesis process. In this work we study the distribution of Nestin and CD133 markers and their relationship with angiogenic molecules in ENU-glioblastoma.
Material y métodos: ENU-Gliomas induced in Sprague Dawley rats were segregated into phase I, II and III. Immunostaining was performed for: CD133/Prominin-1, Nestin, HIF-1alpha, Notch-1, OPN, VEGF, Glu-T-1, and GFAP and histochemistry of LEA. Stereological studies were conducted to obtain densities and area of different immunostained events.
Resultados: ENU-Glioblastoma (Phase III) displayed overexpression of VEGF, Notch-1, HIF-1alpha and OPN. In neoangiogenic border, glomeruloid vessels displayed endothelial cells expressing Nestin+/CD133 and eNOS/VEGF. Near them there were Nestin/CD133+ astrocytes overexpresing OPN, VEGF; and Notch-1+ fusiform cells. In the intratumour area, neoplastic cells form spheroid-like aggregates attached to the endothelial proliferations increase in size and density in order to the tumour malignancy. Spheroid-like aggregates were composed by different populations of small round cells Nestin+, CD133+, Nestin/CD133+ and supporting cells overexpressing GFAP, VEGF, Notch-1.
Conclusiones: Nestin/CD133+ neoplastic cells from neoangiogenic border and spheroid- aggregates of ENU-GBM maintain a close relationship with the aberrant microvasculature and could mediate the angiogenesis process by induction of OPN, Notch-1 and VEGF factors.

ATAXIA DE 1,5 MESES EN PACIENTE DE 71 AÑOS

Lucas del Pozo, S[1]; Camacho, J[2]; Sarria-Estrada, S[3]; Martínez-Sáez, E [2]; Hernández-Vara, J [1].

1. Servicio de Neurología Hospital Universitario Valld'Hebron. 2. Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Vall d'-

Hebron. 3. Servicio de Radiología. Unidad de RM y Sección de Neurorradiología. Hospital Universitario Vall d`Hebron.

Objetivos: Valoración del diagnóstico diferencial de LOEs intracraneales en el contexto de paciente pluripatológico.
Material y métodos: Recogida retrospectiva de caso clínico atendido en el servicio de Neurología del HUVH y resultado de autopsia clínica.
Resultados: Paciente de 71 años con antecedentes de EPOC, FA en tratamiento anticoagulante, DM2, dislipemia y neoplasia pulmonar NSCLC cT1N0 con citología esputo sugestiva carcinoma sarcomatoide. Ingresa por aumento de disnea de días de evolución e inestabilidad de la marcha de 1,5 meses. A la exploración se encuentra dismetría dedo-nariz ESI y marcha atáxica con aumento de base. En TC cerebral se observa lesión cerebelosa izquierda mal delimitada de 56x40 mm que desplaza línea media, oblitera parcialmente el IV ventrículo y cisternas de la base y no se modifica después de la administración de contraste, sugestiva de tumor glial. Se realiza RM cerebral que muestra engrosamiento de folias cerebelosas y alteración de señal de sustancia blanca profunda con edema vasogénico y algunas zonas de sangrado. Tras la administración de contraste se observa realce mal definido en superficie del hemisferio cerebeloso izquierdo asociado a realce leptomeníngeo, con hipoperfusión de las áreas afectadas. Ante los hallazgos neurorradiológicos se propone como probable etiología de tipo vascular en territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda. Dada la discordancia clínico-radiológica se realiza PET-FDG, con lesión hipermetabólica en hemisferio cerebeloso izquierdo. Se solicita PET-TC metionina, pero el paciente fallece.
Conclusiones: En el caso de LOEs intracraneales, los hallazgos de neuroimagen deben interpretarse en el contexto clínico del paciente y con el resto de exploraciones complementarias.

ACERULOPLASMINEMIA CON DEMENCIA FAMILIAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON HALLAZGOS INESPERADOS

Alberto Rábano Gutiérrez[1]; Elena Gómez Blázquez[1]; Adriano Jiménez Escrig[2]; Alberto García Redondo[3]

1. Neuropatología. Fundación CIEN. 2. Neurología. Hospital Ramón y Cajal. 3. Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: La aceruloplasminemia es una causa infrecuente de trastorno del metabolismo del hierro, debida a mutaciones en el gen de la ceruloplasmina (Cp, cromosoma 3q), y da lugar a trastornos del movimiento y demencia con inicio en la edad adulta. La neuropatología de la aceruloplasminemia es conocida, si bien existen pocas descripciones detalladas en la literatura.
Se presenta un caso de aceruloplasminemia con donación de tejido cerebral al Banco de Tejidos CIEN.
Material y métodos: Se trata de un varón de 63 años al exitus, con antecedentes personales de HTA e historia familiar de demencia, que presenta trastorno de memoria desde los 56 años, al que posteriormente se añade trastorno del lenguaje. En su evolución desarrolla disartria, mutismo, discinesias orales, y dificultad progresiva para la deglución, que requiere gastrostomía para su alimentación un año antes del exitus. Tras el fallecimiento del paciente, se realiza estudio neuropatológico post mortem completo en el hemiencéfalo izquierdo.
Resultados: El examen macroscópico revela un volumen y peso disminuidos, con un patrón de atrofia cortical moderada de predominio frontotemporal, discreta dilatación ventricular y atrofia leve del lóbulo temporal medial. El estudio histológico (H/E) muestra atrofia cortical leve, con gliosis del caudado-putamen e intensa pérdida neuronal en la sustancia nigra compacta. La tinción de Perls revela depósitos férricos extra e intracelulares, con frecuentes depósitos gliales y neuronales en el núcleo lenticular y núcleos hipotalámicos y talámicos. El estudio inmunohistoquímico no revela patología de tipo Alzheimer relevante, si bien muestra otro tipo de inclusiones celulares.
Conclusiones: Se presenta y discute el diagnóstico neuropatológico final.

ESCLEROSIS DEL HIPOCAMPO ASOCIADA A DEMENCIA: ESTUDIO DE UNA SERIE DE CASOS, EN EL CONTEXTO DE LA DISCUSIÓN ACTUAL.

Alberto Rábano Gutiérrez[1]; Marcelo C. Basbus García[2]; Izaskun Rodal González[1]; David López Motos[3]

1. Neuropatología. Fundación CIEN. 2. Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Segovia. 3. Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: La esclerosis del hipocampo (EH) se ha incorporado a la evaluación neuropatológica de los casos de demencia degenerativa, generalmente como patología combinada, como demuestra su inclusión en las últimas directrices del National Institute of Aging – Alzheimer's Association. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a los tipos de EH, al papel de su sustrato molecular (TDP-43), o a su correlación clínica.
Material y métodos: Se ha estudiado una serie de 444 casos de donación al Banco de Tejidos CIEN y al Banco de Cerebros de la Región de Murcia (2007-2015), con edad al exitus ≤50 años (media, 77,4±11,6). La serie incluye 82 casos (edad, 85,6±6,7 años) de la cohorte del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía (CAFRS), con seguimiento clínico. Se realizó estudio neuropatológico del hemiencéfalo izquierdo. En una subserie de casos EH(+) (n=64) se estudió la distribución topográfica de la esclerosis y de las inclusiones TDP-43(+).
Resultados: En la serie estudiada la EH se asocia a un conjunto limitado de diagnósticos neuropatológicos principales. Los casos con EH asociada a 1) alta probabilidad de Alzheimer, 2) demencia vascular, o 3) demencia frontotemporal (incluyendo taupatías), presentan patrones distintivos de factores sociodemográficos, morfológicos y moleculares asociados. En la cohorte del CAFRS, los casos EH(+) muestran puntuaciones inferiores a los EH(-) en diversas escalas cognitivas y funcionales ($p<0,05$). El estudio morfológico revela estadios de progresión con correlación clínica.
Conclusiones: La EH asociada a demencia constituye una patología neurodegenerativa cada vez mejor conocida en su heterogeneidad, sus determinantes patogénicos y sus implicaciones clínicas.

ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL X CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Jou C[1]., Rebollo M[2]., Petanas-Argemi J[3]., Ulate-Campos A[3]., Sierra C[4]., Armstrong J[5]., Marquez J[6]., Ribalta T[1]., Fons, C[3].

1. Departamento de Anatomía Patológica. 2. Departamento de Radiodiagnóstico. 3. Departamento de Neuropediatria. 4. Departamento de Bioquímica Clínica. 5. Departamento de Genética Molecular. 6. Biobanco HSJD. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

Objetivos: La adrenoleucodistrofia ligada al X (ADLX) es la enfermedad peroxisomal más frecuente. Se produce por mutación en el gen ABCD1. El mecanismo patogénico es por acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga (VLCFA).
Material y Métodos: Estudio clínico-patológico que comprende RM cerebral, estudio histopatológico completo y determinación en plasma de VLCFA.
Resultados: Presentamos un paciente de 10 años con una clínica de regresión cognitiva subaguda con hemiparesia espástica derecha. La RM cerebral mostro una desmielinización y calcificaciones en la evolución afectando al hemisferio izquierdo. El paciente fallece al año de la presentación clínica de la enfermedad tras trasplante de médula ósea. Se observó afectación cerebral bilateral y simétrica, desmielinización de sustancia blanca y acúmulos de macrófagos con material PAS positivo citoplasmático que típicamente se distribuyen en un patrón zonal con tres áreas bien definidas.

Conclusiones: Se trata de un caso de ADLX con hallazgos radiológicos y neuropatológicos atípicos por la afectación asimétrica y las calcificaciones lo que puede conllevar un retraso en el diagnóstico.

CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE MARCADORES RELEVANTES DE ACTIVACION E INHIBICION DEL INFILTRADO INMUNE EN EL GLIOBLASTOMA

Miguel Ángel Idoate Gastearena[1]; Alvaro Lopez Janeiro[1]; Arturo Lecumberri Aznarez[1]; Ricardo Diez Valle[2]; Francisco Guillen Grima[3]; Luis Mejías Sosa[1]

1. Anatomía Patológica. Clínica Universitaria de Navarra. 2. Neurocirugía. Clínica Universitaria de Navarra. 3. Medicina Preventiva. Clínica Universitaria de Navarra

Objetivos: En el glioblastoma (GB) hay mecanismos de inhibición de la respuesta inmune -como el sistema PDL1/PD1 y los macrófagos M2- y de activación linfocitaria. Por otro lado, es necesario cuantificar la expresión tisular de estos marcadores y establecer qué anticuerpos son los adecuados, como es el caso del PDL1.

Material y métodos: Se ha realizado estudio inmunohistoquímico frente a PDL-1 (clones SP142 y 28.8), PD1, CD8, CD137 y CD163 (M2) en 70 GB primarios. Se estimó la expresión de dichos marcadores de forma semicuantitativa y cuantitativa por análisis de imagen. Se correlacionó la intensidad de expresión con la supervivencia de los pacientes. Se realizó un estudio estadístico completo.

Resultados: La expresión de PDL1 clon 28.8 fue positiva en el 30% de los GB, con un patrón predominante de membrana. La expresión de PDL1 clon sp142 fue focal y citoplasmática. La cuantificación del parámetro intensidad, pero no área inmunoteñida, del clon 28.8 de PDL1 y de CD163 correlacionó significativamente con la valoración semicuantitativa ($p<0,0001$). Se apreció expresión de membrana frente a CD137 sólo en ocasionales células linfoides. La expresión de CD163 -pero no del PDL1-, valorada por ambos métodos, se asoció significativamente con una menor supervivencia ($p<0.02$).

Conclusiones: El clon 28.8 frente PDL1 se ha revelado como un anticuerpo válido para la determinación de la expresión de este marcador en el GB. La estimación de la expresión de los marcadores testados sugiere un estado de inactivación de la respuesta inmune, siendo la expresión de CD163 un factor pronóstico de supervivencia en el GB.

MEDULOEPITELIOMA EN MEDIASTINO POSTERIOR

Maria Cristina Caballero Martinez[1]; Maria Aranzazu Juaristi Abaunz[1]; Maddi Garmendia Irizar[1]; Marta Rezola Bajineta[1]; Jose Javier Uriz Monaut[2]; Irune Ruiz Diaz[1]

1. Anatomia Patologica. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. 2. Pediatria. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea

Objetivos: presentación de un caso de patología tumoral infrecuente en una localización poco habitual y revisión de este tipo de tumores en la nueva clasificación de la OMS.

Material y métodos: caso clínico patológico de una niña de 30 meses con un tumor en mediastino posterior que se introduce por los agujeros de conjunción de la columna vertebral provocando desplazamiento de la médula espinal. Con la sospecha clínica de un neuroblastoma se biopsia.

Resultados: El estudio histológico muestra una proliferación tumoral indiferenciada en la que se observan áreas que recuerdan al neuroepitelio primitivo, de patrón papilar y tubular de epitelio pseudoestratificado identificándose una membrana limitante externa. Las celulas mostraban positividad para el estudio inmunohistoquímico para LIN28A (Dr. Perry, Universidad de San Francisco, California). El estudio FISH para la amplificación C19MC fue negativo (Dr. Rosenblum, Memorial Sloan Kettering Cancer Center).

Conclusiones: nuestro caso corresponde a un tumor embrionario con áreas que recuerdan al tubo neural primitivo con expresión inmunohistoquímica de LIN28A pero que carece de amplificación del C19MC, debido a lo cual no puede ser incluído en el grupo de los tumores embrionarios con rosetas multicapas

AFECTACIÓN CEREBRAL EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR GRIPE A: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Elena Martínez Sáez[1]; Nikaoly Ciriaco[1]; Clayton Wiley[2]; Andrés Antón[3]; Cleofé Romagosa[1]; Irma Ramos[1]; Santiago Ramón y Cajal Agüeras[1]

1. Anatomía Patológica. Hospitals Vall d'Hebron. 2.Division of Neuropathology, Pathology Department.University of Pittsburgh Medical Center. 3. Microbiología. Hospitals Vall d'Hebron

Objetivos: Presentación de un caso de encefalitis en el contexto de infección por virus de la gripe A y revisión de la literatura.

Material y métodos: Paciente de 79 años, trasplantado renal, con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, DM2 y FA anticoagulada, acudió a urgencias por clínica respiratoria y disminución del ritmo diurético de una semana de evolución. La auscultación pulmonar era patológica, con aumento de reactantes de fase aguda en la analítica. El aspirado nasofaríngeo resultó positivo para virus de la gripe A (por PCR a tiempo real), se aisló Staphylococcus en el hemocultivo. El paciente desarrolló una insuficiencia renal aguda anúrica con tórpida evolución a insuficiencia respiratoria y falleció a los 8 días de su ingreso.

Resultados: El estudio macroscópico del encéfalo no mostró lesiones relevantes. Histológicamente se encontraron nodulillos microgliales y lesiones desmielinizantes con gran atipia astrocitaria. El estudio por ISH de virus de la gripe A en tejido cerebral fue negativo.

Conclusiones: La afectación de sistema nervioso central por gripe A es la afectación extrarrespiratoria más frecuente. Existen escasos estudios acerca de la neuropatología de casos de infección fatal por virus influenza. La mayoría describen congestión cerebral difusa con edema, sin celularidad inflamatoria, hemorragia subaracnoidea, y sólo algunos pacientes desarrollan una encefalopatía necrotizante aguda.

SARCOMA MENINGEO DE ALTO GRADO CONCORDANTE CON FIBROSARCOMA

Miguel Angel Trigo Cebrian; Isabel Marquina Ibañez; Jorge Alfaro Torres; Sofia Hakim Alonso; Maria Pilar Elena Moneva; Ana Belén Roche Latasa; Jose Ignacio Franco Rubio; María Jesús Viso Soriano; Samira Bakali Badesa; Helen Patricia Almanzar Comas

Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos: Los fibrosarcomas intracraneales son tumores muy raros. Los avances en técnicas inmunohistoquímicas y patología molecular han permitido separar varios tipos específicos, pero queda un grupo de tumores fusocelulares o plemórficos cuyo diagnóstico puede variar en dependencia de los rasgos morfológicos entre sarcoma indiferenciado o fibrosarcoma.

Material y métodos: Varón de 20 años que ingresa por cuadro de afasia motora, paresia faciall, hemiparesia derecha y desorientación. Un TAC urgente mostró una voluminosa lesión frontal izquierda con pequeña área de sangrado intratumoral, captación de contraste, abundante edema y efecto masa sobre el parénquima adyacente que ocasiona desplazamiento de la línea media. Se realizó exéresis macroscópicamente completa de la lesión.

Resultados: Tumor adherido a duramadre formado por haces amplios entrecruzados de células fusiformes monomorfas con abundantes mitosis y algún foco de necrosis. Se aprecian vasos dilatados "en asta de ciervo" que le dan un patrón hemangiopericitoide. El tumor invade extensamente corteza cerebral siguiendo los espacios perivasculares. El tumor es inmunopositivo para Vi-

mentina y p53. Siendo negativos EMA, CD34, CD31, BCL2, Actina, Desmina, HMB45, GFAP, S100, MyoD1, Miogenina, Enolasa y Beta-Catenina. FISH para sarcoma sin alteraciones. El diagnostico final fue de SARCOMA MENÍNGEO DE ALTO GRADO compatible con FIBROSARCOMA. El paciente fue tratado con RT adyuvante. Posteriormente, ha presentado dos recidivas en la misma localización.

Conclusiones: Es importante realizar diagnóstico diferencial con otros tumores con patrón fusocelular como meningioma maligno, tumor fibroso solitario, sarcoma sinovial, gliosarcoma o metástasis valorando las caractéristicas morfológicas, inmunohistoquímicas o moleculares específicas. El diagnóstico diferencial con el sarcoma indiferenciado de células fusiformes es muy subjetivo.