

XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Valenciana de Neurología

Alicante, 17-18 de febrero de 2017

1.

Mononeuritis múltiple en el contexto de enfermedad de Chagas. A propósito de un caso

M. Torregrosa Ortiz, M. Álvarez Saúco, P. Jerez García, L. Lorente Gómez, F. Alberola Amores, J. Llenas García, J. Alom Poveda

Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La enfermedad de Chagas no es infrecuente en España debido a la inmigración sudamericana. Es bien conocido que en el estadio crónico de la enfermedad de Chagas puede existir daño visceral en forma de miocardiopatía dilatada, megacolon y megaesófago. También puede haber afectación del sistema nervioso periférico, principalmente en forma de polineuropatía. **Caso clínico.** Mujer boliviana de 54 años, que presenta desde hace al menos diez años un cuadro progresivo de parestias de distribución parcheada y predominio hemicorporal derecho. En la exploración neurológica destaca el cuadro sensitivo e hiporreflexia en los miembros inferiores. Acude a consultas de Neurología y se solicitan pruebas complementarias, que incluyen estudio analítico, serológico y neurofisiológico exhaustivos, y neuroimagen. Un mes después es diagnosticada de enfermedad de Chagas en probable fase crónica y se inicia tratamiento con benznidazol. El registro neurofisiológico evidencia una polineuropatía de tipo axonal, sensitiva, asimétrica y predominante en algunos trayectos, compatible con mononeuritis múltiple. Tras haber descartado causas secundarias autoinmunes, otros agentes infecciosos o tóxicos y procesos compresivos/infiltrativos, se considera que el cuadro clínico podría relacionarse con

la enfermedad de Chagas. Tras el tratamiento con benznidazol, la paciente presenta resolución parcial de la sintomatología. **Conclusiones.** Este caso destaca la importancia de incluir la enfermedad de Chagas como parte del diagnóstico diferencial de polineuropatías/mononeuritis múltiple en pacientes procedentes de zonas endémicas para esta enfermedad. Aunque entre los efectos adversos del benznidazol figure la polineuritis periférica, la paciente presentó la sintomatología previamente a la administración del fármaco. Esta enfermedad también debe tenerse presente como causa de iclus en estos pacientes, de etiología embolígena por la afectación cardíaca.

2.

Neuronopatía sensitiva subaguda asociada a anticuerpos anti-Hu sin neoplasia asociada tras cinco años de seguimiento: a propósito de un caso

C. Nieves, J. López Arqueros, M. Campins, T. Sevilla, L. Bataller

Servicio de Neurología; Hospital Universitari i Politècnic La Fe; Valencia. Sección de Neurología; Hospital General de Requena.

Introducción. La neuronopatía sensitiva subaguda es un síndrome paraneoplásico clásico asociado generalmente a cáncer de pulmón y anticuerpos anti-Hu. La sensibilidad y especificidad de estos anticuerpos para detectar un cáncer es del 82% y 99%, respectivamente. Se presenta una paciente excepcional con neuronopatía sensitiva subaguda y anticuerpos anti-Hu no asociado a cáncer. **Caso clínico.** Mujer de 39 años, que consultó por un cuadro progresivo de tres meses de evolución de adormecimiento de las extremidades, lo que le causaba

dificultad para la marcha y torpeza manipulativa. En la exploración física destacaban hipoalgesia parcheada, abolición de la sensibilidad vibratoria distal y ataxia apendicular y troncular de características sensitivas. No se detectó afectación motora. Un estudio de conducciones mostró datos compatibles con ganglionopatía posterior multifocal. Una resonancia magnética medular objetivó un aumento de intensidad de señal de los cordones posteriores de la médula en D2. Se detectaron anticuerpos anti-Hu en suero. Los estudios de detección de neoplasia (incluyendo PET-TAC corporal) y del síndrome de Sjögren fueron negativos. Se comenzó tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas, que no fueron eficaces, por lo que se administró tratamiento de inducción con rituximab (cuatro dosis semanales) y ciclofosfamida (seis ciclos mensuales). Con ello se consiguió la estabilización de la clínica. Se realizaron PET-TAC corporales seriados cada seis meses durante cuatro años, que fueron normales. **Conclusiones.** La neuronopatía sensitiva subaguda con anticuerpos anti-Hu puede excepcionalmente ocurrir en pacientes sin un cáncer oculto demostrable. El tratamiento combinado agresivo con rituximab y ciclofosfamida puede ser eficaz para estabilizar el cuadro clínico.

3.

Psicosis postictal en pacientes con epilepsia refractaria

R. Baviera Muñoz, L. Monrós Giménez, V. Villanueva Haba, A. Gómez Ibáñez, K. Gil Hampel, T. Rubio Granero

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La psicosis postictal se define como un episodio psicótico, de

entre 24 horas y tres meses de duración, que aparece en la primera semana tras una crisis epiléptica. Generalmente se precede de un intervalo lúcido asintomático y suele asociar cierto grado de confusión con déficits atencionales y alteraciones en el ciclo vigilia-sueño. **Objetivos.** Caracterizar, a partir de dos casos clínicos, los cuadros psicóticos postictales e identificar factores favorecedores y medidas terapéuticas empleadas. **Casos clínicos.** Caso 1: varón de 48 años, con epilepsia parcial sintomática en relación con esclerosis mesial temporal derecha, que presenta crisis parciales complejas secundariamente generalizadas. Desarrolla a las 24 horas tras la crisis un cuadro psicótico consistente en alucinaciones visuales complejas e ideación delirante de contenido espiritual poco sistematizado, asociando ánimo eufórico. Caso 2: mujer de 49 años, con epilepsia parcial criptogénica con crisis parciales complejas sin generalización secundaria. Durante monitorización con video-EEG presenta una crisis parcial compleja secundariamente generalizada tonicoclónica, tras la cual desarrolla delirios abigarrados y congruentes con estado de ánimo, que varía desde la euforia a síntomas depresivos graves. En el EEG se observa un origen temporal derecho y ondas agudas epileptiformes bitemporales. **Conclusiones.** Las psicosis postictales son cuadros de corta duración que típicamente asocian sintomatología afectiva. Se desarrollan con más frecuencia en epilepsias farmacoresistentes con crisis parciales complejas de origen temporal derecho; la generalización tras *cluster* de crisis es también habitual. En el EEG suele observarse, como en el caso 2, actividad epileptiforme bitemporal. Responden a dosis bajas de antipsicóticos y benzodiacepinas y para evitar recidivas se

debe optimizar el control de las crisis. Es importante su conocimiento para la identificación y tratamiento precoz que evite sistematización y cronificación del cuadro delirante.

4.

Encefalopatía de Wernicke en dos casos con hallazgos radiológicos típicos

F. López González, L. González Fernández, C. Díaz Marín, R.M. Sánchez Pérez, J. Giménez Martínez, S. Palao Duarte, A. Heras Pérez, D. Corona González, C. Díaz Urrea, P. Barredo Benítez, R.M. García Tercero, J. Gualda Heras

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La encefalopatía de Wernicke es un síndrome neuropsiquiátrico producido por déficit de tiamina. Su tríada clínica característica consiste en trastornos de la movilidad ocular, ataxia y cuadro confusional. **Casos clínicos.** Caso 1: mujer de 67 años, con antecedentes de tumor gástrico, gastritis crónica atrófica autoinmune y vómitos frecuentes, que ingresa por vértigo de dos semanas de evolución y posterior aparición de diplopía binocular, ptosis de ojo derecho e inestabilidad de la marcha. Caso 2: mujer de 51 años, con hábito enólico, que ingresa por síndrome vertiginoso, náuseas, diplopía binocular vertical y amnesia de cinco días de evolución. Se realizó una resonancia magnética craneal a ambas pacientes, en la que se observó un aumento de señal en el tálamo, esplenio del cuerpo calloso, región periacueductal y cuerpos mamilares, compatible con encefalopatía de Wernicke. En un control radiológico realizado al mes de inicio del tratamiento con tiamina se ha observado una tendencia a la resolución de las lesiones. **Conclusiones.** El diagnóstico de la encefalopatía de Wernicke es esencialmente clínico, pero su baja prevalencia y su heterogeneidad clínica, junto con las dificultades técnicas para determinar la concentración plasmática de tiamina, hacen que esté infradiagnosticada. Es importante su diagnóstico porque con un tratamiento precoz adecuado la reversibilidad

del cuadro es alta. Por ello, la resonancia magnética craneal tiene un papel fundamental en el diagnóstico de esta enfermedad. Además, cabe destacar que las alteraciones de señal en localizaciones atípicas son más frecuentes en pacientes no alcohólicos que en bebedores.

5.

Ictus isquémico embólico por endocarditis infecciosa inusual

L. Saláis López, M. Peinazo Arias, M.P. Yanguas Ramírez, M. Mateo Casas, H. Aparicio Collado

Hospital General de Castellón.

Introducción. La endocarditis infecciosa por *Achromobacter xylosoxidans* es muy infrecuente; sólo se han descrito 13 casos en la bibliografía anglosajona. Afecta a pacientes inmunodeprimidos y portadores de válvulas protésicas. Se trata de un bacilo gramnegativo implicado en bacteriemias, meningitis y neumonías, entre otras infecciones. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, que ingresó por inestabilidad para la marcha de tres semanas de evolución asociada a síndrome constitucional. Como antecedentes, era portadora de una válvula mitral protésica, presentaba una fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol y padecía cirrosis hepática. En la exploración se observó marcha inestable, con tendencia a la lateropulsión izquierda, tándem imposible y signo de Babinski izquierdo. Durante el ingreso presentó elevación de marcadores sépticos, con hemocultivos seriados positivos para *A. xylosoxidans*. La primera resonancia magnética cerebral mostró infartos lacunares múltiples en ambos hemisferios y territorio posterior en diferentes estadios evolutivos, de carácter embólico. Se inició tratamiento empírico con imipenem ante la sospecha de endocarditis infecciosa. Posteriormente apareció nuevo déficit consistente en parálisis facial derecha y disartria. En la segunda resonancia magnética cerebral (27 días tras la primera), aparecieron nuevos infartos agudos lacunares en múltiples territorios. La ecocardiografía transtorácica no eviden-

ció alteraciones, pero la transesofágica detectó una vegetación filiforme sobre la prótesis mitral. Se cambió el tratamiento antibiótico y se remitió a Cirugía Cardíaca para recambio valvular. Tuvo una buena evolución posquirúrgica, sin nuevos episodios embólicos y con hemocultivos negativos. **Conclusiones.** Se trata del primer caso de endocarditis infecciosa por *A. xylosoxidans* complicada con infartos cerebrales embólicos. Consideramos crucial mantener una elevada sospecha en pacientes con factores de riesgo que desarrollen cuadros insidiosos de afectación sistémica constitucional e ictus, pues el retraso en su diagnóstico y su gran resistencia a antibióticos se asocian a una elevada mortalidad.

6.

Hiponatremia como forma de inicio clínico de un aneurisma intracraneal

E. Martínez Monte, A. Ramos Pachón, D. García López, R. Alejandro Regajo, A. Ponz, R. Chamarro

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. Los aneurismas de la arteria carótida interna en su trayecto cavernoso o supraclinoideo son una causa poco frecuente de hipopituitarismo primario. **Caso clínico.** Mujer de 63 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, intervenida de una fístula carotidocavernosa derecha con oclusión carotídea hace 30 años, y como secuela, amaurosis del ojo derecho. Consulta por un cuadro de astenia, anorexia y náuseas de tres semanas de evolución, asociando en la semana previa alteración del estado de ánimo con humor depresivo, dificultad en la capacidad de concentración y confusión. Ingresó por alteración progresiva del nivel de conciencia, con tendencia a la somnolencia. Se detecta un sodio de 105 mEq/L. En la tomografía computarizada se objetiva una masa sellar de crecimiento supra y paraselar izquierdo, que ocupa la mayor parte de la silla turca, compatible con un aneurisma de la arteria carótida interna. En el estudio de función hipofisaria presenta un hipotiroidismo secunda-

rio (T4L: 0,3; TSH: 2,82), hipogonadismo hipogonadotropo (LH: 0,1; FSH: 0,6) e hiperprolactinemia (prolactina: 44,7). Se realiza el test de hipoglucemia insulínica y hormona tirotrópica, cuyos resultados son compatibles con afectación del eje hipotálamo-hipofisario. **Conclusiones.** Los aneurismas en el área sellar son una entidad que, aunque infrecuentes, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores hipofisarios, que pueden ser causa de hipopituitarismo. En este caso se produce un retraso en el diagnóstico del déficit hormonal por ausencia de síntomas típicos previos a la presentación de un cuadro confusional secundario a hiponatremia.

7.

Ictus isquémico secundario a displasia fibromuscular

F.J. Alberola Amores, M. Torregrosa Ortiz, M. Bonet de la Nuez, L. Maruhenda Bermejo, L. Navarro Cantó, L. Lorente Gomez, J. Alom Poveda

Hospital General Universitario de Elche.

Introducción. La displasia fibromuscular es una enfermedad que afecta predominantemente a mujeres jóvenes con una prevalencia del 0,02%. Se considera una variedad de arteriopatía no arteriosclerótica ni inflamatoria, que afecta sobre todo a las arterias cervicales y renales de mediano calibre. **Caso clínico.** Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés, que tras actividad sexual sufre un episodio autolimitado de 15 minutos de debilidad motora en el miembro inferior izquierdo y sensación de mareo. En la resonancia magnética encefálica se observa un ictus isquémico agudo parietal izquierdo, y un estudio neurosonológico detecta un flujo amortiguado, sin apenas sístole, en todo el territorio de la arteria carótida interna izquierda (ACII) desde su origen, compatible con estenosis crítica, además de una amortiguación del flujo y disminución del índice de pulsatilidad en la arteria cerebral media izquierda. En la angiotomografía de troncos supraaórticos se detectan hallazgos compatibles con disección carotídea junto con un aneurisma en la ACII, por lo

que se amplía estudio con angiografía, que objetiva una imagen en collar de cuentas en ambas carótidas, un gran pseudoaneurisma en la ACII y disección arterial hasta la entrada de ésta en el canal óseo petroso, compatible con una displasia fibromuscular. En la angiotomografía abdominal no se encuentra afectación de las arterias renales. **Conclusiones.** La displasia fibromuscular es una patología poco frecuente que puede ser silente durante años hasta que se produce una complicación. La causa se desconoce, aunque se ha relacionado con el déficit de α_1 -antitripsina y con las conectivopatías (síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan). No existe consenso entre los profesionales para su tratamiento (antiagregación frente a anticoagulación). Esta paciente fue dada de alta con anticoagulación durante tres meses, con posterior reevaluación y cambio a antiagregación de forma indefinida.

8.

Tratamiento endovascular de pacientes con ictus agudo por oclusión en tándem: cohorte del Hospital General de Alicante

C. Díaz Urea, J.C. Rayón Aledo, N. López Hernández, J.I. Gallego León, I. Beltrán Blasco, L. Llorente Ayuso, G. Barbieri, M. Przyszlak

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La oclusión aguda en tándem de la arteria carótida interna y un gran vaso intracraneal se asocia con un mal pronóstico. La mejor aproximación en el manejo endovascular no está clara. Describimos nuestra experiencia desde febrero de 2014. **Pacientes y métodos.** Análisis retrospectivo de los datos prospectivamente recopilados para los pacientes con oclusión en tándem que se sometieron a un tratamiento endovascular agudo. Estamos a favor de un abordaje de distal a proximal, evitando *stenting* si hay buena colateralización. Si la colocación de *stent* es necesaria, administraremos el ácido acetilsalicílico intravenoso de forma aguda y clopidogrel después de una tomografía computarizada de 24 horas. Se recogieron va-

riables demográficas, radiológicas y clínicas relacionadas con los resultados. **Resultados.** Nuestra cohorte cuenta con 30 pacientes, con una edad media de 63 años, 24 hombres (80%). Media ASPECTS: 7,9. Media NIHSS al llegar: 16,17. El 60% recibieron trombolisis intravenosa. Tiempo hasta punción femoral (medio): 233 minutos. Veintitrés pacientes (76,6%) se sometieron a un abordaje de distal a proximal. El tratamiento carotídeo fue indicado en 16 casos: 13, *stenting* agudo; dos, *stenting* diferido, y uno, tratamiento quirúrgico diferido. El TICI 2B-3 se alcanzó en el 63,3%. La hemorragia sintomática (PH1/PH2) ocurrió en el 26,6%. En dos casos, el *stent* carotídeo se trombosó poco después del procedimiento, y en el 0%, reictus. Un Rankin favorable (mRs: 0-2) se logró en el 27,5%. **Conclusiones.** A pesar del ensayo de control aleatorizado que demuestra la efectividad de la trombectomía, todavía existe un vacío de investigación sobre las oclusiones en tándem. Se necesitan más investigaciones y directrices para el manejo endovascular de las oclusiones en tándem.

9.

Signo del halo vertebral en pacientes con arteritis de células gigantes e ictus isquémico. Descripción de dos casos

J. Gualda, N. López, I. Beltrán, P. Barredo, C. Díaz, D. Corona, R.M. García, L. González, A. Heras, F. López

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La arteritis de células gigantes es una vasculitis inmunomediada que afecta a vasos de mediano y gran calibre. Se asocia a ictus en un 3-7% de los casos, suponiendo la principal causa de muerte en estos pacientes. **Casos clínicos.** Dos varones de 75 (caso 1) y 70 años (caso 2). En el estudio diagnóstico, ambos pacientes presentaron cifras elevadas de velocidad de sedimentación globular (60 y 74 mm/h, respectivamente). Se realizó estudio neurosonológico con hallazgo de signo del halo en arterias temporales y vertebrales en ambos pacientes. Debido a la alta sospecha clínica,

sólo en el caso 1 se requirió confirmación histológica mediante biopsia temporal para el diagnóstico. Ambos pacientes fueron tratados con corticoterapia en dosis altas, con mejoría clínica hasta la fecha, exceptuando la clínica visual, que se mantiene. **Conclusiones.** La presencia de signo del halo vertebral podría asociarse a un mayor riesgo de desarrollar ictus isquémico en pacientes con arteritis de células gigantes y, por tanto, el estudio sistemático de arterias vertebrales mediante dúplex color ante la sospecha de esta entidad podría ser beneficioso. Sería de gran interés la realización de estudios para evaluar estas hipótesis.

10.

Mielopatía compresiva diagnosticada mediante mielografía convencional: comunicación de un caso

N. Jannone Pedro, J. Juni Sanahuja, C. Quintanilla Bordás, L. Álvarez Sánchez, H.J. Domínguez González

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. Los déficits neurológicos tras la cirugía de columna lumbar resultan infrecuentes y habitualmente son radiculopatías en el nivel de la intervención. Por otro lado, la mielografía prácticamente se ha abandonado en favor de la resonancia magnética debido a su invasividad y laboriosidad. El objetivo es comunicar un caso de mielopatía compresiva cuyo diagnóstico se realizó mediante mielografía convencional. **Caso clínico.** Mujer de 58 años, con antecedentes de cirugía de escoliosis, hernias lumbares y artrodesis L4-S1. Se reinterviene con artrodesis D12-L5 y a los seis meses consulta por dolor dorsolumbar de inicio brusco al incorporarse de la cama. En la exploración destaca una paraparesia hiperrefléctica e hipotesia en D12. La TAC dorsolumbosacra no muestra afectación del canal espinal y la resonancia magnética cervicodorsolumbar se realiza de forma subóptima debido a los artefactos generados por los tornillos de fijación. En D11-D12 se observa un dudoso engrosamiento medular (posible artefacto). Se realiza una mielografía convencio-

nal con iohexol y se visualiza *stop* de la sustancia de contraste en D11-D12, adyacente a los tornillos de fijación. La paciente es intervenida en dos ocasiones, con laminectomía descompresiva y extracción de los tornillos en D11-D12, tras lo cual presenta una mejoría neurológica parcial. **Conclusiones.** En los estudios sobre complicaciones neurológicas tras cirugía lumbar, las lesiones medulares son infrecuentes, pero suelen abarcar un período de 90 días. En los países desarrollados, la mielografía convencional casi ha sido sustituida por la resonancia magnética. Es una técnica generalmente segura, cuya utilidad sería en los casos de sospecha clínica elevada con resonancia magnética normal, como en este caso.

11.

Plexopatía axonal por herpes zóster

L. Álvarez Sánchez, C. Quintanilla Bordas, N. Jannone Pedro, H.J. Domínguez González

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción. La neuropatía axonal con afectación motora se trata de una afectación descrita tras la infección por virus varicela zóster (VZV). **Caso clínico.** Mujer de 72 años, con enfermedad de Parkinson asociada, que cursó lesiones cutáneas de VZV días previos a presentar pérdida de fuerza en el brazo derecho, con dolor neuropático y parestesias en dicha extremidad. La paciente ingresó en nuestro centro, donde se realizaron pruebas de imagen (resonancia magnética del plexo braquial y cervical y tomografía computarizada cerebral), analítica sanguínea con serologías y electromiograma, el cual demostró neuropatía axonal grave del nervio axilar y musculocutáneo derecho, con signos acusados de denervación activa. Con las pruebas de imagen se descartó daño estructural del plexo cervical. En la serología del VZV fue positiva tanto la IgG como la IgM. La paciente mejoró parcialmente tras el tratamiento con aciclovir y con rehabilitación, y actualmente se encuentra en seguimiento. **Conclusiones.** Las infecciones, tanto

bacterianas como víricas, entran dentro del diagnóstico diferencial de las polineuropatías. El diagnóstico se basa en la historia clínica, en la exploración física y en el electromiograma (mostrándose de forma típica denervación aguda en un nervio específico o de forma parcheada por todo el plexo). Tras el control analgésico se recomienda iniciar tratamiento rehabilitador para conservar la movilidad articular y recuperar la fuerza muscular.

12.

Síndrome sensitivo y pupila tónica como manifestación de un síndrome paraneoplásico

L. Álvarez Sánchez, J. Juni Sanahuja, C. Quintanilla Bordas, N. Jannone Pedro, H.J. Domínguez González

Hospital General Universitario de Valencia.

Caso clínico. Varón de 65 años, con cuadro de hipoestesia de nueve meses de evolución en las plantas de ambos pies, empeoramiento progresivo y extensión hasta incluir raíz de miembros, asociando desde hace tres meses área de hipoestesia en el mentón y el labio inferior. Además, el paciente presentaba anisocoria con pupila tónica del ojo izquierdo. Dichas alteraciones se manifestaron como síndrome paraneoplásico en carcinoma de pulmón. El paciente fue ingresado para realizar estudio y tratamiento. Se realizó analítica sanguínea, incluyendo marcadores tumorales, estudio hormonal, estudio del hierro, proteinograma y serologías. También se realizó TC cerebral, resonancia magnética cerebral, cervical, dorsal y lumbosacra, TC toracoabdominopélvica, electromiografía, broncoscopia con biopsia (con posterior resultado de anatomía patológica) y punción lumbar. Para el estudio del defecto pupilar se realizó test de pilocarpina. Como tratamiento se iniciaron inmunoglobulinas intravenosas. Se obtuvo confirmación de polineuropatía sensitivomotora de características axonales en miembros inferiores y mediante el test de pilocarpina se diagnosticó pupila tónica de Adie. Mediante TC torácica se visualizaron tres nódulos pulmonares (dos en el lóbulo medio

derecho y uno en el lóbulo superior izquierdo) que posteriormente, mediante anatomía patológica, se diagnosticó de carcinoma no microcítico de pulmón. Tras el tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, el paciente presentó mejoría de las parestesias referidas. Fue dado de alta remitido a consultas de oncología, neurología y oftalmología. El paciente no pudo iniciar tratamiento oncológico por *exitus letalis* por derrame pleural maligno e infección respiratoria. **Conclusiones.** Los síndromes neurológicos paraneoplásicos son un grupo de trastornos que pueden afectar a cualquier parte del sistema nervioso y suelen preceder al diagnóstico del cáncer. El objetivo principal en el manejo de cualquier síndrome neurológico paraneoplásico debe ser la identificación y el tratamiento del cáncer.

13.

Eficacia del tratamiento multidisciplinar intensivo en un caso de encefalopatía anóxica tras muerte súbita durante la práctica deportiva

V. Carrión Téllez, E. Sánchez Durán, G. Sirvent Parra, J.J. Hernández Martínez

Hospital de Rehabilitación Neurológica Casaverde Alicante.

Introducción. Pese a su baja incidencia, la encefalopatía anóxica tras muerte súbita asociada a la práctica deportiva conlleva un gran impacto funcional para el individuo debido a las secuelas neurológicas. Existen escasos estudios sobre la rehabilitación tras dichos eventos. **Objetivo.** Analizar la eficacia del tratamiento multidisciplinar rehabilitador en un caso de encefalopatía anóxica tras muerte súbita producida durante la práctica deportiva. **Caso clínico.** Varón de 19 años, que sufre una parada cardiorrespiratoria durante un partido de fútbol. Se realiza reanimación cardiopulmonar básica durante 20 minutos hasta la llegada del equipo de atención médica de urgencias. Se detecta fibrilación ventricular y se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada, tras lo cual precisa ingreso hospitalario en cuidados intensivos. Posteriormente, ingre-

sa en el Hospital de Rehabilitación Casaverde y recibe semanalmente cinco sesiones de neuropsicología, diez de fisioterapia, diez de terapia ocupacional y tres de logopedia durante seis meses. Las pruebas de evaluación empleadas son: MMSE de Folstein, protocolo corto de afasia, HRDS, HAM-A, NPI, DOSS para habilidades cognitivas y conductuales, FIM+FAM, escala de Rankin modificada, índice de Barthel para evaluación funcional, test de Tinetti, escala de Berg, evaluación de marcha de Sagunto e índice motor para habilidades motoras. Comparando las puntuaciones al ingreso y al alta se objetivaron mejorías en el estado cognitivo y conductual (MMSE de Folstein, 20/30; HRDS, 20/0; HAM-A, 14/0; NPI, 25/0; protocolo corto de afasia, 95/110), situación funcional (Rankin, 4/2; FIM+FAM, 27+23/107+64; Barthel, 0/95) y habilidades motoras (Tinetti, 1/28; Berg, 4/55; evaluación de marcha de Sagunto, 0/4; índice motor, D: 39, I: 33,5/D: 99, I: 99).

Conclusiones. El tratamiento neurorehabilitador multidisciplinar intensivo es eficaz para mejorar los aspectos cognitivos, funcionales y físicos en pacientes con encefalopatía anóxica tras muerte súbita asociada a la práctica deportiva. No obstante, es importante una mayor investigación para establecer protocolos de rehabilitación estandarizados en casos como el presentado.

14.

Ictus isquémico cardioembólico en la era de los nuevos anticoagulantes orales

A. Ramos Pachón, R.A. Regajo Gallego, D. García López, E. Martínez Monte, R. Chamarro Lázaro, R. Gil Gimeno, A. Ponz de Tienda, J.M. Láinez Andrés

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. El ictus isquémico cardioembólico ocasiona más del 25% de los infartos cerebrales, muchos de ellos relacionados con la fibrilación auricular no valvular (FANV). **Objetivo.** Determinar las características clínicas y manejo terapéutico y preventivo tras un ictus en los pacientes con FANV en tratamiento anticoagulante oral. **Pa-**

cientes y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos mayores de 18 años, con diagnóstico de ictus isquémico durante 2015 y FANV ya en tratamiento con anticoagulantes orales. Se describen datos clínicos, terapéuticos y de evolución. Se analizan diferencias entre subgrupos terapéuticos. **Resultados.** Se dispone de una muestra de 29 pacientes, 14 varones y 15 mujeres, de $80,24 \pm 8,5$ años. Presentan de media un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{VASc}$ de 4,62 y HAS-BLED de 2,52. Seis pacientes están en tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa, y 22, con antivitamina K, de los cuales el 77,3% en rango terapéutico. El NIHSS al ingreso es de $10,21 \pm 7,22$ puntos. Sólo se registra una transformación hemorrágica con repercusión clínica. Se reinicia la anticoagulación a los $1,52 \pm 3,60$ días. Al alta, el NIHSS es de $5,46 \pm 5,66$, y el Rankin modificado, de $3,59 \pm 5,99$, que a los tres meses es de $2,96 \pm 2,16$. Se producen cinco fallecimientos durante el ingreso y cuatro más al año de seguimiento. Al año, de los 20 supervivientes, dos sufren recurrencia isquémica. En el análisis comparativo no se han observado diferencias entre el grupo de tratamiento de antivitamina K respecto a anticoagulantes orales de acción directa. **Conclusiones.** En nuestra serie, los pacientes sometidos a trombectomía mecánica percutánea presentaron una frecuencia de transformaciones hemorrágicas similar a los tratados con trombólisis intravenosa previa, aunque sí se observa una mayor proporción de discapacidad y mortalidad en comparación a estos últimos.

15.

Mielinólisis centropontina

R. Yaya Huaman, S. Villalba Agustín

Unidad de Neuropsicología.
Universidad Católica de Valencia.

Introducción. Se presenta el primer caso de mielínólisis centropontina diagnosticado en España mediante resonancia magnética cerebral. **Caso clínico.** Mujer de 35 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, que tras un éxito laboral ingiere dos botellas

de whisky en un fin de semana. Quince días más tarde acude a la consulta presentando una liberación corticoespinal, ataxia cerebelosa y síntomas corticobulbares. Se comentan las características de neuroimagen y potenciales evocados trimodales y comportamiento electrolítico. **Conclusiones.** Durante las dos décadas siguientes, se hace un seguimiento clínico, comprobando mínimas secuelas neurológicas, y la paciente se somete a una terapia de deshabituación alcohólica.

16.

Asistencia a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica en la Comunidad Valenciana: estado de la cuestión y propuesta organizativa

J.F. Vázquez Costa, C. Díaz Marín, R.M. Vilar Ventura, T. Sevilla Mantecón

Hospital General de Alicante.
Hospital General de Castellón.

Introducción. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad rara, grave y que precisa atención multidisciplinar. Las unidades multidisciplinarias de ELA, cuya composición viene determinada en guías internacionales, han demostrado aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, existe disparidad entre los modelos de atención entre los distintos países. Uno de esos modelos es la atención en redes asistenciales, que permite combinar la atención en centros de referencia con los de zona, formando una única unidad asistencial. **Objetivo.** Analizar la situación asistencial de la ELA en distintos centros de la Comunidad Valenciana y proponer un modelo asistencial. **Materiales y métodos.** Se distribuyó un formulario entre distintos neurólogos de la Comunidad Valenciana para recoger detalles sobre el proceso diagnóstico y terapéutico de pacientes con ELA. **Resultados.** Un total de 19 centros respondieron a la encuesta y se identificaron cuatro niveles asistenciales: unidades multidisciplinarias de ELA que disponen de atención coordinada y garantizan la atención recomendada en las guías internacionales; centros con recursos necesarios

para constituirse como unidades multidisciplinarias, pero que en este momento carecen de la estructura necesaria para considerarse como tales; centros con capacidad de asumir la mayoría de funciones de las unidades multidisciplinarias, pero no todas; y centros con recursos asistenciales muy limitados y áreas asistenciales pequeñas (poca experiencia). **Conclusiones.** Existen notables carencias y desigualdades asistenciales en los pacientes con ELA según el centro. Por las características de la enfermedad y de la Comunidad Valenciana, la atención en red es un modelo que puede dar respuesta a las necesidades asistenciales de los pacientes, mejorando su supervivencia y calidad de vida.

17.

Descripción de dos clusters geográficos de neuropatías genéticas tipo Charcot-Marie-Tooth en la Comunidad Valenciana

M. Frasquet Carrera, R. Sivera Mascaró, M. Barreiro González, V. Lupo, M.J. Chumillas Luján, E. Millet Sancho, J.F. Vázquez Costa, C. Espinós Armero

Centro de Investigación Príncipe Felipe; Program on Rare and Genetic Diseases; Valencia. Servicio de Neurofisiología; Servicio de Neurología; Hospital Universitari i Politècnic La Fe; Valencia.

Introducción. En las formas axonales de Charcot-Marie-Tooth, CMT2 y AED, el diagnóstico clínico puede ser difícil y los estudios genéticos tienen un rendimiento bajo. Conocer las formas más frecuentes de CMT2/AED y su distribución en la Comunidad Valenciana puede ayudar a dirigir el diagnóstico. Hemos identificado dos zonas donde las neuropatías genéticas causadas por las mutaciones dominantes p.R120W GDAP1 y p.R140G HSPB1, respectivamente, son frecuentes. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y el área geográfica de distribución de estas mutaciones. **Pacientes y métodos.** De una serie clínica de 1.382 pacientes diagnosticados de Charcot-Marie-Tooth se han seleccionado aquellos que presentan las mutaciones p.R120W GDAP1 y p.R140G HSPB1. Se

han excluido las familias no originarias de la Comunidad Valenciana. Los pacientes han sido valorados en la Unidad de Enfermedades Neuromusculares del Hospital La Fe y se les ha realizado un examen neurológico y electrofisiológico estándar. El estudio genético se ha realizado por medio de diferentes métodos: estudio secuencial de genes causantes de CMT2/AED, panel de genes o secuenciación directa del gen candidato. **Resultados.** Mutación p.R140G HSPB1: se han identificado 17 pacientes de cinco familias no relacionadas, todas procedentes del Baix Maestrat. El perfil clínico se caracteriza por inicio tardío y clínica de predominio motor distal en miembros inferiores. En algunos casos existe hiperCKemia alta y signos miopáticos o de hiperactividad motora en el estudio electrofisiológico. Mutación p.R120W GDAP1: se han identificado 19 pacientes de ocho familias con la mutación dominante. Las familias proceden de un área geográfica que se distribuye en cinco comarcas en un radio de 25 km. El fenotipo es de CMT2, pero existe una enorme variabilidad intrafamiliar en la expresión de la enfermedad. **Conclusiones.** En la Comunidad Valenciana existen dos zonas geográficas con una alta prevalencia de las mutaciones p.R120W GDAP1 y p.R140G HSPB1. Conocer el fenotipo y su distribución puede facilitar el diagnóstico.

18.

Eficacia de un sistema multimodal cerrado basado en estimulación eléctrica transcraneal y realidad virtual para la rehabilitación del miembro superior en pacientes con ictus crónico y hemiparesia grave

E. Noé, R. Llorens, M. Fuentes, C. Colomer, B. Moliner, C. Rodríguez, P. Ugart, P. Galán, A. Borrego, E. Fernandez, A. Baldoví, E. Hervás, B. Collado, P. Moreno, J. Latorre, J. Ferri

Servicio de Neurorrehabilitación y Daño Cerebral de los Hospitales NISA; Fundación Hospitales NISA. Instituto Interuniversitario de Investigación en Bioingeniería y Tecnología Orientada al Ser Humano (LABHUMAN); Universitat Politècnica de València.

Introducción. El déficit motor del miembro superior es causa de discapacidad hasta en el 85% de los ictus. En el caso de déficits graves, las herramientas de rehabilitación son muy limitadas, lo que ensombrece aún más su pronóstico. Algunas técnicas, como la estimulación eléctrica transcraneal o la realidad virtual, se han empleado con eficacia de forma independiente en esta población. **Objetivo.** Demostrar la eficacia de una intervención multimodal cerrada basada en estimulación eléctrica transcraneal y realidad virtual en pacientes con ictus crónicos y paresias braquiales graves. **Pacientes y métodos.** Nueve pacientes con ictus de más de seis meses de evolución y con un déficit motor braquial grave (Fügl-Meyer < 19) participaron en un estudio con diseño A-B-A. La fase A (control) consistía en 20 sesiones de 40 minutos de fisioterapia convencional, y la fase B (intervención), en 20 minutos de trabajo con el sistema y 20 minutos de fisioterapia convencional. Durante la intervención (fase B), el paciente se situaba frente a un entorno virtual que reflejaba la propia ejecución de una tarea de alcance motor ajustada al *feedback* visual (EyeX-Tobii Technology AB) o motor (Myo-Talmic Labs) proporcionado por el propio paciente. Durante la tarea motora, el paciente recibía una corriente de estimulación eléctrica transcraneal (Starstim-Neuroelectrics) de 2 mA (ánodo en M1 afectado), asociado a *feedback* táctil y audiovisual en función de su ejecución motora. Para la valoración se empleó la escala de Fügl-Meyer y el *Wolf Motor Function Test* (WMFT). Los resultados se analizaron mediante un test de Wilcoxon pareado. **Resultados.** Los pacientes mostraron una mejoría significativa tanto en la escala de Fügl-Meyer ($p = 0,03$) como en el WMFT ($p = 0,04$ en tiempo y habilidad) durante la fase de intervención. Dicha mejoría se mantuvo una vez finalizado el tratamiento ($p = 0,1$). **Conclusiones.** Los resultados demuestran la eficacia combinada de herramientas multimodales incluyendo sistemas acoplados de estimulación eléctrica transcraneal y realidad virtual, con posibles efectos sinérgicos en el sistema nervioso central.

19.

Infarto total de la circulación anterior sin oclusión de gran vaso

C. Díaz Urrea, N. López Hernández, L. Llorente Ayuso, I. Beltrán Blasco, L. González Fernández, P. Barredo Benítez, R. García Tercero, J. Gualda Heras, D. Corona García

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. Ante un código ictus con clínica de infarto total de la circulación anterior (TACI, según el *Oxford Community Stroke Project*) esperamos encontrar oclusión de alguno de los vasos cerebrales principales (arteria carótida interna intracraneal, T carótidea, segmento M1) durante el estudio neurológico e indicaría la posibilidad de un tratamiento endovascular. Sin embargo, en ocasiones, este estudio no muestra oclusión y poca información existe en la bibliografía sobre las causas subyacentes. **Objetivo.** Describir tres casos clínicos de pacientes que se presentan como código ictus y TACI sin oclusión de gran vaso y con estudio de TAC simple sin lesión. Se realiza el diagnóstico diferencial con los principales síndromes que pueden presentarse como TACI. **Casos clínicos.** Tres pacientes valorados por código ictus, los dos primeros tras un procedimiento de angioplastia carotídea, sin incidencias hemodinámicas durante el mismo. El tercero es un paciente con estenosis moderada de la arteria carótida interna y trombo móvil. En ninguno de los tres casos se encontró oclusión intracraneal de gran vaso y el diagnóstico final fue de múltiples infartos distales por oclusión de ramas terminales de la arteria cerebral media secundario a fragmentación de émbolos. Ninguno recibió tratamiento fibrinolítico intravenoso por contraindicación y la evolución clínica fue favorable, especialmente en los dos primeros casos. Se desarrolla el diagnóstico diferencial y manejo clínico de las diferentes causas que pueden justificar esta situación aguda, entre causas de etiología vascular (oclusión de ramas terminales no identificables en estudio neurovascular, lisis de trombo, trombosis aguda de *stent*, síndrome de reperfusión) y no vascular (metabólica,

epiléptica, tóxica por contraste). **Conclusiones.** La ausencia de oclusión de gran vaso ante un cuadro clínico agudo de TACI obliga a plantear un amplio diagnóstico diferencial con diferentes tratamientos. La fragmentación de émbolos frescos de origen carotídeo, ya sea por embolización espontánea o tras su manipulación durante la angioplastia, pueden ser causas frecuentes.

20.

Detección de anticuerpos contra la glicoproteína de la mielina del oligodendrocito en formas espinales de esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes

S. Gil-Perotín, J. Castillo, A. Navarré, J. Mallada, F. Pérez Miralles, F. Gascón, I. Boscá, C. Alcalá, L. Cubas, M. Sepúlveda, M. Martínez, M. Simó Castelló, J.M. García Verdugo, M. Spadaro, E. Meinl, F. Coret, B. Casanova

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. Dentro de las enfermedades desmielinizantes inflamatorias existe un solapamiento clínico que, en ocasiones, origina dudas diagnósticas. Un avance significativo ha sido el descubrimiento de los anticuerpos específicos de la neuromielitis óptica (NMO), incluyendo los dirigidos contra la glicoproteína de la mielina del oligodendrocito (MOG), con el fin de distinguir nuevos subgrupos de enfermedades desmielinizantes inflamatorias. **Objetivo.** Investigar la presencia de MOG-IgG en una cohorte de pacientes con enfermedades desmielinizantes inflamatorias en un intento de relacionar su presencia con ciertos fenotipos y su valor pronóstico. **Pacientes y métodos.** Se seleccionaron 53 pacientes con enfermedades desmielinizantes inflamatorias, incluyendo 23 pacientes con esclerosis múltiple, ocho que cumplían los nuevos criterios de NMO, nueve con encefalomiелitis aguda diseminada, 11 con neuritis recurrente y dos casos de neuritis óptica aislada. Todos los pacientes se sometieron a resonancia magnética cerebral y de médula espinal, detección de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquí-

deo y análisis de NMO-IgG y MOG-IgG en suero. **Resultados.** La detección de MOG-IgG se realizó en tres centros distintos para eliminar el sesgo relativo a la técnica. Se detectó MOG-IgG en 10 pacientes (18,5%): tres con neuritis recurrente (27,2%), cinco con encefalomiелitis aguda diseminada (55,5%), dos de ellos con recurrencia en el nervio óptico, y dos con esclerosis múltiple con afectación de la médula espinal y curso agresivo (8,5%). Ninguno de los pacientes con NMO presentó MOG-IgG. **Conclusiones.** Sugerimos que el análisis de MOG-IgG en el ámbito clínico podría ser útil para detectar formas de esclerosis múltiple que podrían beneficiarse de tratamientos más agresivos. En investigación, podría ayudar a dilucidar la patogénesis de estas entidades y el descubrimiento de nuevas dianas terapéuticas.

21.

Teriflunomida: efectividad y seguridad en práctica clínica en el Hospital General de Castellón

M. Mateo Casas, P. Yanguas Ramírez, L. Saláiz López, H. Aparicio Collado, A. Belenguer Benavides, J. Arnau Barrés

Hospital General Universitario de Castellón.

Introducción. La teriflunomida es un fármaco oral inmunomodulador cuya eficacia en pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) es bien conocida gracias a los ensayos clínicos. Sin embargo, hay pocos datos acerca de su aplicación en la práctica clínica diaria. **Objetivo.** Determinar la efectividad y tolerabilidad de la teriflunomida en pacientes con EMRR. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en una serie de pacientes con EMRR entre junio de 2014 y diciembre de 2016. Se mide la efectividad mediante la actividad de la enfermedad tras al menos seis meses de tratamiento y la tolerabilidad con el registro de efectos adversos. **Resultados.** Se incluyeron 32 pacientes (59,4% mujeres), con una edad media de 42,4 años. El 65,6% habían tomado tratamiento previamente (37,6% interferones y 28,1% acetato de glatiramer). El motivo del cambio fue intolerancia al tratamiento inyectable

en un 62,5% de los pacientes y actividad de la enfermedad en el resto de los casos. Tres pacientes presentaron actividad en resonancia magnética a los seis meses, por lo que dos de ellos están pendientes de cambio a segunda línea de tratamiento. El 93,8% de los sujetos presentaron al menos un efecto adverso, siendo los más frecuentes las alteraciones digestivas (59,4%), el afinamiento del cabello (56,3%) y las alteraciones analíticas (56,3%) en forma de hipertransaminasemia (37,5%) y leucopenia (34,4%). La mayoría de los efectos adversos fueron leves (el 92% mejoraron en menos de seis meses) y únicamente una paciente presentó un efecto adverso que motivó la suspensión del tratamiento (aumento persistente de las transaminasas). **Conclusiones.** La teriflunomida es un fármaco efectivo y seguro para el tratamiento de la EMRR.

22.

Análisis del retraso diagnóstico de la esclerosis lateral amiotrófica en la Comunidad Valenciana

M. Martínez Molina, M. Fernández Polo, T. Sevilla Mantecón, J.F. Vázquez Costa

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad grave rápidamente progresiva con supervivencia de unos tres años desde el inicio de los síntomas. A pesar de ello, existe un retraso diagnóstico aproximado de un año que limita el acceso a tratamiento temprano y afecta negativamente al paciente. En España no hay estudios que determinen dicho retraso ni sus factores condicionantes, por lo que este estudio tiene por objetivo analizarlo y compararlo con los datos de otros países. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de 60 pacientes diagnosticados de ELA, en seguimiento por el Servicio de Neuromuscular del Hospital La Fe entre enero de 2015 y diciembre de 2016. **Resultados.** Se analizaron 60 pacientes diagnosticados de ELA, con una edad media de 64 años, procedentes en su mayoría de medio urbano. Se observó una mediana de

11 meses de retraso diagnóstico. Un 70% de los pacientes consultó primero a su médico de familia, con una mediana de 3,5 meses tras el inicio de los primeros síntomas. La mayoría visitó urgencias al menos una vez antes del diagnóstico y más de la mitad fueron valorados por otros especialistas previamente al neurólogo. La derivación desde atención primaria a consulta de neurología se demoró unos tres meses, requiriendo tras ello diversas consultas hasta alcanzar el diagnóstico. El primer diagnóstico fue erróneo en un 40% de los pacientes. Como factores que pueden explicar el retraso diagnóstico identificamos el inicio espinal, la presencia de comorbilidades con solapamiento de síntomas, la derivación previa a otros especialistas y la falta de estudios neurofisiológicos concluyentes. **Conclusiones.** El retraso diagnóstico en nuestro medio es similar al descrito en otros países. La formación en síntomas guía de médicos de familia y otros especialistas, junto con la centralización del diagnóstico en unidades especializadas de aquellos pacientes con sospecha de enfermedad de motoneurona pero sin estudios concluyentes, podrían facilitar el diagnóstico precoz de ELA.

23.

Estudio ultrasonográfico de fasciculaciones en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica

M. Campins, J.F. Vázquez Costa, J.I. Tembl, M.E. del Baño Aledo, J. Ríos Díaz, J.J. Martínez Payá, M.J. Chumillas, E. Millet, V. Cortés

Servicio de Neurofisiología; Hospital Universitari i Politècnic La Fe; Valencia. Facultad de Física; Universidad Católica de Murcia.

Introducción. Las fasciculaciones son uno de los signos electromiográficos característicos en la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y pueden reflejar tanto una afectación de motoneurona inferior como de motoneurona superior. Actualmente, los criterios neurofisiológicos de Awaji-Shima consideran las fasciculaciones como equivalentes a fibrilaciones o potenciales positivos, con el objetivo de aumentar la

sensibilidad de los criterios diagnósticos. **Objetivos.** Describir el patrón ecográfico de las fasciculaciones en los distintos grupos musculares de pacientes diagnosticados de ELA y estudiar la utilidad de la ecografía muscular para la detección de fasciculaciones y su contribución al diagnóstico en pacientes con ELA. **Pacientes y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo. Se incluyeron pacientes de ELA con diagnóstico y EMG recientes. Se estudiaron ecográficamente un total de diez músculos (lengua, cricotiroides, trapecio, bíceps braquial, tríceps braquial, eminencia tenar, recto abdominal, cuádriceps, tibial anterior y gemelo interno). Para el análisis se clasificó a los pacientes en función del lugar de inicio clínico (bulbar, mano o pie) y se estudió el comportamiento clínico, neurofisiológico (en función de los criterios revisados de El Escorial y Awaji-Shima) y ecográfico de las fasciculaciones. Para el análisis estadístico se utilizó el programa R y R-Commander. **Resultados.** La mayoría de pacientes presentaban fasciculaciones generalizadas en la ecografía. Por regiones ecográficas, los músculos que mayor número de fasciculaciones presentaron fueron la lengua para la región bulbar, el bíceps braquial para la cervical y el recto femoral para la región lumbosacra. La ecografía muscular fue más sensible para la detección de fasciculaciones. **Conclusiones.** La ecografía muscular es una herramienta sencilla y eficiente para la detección precoz de fasciculaciones. La combinación de EMG/ultrasonografía puede aumentar el rendimiento diagnóstico en pacientes con ELA.

24.

Impacto del PET-amiloide en el manejo de pacientes con deterioro cognitivo en una unidad de memoria

P. Yanguas, M.D. Martínez Lozano, M.S. Campillo, P. Sopena, L. Salas, M. Mateo

Unidad de Memoria y Demencias; Hospital La Magdalena; Castellón. Servicio de Neurología; Hospital General de Castellón. Servicio de Medicina Nuclear; Hospital 9 de Octubre; Valencia.

Introducción. El PET-amiloide permite confirmar *in vivo* la amiloidosis cerebral ligada a la enfermedad de Alzheimer. Esta técnica es de utilidad clínica para aumentar la precisión diagnóstica en pacientes evaluados por deterioro cognitivo, fundamentalmente cuando el diagnóstico etiológico es incierto. **Objetivo.** Determinar el impacto del PET-amiloide en el diagnóstico y manejo de pacientes evaluados en una unidad de demencias de un hospital terciario. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con deterioro cognitivo leve o demencia a los que se realizó PET-amiloide. Se revisó un período de 15 meses con evaluación diagnóstica pre y post-PET, cambio en el diagnóstico y manejo terapéutico tras la prueba. **Resultados.** Se realizó PET-amiloide en 43 pacientes, un 57,1% varones. La edad media era de $64 \pm 7,8$ años. El 66,7% ($n = 28$) inició la clínica antes de los 65 años, y un 47,6% ($n = 20$), con perfil atípico. Previamente 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 pacientes, un 53,2% (75% con sospecha previa de enfermedad de Alzheimer y 27,7% diagnosticados de otros tipos de demencias). En un 26,2% se produjo un cambio en el diagnóstico, y en un 28,6%, en el manejo terapéutico. **Conclusiones.** El PET-amiloide es una herramienta útil en la práctica clínica para la evaluación del paciente con deterioro cognitivo, que influye en su manejo diagnóstico y terapéutico, especialmente en casos atípicos y de inicio precoz.

25.

Perfil del paciente nonagenario ingresado en la sala de hospitalización de Neurología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

M. Martínez Molina, S. Gil-Perotín, G. Fortea Cabo, J. Tembl Ferrairo, A.P. Lago Martín

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. Los pacientes muy ancianos representan la franja poblacio-

nal de mayor crecimiento, incrementándose el porcentaje de nonagenarios que requiere ingreso en hospital de agudos. **Objetivos.** Establecer el perfil del paciente nonagenario ingresado en Neurología, conocer su proporción respecto al total de ingresos y las variables relacionadas con la hospitalización, y valorar la repercusión del ingreso sobre la situación funcional a los tres meses. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo a partir de una muestra de 128 pacientes nonagenarios ingresados en la sala de Neurología del Hospital La Fe de Valencia en los últimos cinco años. **Resultados.** Se analizaron 128 pacientes nonagenarios ingresados en Neurología, que representan un 2% sobre el total (79% mujeres). El 56% eran dependientes antes del ingreso (Rankin > 2). No se observó un incremento en el número anual de ingresos. El ictus isquémico (79%) de etiología cardioembólica fue el diagnóstico más frecuente (75%). La estancia media fue de 7,1 días. Un 36% presentó complicaciones. El 40% fue dado de alta al domicilio, un 15% lo hizo con apoyo de Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y un 32% requirió traslado a un hospital de larga estancia. El porcentaje de reingresos fue del 17%. Se realizó seguimiento del 69% de los pacientes a tres meses, objetivando un incremento de pacientes dependientes (Rankin > 2), de un 56% a un 81%. La mortalidad durante el ingreso fue del 14%, y un 30% a los tres meses. **Conclusiones.** Existe una tendencia estable respecto al número anual de ingresos de pacientes nonagenarios en el Servicio de Neurología. El perfil mayoritario es el de una mujer, con un grado moderado de dependencia, que ingresa por un ictus isquémico fundamentalmente de etiología cardioembólica y que condiciona una merma en su capacidad funcional a los tres meses, requiriendo el ingreso en unidades de larga estancia o el apoyo de UHD, con un porcentaje no desdeñable de reingresos.

26.

Tratamiento endovascular del ictus en la provincia de Alicante: tres años de experiencia

N. López, J.I. Gallego, I. Beltrán, L. Llorente, D. Corona, L. González, L. Díaz, P. Barredo, R. García, J. Gualda

Unidad de Ictus. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. El Hospital General Universitario de Alicante es el centro terciario de referencia para el tratamiento endovascular del ictus de la provincia de Alicante. Se dispone de pocos datos poblacionales sobre la aplicación de esta compleja técnica y su repercusión en la red asistencial del código ictus. **Pacientes y métodos.** De forma prospectiva se han recogido los datos epidemiológicos, clinicorradiológicos y pronósticos de todos los pacientes sometidos a tratamiento endovascular en la provincia de Alicante. **Resultados.** Desde enero de 2014 hasta diciembre de 2016, un total de 284 pacientes se han sometido a tratamiento endovascular por ictus agudo (de un total de 493 tratamientos), con 69 años de media, 56% varones, NIHSS inicial de 17 puntos, ASPECTS basal de 7,8, oclusión aislada del segmento M1 en el 43% y fibrinólisis intravenosa previa en el 45% de los casos. El tiempo medio hasta la punción arterial fue de 203 minutos desde el inicio de los síntomas y de 68 minutos desde su llegada al centro. Alcanzaron una situación funcional favorable (Rankin: 0-2) el 40,6%, con una mortalidad del 24%. Según la población de la provincia de Alicante, la tasa de tratamientos endovasculares por 100.000 habitantes/año ha ascendido progresivamente de 4,08 en 2014 a 6,73 en 2016, manteniéndose en 9,3 y 8,6, respectivamente, la del departamento del propio hospital. **Conclusiones.** La tasa de pacien-

tes sometidos a tratamientos endovasculares ha crecido progresivamente, a expensas de un progresivo incremento en aquellos procedentes de otros departamentos. Es previsible un aumento del 30% en el siguiente año si se optimizan los flujos de pacientes con el resto de departamentos.

27.

Prevalencia de SNIL en la hemorragia cerebral espontánea aguda

D. García López, E. Martínez Monte, A. Regajo Gallego, A. Ramos Pachón, R. Chamarro Lázaro, J.M. Láinez Andrés
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción. El estudio de resonancia magnética (RM) cerebral de algunos pacientes con hemorragias parenquimatosas agudas ha mostrado, en la secuencia de difusión (DWI), pequeñas hiperseñales denominadas SNIL (*small new ischemic lesions*), aparentemente silentes. Desconocemos su prevalencia, fisiopatología y potencial implicación pronóstica. Analizamos la proporción de SNIL en secuencias DWI-RM en el período agudo tras una hemorragia parenquimatosa aguda no traumática. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con hemorragia cerebral no traumática, ingresados en el Servicio de Neurología en el período 2014-2015 y sometidos a RM cerebral en las dos primeras semanas tras el evento. Se analiza la presencia de SNIL (definidas como lesiones restringentes en DWI < 10 mm alejadas de la lesión hemorrágica), su comportamiento en secuencias ADC y T₂, y su relación con factores de riesgo vascular, presencia de otras lesiones en RM cerebral y tensión arterial al ingreso. **Resultados.** Se incluyeron 105 pacientes con hemorragia parenquimatosa aguda, con una edad media de

70,65 años. Presentaron localización lobar 50 pacientes (48,08%), frente a 54 de localización profunda (51,92%), incluyendo ganglios basales, tronco cerebral y cerebelo. La etiología más probable fue la hipertensiva ($n = 48$; 45,71%). La tensión arterial sistólica/diastólica media al ingreso fue de 162,47/84,70 mmHg. Se sometieron a RM cerebral 69 pacientes (65,71%), 20 (28,99%) de los cuales presentaron SNIL, la mayoría con comportamiento hipointenso en ADC e isointenso en T₂. Se observó una asociación con tendencia a la significación con hemorragias profundas ($\chi^2 = 6,7440$; Pr = 0,081) y una asociación positiva con hiperintensidades en la sustancia blanca ($\chi^2 = 2,3567$; Pr = 0,125) y etiología primaria ($\chi^2 = 6,0356$; Pr = 0,197). **Conclusiones.** La presencia de SNIL en DWI-RM no es infrecuente entre pacientes con ictus hemorrágicos. Se asocian a otros marcadores radiológicos de lesión de pequeño vaso; sin embargo, asumiendo un potencial origen isquémico, no muestran un comportamiento en T₂ típico, por lo que no podemos afirmar con rotundidad su naturaleza isquémica. Es necesario profundizar en su estudio para determinar su importancia y significado.

28.

Análisis de las trombectomías mecánicas primarias en la provincia de Alicante

P. Barredo, M.C. Díaz, T.D. Corona, L. González, R.M. García, J. Gualda, A. Heras, F. López, I. Beltrán, N. López, L. Llorente

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción. La fibrinólisis intravenosa (FIV), seguida o no de trombectomía mecánica (TM), permanece como el tratamiento de elección en el ictus agudo. La trombectomía mecánica primaria (TMP) se postula como op-

ción terapéutica en pacientes con oclusión de gran vaso que presentan contraindicaciones para recibir FIV. **Objetivo.** Describir los resultados de los dos últimos años de tratamiento mediante TMP en nuestra unidad, comparando complicaciones y pronóstico funcional de estos pacientes con los tratados mediante FIV + TM. **Pacientes y métodos.** Analizamos los datos de los pacientes tratados por ictus agudo sometidos a TMP en 2015 y 2016. Recogemos sexo y edad, NIHSS inicial, tiempo inicio-punción arterial, motivo de la no FIV, número de transformaciones hemorrágicas y estado funcional (Rankin modificado, mRS) a tres meses. **Resultados.** En estos dos años se han realizado 53 TMP (33 hombres, edad media de 66 años) de un total de 118 TM (45%). Media de NIHSS inicial: 18. Media de tiempo hasta la punción arterial: 237 minutos. Los motivos de no FIV fueron: 9, inicio previo a 4,5 horas; 14, inicio indeterminado, y 29, por contraindicación médica (15 con anticoagulación, dos con hipertensión farmacorresistente, seis con hemorragia intracranial previa, tres con cirugía reciente, dos con ictus reciente, cuatro con hemorragia sistémica, uno con traumatismo craneoencefálico al inicio y uno con antecedentes desconocidos). Presentaron transformación hemorrágica 13 pacientes (24%, frente a 24% en FIV + TM). La situación funcional, definida como independencia (mRS: 0-2) o dependencia (mRS: 3-5) a los tres meses, fue: 13 independientes (24% frente a 41% en FIV + TM), 17 dependientes (32% frente a 33% en FIV + TM), 11 *exitus* (20% frente a 10% en FIV + TM) y 11 desconocidos. **Conclusiones.** En nuestra serie, los pacientes sometidos a TMP presentaron una frecuencia de transformaciones hemorrágicas similar a los tratados con FIV previa, aunque se observa una mayor proporción de discapacidad y mortalidad en comparación a estos últimos.