

Neurologia Catalana

Butlletí
de la Societat
Catalana de
Neurologia

SUMARI

1. Editorial
2. Reunió anual de la Societat Catalana de Neurologia. Premis i distincions SCN 2014
3. La scn és rebuda al departament de salut de la generalitat de catalunya
4. Neurologia catalana al món
5. L'espai dels Grups d'estudi de la SCN:
 - 5.1 Grup estudi Vascular
 - 5.2 Grup d'estudi dels trastorns del moviment
 - 5.3 Grup d'estudi de la cognició i la conducta
6. Història de la Neurologia Catalana: "Societat Catalana de Neurologia: 1976-1983"
7. El racó dels residents
8. Entrevista Dr. Josep Dalmau
9. Racó literari
10. Mirador

MEMBRES D'HONOR

Lluís Barraquer i Bordas, Carlos Oliveras de la Riva, Vladimir Hachinski, Josep M^a Aragonés Olle, Joan Obach Tuca, Emilio Fernández Álvarez, Lluís Montserrat Obiols, Ciril Rozman, Jun Kimura, Adolf Pou Serradell, Jaume Peres Serra, Feliu Titus Albareda, Josep Maria Grau Veciana, Romà Massot i Punyet, Antoni Codina Puigros, Eduard Tolosa Sarró

JUNTA

President	Dr. Oriol de Fàbregues
Vicepresident	Dr. Jerzy Krupinski
Secretària	Dra. Elvira Munteis
Tresorer	Dr. Albert Lladó
Vocals	Dr. Joan Prat Dr. Jordi Jiménez

Grup de malalties vasculars cerebrals

Coordinador	Dr. Jerzy Krupinski
Secretari	Dr. Francesc Purroy

Grup de cefalea

Coordinador	Dr. Carles Roig
Secretari	Dr. Joan Prat

Grup d'esclerosi múltiple

Coordinador	Dr. Antonio Escartin
Secretària	Dra. Elvira Munteis

Grup d'Estudi Trastorns Moviment

Coordinador	Dr. Àlex Gironell
Secretari	Dr. Oriol de Fàbregues

Grup d'Estudi de la Cognició i la Conducta

Coordinador	Dr. Alberto Lleó
Secretari	Dr. Albert Lladó

EDITORS BUTLLETÍ

Dr. Albert Lladó
Dra. Elvira Munteis

SECRETARIA

Rosa Roda i Fàbregas / SuportServeis

1. EDITORIAL

Benvolgudes Sòcies
Benvolguts Socis

I ha arribat l'any 2014!, el comencem amb la invitació de retrobar-nos el 20 i 21 de març en la nostra 42ena Trobada Anual de la Societat Catalana de Neurologia a Sitges, on ja tenim organitzada la XVIII Reunió amb les conferències clínica "Lluís Barraquer Roviralta" i neurocientífica "Santiago Ramon y Cajal", i les conferències d'experts, taules rodones i simposis; i el XXVIII Curs d'Actualització, quin programa us ofereix aquest butlletí. Així mateix honrarem el mèrit i el compromís amb l'entrega del premi de la Societat: "Beltran Rubio", "Subirana Oller" i el premi Social "Galceran i Granés-100 anys de Societat Catalana de neurologia" concedit a la Fundació de La Marató de TV3. I també hi tindrem l'assemblea anual, amb la renovació parcial de la junta.

La Societat segueix un bon curs i rumb, i els seus diferents Grups d'Estudi s'han anat consolidant i ja fan singladura harmonitzada en la Societat. Enguany renovaran càrrecs directius els Grups de Patologia Vascular Cerebral, de Cefalees i d'Esclerosi Múltiple.

Em plau d'anunciar-vos que per facilitar la comunicació de les activitats de la societat i els grups d'estudi, els comunicats i les notícies de la junta, etcètera, hem renovat el web de la Societat. Prioritzant la claredat, la transparència, la informació i l'ordre, pel seu més fàcil accés. Desitjo que la utilitzeu i en gaudiu.

Malgrat aquest optimisme en començar l'any, hem de lamentar, en tant que *Sociedad Autónoma* que som de la *Sociedad Española de Neurología*, la decisió de la *Sociedad Española* de canviar la seu de la seva Reunió Anual. Els criteris econòmics han prevalgut sobre els criteris històrics, acadèmics i organitzatius. La SEN fundada a Barcelona l'any 1949, on s'han desenvolupat 62 reunions amb molt d'èxit, justament aquest any 2014 abandona la ciutat comtal, cap i casal. És una trista notícia per a la Neurologia Catalana, que encara ens obliga més a treballar per a mantenir el nivell assolit pels neuròlegs catalans fins ara. També gràcies a l'espero que aportava aquesta *Reunion Anual de la SEN* a Barcelona. Estic plenament confiat en que ho aconseguirem, però.

Recordar-vos que la Societat Catalana de Neurologia com a entitat arrelada a Catalunya, va compartir el pronunciament dels Col·legis de Metges de Barcelona, Girona i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears en suport a la resolució del Parlament de Catalunya del 27 de setembre de 2012. La junta directiva que presideixo va consultar obertament l'opinió de tots els socis i sòcies a través d'una enquesta al respecte. Seguint el sentir de la majoria el passat 10 d'octubre de 2013, en Junta de Govern de l'Acadèmia, vàrem donar el nostre vot a favor de l'adhesió de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques al Pacte Nacional pel Dret a Decidir; i, en aquest sentit, la junta directiva del 15 de gener d'enguany ha aprovat d'adherir-nos a la commemoració del Tricentenari 1714-2014.

Ho commemorarem doncs a Sitges, on esperem veure'ns en breu.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
President de la SCN

2. REUNIO ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

Dijous, 20 de març

14.30 h-15.00 h **Acreditació**

15.00 h-16.45 h

XXVIII CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA I

CURS (A) Actualitzacions en Cefalea

SALA SERT

Modera: Dr. Carles Roig

Ponents:

Revisió dels nous criteris diagnòstics proposats per la IHS-2013

Dr. Roberto Belvis

Utilització de la toxina botulínica en la cefalea

Dr. Jordi González Menacho

Migranya crònica. Per què? Es pot evitar? Com l'hem d'abordar?

Dr. Feliu Titus

CURS (B) Actualitzacions en Vascular **SALA MESTRAL**

Infarts cerebrals de tipus llacunar: una revisió actualitzada

Dr. Adrià Arboix

Hemorràgia intracerebral en pacients amb ictus isquèmic tractats amb anticoagulants orals. Com promoure la seguretat en l'ús de medicaments.

Dr. Joan Martí Fàbregas

Casos Clínics: Dr. Jordi Jiménez, Dr. Francesc Purroy,

Dr. Xavier Ustrell, Dr Jerzy Krupinski

16.45 h-17.00 h

Assemblea Grup d'Estudi Cefalea

SALA SERT

16.45 h-17.00 h

Assemblea Grup d'Estudi Vascular

SALA MESTRAL

17.00 h-17.30 h

Pausa Cafè

SESSIÓ PÒSTERS I

Coordinen: Dr. Adrià Arboix i Dra. Elvira Munteis

17.30 h-18.15 h

"Conferència Lluís Barraquer Roviralta" **SALA SERT**

Impacte i significança de l'autoimmunitat sinàptica en medicina

Dr. Josep Dalmau

18.15 h-19.00 h

SIMPOSI I **SALA SERT**

El temps és el cervell

Moderadora: Dra. Olga Carmona

Definir i anotar la resposta sub-òptima en Esclerosi Múltiple

Dra. Maria Pia Sormani

Canvis al paradigma de l'Esclerosi Múltiple

Dr. Bonaventura Casanova

19.00 h-19.45 h

TAULA RODONA I **SALA SERT**

Registre Barcelona d'infusió intraduodenal de levodopa en la malaltia de Parkinson

Coordinen: Dra. M. José Martí i Dr. Oriol de Fàbregues

20.30 h-21.30 h

LLIURAMENT DE PREMIS

Il.lm. Sr. Miquel Forn. Alcalde de Sitges

Hble. Sr. Boi Ruiz. Conseller de Salut

Dr. Àlvar Net. President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i

de Salut de Catalunya i de Balears

Dr. Oriol de Fàbregues. President de la Societat Catalana

de Neurologia

- **Premi social "A. Galceran i Granés. 100 anys de societat catalana de neurologia".**

Fundació Marató de TV3

- **Premi E. Beltran Rubio - millor trajectòria professional i acadèmica 2013.**

Dr. Josep Alvarez Sabín

- **Premis "A. Subirana Oller".**

Expressidents de la SCN

21.30 h-23.30 h

Sopar

Restaurant Hotel Calípolis

Divendres 21 de març

09.00 h-09.45 h

SIMPOSI II

Compromesos amb l'Esclerosi Múltiple **SALA SERT**

Modera: Dra. Ester Moral

Protagonitzant el canvi: cap a un tractament més personalitzat

Dr. Luis Brieva

Fampyra: experiència i expectatives

Dr. Lluís Ramió-Torrentà

09.45 h-10.45 h

XXVIII CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA II

CURS (A) Esclerosi Múltiple **SALA SERT**
Present i futur del tractament de



l'Esclerosi múltiple

Dra. Ester Moral

Actualització neuromielitis òptica

Dr. Albert Saiz

Guia Pràctica Clínica sobre l'atenció a les persones amb EM

Dra. Susana Otero

Dra. M. Dolors Estrada

CURS (B) Malalties prioniques s

ALA MESTRAL

Clínica i diagnòstic de les malalties prioniques

Dra. Raquel Sánchez-Valle

Neuropatologia de les malalties prioniques

Dra. Ellen Gelpí

Vigilància epidemiològica de les malalties prioniques a Catalunya

Dr. Carlos Nos

10.45 h-11.00 h **Assemblea Grup d'Estudi Esclerosi Múltiple** SALA SERT

10.45 h-11.30 h **Assemblea Grup d'Estudi d'Epilèpsia** SALA MESTRAL

11.00 h-11.30 h **Pausa cafè**
SESSIÓ PÒSTERS II
Coordinen: Dr. Adrià Arboix i Dr. Jerzy Krupinski

11.30 h-12.15 h **"Conferència Santiago Ramon i Cajal": cèl·lules mare pluripotencial induïdes (iPS) i en neurologia** SALA SERT
Dra. Núria Montserrat

12.15 h-13.00 h **SIMPOSI III** SALA SERT
Perampanel: Primeres passes d'un FAE pioner a la seva classe

Moderadora: Dra. María del Mar Carreño

Perampanel: Implicacions clíniques d'un mecanisme d'acció innovador

Dra. María del Mar Carreño

Què comença a aportar Perampanel a les necessitats presents a l'epilèpsia?

Dr. Manuel Toledo

Impacte de Perampanel a neuropediatria: primeres impressions i experiències

Dra. Gemma Aznar

13.00 h-13.45 h **SIMPOSI IV** SALA SERT
Epilèpsia

Moderador: Dr. Rodrigo Rocamora

Novedades Congreso AES: Actualización de Acetato de

Eslicarbazepina

Dr. Juan Luís Becerra

Experiència en la pràctica clínica: Un fàrmaco para el día a día

Dr. Rodrigo Rocamora

14.00 h-15.00 h **Dinar lliure**

15.00 h-15.45 h **TAULA RODONA II** SALA SERT

Nous criteris de la malaltia d'Alzheimer: aplicació pràctica

Modera: Dr. Alberto Lleó

Ponent: Dr. Albert Lladó

15.45 h-16.15 h **"Conferència d'Expert "premis Trueta": el futur de la malaltia d'Azheimer** SALA SERT

Dra. Mercè Boada

16.15 h-17.00 h **TAULA RODONA III** SALA SERT

Epilèpsia farmacoresistent i estimulació vagal

Coordina: Dra. Mercè Falip

17.00 h-17.30 h **Pausa cafè**
SESSIÓ PÒSTERS II
Coordinen: Dr. Adrià Arboix i Dr. Joan Prat

17.30 h-18.15 h **SIMPOSI V** SALA SERT

Nous desafiaments en EM

Dra. Yolanda Blanco

Dr. Jaume Sastre

Dr. Lluís Ramió-Torrentà

18.15 h-18.45 h **TAULA RODONA IV** SALA SERT

Hospitals Comarcals Unitats d'esclerosi múltiple als Hospitals Comarcals

Presenta: Dr. Alfons Moral

Ponents:

Dr. Juanjo Hernández Regadera

Dra. Imma Pericot

Dr. Lluís Ramió-Torrentà

Dr. Jaume Sastre

Dra. Vicky Casado

Dra. Ester Moral

18.45 h-19.15 h **SESSIÓ COMUNICACIONS ORALS** SALA SERT

19.15 h-19.30 h **Cloenda, presentació de la nova web de la SCN i lliurament de premi a les millors comunicacions** SALA SERT

19.30 h-20.00 h **Assemblea ordinària. Eleccions parcials junta directiva** SALA SERT

3. LA SCN ÉS REBUDA AL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

El passat 19 de novembre 2013, el president i la secretària de la SCN, Dr. Oriol de Fàbregues i Dra Elvira Munteis van ser rebuts per l'H. Conseller de salut Dr Boi Ruiz i el President del Consell d'administració de l'ICS, Dr. Carles Constante.

Durant la reunió el Dr. de Fàbregues va exposar que la SCN és una societat en creixement i activa, i que té entre les seves finalitats l'expressió de les necessitats i objectius dels neuròlegs a l'Administració i alhora la col·laboració amb la mateixa en benefici de la neurologia catalana. Així per exemple, es va citar la col·laboració amb l'Agència de Qualitat, en el projecte essencial. També es va comentar que durant aquest any s'han anat formant diferents Grups d'Estudi d'experts en el si de la societat. En aquest punt, el Conseller va comentar la situació de la problemàtica en particular respecte l'esclerosi múltiple i es va acordar la presentació al Catsalut d'un document de consens al respecte, en el qual s'està treballant des del grup de l'estudi d'EM de la SCN.

També es va parlar de temes relacionats amb l'organització del terciarisme a Catalunya (cirurgia de l'epilèpsia, cirurgia del Parkinson, etc), atenció a la cronicitat, demència... i l'H. Conseller va delegar els detalls en el Catsalut (Dr. Alex Guarga).

Tan l'H Conseller com el president de l'ICS van comentar la situació econòmica actual, molt angoixant i com des de conselleria es segueix apostant per mantenir el pressupost en salut i recerca.

El Dr de Fàbregues també va comentar l'interès a contactar amb AIQS per tal de fer guies diagnòstiques i de tractament conjuntes, doncs la fan els mateixos neuròlegs i aprofitaríem recursos i esforç. L'H Conseller en dóna el vist i plau i recomana contactar directament amb l'Agència.

Finalment, el Dr de Fàbregues convida a l'H Conseller a l'entrega del proper premi Galceran i Granés 100 anys de societat de neurologia catalana a la Fundació la Marató de TV3, en la propera reunió anual de la SCN a Sitges.



4. NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

A continuació podeu trobar les referències, i alguns resums, de treballs publicats per socis de la SCN en revistes internacionals en els darrers mesos. És una gran satisfacció veure la gran quantitat de treballs que ens heu fet arribar, mostra de l'alt nivell dels investigadors del nostre país i de la voluntat de voler compartir dins la Societat catalana de neurologia tota aquesta recerca.

Agrair-vos a tots la vostra col·laboració i perdoneu per si per algun error no hem inclòs algun dels treballs que ens heu fet arribar.

Felicitats per la vostra recerca!

- **Prominent psychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and concomitant argyrophilic grain disease.**

Grau-Rivera O, Gelpi E, Rey MJ, Valldeoriola F, Tolosa E, Compta Y, Martí MJ. J Neurol. 2013 Dec;260(12):3002-9

La malaltia per grànuls argiròfils (MGA) és una malaltia neurodegenerativa esporàdica associada a l'edat, amb un fenotip clínic encara poc perfilat que podria comprendre des d'individus asimptomàtics fins a d'altres amb deteriorament cognitiu relativament lleu i manifestacions psiquiàtriques prominents. En el present treball, es descriuen les característiques clíniques i neuropatològiques de tres pacients amb malaltia de Parkinson (MP) i MGA concomitant, així com les dades clíniques de 23 pacients amb MP amb confirmació neuropatològica sense MGA. Els tres pacients van presentar una síndrome parkinsoniana típica, amb bona resposta inicial a levodopa, així com ansietat, depressió major i episodis recurrents de psicosis sense clars factors desencadenants, sense evidenciar-se en cap d'ells deteriorament cognitiu important al llarg dels respectius 20, 22 i 13 anys de seguiment. D'altra banda, 15 dels 23 pacients amb MP sense MGA van presentar símptomes psicòtics i d'aquests, un 83% va desenvolupar demència en un termini inferior a dos anys. Els símptomes psiquiàtrics prominents en absència de demència observats en els pacients amb MP i MGA difereixen del perfil clínic habitual dels pacients amb MP i són congruents amb el fenotip clínic descrit en pacients amb MGA. Considerem que la presència concomitant de MGA podria modular l'expressió clínic d'altres malalties neurodegeneratives com la MP.

- **Design of a comprehensive Alzheimer's disease clinic and research center in Spain to meet critical patient and family needs.**

Boada, M., Tárraga, L., Hernández, I., Valero, S., Alegret, M., Ruiz, A., Lopez, O.L., Becker, J.T., 2013. Alzheimer's & Dementia. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.03.006>. September 12, In press

Aquest article destaca el model d'atenció de la Fundació ACE en relació a la malaltia de l'Alzheimer i presenta l'experiència de la institució en la diagnosi, el tractament i el seguiment de persones amb deteriorament cognitiu i demències, així com en la recerca de les malalties neurodegeneratives relacionades amb l'envelliment. Mostrant un cas d'èxit, l'article pretén ajudar a d'altres programes internacionals a l'hora d'enfrontar les demències.

• **Cut-off Scores of a Brief Neuropsychological Battery (NBACE) for Spanish Individual Adults Older than 44 Years Old.**

Alegret, M., Espinosa, A., Valero, S., Vinyes-Junqué, G., Ruiz, A., Hernández, I., Rosende-Roca, M., Mauleón, A., Becker, J.T., Tárraga, L., Boada, M., 2013. PLoS One 8, e76436. October 16

Aquest estudi determina les puntuacions de tall del test NBACE per establir el grau de deteriorament cognitiu d'un individu, en funció de la seva edat i nivell d'escolaritat. L'avaluació neuropsicològica és molt important en el diagnòstic del deteriorament cognitiu lleu i les demències, perquè es tracta d'una tècnica no invasiva i econòmica. Els resultats d'aquest estudi poden ser de gran utilitat per a la pràctica clínica d'aquells professionals (sobretot neuropsicòlegs clínics) que avaluïn a les persones que tenen com a llengua materna el castellà o el català.

• **Meta-analysis of 74,046 individuals identifies 11 new susceptibility loci for Alzheimer's disease.**

Lambert, J.-C., et al. (2013). Nature genetics, 1–9. doi:10.1038/ng.2802. October 27

Aquest article a Nature Genetics descriu 11 nous gens associats al risc de patir Alzheimer. Aquests resultats doblen el número de factors de risc coneguts fins ara i donen un gir al coneixement de les bases genètiques de la demència. La investigació compta amb la mostra d'individus més gran utilitzada fins ara, uns 74.538, el genoma dels quals es va analitzar amb tecnologies genòmiques d'alta resolució (GWAS). La funció d'alguns d'aquests gens està relacionada amb mecanismes moleculars que ja es coneixien, però altres obren nous camins fins ara desconeguts. La identificació d'aquests gens es tradueix en noves vies per investigar fàrmacs per combatre la malaltia de l'Alzheimer.

• **Trunk training exercises approaches for improving trunk performance and functional sitting balance in patients with stroke: A systematic review**

Cabanas-Valdés R, Cuchi GU, Bagur-Calafat C. NeuroRehabilitation. 2013 Sep 9.

El control del tronc ha estat identificat com un predictor del resultat funcional després de l'ictus, però hi ha proves suficients de que l'estabilitat proximal del tronc és un pre-requisit per l'equilibri en sedestació i bidedestació, caminar i les activitats funcionals.

OBJECTIU: Es va revisar sistemàticament la literatura sobre els exercicis d'entrenament de tronc (EET) en pacients adults amb ictus, per establir si aquests milloraven el rendiment del tronc i l'equilibri assegut.

MÈTODES: Es van realitzar cerques i examinar en les llistes de referències per identificar els assaigs controlats aleatoritzats dels exercicis d'entrenament del tronc en supervivents d'ictus en les següents bases de dades: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PEDro, REHABDATA, Scielo, Scopus, Web of Science, Tripdatabase i Epistemonikos. Dos revisors de forma independent van seleccionar les referències dels estudis pertinents i van extreure les dades i avaluar la seva qualitat. Les variables principals van ser el rendiment del tronc i l'equilibri assegut. A causa de l'heterogeneïtat dels estudis inclosos el metanàlisi no va ser possible.

RESULTATS: Es van analitzar un total de 11 estudis amb 317 pacients. Els EET van mostrar una moderada evidència per millorar

el rendiment i l'equilibri dinàmic en sedestació.

CONCLUSIONS: Els EET realitzats amb una superfície, ja sigui estable o inestable, pot ser una bona estratègia de fisioteràpia i podrien ajudar a millorar el rendiment i l'equilibri dinàmic del tronc assegut després de patir un ictus

• **A randomized clinical trial of oral versus intravenous methylprednisolone for relapse of MS.**

Ramo-Tello C, Grau-López L, Tintoré M, Rovira A, Ramió i Torrenta L, Brieva L, Cano A, Carmona O, Saiz A, Torres F, Giner P, Nos C, Massuet A, Montalbán X, Martínez-Cáceres E, Costa J. September 2013 Multiple Sclerosis Journal. Mult Scler. 2013 Oct 21

La majoria de pacients amb esclerosi múltiple (EM), patiran, sobretot al principi de la malaltia, episodis subaguts de dèficit neurològic (brots), amb recuperació diversa. Minimitzar el risc de patir un brot és el fonament de les teràpies actuals per a l'EM, però cap és capaç d'evitar-lo completament. El tractament adequat del brot, que persegueix escurçar-ne la durada i millorar-ne la recuperació, continua essent una de les bases de l'atenció als pacients amb EM.

Disposem d'abundant literatura mèdica i guies terapèutiques sobre tractaments que modifiquen l'evolució natural de la malaltia, però molt poca sobre quin és el millor tractament pel brot una vegada produït. Existeix acord en que cal tractar amb corticoides, però no sobre els brots que s'han de tractar, els corticoides a utilitzar, per quina via, en quina dosi ni durant quant de temps ni tampoc en quin període temporal pel que fa a la finestra terapèutica.

Aquest article exposa els resultats de l'assaig (multicèntric, doble cec, aleatoritzat), realitzat amb l'objectiu de comprovar la hipòtesi que una dosi bioequivalent de metilprednisolona (MP) administrada per via oral, no ha d'ésser inferior clínica i radiològicament a l'administrada per via intravenosa pel tractament del brot d'EM.

Els resultats evidencien que no hi ha relació d'inferioritat de la via oral en relació a la intravenosa i que es manté el mateix nivell de seguretat i tolerància. Això constitueix un benefici per a la qualitat de vida del pacient, però també suposa un estalvi pel sistema sanitari i laboral. Concloem que no sembla justificat continuar tractant el brot d'EM per via intravenosa i creiem haver contribuït amb aquest treball a canviar el paradigma del tractament.

• **Clinical characteristics of acute lacunar stroke in women: emphasis on gender differences.**

Arboix A, Blanco-Rojas L, Oliveres M, García-Eroles L, Comes E, Massons J. Acta Neurol Belg. 2013 Nov 6

Hi ha pocs estudis que hagin analitzat les característiques clíniques dels infarts lacunars (IL) en les dones. El nostre estudi avalua les diferències entre sexes (home/dona) en els IL a partir del Registre de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Els IL va ser diagnosticat en 310 dones (8.1 %) i en 423 (11.1 %) homes, a partir d'una mostra consecutiva de 3,808 pacients amb ictus inclosos a la nostra base de dades durant un període de temps de 19 anys. Les dades obtingudes van ser analitzades mitjançant un anàlisi multivariant. Les

dones representen el 42% del total d'IL (n = 733) i l' 11,4% del total dels pacients amb infarts isquèemics (n = 2,704). Es varen trobar diferències significatives en les variables: edat (85 anys o més) amb un 20.3 % en les dones en front d'un 11.1 % en els homes (P < 0.0001). En l'anàlisi de regressió logística, les següents variables: obesitat [odds ratio (OR) = 4.24], hospitalització prolongada (>12 dies) (OR = 1.59), hipertensió arterial (OR = 1.50), i edat (OR = 1.06) estaven associades de forma independent amb les dones, mentres que la malaltia vascular perifèrica (OR = 0.51), la malaltia pulmonar obstructiva crònica (OR = 0.46), la disfunció renal (OR = 0.13), i el tabaquisme (OR = 0.04) estaven associades de forma independent amb els homes. En conseqüència, les dones amb IL son de més edat i presenten més freqüentment obesitat i hipertensió arterial. La severitat dels IL, en canvi, va ser similar en homes i dones.

- **Sensory neuropathy with bone destruction due to an atlastin GTPase 3 (ATL3) mutation supports the role of membrane-shaping proteins in axonal degeneration** (Acceptat per a publicació a Brain el 15-X-2013: Brain 2013 – 01583)

Uwe Kornak, Inès Mademan, Marte Schinke, Martin Voigt, PeKt.rawitz, Jochen Hecht, Florian Barvencik, Thorsten Schinke, Sebastian Giebelmann, Adolf Pou Serradell, Juan J Vilchez, Christian Beetz, Tine Deconinck, Vincent Timmerman, Christoph Kaether, Peter De Jonghe, Christian A. Hübner, Andreas Gal, Michael Amling, Stefan Mundlos, Jonathan Baets, Ingo Kurth.

En aquest treball es demostra que una mutació "missense variant" en ATL3, proteïna reticulo endoplasmítica (RE) que modela la GTPasa, és causa de la destrucció òssia deguda a neuropatia sensitiva amb pèrdua de la percepció dolorosa. La malaltia autosòmica dominant s'ha evidenciat en dues famílies: Una d'origen germànic i una altra espanyola (fou la nostra aportació) amb dues germanes i mare presentant mal perforant plantar i pèrdua òssia – 2on metatarsià) corresponent a una HSN tipus 1, d'herència AD, coneguda com malaltia de Thévenard. Les troballes destaquen el rol crucial de les proteïnes modeladores de membranes en la neurodegeneració.

- **Prevalence of anosognosia in Alzheimer's disease.].**

Turró-Garriga O, Conde-Sala JL, Reñé-Ramírez R, López-Pousa S, Gascón-Bayarri J, Garre-Olmo J. [Med Clin (Barc). 2013 Jul 3.

- **Cognitive decline in Alzheimer's disease. A follow three or more years of a sample of patients**

Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Vilalta-Franch J, Llinàs-Reglà J, Turró-Garriga O, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Pericot-Nierga I, López-Pousa S.[]. Rev Neurol. 2013 Jun 16;56(12):593-600.

- **Development of a multidimensional measure of fibromyalgia symptomatology: the comprehensive rating scale for fibromyalgia symptomatology**

López-Pousa S, Garre-Olmo J, de Gracia M, Ribot J, Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J.. J Psychosom Res. 2013 May;74(5):384-92.

- **Demographically adjusted norms for Catalan older adults on the Stroop Color and Word Test.**

Llinàs-Reglà J, Vilalta-Franch J, López-Pousa S, Calvó-Perxas L, Garre-Olmo J. Arch Clin Neuropsychol. 2013 May;28(3):282-96

- **Behalf Of The Registry Of Dementias Of Girona Study Group Redegi Study Group. Pain treatment and its cost in old people with dementia: a descriptive analysis from the Registry of Dementias of Girona (ReDeGi).**

Calvó-Perxas L, López-Pousa S, Turró-Garriga O, de Eugenio R, Linares M, Fernández Mdel M, Castellanos M, Casas I, Turón-Estrada A, Casadevall T, Coromina J, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J; Int J Neurosci. 2013 May;123(5):339-46.

- *Registry Dementia of Girona Study Group. Drug use in patients with dementia: a register-based study in the health region of Girona (Catalonia/Spain).*

Avila-Castells P, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Alsina E, Carmona O, Perkal H, Roig AM, Cuy JM, Lozano M, Molins A, Vallmajó N, López-Pousa S; Eur J Clin Pharmacol. 2013 May;69(5):1047-56.

- **Microbleed Burden and Hematoma Expansion in Acute Intracerebral Hemorrhage**

Joan Martí-Fàbregas, Raquel Delgado-Mederos, Esther Granell, Estrella Morenas Rodríguez, Juan Marín Lahoz, Lavinia Dinia, David Carrera, Natalia Pérez de la Ossa, Jordi Sanahuja, Tomás Sobrino, Ana María De Arce, María Alonso de Leciñana on behalf of the RENEVAS group (Stroke Research Network, RETICS, Instituto de Salud Carlos III). Eur Neurol. 2013;70(3-4):175-8.

- **B-type natriuretic peptides and mortality after stroke: A systematic review and meta-analysis.**

García-Berrocoso T, Giralt D, Bustamante A, Etgen T, Jensen JK, Sharma JC, Shibasaki K, Saritas A, Chen X, Whiteley WN, Montaner J. Neurology. 2013 Dec 3;81(23):1976-85.

- **ADAMTS proteoglycanases in the physiological and pathological central nervous system.**

Lemarchant S, Pruvost M, Montaner J, Emery E, Vivien D, Kaninen K, Koistinaho J. J Neuroinflammation. 2013 Oct 31;10(1):133

- **Prognostic value of plasma chitotriosidase activity in acute stroke patients.**

Bustamante A, Dominguez C, Rodriguez-Sureda V, Vilches A, Penalba A, Giralt D, García-Berrocoso T, Llombart V, Flores A, Rubiera M, Molina C, Alvarez-Sabín J, Montaner J. Int J Stroke. 2013 Oct 22.

- **Combining statins with tissue plasminogen activator treatment after experimental and human stroke: a safety study on hemorrhagic transformation.**

Campos M, García-Bonilla L, Hernández-Guillamon M, Barceló V, Morancho A, Quintana M, Rubiera M, Rosell A, Montaner J. CNS Neurosci Ther. 2013 Nov;19(11):863-70

- **Investigating silent strokes in hypertensives: a magnetic resonance imaging study (ISSYS): rationale and protocol design**

Riba-Llena I, Jarca CI, Mundet X, Tovar JL, Orfila F, López-Rueda A, Nafria C, Fernández JL, Castañé X, Domingo M, Alvarez-Sabin J, Fernández-Cortiñas I, Maisterra O, Montaner J, Delgado P. BMC Neurol. 2013 Oct 2;13(1):130.

- **From brain to blood: New biomarkers for ischemic stroke prognosis.**

García-Berrocoso T, Penalba A, Boada C, Giralt D, Cuadrado E, Colomé N, Dayon L, Canals F, Sanchez JC, Rosell A, Montaner J. J Proteomics. 2013 Sep 20;94C:138-148

- **Mild hypothermia protects against oxygen glucose deprivation (OGD)-induced cell death in brain slices from adult mice.**

Hernández-Guillamon M, Ortega L, Merino-Zamorano C, Campos-Martorell M, Rosell A, Montaner J. J Neural Transm. 2013 Sep 14

- **Factors secreted by endothelial progenitor cells enhance neurorepair responses after cerebral ischemia in mice.**

Rosell A, Morancho A, Navarro-Sobrinó M, Martínez-Saez E, Hernández-Guillamon M, Lope-Piedrafita S, Barceló V, Borrás F, Penalba A, García-Bonilla L, Montaner J. PLoS One. 2013 Sep 4;8(9):e73244

- **Prominent EMA 'dots' in tumour-induced Bergmann gliosis.**

Gelpi E, Bombi JA, Martínez-Saez E, Caral L, Ribalta T. Histopathology. 2013 Aug 20.

- **PrP mRNA and protein expression in brain and PrPc in CSF in Creutzfeldt-Jakob disease MM1 and VV2.**

Llorens F, Ansoleaga B, Garcia-Esparcia P, Zafar S, Grau-Rivera O, López-González I, Blanco R, Carmona M, Yagüe J, Nos C, Del Río JA, Gelpi E, Zerr I, Ferrer I. Prion. 2013 Sep 18;7(5)

- **Non-Alzheimer neurodegenerative pathologies and their combinations are more frequent than commonly believed in the elderly brain: a community-based autopsy series.**

Kovacs GG, Milenkovic I, Wöhrer A, Höftberger R, Gelpi E, Haberler C, Hönigschnabl S, Reiner-Concin A, Heinzl H, Jungwirth S, Krampla W, Fischer P, Budka H. Acta Neuropathol. 2013 Jul 31. IF 9,7

5. L'ESPAI DELS GRUPS D'ESTUDI DE LA SCN:

5.1 Grup estudi Vascular

Guies Malalties Vasculars Cerebrals:

A dia d'avui portem 2.678 descarregues de la versió iOS i d'entre 468 descàrregues de la versió Android

Links

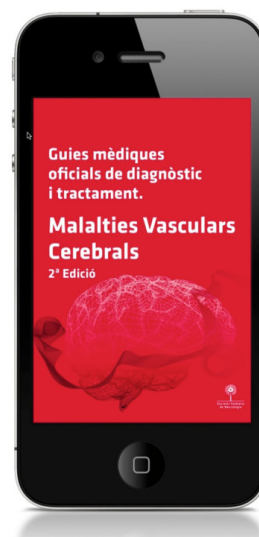
HTML5

<http://proyectosmedericediciones.com/vascular/english.html#modalUpdate>

Apple Stores:

<https://itunes.apple.com/us/app/guias-medicas-diagnostico/id688108446?l=es&ls=1&mt=8>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medericediciones.enfermedadesvasculares>



5.2 Grup d'estudi dels trastorns de moviment

ACTA PRIMERA REUNIO, CONSTITUENT, DEL GRUP D'ESTUDI DE TRASTORNS DEL MOVIMENT DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA (GETM-CAT).

28 de novembre 2013, 20.00 h

Restaurant Can Miralletes

(carrer Sant Antoni M. Claret, 312. Barcelona)

Assistents: Asunción Avila, Àngels Bayès, Nuria Caballol, Antonio Callen, Matil Calopa, Antonia Campolongo, Yaroslav Compta, Serge Jaumà, Jaume Kulisevsky, Juan Marín, Fina Martí, Javier Pagonabarraga, Berta Pascual Sedano, Belen Perez Dueñas, Jesús Pérez, Lluís Planellas, Victor Puente, Claustre Pont, Pilar Quilez, Roser Ribosa, Eduard Tolosa, Oriol de Fàbregues i Àlex Gironell.

- 1 Presentació: el president de la SCN, Oriol de Fàbregues-Boixar, dona la benvinguda a tots els assistents i agraeix el seu interès per participar en el grup. Exposa l'esforç i l'aposta de la SCN en la creació dels Grups d'Estudi. En presenta la normativa al respecte.

2. La constitució del GETM-cat fou aprovada per la junta directiva de la SCN: juliol 2013.
Es procedí informar-ne a socis interessats per mailing: setembre 2013.
Primera reunió constituent i de treball: novembre 2013.
Nombre de membres del grup: 33.
Inici activitats: 2014
3. El coordinador del Grup, Alex Gironell , exposa els objectius del Grup:
 - 1) Mantenir les Guies Oficials de Diagnòstic i Tractament de trastorns del moviment de l'SCN actualitzades.
 - 2) Col·laborar en la organització dels Cursos Anuals de Formació Continuada de trastorns del moviment de la SCN (previst el 2015)
 - 3) Col·laborar en l'edició del Butlletí Neurologia Catalana
 - 4) Col·laborar en la pàgina Web de la SCN
 - 5) Cooperar en les tasques docents i de recerca de la subespecialitat de trastorns del moviment que li encarregui la SCN.
 - 4) Fomentar el reconeixement de la subespecialitat de Trastorns de Moviment en la disciplina i especialitat mèdica de la neurologia.
 - 5) Fomentar la formació continuada en la subespecialitat.
 - 6) Cohesionar els membres de la SCN interessats en la subespecialitat, i ser-ne portantveus de les seves inquietuds.
 - 7) Esser referència per a la Societat Catalana de Neurologia en els àmbits mèdics, acadèmics i administrativo-sanitaris en el nostre país de la subespecialitat.
 - 8) Organitzar-se amb un Coordinador del grup, escollit per la junta directiva de la SCN d'entre els candidats presents, i un Secretari escollit en l'assemblea de la SCN per a un dels càrrecs de la junta directiva de la SCN, de forma biennal. Així com una assemblea anual del grup, en coincidència amb la Trobada Anual de la Societat Catalana de Neurologia.
L'únic requisit per a poder formar part del grup és ser soci de la Societat Catalana de Neurologia.
4. S'inicia l'aportació de propostes per part dels assistents, en format "brain storming"
5. Es comenta l'interès en realitzar:
 - a. Reunions periòdiques en diferents hospitals (cada 3 mesos)
 - b. Simposis de videos/casos atípics (primavera, tardor).
 - c. Programa Reunió Anual SCN (març biennal).
 - d. Fox Trial Finder.
 - e. Estudis multicèntrics.
 - f. Beques de formació.
 - g. Premi anual millor Cas clinic video a presentar en Reunió anual de la SCN
 - h. Potenciar intercomunicació entre els membres del grup. Espai web (google groups). Forum.
 - i. Intercomunicació entre neuròlegs juniors. Estadges formatives entre centres.
 - j. Espai del grup al butlletí trimestral de la SCN ("Neurologia Catalana")
6. Es proposa i s'accepta que el grup es reunirà amb una periodicitat trimestral rotatori.
La primera cita serà a l'hospital de Sant Pau. Els membres del grup amfitrions seran els que decidiran el tema a tractar, i s'exposaran casos clínics.

7. S'informa que per celebrar la constitució del Grup, el Laboratori Lundbeck ha organitzat un sopar invitant als assistents a aquesta primera reunió.

Finalitza la reunió a les 21:00.

Secretari GETM-Cat
Oriol de Fàbregues
Coordinador GETM-Cat
Alex Gironell



5.3 Grup d'estudi de la cognició i la conducta

El grup d'estudi de la cognició i la conducta ha fet 2 reunions durant l'últim trimestre del 2013 amb l'objectiu d'exposar i debatre idees i projectes futurs.

Les properes reunions que farà el grup seran:
19 de febrer 2014, 17:00 (dimecres) a l'Hospital de St Pau i 20 maig 2014 17:00h (dimarts) a Hospital del Mar.

El format d'aquestes reunions serà el següent:

- Ponència per part dels amfitrions: 30 min
- Discussió de casos: 30 minuts.
- Reunió del grup.

En l'actualitat ja participen en el grup uns 40 neuròlegs i psicòlegs interessats en la cognició i la conducta. Tots aquells que esteu interessats també a afegir-vos a aquest projecte podeu contactar amb secretaria de la SCN.

El GECC va participar en el Taller de Psiquiatria Forense i Neurologia, celebrat el passat 22 de novembre 2013 a la ciutat de la Justícia de Barcelona. Aquest taller organitzat conjuntament per la Sociedad Española de Psiquiatria Forense i la Societat Catalana de Neurologia va reunir a diferents professionals i es van debatre diferents aspectes medico-legals del deteriorament cognitiu lleu i les demències.



6. HISTÒRIA DE LA NEUROLOGIA CATALANA: "SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA: 1976-1983"

Adolf Pou Serradell (APS) i Lluís Soler Singla (LISS)

Fragment de la història de la neurologia catalana que no va poder ser inclòs en el llibre Cent anys d'història. Història de la neurologia catalana (2011)...

En aquest capítol es tracta de l'activitat de la Societat Catalana de Neurologia (SCN), dels seus membres i dels esdeveniments ocorreguts en aquells anys durant els quals la presidència de la SCN - període 1976-1983 - va recaure en un dels autors d'aquest treball (A.P.S.). Les fonts d'informació per confeccionar aquest treball no han pogut ésser recopilades completament - tal com hauria estat desitjable - tenint en compte que ha fallat la pròpia informació provinent de l'Associació de Ciències Neurològiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques (ACM): Ja sigui perquè gran part d'aquesta informació no consta en els arxius de l'ACM actual (tinguem en compte que parlem de més de trenta anys enrera), ja sigui perquè les activitats - en el propi si de l'ACM - varen ésser escadusseres, en part per manca de comunicacions o per manca de poder de convocatòria: En aquell temps (1976-1983), quan l'ACM estava a la Bonanova, es convocaven les sessions científiques a les 10 de la nit: En una petita cartolina col·locada en un requadre general a l'entrada de les Sales de Reunions hi figuraven anunciades totes (una cartolina per a cada especialitat) les convocatòries mensuals de les diferents associacions o especialitats de l'ACM. Una d'elles feia referència a l'Associació de Ciències Neurològiques. No hem pogut reunir més que unes poques d'aquestes cartolines. A vegades ens trobàvem a les 10 de la nit - del dia anunciat per exposar un tema neurològic - el suposat conferenciant, jo mateix com a públic, sovint també el Dr Martí-Vilalta (gran adicte a la SCN), malgrat no ésser el conferenciant...i alguns altres entranyables neuròlegs, pocs...Si tant pocs erem, acabàvem prenent un "be-fiter" en un bar pròxim.

Ens bassarem doncs en l'informació obtinguda, - més que res indirectament, - a partir d'activitats patrocinades per la SCN i lligades per tant a la Societat Catalana de Neurologia, adscrita a l'ACM. Es tracta d'activitats sempre desenvolupades - amb l'esperit i sota l'auspici de la SCN - en aquell temps (sempre desenvolupades en el període 1976-1983: APS president), però realitzades - moltes d'elles - fora de la seu de l'ACM. Aquestes fonts - ben vinculades a l'activitat neurològica dels autors d'aquest treball - i per consegüent dependents de la SCN - són essencialment de tres ordres:

- (A) **Activitats desenvolupades en el si del nou Institut Neurològic Municipal o INM que s'havia inaugurat el 1973 i era una institució continuadora de l'antic INM fins a les hores ubicat en el carrer LLull, nº 8 al Poble Nou.**
- (B) **Activitats derivades de les constatacions trobades en el Curriculum Vitae dels autors d'aquest treball centrades com sempre en els anys 1976-1983. Algunes aportades directament a la SCN, altres no referides més que indirectament en els treballs de la SCN.**
- (C) **Activitats extretes de les dades obtingudes de Congressos de Neurologia realitzats en aquelles èpoques, sobre tot del XII Congrés Mundial de Neurologia (Kyoto, 1981) i del V Congrés Nacional de Neurologia (Torremolinos, 1982). La nostra aportació, indirectament representants de la SCN, va ésser distingida.**

(A)

Durant tots aquests anys als que fem sempre referència (1976-1983) - i sota el Patrocini de la SCN - es varen dur a terme en el Institut Neurològic Municipal - any darrera any - els Col·loquis de Neurologia sobre Temes Monogràfics: Sempre en el mes de Juny, de tres dies de durada (dijous, divendres i dissabte), amb lliçons teòriques als matins i pràctiques - amb presentació de malalts - a les tardes, sota la direcció d'un de nosaltres (APS) i com a secretari general en la majoria de col·loquis, l'altre autor d'aquest treball (LISS). Les lliçons eren impartides pels metges del Servei, per neuròlegs de l'àmbit nacional convidats i per un neuròleg estranger de reconegut prestigi internacional, que també era convidat. Sempre, els col·legues estrangers convidats - que romanien els tres dies entre nosaltres - participaven en totes les activitats durant el Col·loqui i contribuïen al millor coneixement del Tema Monogràfic escollit: Amb la selectiva finalitat d'actualitzar l'estudi del Tema, incorporant-lo al nostre bagatge, fer-lo assequible als nostres coneixements bàsics per ésser després aplicats en l'assistència neurològica.

- **El Primer Col·loqui versà sobre FACOMATOSIS (1977:** (coincidint amb les primeres votacions democràtiques al nostre país). Conferenciants Invitats: Dr Alfaro - H. La Fè, València, Prof. J. de Recondó, CHU . St Anne de Paris.
- **El Segon Col·loqui (Juny 1978) versà sobre MIOPATIES.** Conferenciants invitats: Dr Ll. Montserrat - Neurofisiologia V. Hebrón, Barcelona, Prof G. Serratrice, CHU La Timone, Marsella.
- **El Tercer Col·loqui (Juny 1979) versà sobre PATOLOGIA NEUROLÒGICA CERVICAL.** Conferenciants: Dr J. Peres-Serra - Dr I. Ferrer Abizanda, H. Bellvitge L'Hospitalet de Ll., Prof A. Rascol, CHU Purpan, Toulouse.
- **El Quart Col·loqui (Juny, 1980) versà sobre NEUROPATIES IMMUNOLÒGIQUES.** Conferenciant Invitat: Prof Rose, King-Cros Hospital (Londres)
- **El Cinquè Col·loqui (Juny 1981) versà sobre PATOLOGIA SELLAR (HIPOFISARIA))** Conferenciants Invitats: Dr F.Palomar-Petit. Barcelona, Prof Domenech Mateu -Barcelona, Prof Reyes Oliveros. S. de Compostela J Racadot - CHU Pitié- Paris.
- **El Sissè Col·loqui (Juny 1982) versà sobre HIDROCEFÀLIES NO-TUMORALS** Conferenciants Invitats: I. Pascual-Castroviejo - H.La Paz Madrid. JA Alvarez- H. La Fè - Valencia.

(B)

Activitats derivades de constatacions trobades en el Curriculum Vitae dels autors d'aquest treball centrades en els anys 1976-1983, època en que la presidència de la SCN recaigué en un dels autors del treball (APS). Algunes d'aquestes comunicacions foren aportades directament a la SCN, altres no foren referides més que indirectament en els treballs de la SCN. Al no disposar d'un arxiu concret - vinculant estretament activitat pròpia de la SCN i ACM - no ens queda més remei que senyalar els treballs nostres més propers a la SCN durant aquell període de 6 anys: Ens referim només a les comunicacions principals (la majoria publicades en diferents revistes de neurologia) i ens excusem per no poder testimoniar comunicacions aportades no arxivades.

- **Polirradiculoneuritis com a Primera Manifestació de Malaltia Maligna.** A. Pou Serradell, Ll. Soler Singla. J. Pascual Calvet - Maig 1976

- **Nova síndrome d'associació múltiple de parells cranials baixos** (com el de Sicart-Collet però presentant - a diferència d'aquest - un signe de Bernard-Horner en comptes de la paràlisi del XII parell) degut a dissecció traumàtica de la A. Caròtida interna a nivell extracranial - A. Pou Serradell - Novembre 1976.
 - **Síndrome de claudicació a la marxa per canal lumbar estret:** Pla general d'estudi i pauta d'exploració dels pacients amb sospita de "claudicació sensitivo-motora de cua de cavall" - A. Pou Serradell. Octubre 1977.
 - **Estudi longitudinal clínic, per TC, EEG i anatomopatològic** (en tres casos) de 14 casos d'Esclerosi Tuberosa de Bourneville - A. Pou Serradell, Lluís Soler Singla, J. Pascual Calvet, A. Ugarte Elola. Nov 1978.
 - **Siringomièlia:** Correlacions entre lesions medul·lars visualitzades per RNM i semiologia clínic-neurològica. Controls clínic-evolutius a llarg termini i resultats quirúrgics. A. Pou Serradell, Ll Soler Singla, R. Florensa Brichs, Febrer 1979.
 - **L'Hiperostosi frontal interna:** Estudi neurològic, clínic evolutiu i radiològic a propòsit de 12 Casos- A. Pou Serradell, Ll Soler Singla. Maig 1979.
 - **L'eucodistròfia melanodèrmica.** A propòsit d'un Cas de Malaltia de Addison-Schilder. A. Pou Serradell, Ll Soler Singla, P. Fossas Felip. Desembre 1979-
 - **Miopatia Congènita Benigna amb anomalies múltiples de línia mitja i presència de "cores" en la biòpsia muscular de la mare.** A. Pou Serradell, M. Aguilar Barberà, I. Ferrer Abizanda. Març 1980.
 - **Sarcomatosis Leptomeníngea Primitiva.** Estudi anatomo-clínic d'un Cas. A. Pou Serradell, J Soler-Llenas, Ll Soler Singla, L. Ballesteros, J. Lamarca Ciuró. Juny 1980.
 - **Hemangioblastoma medul·lar:** Estudi clínic-evolutiu i per neuroimatge fins al èxitus, aspectes anatomopatològics i fisiopatologia de la siringomièlia associada. A. Pou Serradell, Ll. Soler Singla, J. Llovet Tapias, L. Lamarca Ciuró. Octubre 1980.
 - **Neuropatia Amiloidea Primària:** Estudi anatomo-clínic d'un Cas. Ll Soler Singla, A. Pou Serradell, P. Fossas Felip, I. Ferrer Abizanda. Desembre 1980.
 - **Estudi de 4 Casos de Miopatia Congènita amb gran predomini de Fibres Tipus 1 a la biòpsia muscular.** A. Pou Serradell, A. Codina Puiggrós, J. Pascual Calvet, I. Ferrer Abizanda. Maig 1981.
 - **Neuropatia sensitiva (paraneoplàstica) de Denny-Brown:** Estudi clínic-patològic d'un Cas. Ll Soler Singla, J. Lamarca Ciuró, P. Fossas Felip, A. Pou Serradell. Desembre 1981.
 - **Hidrocefalia i Neurofibromatosi Tipus 1** (v. Recklinghausen o NF1). A. Pou Serradell, A. Ugarte Elola. Setembre 1982.
 - **Oftalmoplegia unilateral progressiva evolucionada al llarg de la vida** per probable epidermoide parasellar. A. Ugarte Elola, Ll Soler Singla, A. Pou Serradell. Octubre 1982.
 - **Localitzacions orbitofacials de la Neurofibromatosi Tipus 1** (NF1). Aspectes clínics de les anomalies de desenvolupament de la porció cefàlica de la cresta neural (quarta fulla embrionària). Estudi de tres Casos. A. Pou Serradell, Ll Soler Singla, A. Ugarte Elola. Desembre 1982
 - **Exploració de la regió parasellar:** Valoració de les diferents proves complementàries particularment de neuroimatge en l'estudi de l'oftalmoplègia dolorosa (painful ophtalmoplegia). A. Pou Serradell, Ll. Soler Singla, R. Dinarés, J. Lamarca Ciuró. Desembre, 1982.
 - **Tumors del SNC i Neurofibromatosi (NF1).** A. Pou Serradell, J. Lamarca Ciuró Maig 1983.
 - **Patologia oculomotora (evolutiva) per lesió hemorràgica** (cavernoma sangrant) quasi reversible a peu de protuberància dins del contexte d'una Cavernomatosi Múltiple Familiar (CMF) amb anomalies cutànies tipus "síndrome del botò de goma blau". Ll Soler Singla, A. Pou Serradell, A. Quera Salvà, M. Nolla Salas. Juny 1983.
 - **Síndrome de medul·la anclada (tethered cord) amb lipoma sacra intradural en un pacient adult.** Desembre 1983.
- (C)**
- Activitats extretes de les dades obtingudes de Congressos de Neurologia realitzats en aquelles èpoques, sobre tot del XII Congrés Mundial de Neurologia (Kyoto, 1981) i del V Congrés Nacional de Neurologia (Torremolinos, 1982)
- **XII Congrés Internacional de Kyoto (1981):** En el capítol, dins del llibre "Autobiografia de la Sociedad Española de Neurologia (1949-1994)", que el Dr M. Balcells Riba - gran historiador de la Neurologia Espanyola - dedica a aquest congrés (Titulado: El Congreso Mundial de Neurologia - Kyoto, 1981- : una experiencia inolvidable) podem llegir, pel que fa a la Neurologia Catalana, un treball experimental presentat per la Dra Codina sobre epilèpsia hipocàmica i modificacions histològiques. I un altre treball també sobre epilèpsia (crisis suscitades per lectura i/o per càlcul matemàtic) a càrrec dels Drs. Espadaler, Samsó i Vila, tots ells ja traspassats. Després passa a comentar les Aportaciones de l'Hospital del Mar: i diu "son los que mayor número de comunicaciones aportaron de la delegación española. La primera de ellas tenia por tema Las neuropatias recurrentes no familiares y no compresivas. Los doctores Pou, Soler, Subirana y Galván estudiaron un total de 12 casos afectos de la mencionada patologia." Més endavant, indica " el Dr Pou, con los doctores Ugarte y Pascual, presentó una Comunicación que resaltaba la coincidencia de Hidrocefalia y Enfermedad de v. Recklinghausen describiendo 12 pacientes con este proceso hidrodinámico". I seguia: " Otra comunicación presentada por neurólogos del Hospital del Mar también estaba firmada por el Dr Pou junto a los doctores Noya, Gibert y Potes. El tema de la misma era el Síndrome de la obliteración de la arteria basilar y aportaron el estudio clínico y radiológico de 2 casos, uno de ellos con restitución "ad integrum".
 - **V Congrés Nacional de Torremolinos (1982).** Titulació de la Ponència: PATOLOGIA OCULOMOTORA (487 pàgines), dirigida per el Dr A Codina Puiggrós. A nosaltres ens va encarregar una part de la Ponència: Les oftalmoplegies perifèriques (De la pàgina 415 a la 477). A. Pou Serradell, Ll Soler Singla. En aquest llarg treball si concentra la nostra experiència clínic sobre: Oftalmoplegies Doloroses (painful-ophtalmoplegia) o Síndrome de Tolosa-Hunt, ja siguin essencials o simptomàtiques, també sobre Oftalmoplegies secundàries a tumors, aneurismes, traumatismes i altres.



7. RACÓ DEL RESIDENT

RESPOSTA AL CAS

J.S. Aller-Alvarez; A. Pluma-Sanjurjo; H. Bejr-Kasem; N. Rodriguez-Villatoro; M. Torres.

Se'ns presenta el cas clínic d'una dona de 47 anys en estudi per haver presentat un ictus isquèmic amb oclusió d'artèria caròtida interna esquerra a nivell intracranial (TICA) d'etiologia indeterminada.

Com antecedents patològics a destacar és exfumadora (sense altres hàbits tòxics), presenta hipertensió arterial (HTA) amb una miocardiopatia hipertròfica severa secundària en tractament amb -bloquejants, té l'antecedent d'avortament espontani durant el primer trimestre i actualment es troba en estudi per quadre sistèmic en forma de febre, artràlgies i rash cutani. La pacient no té antecedents familiars neurològics ni epidemiològics rellevants (no viatges recents a l'estranger ni risc d'exposició a tòxics).

L'orientació diagnòstica inicial del quadre constitucional amb febre prolongada, limfadenopatia, artràlgies i rash transitori va ser de Malaltia de Still en l'adult. A favor d'aquest diagnòstic, presentava leucocitosi per sobre de 10.000 amb neutrofilia, lleu elevació d'enzims hepàtics amb estudis d'anticossos negatius. Clínicament, la pacient no presentava úlceres o sequetat de mucoses, manifestacions cutànies orientadores (no fotosensibilitat, eritema malar, livedo reticular, alopecia ni zones de despigmentació), ni fenomen de Raynaud. Tampoc havia presentat artritis, miàlgies, dolor abdominal ni afectació neurològica. No disposem de l'anàlisi per excloure alteracions de l'hemograma ni de la coagulació associades (tret de l'antecedent d'anèmia secundària a hipermenorrea). Tampoc disposem de ionograma, funció renal o tiroïdal ni de valors de marcadors d'inflamació (VSG, LDH, PCR, ferritina, etc...).

Malgrat complir els criteris diagnòstics per a malaltia de Still de l'adult, cal puntualitzar que el diagnòstic d'aquesta entitat és un diagnòstic d'exclusió, havent de descartar infeccions, neoplàsies i altres malalties autoimmunes. A més, posteriorment presenta vasculitis leucocitoclàstica i uveïtis, que qüestionen aquest diagnòstic, sent necessàries més proves diagnòstiques complementàries.

En quant a l'etiologia infecciosa, s'han realitzat serologies que han estat negatives per VIH, sífilis, virus d'Epstein-Barr, herpes simple, varicel·la zòster, parvovirus B19 i toxoplasma. La pacient no es troba immunodeprimida per pensar en una infecció sistèmica per citomegalovirus, ni té antecedents epidemiològics per a brucel·losi. A més, per tal d'excloure tuberculosi s'ha realitzat test de la tuberculina i estudis d'alliberament d'interferó- γ (IGRAs) que han estat negatius. Caldria, però, completar l'estudi de virus hepatotrops.

Per a l'estudi de l'etiologia neoplàsica, s'ha realitzat una tomografia computeritzada (TC) toracoabdominal que descarta neoplasia macroscòpica. Davant la sospita de malaltia de Still és important descartar limfoma o altres malalties hematològiques, pel que seria recomanable la realització d'una tomografia per emissió de positrons (PET).

Per a etiologia autoimmune, amb les dades donades, la pacient no compliria criteris per al diagnòstic de lupus eritematós sistèmic (LES). Clínicament, només presenta artràlgies sense artritis amb anticossos antinuclears (ANAs) negatius tot i que no s'han testat anticossos enfront SM, Ro o La. Malgrat que no compleix criteris clínics d'artritis reumatoide es va sol·licitar la determinació del factor reumatoide i anticossos antipeptíds cíclics citrulinats que van ser negatius. Tampoc compliria criteris clínics per a espondilitis anquilosant

(HLA - B27 negatiu), malaltia de Sjögren, per a miositis o per a malaltia de Behçet clàssica (no presenta úlceres orals o genitals, les lesions cutànies no són típicament papulopustuloses o compatibles amb eritema nodós, però no s'ha realitzat la prova de la Patergia). D'altra banda, però, destaquen anticossos anticardiolipina positius, que juntament amb l'antecedent d'avortament abans de les dotze setmanes i trombosi a nivell d'artèria mesentèrica superior, compliria dos criteris clínics diagnòstics de síndrome antifosfolípida (caldría repetir la detecció dels anticossos a les sis setmanes per confirmar el diagnòstic). Per últim, pensant en les vasculitis degut a la gran variabilitat en les seves presentacions clíniques tot i que la pacient no presenta neuropatia, afectació renal o respiratòria ni aneurismes a nivell abdominal, s'ha realitzat estudi d'anticossos anticitoplasma dels neutròfils (ANCA) que van ser negatius, una TC i angio-ressonància magnètica (RM) abdominal, així com RM cerebral amb Angio-RM de troncs supraòrtics (TSA) que no són suggestives de vasculitis.

Per últim, no presenta afectació respiratòria ni tampoc clínica neurològica o cutània suggestiva de sarcoidosi. A més, no hi ha elevació de l'enzim convertidor d'angiotensina (ECA) i, tot i que no disposem de calcèmia, s'ha realitzat una fibrobroncoscòpia amb citologia que són normals.

Així doncs, davant l'orientació d'un estat d'hipercoagulabilitat adquirit secundari a un probable síndrome antifosfolípida es va iniciar anticoagulació amb acenocumarol. Malgrat que la síndrome antifosfolípida pot ser primària, es a dir, en absència d'altres malalties autoimmunes, la comorbiditat de la pacient obligava a descartar-les. Posteriorment en context de infradescoagulació (INR de 1.76) la pacient va presentar un ictus isquèmic amb oclusió de la TICA que va ser tractat amb trombectomia mecànica amb bona evolució clínica.

Centrant-nos en les etiologies més freqüents d'ictus isquèmic en pacient jove, a més de l'estat d'hipercoagulabilitat, la pacient no presenta dades suggestives d'aterosclerosi precoç (no signes d'estenosi arterials significatives a nivell d'altres artèries per Angio-TC) i s'ha descartat la dissecció carotídia amb les proves d'imatge. Pensant en etiologia cardioembòlica en una pacient amb una síndrome antifosfolípida, s'ha realitzat una ecocardiografia transesofàgica que descarta foramen oval permeable o patologia valvular. Per últim, una etiologia rara d'ictus en pacient jove seria la síndrome de Sneddon, una malaltia idiopàtica que es pot presentar en forma d'ictus i s'associa freqüentment a anticossos antifosfolípida positius, però que per al seu diagnòstic és necessària l'existència de livedo reticularis. El quadre tampoc és suggestiu de malaltia de Whipple on, a més d'artritis, solen presentar problemes abdominals, deteriorament cognitiu i atàxia, i els ictus solen ser secundaris a fibrosi arterial o endocarditis.

En resum doncs, tenim una pacient amb sospita de malaltia autoimmune (amb resposta incompleta a corticoides i amb elevació de marcadors d'inflamació en aquest context) que inicialment es va sospitar d'una malaltia de Still l'adult, però posteriorment s'ha diagnosticat de síndrome antifosfolípida que se sol associar a altres malalties autoimmunes. Actualment no compleix criteris de lupus eritematós sistèmic (LES) (fins al 30% dels LES hi ha aquest tipus d'anticossos), però cal fer un seguiment de la pacient per veure evolució. També caldría tenir en compte el Behçet i la poliarteritis nodosa, entitats que cursen freqüentment amb uveïtis. En aquest sentit, seguint els International Criteria for Behçet's disease (ICBD) (2006), la pacient tindria tres punts (dos per afectació ocular i un per trombosi vascular) que aniria a favor d'una possible malaltia de Behçet. Amb les proves realitzades és poc probable l'etiologia infecciosa o tumoral però es recomanaria completar l'estudi amb

serologies de virus hepatotrops, proteïnograma amb detecció de crioglobulines, estudi del complement, a més d'estudiar la presència d'altres alteracions protrombòtiques (deficiència d'antitrombina III, mutació del factor V de Leiden...). Per últim, es realitzaria una PET per descartar completament neoplàsia.

DISCUSSIÓ I RESOLUCIÓ DEL CAS

Alejandra Gómez. Elisa Cuadrado-Godia Neurologia. Hospital del Mar.

Durant l'ingrés a Medicina Interna i amb el resultat de les probes complementàries es va revalorar el cas clínic. Es tractava d'una pacient que portava cinc mesos d'evolució des del començament dels símptomes i que compliria 5/6 criteris menors de DUKE (1) per al diagnòstic clínic d'endocarditis infecciosa.

1. Predisposició: miocardiopatia hipertròfica
2. Febre
3. Fenòmens vasculars: ictus d' ACM esquerre, trombosi mesentèrica
4. Fenòmens immunològics: panuveïtis i vasculitis a les cames.
5. Evidència microbiològica: hemocultius positius per HACEK (sense complir un criteri major).

Amb aquests criteris no és possible donar el diagnòstic definitiu d'endocarditis però sí un diagnòstic clínic, per tant en una sessió multidisciplinària entre cardílegs, reumatòlegs i internistes es va fer el diagnòstic de probable endocarditis per grup HACEK. Es va iniciar tractament amb ceftriaxona IV durant 1 mes (dos setmanes en règim d'ingrés hospitalari i 2 setmanes en règim d'hospitalització domiciliària) i es va mantenir el tractament anticoagulant amb acenocumarol a l'alta.

Posteriorment la pacient ha tingut seguiment ambulatori a CCEE de Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Hematologia i Medicina Interna. Ha presentat una bona evolució clínica amb negativització dels hemocultius de control fets al mes i als 3 mesos del diagnòstic d'endocarditis infecciosa. La determinació d'anticoagulant lúpic es va negativitzar a l'anàlisi de control al mes de maig (9 mesos després del començament dels símptomes, 2 mesos després del començament de tractament antibiòtic). Per tant es va orientar com a una síndrome antifosfolípid secundària a la infecció i es va decidir suspendre el tractament anticoagulant. La panuveïtis es va resoldre completament amb el tractament amb corticoides. Al control neurològic dels 4 mesos post-ictus, no presentava dèficit neurològic ni limitació funcional.

Actualment la pacient continua el seguiment a cardiologia a la unitat de miocardiopaties donada la existència d'una miocardiopatia obstructiva severa. No rep tractament anticoagulant ni corticoides des de maig de 2013 i no ha tornat a presentar més episodis vasculars.

DISCUSSIÓ

L'endocarditis infecciosa (EI) es diagnostica definitivament mitjançant la demostració del agent infeccios en les vegetacions o material embolic obtinguts en la cirurgia o necròpsia dels pacients. No obstant donada la necessitat de fer una diagnòstic precoç, en la majoria dels casos el diagnòstic es basa en el compliment d'uns criteris diagnòstics, com els criteris de Duke que tenen un valor predictiu negatiu molt alt, al voltant del 98% (1). Els criteris majors són la existència de dos hemocultius positius per a bacteries típiques d'EI i la evidència d'afectació endocàrdica. Per al diagnòstic clínic es requereixen dos criteris majors o un criteri major i tres menors o bé cinc criteris menors. La nostra pacient complia 5 de 6 criteris

menors.

Dintre de les EI, les causades pel grup HACEK (*Haemophilus* spp., *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens* y *Kingella* spp) requereixen un alt grau de sospita clínica ja que aquests microorganismes presenten un creixement erràtic en cultius habituals com l'agar MacConkey i es necessiten cultius diferents com l'agar xocolata o l'agar CTAcistina tripteina per fer el diagnòstic (2). En un estudi retrospectiu multicèntric realitzat a EEUU en 2006, es va concloure que amb el desenvolupament dels hemocultius automatitzats disponibles avui en dia no és necessària la incubació perllongada (més de 5 dies) pel diagnòstic de les infeccions per aquests microorganismes. En cas de sospita d'EI amb hemocultius negatius és important que els clínics contactin amb els microbiòlegs per optimitzar l'ús de mitjans especials per la detecció precoç d'aquests microorganismes tan poc freqüents (3).

L'existència d'una EI amb ecocardiografia negativa no és infreqüent. Encara que el valor predictiu negatiu del ecocardiograma transesofàgic (ETE) és molt alt (1), la prevalença de resultats negatius en EI es de fins al 15% (4). Per tant, el resultat negatiu de la ETE encara en mans expertes no exclou el diagnòstic d'EI. En el nostre cas, la pacient va ésser estudiada amb dos ETE que no varen evidenciar imatges suggestives de vegetacions.

En quant a l'ictus isquèmic, l'EI com a causa es considera una contraindicació per al ús de trombolísi amb r-TPA en fase aguda (5). No obstant, existeixen casos publicats de pacients tractats amb evolució favorable (6). Val a dir que el risc-benefici de la trombolísi endovenosa en aquest context no està ben establert. La nostra pacient donat que seguia a tractament anticoagulant i presentava una oclusió de gran vas es va tractar amb trombectomia mecànica amb excel·lent resposta. En la literatura trobem pocs casos publicats de trombolísi intra-arterial en context d'ictus secundari a EI tractats amb trombectomia mecànica i bona evolució posterior. Els casos publicats són pacients amb ictus isquèmic en el context d'endocarditis ja coneguda (7,8,9). En el nostre cas la pacient va ser tractada sense tenir el diagnòstic i es va analitzar la histologia del trombus extret. No obstant no es van aïllar bacteris al seu interior. En quant a la teràpia anticoagulant, les guies més recents de tractament antitrombòtic i trombolític en les malalties valvulars publicades a CHEST en 2012 desaconsellen l'ús d'anticoagulants (Grau 1C) i antiagregants (Grau 1B) en les endocarditis de vàlvula nativa. Això és degut a que no existeix fins ara evidència suficientment convincent de la reducció en la incidència d'embolismes i sí que hi ha un augment del risc de complicacions neurològiques secundàries a hemorràgies intracranials. En pacients amb EI sobre vàlvula protèsica que estiguin tractats amb anticoagulants es recomana suspendre l'anticoagulació fins a assegurar-se de que el pacient està estable i no requereix procediments invasius ni té complicacions neurològiques (Grau 2C) (10). La nostra pacient donat que presentava anticoagulant lúpic positiu i que no hi havia un diagnòstic de certesa es va mantenir sota teràpia anticoagulant fins a negativitzar els anticossos. No va tenir complicacions hemorràgiques.

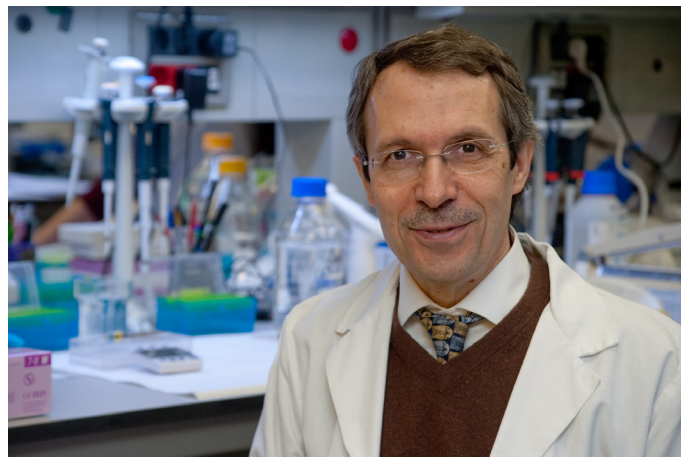
Voldriem agrair a tots els participants en aquest espai la seva col·laboració i esforç. El cas presentat era un cas complex, amb discussió i resolució del cas molt ben explicada. Així mateix, tot i que el diagnòstic de la resposta al cas no hagi concidit amb el diagnòstic del cas presentat, la claredat i l'exposició d'un diagnòstic diferencial tan complet com el presentat ha sigut molt docent i enriquidora per tots.



BIBLIOGRAFIA

1. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Endocarditis. Valles et al. Rev Esp Cardiol. 2000;53:1384-96. - Vol. 53 Núm.10
2. HACEK group endocarditis at the Riyadh Armed Forces Hospital. El Khizzi N et al. J Infect. 1997 Jan; 34(1): 69-74.
3. Utility of extended blood culture incubation for isolation of Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella, and Kingella organisms : a retrospective multicenter evaluation. Petti CA et al. J Clin Microbiol. 2006 Jan; 44(1): 257-259.
4. Recommendations for the practice of ecocardiography in infective endocarditis. Sociedad Europea de Cardiología. Habib et al. European Journal of Ecocardiography (2010)11, 202-219.
5. SITS-MOST investigators. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Wahlgren N, Ahmed N, Dávalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W et al. Lancet 2007 . Jan;27;369(9558):275-82.
6. Successful intravenous thrombolysis in ischemic stroke caused by infective endocarditis. Junna M et al. Neurocrit Care. 2007;6(2):117-20.
7. Successful Intra-Arterial Thrombolysis in Basilar Thrombosis Secondary to Infectious Endocarditis. Siccoli M et al. Cerebrovasc Dis 2003;16:295-297.
8. Successful mechanical thrombectomy of acute middle cerebral artery occlusion due to vegetation from infective endocarditis. Sukumaran et al. Neurol India 2012;60:239-40.
9. Effectiveness of mechanical embolectomy for septic embolus in the cerebral artery complicated with infective endocarditis. Kjang et al. J Korean Med Sci. 2013 Aug;28(8):1244-7.
10. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Valvular Disease. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Whitlock et al. Chest. 2012 February; 141(2 Suppl): e576S-e600S.

8. L'ENTREVISTA



El Dr. Josep Dalmau es va llicenciar i doctorar a la Universitat Autònoma de Barcelona, on va completar la residència en Neurologia a l'Hospital de Sant Pau. Es va formar en Neuro-oncologia al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nova York i més tard va ser nomenat part de cos docent. Després d'onze anys al MSKCC va obtenir la plaça de director de Neuro-Oncologia a la Universitat d'Arkansas. L'any 2002, es va traslladar a la Universitat de Pennsylvania on va ser nomenat Professor de Neurologia i membre del Abramson Cancer Center on continua els seus estudis. Actualment és Professor d'Investigació ICREA a l'IDIBAPS-Hospital Clínic, professor associat de medicina a la Universitat de Barcelona i professor adjunt de neurologia a la Universitat de Pennsylvania. La seva recerca està finançada pel US National Institutes of Health (NIH), el Fondo de investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III (Madrid) i la Marató de TV3. També ha rebut finançament de la Charles A. Dana Foundation, la McKnight Foundation i la American Cancer Society. Els seus treballs més recents han descobert una nova categoria de trastorns mediat per anticossos contra receptors sinàptics i proteïnes de la superfície neuronal que han sigut objecte de nombrosos premis i ponències especials. Ha presidit i col·laborat en diversos comitès científics, entre ells el Basic Science and Neuro-oncology Subcommittees de l'American Academy of Neurology i el Special Interest Group (SIG) in Autoimmune Neurology de la American Neurological Association. És membre del consell editorial de Neurology, Practical Reviews in Neurology, i UpToDate.

Què el va fer decidir a fer Neurologia i posteriorment dedicar-se a la neuroimmunologia?

Al principi volia dedicar-me a la oncologia, després a la neurologia, i finalment vaig fer la residència de neurologia a Sant Pau, Barcelona, tot seguit de la especialització en neuro-oncologia al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center a New York. Aleshores, no sóc neuro-immunòleg. Durant gairebé 30 anys vaig estar visitant malalts amb tumors primaris cerebrals, i complicacions del càncer. Vaig estar 10 anys a New York amb el Dr. Posner, el que va fer que a la sala i clínica veiés tot tipus de malalts amb problemes neuro-oncològics, però al laboratori em centrés en els síndromes paraneoplàsics immunomediats. Amb el temps això ens va portar a descobrir síndromes semblants no relacionats amb el càncer i a l'autoimmunitat sinàptica.

Quina característica valora més en un Neuròleg?

L'observació clínica, el lligar caps a tots els símptomes del malalt, el ser curiós i reconèixer que no sabem moltes coses, i si és necessari, anar contrarorrent. El concepte d'alguns metges de que tot està descobert és un error, així com creure sense qüestionar que tot el que es publica és correcte.

Durant la seva vida professional, quin descobriment destacaria en el camp de la Neurologia i perquè?

En el camp de la neurociència, les bases moleculars de la memòria i plasticitat sinàptica. En conjunt aquests estudis han convertit problemes fins fa pocs considerats de ciència ficció (entendre la memòria) en paradigmes clars que ens permeten entendre la memòria i conducta, i ens portaran a entendre a curt o llarg termini, la consciència humana.

En el camp de la neurologia clínica, la neuroimatge, i en particular la ressonància magnètica, ha revolucionat i encara esta revolucionant tots els camps de la neurologia, no sols el diagnòstic sinó també a entendre la connectivitat i com funciona el cervell.

Vostè ha format generacions de nous neuròlegs, però on van ser els seus inicis?

Em vaig formar com a neuròleg a Barcelona i inicialment vaig treballar a Barcelona i Sabadell. La formació com a neuròleg general i neuro-oncòleg es va re-iniciar (quan jo ingènuament pensava que ja sabia molta neurologia) amb el Dr. Posner.

Què l'ha fet dedicar-se de forma més intensiva a l'estudi de patologies neuroimmunològiques?

L'estudi dels síndromes paraneoplàsics i posteriorment l'estudi de les encefalitis autoimmunes. Fa poc hem descobert que els processos autoimmunes principalment dirigits contra la substància blanca també poden desenvolupar-se associats amb processos dirigits contra les neurones i receptors sinàptics. Això és molt nou, i crec que pot obrir nous projectes de recerca.

Quins considera que són els reptes a assolir en el camp de la neuroimmunologia?

Moltíssims. Només cal mirar el poc que sabem de l'esclerosi múltiple o de les neuropaties autoimmunes, per posar dos exemples clàssics. El concepte de que el cervell es un òrgan immunoprivilegiat encara persisteix, i la idea de que es immunodiferent sembla estranya. Les interaccions entre processos immunològics i inflamatoris a un i altre costat de la barrera hematoencefàlica es coneixen poc.

De quin dels projectes que ha participat està més satisfet? Ens el podria explicar una mica?

El descobriment de l'antigen dels anticossos Hu (va ser el segon projecte que vaig fer a l'arribar a Nova York). També el descobriment de les encefalitis per anticossos contra les proteïnes Ma2. El desenvolupament de la secció de neuro-oncologia clínica a la Universitat de Arkansas i després a la Universitat de Pennsylvania amb la meva esposa (Dra Myrna R. Rosenfeld). Ella mereix més crèdit que jo; és una coordinadora excel·lent de projectes i assajos clínics. Enguany, estic molt satisfet del projecte de desenvolupament del grup multidisciplinari de neuroimmunologia a L'IDIBAPS-Hospital Clínic.

Quin és el seu projecte més proper?

El descobriment de la encefalitis per anticossos contra el receptor NMDA, tot seguit de l'encefalitis per anticossos contra el receptor AMPA. La American Neurological Association (ANA) i la American Academy of Neurology (AAN) es van donar compte ben aviat que aquests processos canviarien la manera de pensar dels neuròlegs i psiquiatres, i per aquesta raó em van donar el premi Jacoby (ANA), i em van invitar a fer una de les sessions plenàries de l'AAN dedicada a aquests processos. Per altre part, la revista *Annals of Neurology* va premiar com a millor treball de l'any a l'article que descrivia el descobriment de l'encefalitis associada a anticossos contra el receptor AMPA. Aquella va ser una època intensa que ha continuat fins ara. La part intensa és refereix a la quantitat inesperada de malalts, correus electrònics, contactes que es van disparar immediatament després de les publicacions dels articles. També es refereix a la incredulitat inicial d'alguns companys en acceptar que un anticòs pot alterar la memòria, produir catatonía o psicosis, per mitjà de l'alteració d'un receptor. Ara la AAN i ANA tenen seccions o cursos anuals dedicats a aquestes malalties que han evolucionat a crear una categoria pròpia "autoimmune neurology".

Tal com deia abans, el projecte més proper d'enguany és la participació en el desenvolupament del grup multidisciplinari de neuroimmunologia a l'IDIBAPS, del que estic molt orgullós, i la formació d'un eix IDIBAPS-Hospital Clínic-Universitat de Barcelona i la Universitat de Pensilvania a on hi continuo participant en projectes. Els equips s'entenen a la perfecció a través del Atlàntic via email, Skype, i gent que va i ve.

Quina creu que ha de ser l'estratègia adequada per a que la neurologia tiri endavant en un moment de crisi com l'actual? Té alguna fórmula magistral?

No tinc cap fórmula, i francament no sóc massa bo donant aquests tipus de consells. Als Estats Units la opressió administrativa i direcció de centres i serveis per gent que freqüentment no són metges o no toquen de peus a terra està ofegant a la nostra especialitat i la medicina en general. Aquí a Espanya, els problemes poden tenir un origen diferent però acaben igual, oprimint al metge, que gairebé sempre es considera el centre de tots els mals per part dels administradors i buròcrates. El que és preocupant és que es comenci a adoptar un sistema de privatització de la pràctica mèdica similar als Estats Units, que precisament no es el país a imitar en aspectes d'assistència i salut pública. Tanmateix, cal afegir que és el país a imitar en tots els aspectes de recerca i acadèmics incloent els programes de residents i selecció de residents. Potser la fórmula magistral es ajudar a la gent jove a mantenir la il·lusió a través de la recerca clínica i bàsica. Tot això depèn de que hi hagi inversió estatal i privada afavorint la recerca. En el meu laboratori de Barcelona hi ha investigadors i estudiants de fora d'Espanya i Espanyols; la diferència del suport econòmic, salaris, i beques és molt evident. Tots són de països membres de la comunitat europea, però amb ajuts clarament superiors als espanyols.

Somia, com creu que serà la vida del Neuròleg d'aquí 20 anys?

Espero que sigui una persona equilibrada i recordi que dedicar esona a escoltar el malalt i avaluar els símptomes i signes és per on es comença. Espero que quan presenti la història clínica del malalt als seus companys deixi de costat les exploracions complementàries fins al menys la cinquena o sisena frase. Espero que passi estones intrigat per quadres clínics no aclarits, llegint, parlant, i no solament dependent de màquines d'exploracions. Espero que tothom que estigui a un lloc acadèmic tingui un projecte de recerca original



amb actituds crítiques encara que siguin assajos clínics facilitats per companyies farmacèutiques.

Si un fill seu, li digués que vol ser neuròleg, el recolzaria, o li treuria del cap?

Li diria que les neurociències tenen un futur extraordinari, amb possibilitats de recerca apassionants i superiors a tots els altres àmbits de la recerca mèdica i biològica. Li diria també que actualment és una àrea de recerca molt poc protegida, desproporcionadament molt inferior a àrees com el càncer o la genètica. Tanmateix, com que sóc un romàntic, li diria que entendre la consciència o com pensem és molt més complicat, i per tant més interessant, que associar 10 gens a un determinat càncer o fer un cribratge de 10,000 drogues per una determinada mutació genètica.

Esculli un lema o una frase feta amb la què s'identifiqui.

Quan un s'entrebanca i no cau, avança dos passos. M'he entrebancat moltes vegades i la millor sortida ha estat sempre treballar més o millor.

A quina ciutat li agradaria viure?

A Barcelona i Nova York.

Recomani'ns una cançó?

"Keep mediocrity at bay" d'en Van Morrison, o qualsevol peça de música d'en Mozart.

Un llibre?

"In search of memory" d'en Eric Kandel

Per últim, com veu el futur de la neurologia catalana?

Jo el veig bé. Els neuròlegs catalans són molt bons i el caràcter català i de la gent que treballa a Catalunya és de constant superació, malgrat les limitacions que surtin. Seria fantàstic que les Institucions acadèmiques poguessin gaudir de més suport

9. RACÓ LITERARI

El primer del poemes d'aquest racó literari és en homenatge a Joana Raspall, la poetessa centenària de Sant Feliu de Llobregat que va morir el passat desembre.

Respira fort, que l'aire és teu
i l'aire i tot et poden prendre.
Un cop ja l'hagis respirat
és carn com tu,
és alè teu que no es pot vendre.
Respira fort, que l'aire és teu!

Trepitja fort, que el lloc és teu!
On hi ha el teu peu no n'hi cap d'altre.
La terra té per a tothom
camins oberts.
Fuig de qui vulgui entrebancar-te.
Trepitja ferm, que el lloc és teu!

Parla ben clar, que el mot és teu
i el pensament ningú no el mana.
Si creus la teva veritat
llança-la al vent
i que s'arbori com la flama.
Parla ben clar, que el mot és teu!

Joana Raspall (Sant Feliu de Llobregat, 1913-2013)

* Ales i camins, 1991
El pare afusellat.
O, com el jutge diu, executat.
La mare, la misèria i la fam,
La instància que algú li escriu a màquina:
Saludo al Vencedor, Segundo Año Triunfal,
Solicito a Vucencia deixar els fills
dins de la Casa de Misericòrdia.

El fred del seu demà és una instància.
Els orfenats i hospicis eren durs,
Però més dura era la intempèrie.
La vertadera caritat fa por.
És com la poesia: un bon poema,
per bell que sigui, ha de ser cruel.
No hi ha res més. La poesia és ara
l'última casa de misericòrdia.

Joan Margarit (Sanaüja, 1938. "Casa de Misericòrdia" -2007-)

"La paraula és memòria i només la memòria ens pot salvar de la destrucció"

Francesc Parcerisas (Begues, 1944, poeta, traductor i crític literari)

"fondo dolor que fem memòria i nom
contra el crim i l'oblit, contra el silenci"

Marc Granell (València 1953, poeta, "Fossa oberta")



Que en els meus anys la joia recomenci
sense esborrar cap cicatriu de l'esperit.
O Pare de la nit, del mar i del silenci,
jo vull la pau – però no vull l'oblit.

Marius Torres (Lleida 1910-1942, "Aniversari")

Els reis
Aquesta nit han passat
i han posat la mà als balcons...
Els somnis dels infantons
han granat.

Cap a Orient se'n van tornant
a llur reialme confús,
a regnar-hi tot pensant
en Jesús.

Heu sentit avui el cor
matinejador dels nens?
Heu sentit el rastre d'or,
mirra, encens?

Joan Maragall (Barcelona, 1860-1911. "Visions & Cants")



10. MIRADOR

