

Neurologia Catalana

Butlletí
de la Societat
Catalana de
Neurologia

SUMARI

1. Editorial
2. Temes d'actualitat
3. Neurologia Catalana al món
4. L'espai dels pacients
5. El racó dels residents
6. El mirador
7. Notícies de la Societat
8. Agenda

MEMBRES D'HONOR

Dr. Josep M^a Aragonès, Dr. Lluís Barraquer,
Dr. Emili Fernández-Álvarez, Dr. Josep M^a Grau,
Dr. Vladimir Hachinski, Dr. Jun Kimura, Dr. Lluís
Montserrat, Dr. Joan Obach, Dr. Carlos Oliveras
de la Riva, Dr. Jaume Peres Serra, Dr. Adolf Pou
Serradell, Dr. Ciril Rozman, Dr. Feliu Titus

JUNTA

President	Dr. Francisco Rubio
Vicepresident	Dr. Alexandre Gironell
Secretari	Dr. Antoni Turon
Tresorer	Dr. Mariano Huerta
Vocals	Dra. Neus Fabregat Dr. David Cánovas

EDITOR BUTLLETÍ: Alexandre Gironell

SECRETARIA Suport Serveis, Calvet, 30, 08021
Barcelona, Tel.: 932017571, Fax: 932019789,
Correu-e: scn@suportserveis.com



Societat Catalana
de Neurologia



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

EDITORIAL

Benvolguts companys,
Benvolgudes companyes,

La sensació que ens va quedar als que vam anar a la **Reunió de Lleida** és que la Societat està ben viva. Després de l'etapa d'Andorra, l'assistència de socis es manté i es consolida. La reunió paral·lela d'infermeria neurològica i el fet d'obrir les portes als estudiants de medicina va crear molt de caliu en tots els actes. Les causes de l'èxit potser són l'antelació en la planificació de la reunió (6 mesos abans ja hi havia programa previ) i els continguts dels cursos i tallers, en què es va prioritzar l'aspecte pràctic i la novetat dintre l'especialitat.

Això ja és aigua passada. Ara estem treballant per a la propera Reunió que es celebrarà a propera primavera a la ciutat de **Girona**. Esperem aviat donar-vos informació preliminar dels continguts i les dates exactes. Estigueu atents a la web.

Com ja deveu haver observat, després de 5 mesos sense pàgina web operativa, des de fa uns dies ja disposem de la **pàgina web renovada** de la nostra Societat, www.scn.cat.

La Societat té un deute amb el **Doctor Jaume Coll**. Cal agrair el seu treball desinteressat com a webmaster d'aquesta web durant gairebé 10 anys. Va aconseguir, no només que fos una web pionera a l'estat, sinó que fos de referència en neurologia per la qualitat dels seus continguts. Per tant, abans de res, gràcies Jaume per la infinitat d'hores dedicades -i despeses materials invertides- durant tots aquests anys.

La junta de la Societat va creure necessari disposar de les facilitats que ens dóna la nostra adscripció a l'Acadèmia, ja que ens permet disposar del servei del Departament de Telemàtica. Aquest Departament sota la direcció de la Sra. Natàlia Corominas disposa dels mitjans humans i materials per intentar aconseguir una web amb les màximes possibilitats tècniques així com d'actualització de continguts.

Com que en l'actualitat la secretaria de la Societat únicament disposa d'aproximadament el 40 % dels correus electrònics dels socis, cal ressaltar la importància que **actualitzeu les vostres dades**. Estem oberts a tots els suggeriments i crítiques sobre els continguts de la web.

Finalment, vull desitjar-vos a tots i a totes unes bones vacances d'estiu que, de ben segur, ens ajudaran a començar el nou curs amb noves energies i il·lusions.

Salutacions,

Alexandre Gironell
Vicepresident SCN

TEMES D'ACTUALITAT

EL PROGRAMA OFICIAL DE L'ESPECIALITAT DE NEUROLOGIA

Sergio Martínez Yélamos

Metge adjunt del Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari de Bellvitge

El divendres 9 de març de 2007 es va publicar al BOE l'Ordre del Ministeri de Sanitat i Consum SCO/528/2007, de 20 de febrer, per la que s'aprova i publica el programa formatiu de l'especialitat de neurologia. Aquest programa substitueix l'antic programa de 25 d'abril de 1996. El programa va ser elaborat per la Comissió Nacional de l'Especialitat de Neurologia i verificat pel Consell Nacional d'Especialitats Mèdiques. Així mateix, ha estat estudiat, analitzat i informat per la Comissió de Recursos Humans del Sistema Nacional de Salut, on estan representades les diferents comunitats autònomes de l'Estat mitjançant els respectius consellers de sanitat.

L'esmentada Ordre consta de dos articles, un annex, una disposició transitòria única i una disposició final. En virtut del primer article s'aprova el programa formatiu de Neurologia, el contingut del qual es publica a l'annex. El segon article estableix que el programa actual serà d'aplicació per a tots els residents que iniciïn la seva residència a partir de l'any 2007. Mitjançant la disposició transitòria es preveu la possibilitat que els residents que hagin iniciat el seu programa formatiu amb anterioritat a l'any 2007 puguin adaptar-se al nou programa, sempre d'acord amb la seva unitat docent. La disposició final estableix que l'Ordre entrarà en vigor el dia següent a la seva publicació al BOE.

L'annex conté el redactat del Programa oficial de l'especialitat de Neurologia.

El primer punt estableix la denominació oficial de l'especialitat com a "Neurologia" i la durada del període formatiu en quatre anys. Al segon punt es defineix l'especialitat i se'n comenta l'evolució. Es defineix la neurologia com "l'especialitat mèdica que estudia l'estructura, la funció i el desenvolupament del sistema nerviós (central, perifèric i autònom) i muscular en estat normal i patològic, mitjançant totes les tècniques clíniques i instrumentals d'estudi, diagnòstic i tractament actualment en ús o que puguin desenvolupar-se en el futur". El comentari de la seva evolució fan referència a aspectes com: la importància de la semiologia i el diagnòstic topogràfic, la importància de la neurologia en l'assistència extrahospitalària, urgent i del malalt crònic, la necessitat de potenciar la formació en exploracions complementàries pròpies de l'especialitat, el futur desenvolupament de les àrees de capacitació específica, els avenços de les neurociències que han fet prioritària l'adquisició de coneixements en àrees com la genètica, la neuroimatge i la neuroradiologia

intervencionista, i el caràcter social de la neurologia. Al darrer paràgraf d'aquest segon punt es situa la neurologia dintre de l'àmbit de les neurociències, al costat de la psiquiatria.

El tercer punt del Programa oficial de l'especialitat de Neurologia fa referència a les competències pròpies de l'especialitat. Aquestes es divideixen en: competència assistencial, docent, investigadora i social.

El quart apartat fa referència als objectius generals de la formació. S'estableix que cada unitat docent de neurologia disposarà d'un programa teòric, d'un programa pràctic i d'un programa de formació en recerca.

El cinquè apartat està dedicat a descriure els continguts específics de la formació, tant teòrics com pràctics i de recerca.

Al sisè apartat s'estableixen la distribució i durada dels períodes de formació. S'estableix un primer any de formació general en Medicina Clínica i Psiquiatria. Durant aquest primer any s'estableix una rotació de 2 mesos per Psiquiatria (incloent-hi guàrdies de psiquiatria), un període de 7 mesos dedicat a la formació en especialitats mèdiques (preferentment cardiologia, malalties infeccioses i endocrinologia, incloent-hi guàrdies d'urgències generals i/o medicina interna) i 3 mesos d'iniciació a la neurologia.

Dels tres anys que resten, 15 mesos estaran dedicats a la rotació per la Unitat Docent de Neurologia, on el resident realitzarà assistència, sempre supervisada per un neuròleg, hospitalària (tant ambulatoria com a hospitalització), extrahospitalària, urgent i en la unitat d'ictus.

Es dedicaran 12 mesos a les anomenades rotacions obligatòries: neuroimatge, neuroradiologia intervencionista, neurofisiologia clínica, neurosonologia, neurocirurgia i neurologia infantil. Aquestes rotacions no tindran una durada inferior (ni superior?) als dos mesos. Durant 9 mesos el resident de neurologia realitzarà almenys dues rotacions opcionals, la durada de les quals no serà inferior a dos mesos. Almenys dues de les rotacions opcionals s'hauran de fer durant el quart any de residència. Dintre de les rotacions opcionals hi ha: Unitat de Demències i Neuropsicologia, incloent-hi centres de dia, Unitat de Trastorns del Moviment i Cirurgia Funcional, Unitat de Patologia Neuromuscular, Unitat d'Epilèpsia, Son i Cirurgia de l'Epilèpsia, Unitat de Dolor, Unitat de Cures Intensives Neurològiques, Neuropatologia, Neurooftalmologia, Neurootologia, Neurourologia, Neurooncologia, Neurologia regenerativa, Neurogenètica, Neurofarmacologia, Neuroimmu-

TEMES D'ACTUALITAT

EL PROGRAMA OFICIAL DE L'ESPECIALITAT DE NEUROLOGIA

nologia i Esclerosi Múltiple.

S'estableix així mateix una rotació per a Protecció Radiològica de 7-12 hores i es reconeix que s'haurà d'implantar progressivament un rotació per a Atenció Primària de conformitat amb la Resolució de la Direcció General de Recursos Humans del Ministeri de Sanitat i Consum, del 15 de juny de 2006.

Respecte a les guàrdies s'estableix el que s'ha esmentat anteriorment pel que fa al primer any de residència: guàrdies de Psiquiatria i Medicina Interna i/o Urgències Generals "tutoritzades" pels especialistes corresponents. Durant el segon, tercer i quart any els residents faran guàrdies "específiques" de neurologia, també "tutoritzades" per un especialista en Neurologia. El decret no especifica quin es considera el nombre mínim de guàrdies de neurologia que s'han de fer. El nombre màxim (set al mes) està establert pel Reial decret 1146/2006, de 6 d'octubre, pel qual es regula la relació laboral especial de residència per a la formació d'especialistes en Ciències de la Salut.

El setè apartat del Programa de formació en neurologia detalla tots els objectius específics operatius per any de residència i rotacions. S'estableixen en aquest mateix apartat les activitats que, durant el segon i tercer any, el resident ha de portar a terme sota la supervisió del tutor, i les que, durant el quart any, ha de portar a terme sense tutorització directa. El Programa formatiu finalitza amb una nota que capacita les unitats docents per distribuir les rotacions obligatòries i opcionals d'acord amb les seves característiques i circumstàncies concretes. Per a més informació es pot accedir al text complet mitjançant la web de la Societat Espanyola de Neurologia, així com la web del BOE (BOE núm. 59; 10298-10306).

NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

PORTADORS SIMPTOMÀTICS D'UNA MUTACIÓ EN EL GEN DE LA DISFERLINA. CARACTERITZACIÓ DE DOS CASOS.

Illa I, De Luna N, Domínguez-Perles R, Rojas-García R, Paradas C, Palmer J, Márquez C, Gallano P, Gallardo E.

Servei de Neurologia i Laboratori de Neurologia Experimental, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Institut de Recerca de HSCSP, Universitat Autònoma, Barcelona. iilla@santpau.es

Revista: Neurology 2007; 68: 1284-1289

OBJECTIVE: To describe two symptomatic dysferlin gene mutation carriers. **METHODS:** One patient had limb girdle weakness. His brother was diagnosed with limb girdle muscular dystrophy 2B with two mutations in the dysferlin gene (D625Y and E1734G). The second patient had distal weakness. He had two sons with Miyoshi myopathy with a homozygous mutation (G519R). We performed immunofluorescence (dystrophin, DAG proteins, dysferlin, caveolin-3), Western blot (dysferlin, caveolin-3, calpain-3), and real-time PCR (dysferlin) using skeletal muscle samples. We also studied dysferlin in peripheral blood monocytes (PBMs) by Western blot. **RESULTS:** In addition to the muscle weakness, both patients showed elevated creatine kinase and abnormal muscle MRI. They presented a mutation in only one allele after screening of the whole gene (skeletal muscle and monocyte mRNA and genomic DNA). A muscle biopsy specimen showed moderate dystrophic changes and patchy dysferlin expression in the sarcolemma. Western blot of both PBMs and skeletal muscle demonstrated a significant reduction in dysferlin. All the other proteins including caveolin-3 and calpain-3 were normal. Real-time PCR showed normal levels of dysferlin mRNA vs the patients' affected relatives.

CONCLUSIONS: The diagnosis of symptomatic carriers of dysferlin mutations should be considered when a pathologic pattern of dysferlin protein is observed.

COMENTARI DELS AUTORS

Les disferlinopaties constitueixen un grup de distròfies musculars d'herència autosòmica recessiva que presenten mutacions en el gen de la disferlina (DYSF). Aquesta malaltia es pot presentar en diverses formes clíniques que inclouen: la miopatia de Miyoshi amb un inici de la malaltia en els bessons, la distròfia de cintures de tipus 2B, en la qual la malaltia s'inicia a la part proximal de les extremitats inferiors i la miopatia d'inici a la part distal i anterior de les cames. Aquest gen codifica per a una proteïna anomenada disferlina que es localitza a la membrana de la fibra muscular i que s'ha involucrat en fenòmens de reparació de membrana i regeneració i diferenciació muscular. La disferlina també s'expressa en monòcits de sang perifèrica, la qual cosa va permetre al nostre grup desenvolupar un mètode no invasiu per avaluar els nivells d'expressió d'aquesta proteïna en els pacients sense necessitat de realitzar una biòpsia muscular. Els estudis realitzats fins al moment mostren una correlació molt elevada entre l'expressió de disferlina al múscul esquelètic i a monòcits de sang perifèrica. L'objectiu del nostre treball era descriure dos pacients amb una sola mutació al gen de la disferlina, és a dir

en un al·lel, però que malgrat tractar-se d'una malaltia recessiva presentaven símptomes clínics. Una pacient presentava debilitat de cintures. El seu germà havia estat diagnosticat de la forma de distròfia de cintures tipus 2B amb dues mutacions al gen de la disferlina (canvi d'un aspàrtic per una tirosina: D625Y i canvi d'un glutàmic per una glicina E1734G). El segon pacient patia una debilitat als bessons asimètrica diagnosticada de radiculopatia. Té dos fills amb miopatia de Miyoshi amb una mutació homozigota (canvi d'una glicina per una arginina G519R). Vàrem realitzar tincions amb immunofluorescència amb anticossos específics per a diferents proteïnes de la membrana muscular (distrofina, proteïnes del complex de glucoproteïnes associades a la distrofina, la mateixa disferlina i la caveolina-3), Western blot (disferlina, caveolina-3, calpaina-3) per veure els nivells d'expressió d'aquestes proteïnes, i PCR a temps real per analitzar els nivells d'ARN missatger de disferlina utilitzant mostres de múscul provinents de biòpsies tant dels pacients com controls. També es va analitzar l'expressió de la proteïna disferlina en monòcits de sang perifèrica mitjançant tècniques de Western blot. A més de la debilitat muscular ambdós pacients presentaven nivells elevats de creatina- cinasa (CK). A més de la debilitat muscular, els dos pacients presentaven nivells elevats de CK i una RMN muscular anormal. La pacient 1 presentava infiltració grassa simètrica del tensor fasciae latae i atròfia asimètrica de l'adductor magnus. El pacient 2 mostrava àrees d'hiperintensitat en els gastrocnemius i tibialis anterior. Ambdós presentaven una mutació en un al·lel del gen *DYSF* (confirmada a RNA missatger de múscul i monòcits i a ADN genòmic). La biòpsia muscular mostrava canvis distròfics moderats i una expressió de disferlina reduïda al nivell de la membrana muscular. El Western blot de monòcits i múscul esquelètic mostrava una reducció significativa de disferlina. Totes les altres proteïnes estudiades incloent caveolina-3 i calpaina-3 presentaven un nivell d'expressió normal. La PCR a temps real mostrava uns nivells normals de ARN missatger de disferlina dels portadors respecte als seus parents afectes. En resum, reportem per primera vegada que els portadors d'una única mutació en el gen de la disferlina poden ser simptomàtics. S'ha de pensar en aquest diagnòstic quan a més de debilitat muscular, CK aixecades i RMN muscular anormal es troba una reducció (que no absència) de disferlina en múscul i/o monòcits.

L'ESPAI DELS PACIENTS

MALALTIA DE HUNTINGTON

**Associació Catalana de la Malaltia de Huntington
ACMAH**

Pere Vergés, 1,7.1
Hotel d'Entitats la Pau
08020 Barcelona

Tel./Fax: 93 314 56 57

Correu electrònic: acmah@acmah.org

www.acmah.org

Inscripció al Registre d'Entitats núm.: 20.553
ACMAH va ser constituïda l'any 1998

La malaltia de Huntington o Corea de Huntington és una malaltia neurològica que ocasiona una degeneració de les cèl·lules nervioses del cervell, caracteritzada per moviments corporals anormals, demències i problemes psiquiàtrics. És un procés hereditari de transmissió autosòmica dominant. A Catalunya hi ha uns 500 afectats, 6,5 % per cada 100.000 habitants.

Normalment apareix entre els 30 i els 50 anys, malgrat que l'edat d'inici pot ser molt variable, des de la infància fins als 75 anys.

Clínicament es pot manifestar en forma d'un deteriorament físic, intel·lectual o emocional, o una combinació de tots tres. També es desenvolupen moviments facials i corporals anormals, així com moviments espasmòdics ràpids. Aquests moviments es denominen corea, paraula grega que significa "dansa". La corea progressa des d'una lleugera inquietud motora fins a arribar a ser incapacitant en el termini d'uns quinze o vint anys.

Les malalties psiquiàtriques són comunes durant la malaltia.

No hi ha cura per a la malaltia. El tractament s'orienta a reduir la progressió de la malaltia i a maximitzar la capacitat funcional tant com sigui possible. Inicialment la senyalització per recordar coses i altres ajudes poden millorar la capacitat funcional. Cal assistència i supervisió progressiva i, finalment, es requereix suport total per a qualsevol activitat de la vida diària.

OBJECTIUS:

- Assessorar i donar suport als malalts i familiars de la Malaltia de Huntington. Estimular la investigació científica de la Malaltia de Huntington. Sensibilitzar la societat sobre els diferents aspectes de la Malaltia de Huntington; divulgar-ho per tots els mitjans.
- Promocionar la necessitat d'un diagnòstic correcte als malalts i als seus descendents.
- Representar i defensar els interessos dels malalts i familiars davant les administracions i institucions.

ACTIVITATS I PROGRAMES

- Tallers per afectats
- Acol·lida
- Activitats de respir
- Atenció social i psicològica
- GAM de cuidadors
- Formació
- Xerrades i conferències
- Festes i excursions
- Assessorament jurídic

EL RACÓ DELS RESIDENTS**CAS CLÍNIC****RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR****(BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DE DETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.)****Servei de Neurologia**

Hospital Univeristari de Girona Doctor Josep Trueta

Hi ha moltes entitats que entrarien en el diagnòstic diferencial de deteriorament cognitiu ràpidament progressiu: malaltia de Creutzfeldt-Jakob, tumor cerebral, limfoma del SNC, vasculitis del SNC, malalties del teixit connectiu, malalties carencials, malalties infeccioses... En el cas clínic que se'ns presenta la demència és deguda a afecció del SNC en forma de ventriculitis i encefalitis a la RM, pel que en raonem l'etiologia a partir d'aquesta entitat clínico-radiològica quedant descartades d'entrada moltes de les causes de demència.

En primer lloc estructurarem el quadre de possibles diagnòstics en funció de si el malalt presenta clínica infecciosa o no i dintre del grup amb context infeccios subdividim segons l'estat de l'immunitat del pacient (el nostre pacient tot i no tenir cap antecedent de malaltia que afecti l'estat immunitari i no estar prenent cap medicació immunosupressora pot ser considerat immunodeprimit donada la seva edat). Finalment es té en compte la manera en que les lesions capten després de l'administració de contrast en les proves de neuroimatge.

A) CONTEXTE INFECCIÓS:**Immunodeprimits**

- Captació lineal: endimitis viral (citomegalovirus, virus herpes zoster, complexe demència-sida)
- Captació nodular: toxoplasma, endimitis fúngica (criptococ, aspergillus, càndida)

No immunodeprimits

- Captació lineal: TBC / bacteriana
- Captació quística: cisticercosi

B) CONTEXTE NO INFECCIÓS:

- Captació lineal: sarcoïdosi, malaltia de Whipple
- Captació nodular: endimoma, metastasi, carcinomatosi meníngia, limfoma.

La infecció per citomegalovirus (CMV) és una infecció oportunista freqüent en pacients immunodeprimits. Pot afectar el SNC en forma de ventrículo-encefalitis que característicament es presenta amb una síndrome ràpidament progressiva de demència, delirium, nistagmus i afectació dels parells cranials. Les troballes a líquid cefalo-raquidi (LCR) són poc específiques (hiperproteinorràquia, pleocitosi limfocitària) i la RM mostra realç de la substància blanca periventricular. El diagnòstic definitiu és amb biòpia cerebral o PCR del virus al LCR. El pronòstic és molt dolent i encara que

s'instauri tractament antivíric (foscarnet o ganciclovir) la mortalitat és elevada. Les troballes a la RM i LCR del nostre pacient podrien correspondre a una infecció per CMV, però el quadre clínic no és el més típic i la negativitat de l'Ig M pel virus suggereixen una altra etiologia, tot i això es podria demanar PCR del virus al LCR.

La infecció del sistema nerviós per virus herpes zòster és deguda a una reactivació del virus anys després d'adquirir-lo durant la primoinfecció en forma de varicel·la. S'inicia típicament amb una erupció cutània dolorosa en un dermatoma que precedeix a la meningo-encefalo-mielitis en la que són freqüents les convulsions. El LCR és inespecífic i a la RM es veu afectació de la substància blanca que pot ser amb lesions focals i de vegades hemorràgiques. El diagnòstic definitiu és amb serologia, PCR del LCR o amb la biòpsia. El pronòstic és bo en el 85% dels casos. La clínica i exploracions del nostre pacient no suggereixen amb massa probabilitat aquesta etiologia.

Les serologies negatives per VIH i RPR donada la seva gran sensibilitat i especificitat descartarien en principi aquest processos infecciosos.

La toxoplasmosi cerebral és deguda al paràsit *Toxoplasma gondii*, molt difós a la natura i que infecta de forma assintomàtica al 90% de la població adulta. Quan existeix una immunodepressió afecta de manera oportunista al SNC (és la infecció oportunista del SNC més freqüent en pacients amb SIDA) i clínicament sol manifestar com a síndrome cerebral multifocal amb crisis epilèptiques. Al LCR els limfòcits i les proteïnes estan augmentats i a la RM s'observen lesions focals de petit tamany i que capten contrast en anell. El diagnòstic de certesa és la biòpsia cerebral i el tractament l'associació sulfadiazina amb pirimetamina. Les troballes de neuroimatge del pacient no orienten cap aquest diagnòstic.

Les infeccions fúngiques del SNC són estranyes a la població general excepte en diabètics de llarga evolució. La criptocòcica és la més freqüent i es dona per inhalació en terres amb excrements d'aus. La clínica es presenta característicament en forma de meningo-encefalitis subaguda/crònica amb cefalea i febre, poden haver-hi dèficits focals i crisis epilèptiques i el curs clínic és en forma de demència ràpidament progressiva. En un 10-30% dels casos hi ha disseminació sistèmica. La RM mostra hidrocefàlia (10-20%) amb captació difusa de les meninges/ependim. Són molt característiques les lesions en "bombolla de sabó": quístiques puntiformes per invasió espais Virchow-Robin. Al LCR trobem

EL RACÓ DELS RESIDENTS

CAS CLÍNIC

RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR

(BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DE DETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.)

pleocitosi limfocitària amb augment de proteïnes i disminució de glucosa, amb la tècnica de la tinta xina en el 50% dels casos hi ha les típiques cèl·lules encapsulades. La positivitat de l'antigen criptocòcic al LCR és molt suggestiva d'infecció ja que té una sensibilitat del 90% i una especificitat gairebé del 100%. El pronòstic no és bo i té una mortalitat del 70% fins i tot amb tractament.

Les troballes a la RM i LCR del pacient descrit podrien correspondre a una ventriculitis i encefalitis criptocòcica, però l'aparició tardana de la clínica infecciosa i la negativitat inicial de l'Ag criptocòcic fan pensar que probablement hi hagi una altra patologia subjacent prèvia. A més la infecció per si mateixa no explicaria les lesions de rascat del pacient degudes, suposem, a picors generalitzades.

La clínica de presentació, el curs insidiós, la febre tardana, les característiques del LCR (limfocitari, sense gèrmens al GRAM) i RM i la negativitat dels hemocultius ens fan pràcticament descartar la possibilitat d'una causa bacteriana.

La tuberculosa es la més freqüent de les meningitis subagudes del nostre medi. És sempre secundària a la infecció d'un altre òrgan i és deguda a disseminació des d'un tubèrcul cerebral o para-meningi d'origen hematològic. La clínica comença amb quadre de malestar general insidiós i, al que a les 1-4 setmanes, s'afegeix clínica neurològica: cefalea, confusió mental, crisis epilèptiques. El 25% dels casos s'afecten parells cranials i també pot haver-hi clínica mielopàtica per propagació pel foramen magne. El LCR és sempre patològic i típicament mostra proteïnes molt elevades amb hipoglucoorraquia i pleocitosi limfocitària amb ADA típicament elevat. El cultiu de Löwenstein és diagnòstic en el 75% dels casos però és poc pràctic per la seva tardança (4-6 setmanes). El PPD pot ser positiu i a la placa de tòrax poden detectar-se signes de TBC residual. Un engruiximent meningi de cisternes de la base amb captació de contrast associada a la ventriculitis i la presència de tuberculomes són quasi diagnòstics d'etiologia tuberculosa. Hi ha una sèrie de dades que no ens fan pensar en el bacil de Koch com a causant de la malaltia del pacient descrit, com són l'absència de quadre constitucional previ, la normalitat de la glucosa en les dos punxions lumbars, l'absència de troballes característiques a la RM, la normalitat de la placa de tòrax i ecografia abdominal i la falta de resposta al tractament. No tenim dades del PPD que podria haver donat informació addicional però poc conclouent.

La neuro-cisticercosi és poc prevalent en el nostre medi. Sol debutar amb crisis epilèptiques però existeix la

presentació d'encefalitis per cisticercosi per infestació aguda per múltiples quists intra-parenquimatosos. Les troballes radiològiques i el context del nostre pacient no suggereixen aquesta causa.

La sarcoïdosi és una malaltia granulomatosa crònica d'etiologia desconeguda que afecta principalment als pulmons i en un 5% dels casos al sistema nerviós. A nivell central produeix una meningitis asèptica de predomini basal. Sol afectar parells cranials. A l'anàlisi és especialment útil pel diagnòstic l'augment de l'enzim convertidora d'angiotensina (ECA) que es dona en 2/3 dels pacients. A la RM poden observar-se lesions de substància blanca que poden captar contrast i en ocasions granulomes. Al LCR sol haver-hi augment de proteïnes i cèl·lules amb hipoglucoorraquia i pot associar síntesis intratecal d'immunoglobulines. El nostre pacient té una clínica poc típica de neuro-sarcoïdosi, a més d'una placa de tòrax normal i l'ECA negativa en sèrum, a més l'edat de presentació no és la típica de sarcoïdosi (que sol aparèixer en l'adult jove, entre 20 i 40 anys generalment). per tant la possibilitat d'aquesta entitat és baixa.

La malaltia de Whipple cursa amb afectació multisistèmica amb clínica preferentment intestinal i que és deguda a la infecció pel bacil gram + Tropheryma whippelii. L'afectació a nivell de SNC és rara i manifesta de múltiples formes, entre les quals deteriorament cognitiu ràpidament progressiu. El diagnòstic és possible amb biòpsia jejunal o per PCR de sang o LCR. La clínica abdominal del nostre cas clínic no és la típica de la malaltia de Whipple (diarrees, malabsorció) i ni l'anamnesi ni les exploracions complementàries ens suggereixen aquesta patologia (excepte potser la hipoproteïnèmia per possible malabsorció) que, tot i no poder ser descartada totalment, no sembla la causa del quadre del pacient.

Les imatges i la presentació i evolució clíniques del nostre cas no s'expliquen per un ependimoma o metastàsis ependimàries pel que no considerem aquest diagnòstic dins dels probables.

El limfoma del SNC és clarament més freqüent en immunodeprimits i pot ser primari (LSNCP), representant el 1-2% dels tumors cerebrals primaris, o secundari per disseminació d'un limfoma sistèmic. En estudis necròpsics només un 7-8 % de pacients amb LSNCP tenien malaltia sistèmica generalment amb focus microscòpics sense afectació clínica, per altra banda l'afectació a nivell de sistema nerviós d'un limfoma sistèmic pot donar-se fins en un 30% de les vegades dependent del tipus histològic (molt rarament en els

EL RACÓ DELS RESIDENTS

CAS CLÍNIC

RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR

(BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DE DETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.)

Hodgkin). La clínica de presentació sol ser confusió i alteracions cognitives a les que pot afegir-se qualsevol focalitat neurològica. Les presentacions a la neuroimatge són en forma tumoral (el més freqüent) o en forma d'infiltració periventricular, podent trobar-se les dues associades, és també bastant típica l'afectació del cos callós. A la TC l'afectació es veu com a hipodensitats que generalment s'acompanyen de poc edema perilesional i provoquen poc efecte massa. A la RM normalment s'observen les lesions iso o hipointenses en seqüències T1 i iso o hiperintenses en T2. Les lesions realcen amb l'administració de contrast en el 90% dels casos i les que no ho fan generalment és perquè ja s'ha iniciat tractament amb esteroides però l'habitualment referida captació en anell és poc freqüent i es dona principalment en immunodeprimits. El contacte amb l'epèndim o les meninges és molt característic. El LCR pot ser normal, la pleocitosi limfocitària s'observa en aproximadament el 40 % dels casos, l'augment de proteïnes és més freqüent (60%) però menys específica, podent arribar a valors molt elevats (>1500mg/dL) que reflexen la magnitud de la disrupció de la barrera hemato-encefàlica. La citologia al líquid és diagnòstica però positiva només en un 30% de les vegades, requerint diverses puncions lumbars. El pronòstic és dolent i el tractament d'elecció és la ràdio-teràpia que, amb quimioteràpia associada, aconsegueix supervivències màximes de 3-4 anys. La mort generalment ve donada per infeccions oportunistes.

Amb aquest diagnòstic diferencial, la clínica i les exploracions complementàries del pacient orienten cap a un probable limfoma del SNC. El contexte del pacient (edat) i la presentació i evolució clíniques, la presència d'elevació de reactants de fase aguda, les troballes a la TC i RM i el resultat del LCR, tot i sent inespecífics podrien correspondre a un afectació limfomatoso. Aquesta podria ser secundària, ja que tot i no haver-hi una clínica sistèmica clara, les lesions de rascat generalitzades fan suposar l'existència de prurit que característicament es dona en el limfoma (és molt poc freqüent per causa neurològica tot i que s'ha descrit en esclerosis múltiple i després d'infarts cerebrals) i l'existència d'hepatomegàlia a l'exploració (tot i l'eco abdominal normal) pot també presentar-se. La citologia negativa al líquid no ho descarta donada la seva baixa sensibilitat. La nul·la resposta als antiinfecciosos i la presentació tardana de la febre i la negativitat de les serologies a sang i LCR (a la primera punició) en principi descartarien una infecció com a patologia.

Un limfoma pot donar febre i leucocitosi i s'han descrit casos de fals positiu d'Ag criptocòcic en malalties sistèmiques autoimmunes (aquelles que tenen títols alts de factor reumatoide en sèrum ja que travessa la

barrera hemato-encefàlica i dona un fals positiu en la detecció de l'antigen) però tot i això la sensibilitat i especificitat d'aquest paràmetre són quasi del 100%, pel que pensem que degut a l'estat d'immunosupressió del pacient pel limfoma hi hagi hagut una infecció oportunista pel criptococ. El diagnòstic definitiu s'hauria pogut obtenir per biòpsia de les lesions cerebrals, i una TC tòraco-abdominal potser hagués ajudat a orientar la causa per la possible presència d'adenopaties. A la literatura hem trobat diversos casos de limfomatosi cerebral com a causa de demència ràpidament progressiva i en molts d'aquests la poca especificitat de les troballes havia retardat el diagnòstic.

En definitiva orientem el quadre com a limfoma sistèmic amb afectació del SNC o primari del SNC, amb posterior infecció per criptococ o, amb menys probabilitat, limfoma amb fals positiu en la determinació de l'Ag criptocòcic al LCR i recomanàrem, pel diagnòstic definitiu, la necròpsia del pacient.

RESOLUCIÓ

Ens trobem davant d'un pacient que presenta una demència de curs subagut. Es descarten per l'evolució les demències primàries i s'inicia l'estudi de demències secundàries. La presència d'una hiperproteïnoraquia, pleocitosi i ADA elevat a l'LCR, PPD positiu, juntament amb les troballes de neuroimatge ens va plantejar com a primera hipòtesi diagnòstica la meningoencefalitis tuberculosa (TBC), i s'inicià en el moment de l'ingrés tractament antituberculostàtic. Aquest procés podria justificar la clínica descrita, però la manca d'evidència de TBC extrameníngea – que es dona en _ parts dels casos –, la repetida absència d'hipoglucorraquia, l'absència de tuberculomes a l'SNC i d'altres dades clíniques suggestives, i el fet que l'increment dels nivells d'ADA a l'LCR, encara que típic de la meningitis tuberculosa, no és patognomònic, ens va obligar a plantejar altres diagnòstics. No es va poder realitzar la PCR per a M. Tuberculosis a l'LCR. Davant l'absència de resposta al tractament, l'aparició de febre 7 dies després de l'ingrés i lesions progressives de rascat es va plantejar repetir l'estudi de l'LCR que va mostrar positivitat de l'antigen criptocòcic, la qual cosa suggeria l'existència d'una immunosupressió. Els estudis de neuroimatge mostraven una ventriculitis La primera opció va ésser considerar la SIDA atès que la tuberculosi extrapulmonar i la meningitis per criptococ suposen criteris definits d'aquesta malaltia, però la serologia per a VIH fou negativa. Ens vàrem plantejar la possibilitat d'una neoplàsia amb afectació de l'epèndim – metàstasis ependimàries o limfoma – al mateix temps que s'iniciava tractament antifúngic. Els marcadors tumorals

EL RACÓ DELS RESIDENTS

CAS CLÍNIC

RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR

(BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DEDETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.)

van ser negatius i no hi havia cèl·lules tumorals a l'LCR. Una ecografia abdominal fou normal tot i l'hepatomegàlia i no es va poder realitzar una TAC toraco-abdominal. El pacient va ser èxitus 19 dies després de l'ingrés.

Es va realitzar l'estudi necròptic, que mostrà: limfadenopatia generalitzada a múltiples territoris (axil·lar, mediastínic, periaòrtic, mesentèric i inguinal), infiltració per limfoma del pulmó esquerre, broncopneumònia en fase de resolució bilateral amb hemorràgia alveolar focal, infiltració hepàtica per limfoma, pielonefritis crònica, necrosi tubular aguda i a nivell de l'SNC infiltració limfomatosa de cos callós, parets ventriculars, septum pel·lucidum, tàlem i comissura anterior.

Diagnòstic definitiu: Síndrome limfoproliferativa que correspon a limfoma no Hodgkin de baix grau d'immunofenotipus B amb afectació de l'SNC.

NOUS RESIDENTS EN NEUROLOGIA Y NOVA REGULACIÓ MIR

A continuació us detallem la relació de residents amb plaça adjudicada en Neurologia a Hospitals de Catalunya aquest 2007:

ADJUDICACIÓ	LOCALITAT	CENTRE	ESPECIALITAT	ORDRE	NOM
19/04/07	SABADELL	CORPORACIO SANITARI PARC TAULI	NEUROLOGIA	2115	POMARES QUINTANA, NURIA
19/04/07	GIRONA	H. U. DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA	NEUROLOGIA	1937	VAN EENDENBURG, CECILE
18/04/07	BARCELONA	H. VALL D'HEBRON	NEUROLOGIA	1618	DOMINGUEZ VILA, ADRIAN
18/04/07	BARCELONA	H. VALL D'HEBRON	NEUROLOGIA	1435	DURA MIRALLES, JOAN
18/04/07	BARCELONA	H. CLINIC DE BARCELONA	NEUROLOGIA	1260	ACEITUNO GONZALEZ, AZAHARA
18/04/07	HOSPITALET DE LLOBREGAT	CIUTAT SANITARIA I UNIV, DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	1184	PARDINA MARTINEZ, OSCAR
17/04/07	HOSPITALET DE LLOBREGAT	CIUTAT SANITARIA I UNIV, DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	1075	MAÑE MARTINEZ, MARIA ALBA
17/04/07	BARCELONA	H. DEL MAR-ESPERANÇA (IMAS)	NEUROLOGIA	1015	RUBIO PEREZ, MIGUEL ANGEL
17/04/07	BARCELONA	H. DEL MAR-ESPERANÇA (IMAS)	NEUROLOGIA	990	JIMENA GARCIA, SARA
17/04/07	BADALONA	H. U. GERMANS TRIAS I PUJOL	NEUROLOGIA	946	CARRERA GIRALDO, DAVID
17/04/07	BARCELONA	H. CLINIC DE BARCELONA	NEUROLOGIA	836	MAS SALA, NATALIA
17/04/07	HOSPITALET DE LLOBREGAT	CIUTAT SANITARIA I UNIV, DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	655	RIPOLL FUSTER, ENRIQUE
17/04/07	BARCELONA	H. DE LA SANTA CREU I SANT PAU	NEUROLOGIA	637	CRESPI VIDAL, JOAN
17/04/07	BARCELONA	H. VALL D'HEBRON	NEUROLOGIA	620	FLORES FLORES, ALAN ALBERTO
16/04/07	BARCELONA	H. DE LA SANTA CREU I SANT PAU	NEUROLOGIA	202	ALEJALDRE MONFORTE, AIDA
16/04/07	BADALONA	H. U. GERMANS TRIAS I PUJOL	NEUROLOGIA	71	VILAS ROLAN, DOLORES

Per a ampliar informació sobre la Nova regulació per a millorar la situació laboral dels residents en formació podeu consultar el següent link: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/residentes/docs/MIR.pdf>

EL MIRADOR



Cala Mitjana, Menorca.

NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

ACTA ASSEMBLEA ORDINÀRIA DE LA JUNTA DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

Lleida, 16 de març de 2007, 19.30 h

Assistents

Dr. Francisco Rubio, president
 Dr. Alexandre Gironell, vicepresident
 Dr. Antoni Turon, secretari
 Dr. Jordi Gascón, tresorer
 Dr. Joan Josep Baiges, vocal
 Olga Herrero (Suport Serveis)
 Ana Valdés (Suport Serveis)

Hi assisteixen també 34 membres de la Societat Catalana de Neurologia.

Ordre del dia

El Dr. Gironell dóna les gràcies als assistents de la reunió anual i inicia la sessió amb l'ordre del dia:

1 Butlletí

La nova junta i el Dr. Gironell com a editor estan revitalitzant el tema del Butlletí. Ja se n'han fet dos números. La distribució es realitza per correu electrònic a tots els socis i està previst fer 3 números a l'any (febrer, juny i octubre).

2 Web

Fins ara el Dr. Coll es dedicava a fer la pàgina web de la Societat, però a partir d'ara serà el departament de telemàtica de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques la que farà el nou disseny de la web i s'encarregarà d'actualitzar-la.

En un parell de setmanes ja estarà disponible la nova versió que serà molt més pràctica per als socis.

El Dr. Gironell recorda als assistents que ja està en funcionament el nou domini de la societat: www.scn.cat

3 Informe de Secretaria

El Dr. Turon presenta l'informe de secretaria. Actualment la societat compta amb 277 socis. Durant el 2006 i aquests mesos de 2007 s'han produït un total de 19 baixes i 14 altes.

Es recorda que per ser membre de la societat cal estar donat d'alta de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i s'anima a tots els socis que facin promoció entre companys i residents.

4 Reunió anual 2007

El Dr. Rubio dóna les dades definitives del nombre d'inscrits a la XXI Reunió de la SCN, que ha estat de 105 persones.

Fa un esment a la diferència d'inscrits amb les reunions d'Andorra i creu que en breu tornarem a remuntar aquests números.

La idea de fer la reunió itinerant sembla que funciona i que cada vegada agafa més embranzida.

La valoració de la reunió d'aquest any és positiva i hem d'agrair l'esforç fet pel comitè organitzador local i, molt especialment, a la Dra. Granés, a l'Ajuntament de Lleida i a la Universitat.

Tot i el bon funcionament de la reunió d'enguany, cal reconduir el seu funcionament i millorar en alguns aspectes organitzatius. És positiu incorporar la reunió anual d'infermeria i que hi assisteixin estudiants de medicina que enriqueixen el funcionament de la reunió.

Es proposa fer la propera reunió a Girona i es té en consideració la proposta del Dr. Ugarte per al proper 2010 a Manresa.

5 Institucions i plans directors

El Dr. Rubio creu que institucionalment cal donar un pas endavant i establir vincles amb les institucions. La propera setmana està prevista una reunió amb el Catsalut, en la qual es tractarà la patologia del son.

D'altra banda, es vol tornar a posar en funcionament l'elaboració de nous plans directors sobre malalties com l'ELA, l'epilèpsia i el Parkinson.

6 Premis i beques

Els doctors Turon i Gironell fan el lliurament dels següents premis:

a. Accésit a la segona millor comunicació-pòster (300 €) presentada a la IX Reunió de la Societat: ANGIOPATIA CEREBRAL POSTPART
 Primer autor: J. Miró

b. Primer premi a la millor comunicació-pòster (600 €) presentada a la IX Reunió de la Societat: DEMÈNCIA RÀPIDAMENT PROGRESSIVA I MIOCLÒNIES AMB ALTERACIONS A LA RMN-DWI: UNA RARA PRESENTACIÓ DE MALALTIA D'ALZHEIMER
 Primer autor: Ll. Ramió-Torrentà

7 Renovació càrrecs Junta

Complint amb el compromís per al qual va ser elegida la Junta, s'agraeix la feina realitzada als càrrecs sortints de la societat. La renovació és per

NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

a tresorer i un vocal (són baixa Jordi Gascón i Joan J. Baiges, respectivament)

Es fa la votació de les noves candidatures presentades per cobrir els càrrecs vacants: Mariano Huerta per a tresorer i Neus Fabregat i Lluís Ramió-Torrentà per a vocal.

S'aproven les noves candidatures amb un total de 14 vots a favor de Neus Fabregat, 5 vots a favor de Lluís Ramió-Torrentà i 2 abstencions.

Finalment queden escollits Mariano Huerta (tresorer) i Neus Fabregat (vocal).

8 Precs i preguntes

No n'hi ha.

Es dona per finalitzada l'assemblea a les 20.15 h

MEMBRES D'HONOR

La Junta de la Societat Catalana de Neurologia va nomenar, durant el sopar de cloenda de la passada reunió anual celebrada a Lleida, com a nou membre d'honor el Dr. Jaume Peres Serra.

El Dr. Jaume Peres Serra destaca per la seva extraordinària trajectòria en el camp de la recerca en neurologia.

Els membres d'honor de l'SCN fins avui són el Dr. Josep M. Aragonès Ollé, el Dr. Lluís Barraquer Bordas, el Dr. Emili Fernández-Álvarez, el Dr. Josep M. Grau Veciana, el Prof. Jun Kimura, el Dr. Vladimir Hachinski, el Dr. Lluís Montserrat Obiols, el Dr. Joan Obach Tuca, el Dr. Carlos Oliveras de la Riva, el Dr. Jaume Peres Serra, el Dr. Adolf Pou Serradell i el Prof. Ciril Rozman.



CARTA ENRIC AGUSTÍ

Dr. Enric Agustí

Subdirector General SCS
Departament de Salut
Trav. De les corts 131
08028 Barcelona

Benvolgut Dr. Agustí:

La present és per a manifestar el desacord de la Societat Catalana de Neurologia en la reglamentació promoguda per l'ICS i vigent des del 2004 a Catalunya, per a la prescripció d'aparells de CPAP en el tractament de la síndrome d'apnees obstructives durant el son. Abans d'aquesta reglamentació els neuròlegs que treballaven en el sistema públic de salut en el diagnòstic i tractament dels trastorns de son, podiem prescriure aparells de CPAP. Després de l'aparició d'aquesta norma, són únicament els pneumòlegs qui poden tenir accés al sistema informàtic mitjançant el qual es fa la prescripció, que és la única manera actual de fer-ho.

Voldríem destacar que aquesta exclusivitat en la prescripció de CPAPs per a pneumologia no és uniforme a la resta de l'estat espanyol i que a altres llocs, com per exemple la Comunitat Valenciana, altres especialistes implicats en l'assistència de pacients amb trastorns de la son poden també receptar CPAP. De fet, no hi ha cap decret ni llei estatal ni catalana que estableixi que únicament els pneumòlegs són qui poden prescriure CPAP, ni que els neuròlegs no ho pugin fer.

Creiem que els neuròlegs amb experiència en el diagnòstic i tractament de malalts amb trastorns de son (el que inclou necessàriament l'assistència a pacients amb apnees durant el son), han de poder prescriure també tractaments amb CPAP. Hi ha evidència científica clara de que les apnees durant el son tenen un paper important en algunes malalties neurològiques com a l'atròfia multisistèmica o l'AVC entre d'altres i per tant el seu tractament més habitual –la CPAP– ha de poder ser prescrit pels neuròlegs.

D'altra banda, l'atenció als malalts amb trastorns de son és més eficient i de més qualitat si es fa en unitats de son on participen diverses especialitats, perquè els malalts amb aquests trastorns sovint tenen problemes que es limiten a les divisions tradicionals de les especialitats mèdiques establertes. El paper dels neuròlegs en aquestes unitats és essencial. Creiem que no és admissible que tinguin retallada la seva capacitat assistencial per una disposició administrativa sense massa base científica ni legal i que la participació dels

NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

neuròlegs en la prescripció de CPAP no té que representar cap daltabaix en el sistema actual.

Actualment a Catalunya hi ha els següents neuròlegs treballant en unitats de son:

- Drs Joan Santamaria i Dr. Alex Iranzo, neuròlegs de la Unitat Multidisciplinar de trastorn del son de l'Hospital Clínic de Barcelona.
- Dra. Montserrat Pujol, neuròloga de la unitat de son de l'Hospital de Santa Maria/ Arnau de Vilanova, de Lleida
- Dra. Gemma Sansa, neuròloga de la unitat de son de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Per tant, demanem que aquests professionals siguin autoritzats a poder prescriure tractaments amb CPAP en les seves unitats. És possible que en un futur altres neuròlegs necessitin també tenir aquesta autorització i la Societat Catalana de Neurologia farà en el seu cas l'oportuna sol·licitud.

Ben cordialment.



Dr. Francisco Rubio
President de la Societat Catalana de Neurologia

Barcelona 28 de maig de 2007

ACORD DE COL·LABORACIÓ ENTRE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA I CAIXA CATALUNYA

Aquest juliol, la Fundació Societat Catalana de Neurologia i Caixa Catalunya han signat un acord de col·laboració que ofereix als associats de la SCN, els serveis i ofertes adequades a les seves necessitats financeres.

A més, Caixa Catalunya estableix una col·laboració anual per la Reunió Anual de la Societat de 1200€.

Els termes de col·laboració i els avantatges que Caixa Catalunya ofereix als socis estan disponibles a www.scn.cat

PREMI AGUSTÍ CODINA

La Junta de la Societat Catalana de Neurologia ha decidit atorgar el **PREMI DE LA SCN A LA CARRERA PROFESSIONAL, CIENTÍFICA I DOCENT EN EL CAMP DE LA NEUROLOGIA**, al Dr. Agustí Codina.

La cerimònia de lliurament es va realitzar el passat 22 de maig a la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

NOTÍCIES DE LA SOCIETAT



SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears
Carrer Major de Can Caralleu 1-7
08017 Barcelona

Barcelona, 14 de març de 2007

Benvolgut President,

Com ja serà del vostre coneixement, el tema de La Marató de TV3 d'enguany es centrarà en les Malalties Cardiovasculars.

Des de l'Institut Català de Ciències Cardiovasculars (ICCC), que vam unir forces amb altres institucions per aconseguir aquest objectiu, volem agrair-vos la participació per la presentació de propostes. Estem segurs que sense l'esforç de tots plegats no hagués estat possible.

Espero i desitjo que aquesta convocatòria sigui del vostre interès. I aprofito per comentar-te que, un cop que s'obri el termini, podríem presentar propostes de recerca conjuntes, sempre i quan fossin d'interès comú.

Vull finalitzar presentant-te la nostra web: <http://www.iccc.cat>. Si ho creieu oportú, us demanaria que l'afegireu als vostres enllaços.

Salutacions cordials,

Lina Badimon,
Directora

L'AGENDA

I Reunió Anual de Neuroepidemiologia

Pedraza, 7 de juliol de 2007

SEN

Via Laietana, 57, ppal. 2 - 08003 Barcelona

T: 933426233

F: 934125654

cientifico@sen.es

www.sen.es

EFNS 2007 - 11th Congress of the European Federation of Neurological Societies

Brusel·les, 25-28 d'agost de 2007

Kenes International

17 Rue du Cendrier

P.O. Box 1726

Ch-1211 Geneva 1 Switzerland

T: +41 22 908 0488

F: +41 22 732 2850

reg_efns2007@kenes.com

7th Congress of the European Paediatric Neurology Society

Kusadasi (Turkey), 26-29 de setembre 2007

Flap Tour

8. Cadde no:1, Birlik, Cankaya - 06610 Ankara TURKEY

T: +90 312 454 0000

F: +90 312 454 0001

epns2007@flaptour.com.tr

Congreso Internacional de Medicina del Sueño CIMS 2007

Barcelona, 3-6 d'octubre de 2007

BCM

Balmes 74, 1^o1^a - 08007 Barcelona

T: 933 185 734

F: 933 424 147

bcmedic@bcmedic.com

Reunió Anual de la Sociedad Española de Neurologia

Barcelona, 20-24 de novembre de 2007

SEN

Via Laietana, 57, ppal. 2 - 08003 Barcelona

T: 933426233

F: 934125654

www.sen.es

XVIIth WFN World Congress on Parkinson's disease and Related Disorders

Amsterdam 9-13 de desembre de 2007

CPO HANSER SERVICE GmbH

Paulsborner Strasse 44 - 14193 Berlin

T: +49-30-300 66 90

F: +49-30-305 73 91

parkinson2007@cpo-hanser.de