



Societat Catalana
de Neurologia



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

LLIBRE DE RESUMS

**REUNIÓ CONJUNTA
SCN/CAMFIC**

**XVI REUNIÓ ANUAL
DE LA SOCIETAT CATALANA
DE NEUROLOGIA**

**XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ
EN NEUROLOGIA**

**40A TROBADA ANUAL
DE LA SOCIETAT CATALANA
DE NEUROLOGIA**

Vic, 15-16 de març de 2012

www.scn.cat

CELEBRACIÓ
DE L'ANY
DEL **CENTENARI**
DE LA PRIMERA
**SOCIETAT
NEUROLÒGICA
CATALANA**





REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

DÈFICIT DE DIAMINOXIDASA (DAO) COM A PREDISPOSANT DE LA MIGRANYA

Dr. J. Izquierdo, Ll. Soler, E. Balaguer, D. Mon
Servei de Neurologia, Capio Hospital General de Catalunya

Introducció: La migranya es considera una de les cefalees secundàries més freqüents. Existeixen diferents teories etiopatogèniques, i entre elles l'alimentària. La histamina és molt abundant a l'alimentació i la capacitat per eliminar-la és diferent en cada individu. Aquesta ve determinada per una enzim anomenat diaminoxidasa (DAO). Ens proposem mesurar l'activitat d'aquest enzim en els pacients amb migranya.

Material i mètodes: Es van incloure aquells pacients que compliren els criteris de la International Headache Society per al diagnòstic de migranya. L'edat devia estar entre els 18 i 65 anys, atorgant el consentiment informat per a l'extracció de mostres sanguínies. L'activitat deficitària de DAO es considera inferior a 80 HDU/ml.

Resultats: En un període de juliol a octubre de 2011 es varen reclutar 40 pacients, dels quals 38 (80%) van ser dones. L'activitat DAO estava disminuïda en 38 d'ells (95%). L'activitat mitja d'aquest era de 57,41HDU/ml \pm 7,86. Van presentar una edat de mitja 39,06 anys \pm 10,82.

Conclusions: Existeix un alta prevalença de dèficit d'activitat DAO en pacients amb migranya. La suplementació d'aquest enzim pot obrir una nova via d'investigació en el tractament de la migranya.

SÍNDROME LACUNAR NO DEGUDA A INFART LACUNAR: CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES I CLINIQUES.

Marta Grau-Olivares, Lorena Blanco, Montserrat Oliveres, Joan Massons, Cecília Targa, Emili Comes, Adrià Arboix.

Hospital Universitari del Sagrat Cor

La síndrome lacunar no deguda a infart lacunar es presenta en un 15-20% dels casos. En aquest estudi es describen les característiques demogràfiques i clíniques de pacients amb una síndrome lacunar no deguda a un infart lacunar.

Es van incloure un total de 146 pacients amb síndrome lacunar no deguda a infart lacunar del 'Registre d'ictus de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona' durant un període de 19 anys. Les dades dels pacients es van incloure seguint un protocol estandaritzat amb 161 ítems sobre dades demogràfiques, factors de risc, característiques clíniques, dades de laboratori i neuroimatge, complicacions i evolució. Les característiques d'aquests 146 pacients amb síndrome lacunar no deguda a infart lacunar es van comparar amb les de 733 pacients amb infarts lacunars.

La síndrome lacunar no deguda a infart lacunar es va donar en el 16.6% dels casos de síndrome lacunar (n = 879). Els subtipus d'ictus incloïen infarts aterotrombòtics en el 37% dels pacients, infarts cardioembòlics en el 26%, hemorràgia intracerebral en el 25.3%, hematoma subdural espontani en el 2.7%, ictus d'etiologia inusual en un 1.4% i de causa desconeguda en el 7.5% dels casos. Els subtipus de síndrome lacunar inclosos eren la síndrome motora pura en 63 pacients, la síndrome sensitiva-motriu en 51, la síndrome sensitiva pura en 14, la síndrome lacunar atípica en 9, l'atàxia-hemiparesia en 5 i la disàrtria- mà feixuga en 4. La valvulopatia cardíaca, la fibrilació auricular, l'aparició sobtada de la simptomatologia, la debilitat a les extremitats i els símptomes sensitius van ser significativament més freqüents en el pacients amb síndrome lacunar no deguda a infart lacunar que en aquells pacients amb infart lacunar, mentre que la diabetes va ser menys freqüent. En l'anàlisi multivariant, la fibrilació auricular (OR = 4.62), la síndrome sensitiva-motriu (OR = 4.05), la debilitat a les extremitats (OR = 2.09) i l'aparició sobtada de la simptomatologia (OR = 2.06) van ser factors predictors independents de síndrome lacunar no deguda a infart lacunar.

Tot i que les síndromes lacunars solen ser degudes a infarts lacunars, les síndromes lacunars poden no ser degudes a infarts lacunars en el 16.6% dels casos. La presència de la síndrome sensitiva-motriu, la debilitat a les extremitats i l'aparició sobtada de la simptomatologia en un pacient amb fibrilació auricular haurien d'alertar al clínic de la possibilitat que es tracti d'una síndrome lacunar deguda a infart no lacunar i això pot tenir implicacions diagnòstiques i terapèutiques.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

ESTUDI EVOLUTIU DELS INFARTS LACUNARS EN UN PERÍODE DE TEMPS DE 19 ANYS

Marta Grau-Olivares, Lorena Blanco, Joan Massons, Montserrat Oliveres, Emili Comes, Cecília Targa, Olga Parra, Adrià Arboix.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Es van avaluar i comparar els factors de risc, les característiques clíniques i l'evolució precoç de pacients amb un primer infart cerebral de tipus lacunar d'aquells pacients amb un infart no lacunar, entre 1986 i el 2004, mitjançant el Registre d'Ictus de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona.

La població d'estudi va consistir en 566 pacients amb infart lacunar i 1.516 pacients amb infart no lacunar, que estaven inclosos en el registre d'ictus fins el 31 de Decembre del 2004. Es van analitzar les tendències en els períodes temporals de 1986-1992, 1993-1998 i de 1999-2004.

L'edat dels pacients va augmentar de forma significativa ($p < 0.001$) a través dels diferents períodes temporals. La síndrome de disàrtria-mà feixuga i la síndrome lacunar atípica van augmentar durant el període de 1999-2004. Es va observar un increment significatiu en l'ús de la RM des del 1993. La hipertensió, la diabetis, l'obesitat i la hiperlipidèmia varen ser significativament més freqüents en els pacients lacunars, mentre que la valvulopatia coronària, la fibrilació auricular i l'infart coronari varen ser significativament més freqüents en els infarts no lacunars. En els pacients amb infart lacunar també es va observar una menor freqüència de complicacions, en comparació amb els pacients amb infarts no lacunars, així com una major freqüència de pacients amb absència de limitació funcional a l'alta hospitalària. La mortalitat hospitalària va ser del 0.3% en pacients amb infart lacunar i del 16.3% en pacients amb infart no lacunar ($p < 0.001$). El percentatge de pacients amb llarga estada hospitalària (> 12 dies) va ser menor en el grup amb infart lacunar que en el grup amb infart no lacunar (30.7% vs 53.2%, $p < 0.001$).

Aquest estudi mostra canvis demogràfics i assistencials i variacions en els factors de risc i el pronòstic dels pacients amb un primer infart lacunar al llarg d'un període de 19 anys, que en part reflecteixen les millores en el maneig i en la cura d'aquests pacients durant aquests anys.

INFART ISQUÈMIC PARIETAL EN UN ADULT JOVE SECUNDARI A DISPLÀSIA FIBROMUSCULAR: A PROPÒSIT D'UN CAS

Anna Cartanyà, Adrià Arboix, Elisenda Grivé, Emili Comes, Joan Massons
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Introducció. La displàsia fibromuscular (DFM) és una angiopatia poc freqüent que es produeix amb major freqüència en adults d'entre 30 i 50 anys, sobretot en dones. Consisteix en una sèrie de canvis histo-patològics que finalment comporten l'estenosi de les artèries afectades. Les manifestacions clíniques depenen dels vasos implicats, però l'HTA (afectació de l'artèria renal) i els accidents cerebrovasculars (afectació de l'artèria caròtida) són les més comunes.

Cas clínic: Home de 39 anys en estudi per presentar un infart parietal dret en el territori de distribució de l'artèria cerebral mitja causat per l'afectació estenòtica de l'artèria caròtida interna ipsilateral. L'aspecte de la lesió a l'angiRM era compatible amb displàsia fibromuscular que es va confirmar mitjançant una arteriografia cerebral, que va mostrar una alteració de l'artèria caròtida interna dreta en la seva porció cervical i intrapetrosa, amb una estenosi (>90%) de la porció intrapetrosa. Es va adoptar una actitud intervencionista realitzant-li al pacient una angioplàstia intracranial amb col·locació d'un stent reduint significativament l'estenosi de l'artèria caròtida interna, a més d'instaurar teràpia antiagregant plaquetària. Encara que la DFM pot ésser asimptomàtica i amb freqüència sol ser clínicament silent, la presentació clínica habitual pot ser com un infart cerebral secundari a estenosi, obstrucció arterial o tromboembolisme arterio-arterial. L'arteriografia o angiografia per ressonància magnètica són útils per al diagnòstic, i l'afectació de l'artèria caròtida interna és la segona més freqüent. Malgrat que l'angioplàstia transluminal percutània està descrita com la tècnica d'elecció per aquests pacients, revisant la literatura es pot concloure que existeix una manca d'estudis prospectius que ajudin a determinar de forma definitiva el tractament òptim d'aquesta patologia. **Conclusió:** L'infart cerebral pot ser la forma de presentació de la displàsia fibromuscular. Cal pensar-hi principalment en els adults joves amb isquèmia cerebral.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

DIFERENCIES EN EL RENDIMENT COGNITIU EN ELS PACIENTS AMB INFARTS LACUNARS TALÀMICS AMB I SENSE HIPERTENSITATS DE LA SUBSTÀNCIA BLANCA CEREBRAL.

Blanco Rojas, L; Canovas, D; Massons, JB; Grau Olivares, M; Arboix, A.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Introducció: Les hipertensitats de la substància blanca (HSB) són un tipus de lesió cerebral dins de la patologia de petit vas relacionada amb la desmielinització i pèrdua d'axons, i una disminució en el nombre d'oligodendrocits, astrocitosis reactiva i es situa a la regió subcortical i/o periventricular. Aquesta alteració pot estar associada amb els infarts lacunars (IL) i la topografia talàmica rep molta importància ja que aquesta estructura subcortical modula i facilita la comunicació entre totes les àrees corticals. L'objectiu del present estudi es analitzar el rendiment cognitiu dels pacients amb un primer infart lacunar talàmic comparant els pacients amb i sense HSB.

Mètode: Es van seleccionar 17 pacients ingressats consecutivament al Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor i del Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell amb un primer IL talàmic. La lesió es va confirmar mitjançant RM cerebral en les seqüències T2 i es van comptabilitzar les HSB a partir de l'escala Scheltens. Aquesta escala conté la divisió topogràfica següent: HSB periventriculars i les HSB no periventriculars. Tots els pacients van ser degudament avaluats per un protocol neuropsicològic, i per la valoració de la memòria es va incloure el *California Verbal Learning Test (CVLT)*.

Resultats: Varen presentar HSB 9 pacients (64.7%). Els pacients amb un IL talàmic amb HSB presenten hipertensió arterial (HTA) en un 82% de forma significativa respecte al que no presenta HSB 33% ($p=0.046$). S'observen diferències significatives en edat ($71,63 \pm 7.41$ vs. 58 ± 7.07 ; $p=0.02$) i MMSE ($26,81 \pm 1,72$ vs. $29,66 \pm 0.51$; $p=0.01$). S'observa una alteració significativa en el record diferit en els pacients amb HSB ($7,63 \pm 3,44$ vs. $11,66 \pm 2,33$; $p=0.022$). No s'han trobat diferències significatives respecte al rendiment de memòria de tots dos tipus de HSB.

Conclusió: Els dèficits neuropsicològics associats als infarts talàmics han estat relacionats amb disrupcions del tracte mamilotalàmic ja que aquest sistema neural interfereix en l'aprenentatge i amb el rendiment de la memòria. Els canvis en la substància blanca cerebral prediuen un detriment més ràpid en el funcionament cognitiu i constitueix un marcador d'infart cerebral. L'alteració del circuit de Papez i les seves connexions amb l'hipocamp es el màxim responsable de les disfuncions de la memòria diferida en els pacients amb infarts lacunars talàmics i HSB.

DETERIORAMENT NEUROLÒGIC ESPONTANI EN L'ICTUS CARDIOEMBÒLIC AGUT: UN SUBGRUP DE PACIENTS AMB MAL PRONÒSTIC.

M.Lowak; A.Sassmannshausen; J Massons; M Oliveres; A.Arboix
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Antecedents: Determinar els factors clínics de deteriorament neurològic precoç espontani (DNE) i el pronòstic en una cohort de 480 pacients consecutius hospitalitzats amb un ictus cardioembòlic (IC) sense tractament trombolític dins de les 24 hores de l'inici dels símptomes.

Mètodes: El DNE es defineix com una disminució de ≥ 1 punt en l'escala canadenca de ictus o ≥ 2 punts en l'escala de Coma de Glasgow entre l'ingrés i passades les 72 hores. Tots els pacients van ser sotmesos a tomografia computada i / o examen de ressonància magnètica.

Resultats: El DNE és present en el 8,3% dels pacients amb IC. Els pacients amb DNE ($n = 40$) en comparació amb els pacients sense deteriorament neurològic ($n = 440$) van mostrar un pitjor pronòstic amb diferències estadísticament significatives en l'absència de dèficit neurològic a l'alta hospitalària (5% enfront de 17,3%), durada de l'hospitalització (30,8 davant 18,5 dies) i la mortalitat hospitalària (47,5% enfront 8,4%). En l'anàlisi multivariada, les crisi convulsives, la cefalea severa i la hipertensió arterial són predictors clínics independents associats al DNE.

Conclusions: En els pacients amb un ictus cardioembòlic, les crisi convulsives, la cefalea i la hipertensió arterial són variables clíniques associades amb DNE. Els ictus cardioembòlics amb DNE constitueixen un subgrup de pacients amb pronòstic greu. Atès que la majoria de les causes de l'empitjorament poden ser raonablement identificades i tractades, el deteriorament del pacient amb ictus cardioembòlic mereix un enfoc ràpid i incisiu diagnòstic i terapèutic.

FACTORS ASSOCIATS A CEFALEA MATUTINA EN PACIENTS AMB SINDROM D'APNEA OBSTRUCTIVA DE LA SON

Fabregat Fabra, N., Martínez Olondris, P., Fernández Fernández, S., De la Rosa Carrillo, D., Carrasco Miserachs, I.
Hospital Plató, Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La síndrome d'apnea obstructiva de la son (SAHS) es caracteritza per una alteració de la respiració durant la son en relació amb l'obstrucció de la via aèria. Comporta un elevat esforç respiratori però siguent la ventilació inadequada.

S'associa amb hipersomnolència diürna i risc de malalties vasculares.

La seva prevalença en la població general és del 2% en dones i del 4% en homes.

La cefalea matutina és freqüent en pacients amb SAHS, afectant al 36% dels pacients. La classificació internacional de cefalees, segona edició (ICHD-II) la classifica com a cefalea atribuïda a alteració en l'homeostasi. Els criteris diagnòstics inclouen cefalea recurrent present al despertar que millora dins les 72h inicials i no recorreix després del tractament efectiu del SAHS; ha de tenir almenys alguna de les següents característiques: presència > 15 dies per mes, bilateral i opressiva, no s'acompanya de nàusea ni fotofòbia ni fonotòbia, resolució en 30 minuts, demostració del SAHS per polisomnografia.

D'altra banda, pacients amb cefalea crònica matutina tenen 8.4 cops més risc de tenir SAHS que els controls sans.

Hi ha controvèrsia a la literatura entre l'associació de la cefalea amb l'intensitat del SAHS, o amb la saturació d'oxigen i l'índex apnea-hipopnea, la qual cosa comporta dubtes respecte a l'hipòtesi inicial de que la saturació d'oxigen pugui justificar la relació entre SAHS i cefalea. També s'ha relacionat la cefalea amb percentatge baix de son REM, amb la presència de depressió (habitualment comòrbida en pacients amb SAHS), sexe femení.

La cefalea matutina al SAHS fisiopatològicament es podria explicar com una combinació de l'efecte directe de nivells baixos d'oxigen i hipercàpnia durant els episodis apneics, alteracions en l'autoregulació del flux sanguini cerebral, excessius moviments del coll, bruxisme, augment transitori de la pressió intracranial i sanguínia, fragmentació de la son i increment de l'activació muscular.

Hi ha treballs que demostren la millora de la cefalea a l'instaurar la CPAP.

OBJECTIU: Establir la relació-cause entre la presència de cefalea matutina en els pacients amb SAHS d'una consulta de la son de Pneumologia i diverses variables clíniques/demogràfiques.

MÈTODE: Retrospectivament, a partir de la base de dades del registre de pacients amb SAHS de l'Unitat de Pneumologia s'han obtingut les dades de 181 pacients, 132 homes i 49 dones.

Les variants clínico-demogràfiques en estudi són: sexe, origen, talla, pes, antecedents familiars, hàbit tabaquic, hipertensió arterial, cardiopatia, arritmia, diabetes, dislipèmia, hèrnia d'hiatus, pneumopatia, tipus de pneumopatia, insuficiència nasal, roncadors, apnees observades, insuficiència nasal, son no reparador, hipersomnïa, escala Epworth, despertars nocturns, crisis asfíctiques, nictúria, índex apnea/hipopnea, mesos fins al diagnòstic, any del diagnòstic.

Font utilitzada: paquet estadístic SPSS.

Per a valorar si la possible relació entre cefalea matutina i la resta de variables de la base de dades és estadísticament significativa o cal atribuir-la a l'atzar, es fa servir la prova de Xi-quadrat. Si el resultat de

la mateixa és d'associació entre les dues variables veurem l'intensitat de la mateixa mitjançant l'Anàlisi de Residus.

RESULTATS: La prevalença de cefalea matutina en els nostres pacients amb SAHS va ser del 21% (8.8% dones i 12.2% homes).

Es detecta associació estadísticament significativa ($p < 0.05$) entre cefalea matutina i les següents variables:

- Sexe femení ($p 0.019$).
- Origen (0/8) ($p 0.008$).
- Roncador ($p 0.017$).
- Apnees observades ($p 0.045$).
- Son no reparador ($p 0.000$).
- Hipersòmnia ($p 0.008$).
- Epworth 18-19 ($p 0.015$).
- Índex apnees-hipopnees entre 40 i 59 ($p 0.031$).

CONCLUSIONS: Els resultats del nostre estudi suggereixen que els pacients amb SAHS i presència de les variables anteriors tenen més probabilitat de presentar cefalea matutina.

Aquest és un primer pas per a definir el subgrup de pacients amb SAHS que pot tenir més probabilitat de presentar cefalea i plantejar estudi prospectiu per a investigar la relació SAHS-cefalea com a causa-efecte i assajar possibles tractaments.

LIMITACIONS:

-Estudi retrospectiu.

-Baix nombre de pacients.

-No s'ha recollit l'existència de cefalea prèvia ni les seves característiques segons IHS.

-No s'ha diagnosticat el tipus de cefalea matutina segons IHS (típica SAHS?, cluster?, migranya?, tensional?).

-No s'ha recollit la presència de depressió o alteracions de l'estat d'ànim.

BIBLIOGRAFIA:

- Neau JP. Relationship between sleep apnoea syndrome, snoring and headaches. *Cephalalgia*, 2002, 22, 333-339.
- Göder R. Morning headaches in patients with sleep disorders: a systematic polysomnographic study. *Sleep Medicine* 4 (2003) 385-391.
- Provini F. Sleep-related breathing disorders and headache. *Neurol Sci* (2006) 27:S149-S152.
- Mitsikostas DD. Refractory chronic headache associated with obstructive sleep apnoea syndrome. *Cephalalgia*, 2007, 28, 139-143.
- Goksan B. Morning headache in sleep apnoea: clinical and polysomnographic evaluation and response to nasal continuous positive airway pressure. *Cephalalgia*, 2009, 29, 635-641.
- Brennan KC. Sleep and headache. *Semin Neurol* 2009 Sep;29(4):406-18.
- Lovati C. Sleep and headache: a bidirectional relationship. *Expert Rev Neurother* 2010 Jan;10(1):105-17.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

EL DR. ARTUR GALCERAN I GRANÉS (1850-1919): EL PRIMER PRESIDENT D'UNA SOCIETAT NEUROLÒGICA CATALANA.

Blanco-Rojas L, Fabregas M, Massons JB, Arboix A.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Introducció: El doctor Artur Galcerán i Granés (Girona 1850- Barcelona 1919) contemporani del doctor Lluís Barraquer i Roviralta (1855-1928) va cultivar al llarg de la seva carrera professional dues facetes, la psiquiàtrica, més coneguda, i la neurològica que no ha estat encara suficientment coneguda. Fundador de la *Sociedad de Psiquiatria y Neurología de Barcelona*, el dia 3 de Gener del 1911 es van publicar els seus estatuts a la revista ***Gaceta Médica Catalana*** a les pàgines 118-119.

Fonts: Es va procedir a la recerca bibliogràfica a través del MEDLINE sense límit de data a partir de les següents paraules clau: "Galcerán Granés" i "Society of Psychiatry and Neurology of Barcelona", utilitzant també la tesi doctoral de M.G. Fabregas Camps: "*Historia de la Neurologia a Catalunya. De l'any 1882 a l'any 1949*", i de fonts bibliogràfiques històriques originals de la Biblioteca de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears de Barcelona.

Desenvolupament: El doctor Artur Galcerán i Granés, deixeble de l'escola de Psiquiatria de Joan Giné i Partagàs, es denominava en les seves publicacions "*neurólogo y mentalista*". Va ser el director de l'hospital de salut mental de Sant Boi del Llobregat i després de l'hospital Pere i Mata de Reus. Les seves aportacions a la neurologia van ser molt important i es destaquen les següents: 1) "Algunas inducciones sobre la estática y dinámica del cerebro, que pueden servir para el esclarecimiento del concepto de localización", publicada a la revista ***Independència Mèdica*** els anys 1883 i 1884; 2) "Neuropatología y Psiquiatria generales"; i 3) "Tratamiento de las epilepsias" amb l'obra de *Locura epilèptica de forma impulsiva* publicada a la revista ***Independència Mèdica*** (1881, XVI (29):383-385). A més, va dirigir ***Archivos de Terapeùtica de las enfermedades nerviosas y mentales*** y ***Anales de la Sociedad de Psiquiatria y Neurología***. Altres publicacions destacades del doctor Galcerán i Granés van ser *Clasificación genética de las dermatosis nerviosas* i *Etiologia neuropàtica*.

Conclusions: Es remarcable i significativa l'aportació del doctor A. Galcerán i Granés a la neurologia catalana actual. Va ser el fundador de la primera societat neurològica catalana i espanyola: la Societat de Psiquiatria y Neurologia de Barcelona a l'any 1911. Va ser precursora de l'actual Societat Catalana de Neurologia. Cent un anys d'història i d'actualitzacions del coneixement en neurologia.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

RESPIRACIÓ DE CHEYNE-STOKES EN ELS PACIENTS AMB UN PRIMER INFART LACUNAR: CARACTERÍSTIQUES CLINIQUES I PRONÒSTIQUES.

Arne Saßmannshausen, Michael Lowak, Marc Bonnin-Vilaplana, Lorena Blanco, Olga Parra, Adrià Arboix. Servei de Neurologia i Pneumologia. Capió-Hospital Universitari del Sagrat Cor, Universitat de Barcelona.

L'objectiu d'aquest estudi prospectiu va ser avaluar la presència de respiració Cheyne-Stokes (RCS) i les variables relacionades amb la RCS, en 68 pacients consecutius amb un primer episodi d'íctus lacunar radiològicament demostrat sotmesos a un estudi del son mitjançant un polígraf respiratori portàtil dins les primeres 48 hores de l'inici de l'accident cerebrovascular. La RCS va ser diagnosticada en 14 pacients (20,6%). Els pacients amb RCS en comparació amb aquells sense la RCS van mostrar una significativa major mitjana (desviació estàndard, de) d'apnea-hipopnea (IAH) (34,9 [21,7] enfront de 18,5 [14,4], $P = 0,001$) i l'índex d'apnea central (13,1 [13,8] enfront a 1,8 [3,4], $P = 0,0001$), així com una major puntuació de l'índex de Barthel i l'escala neurològica canadencs com una mesura de la gravetat de l'accident cerebrovascular, i van presentar una estada hospitalària més prolongada. La RCS va estar present en un de cada cinc pacients amb íctus lacunar. La presència de la RCS es va associar amb una tendència cap a una major gravetat de l'accident cerebrovascular i un pitjor pronòstic funcional.

TREMOLOR POSTURAL COM A PRIMERA MANIFESTACIÓ DE NEUROMIOTONIA: A PROPÒSIT D'UN CAS

Zaragoza J, Escalante S, Garcés M, Martín G, Baiges J.J
Servei Neurologia Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Introducció: La neuromiotonia és un trastorn infreqüent, consistent en una hiperexcitabilitat dels axons motors que produeix una activitat muscular continuada, podent-se observar en el context de malalties d'etiologia diversa.

Material i mètodes: Presentem un pacient home de 75 anys, HTA, fumador i lobectomia pulmonar per un adenocarcinoma papil·lar acinar el mes anterior. Acut a la consulta per aparició subaguda de tremolor postural als braços, moviments involuntaris als peus, episodis d'hiperhidrosi i alteració de la marxa definida com a "lenta i insegura". A l'exploració neurològica destacà to muscular augmentat a les 4 extremitats, tremolor postural d'ambdues mans, moviments musculars involuntaris ondulants difusos més marcats a deltoïdes i músculs gastrocnemis amb moviments pseudocoreïcs als peus, marxa cautelosa.

Resultats: RMN cerebral que descartà metàstasi, un estudi EMG en repòs mostrà descàrregues múltiples de PUMs d'alta freqüència, d'inici i final abruptes, en forma de multiplets (de 4 a 7). Estudi amb neurografies normals Analíticament destacaren autoanticossos CASPr2. Es va emetre el diagnòstic de neuromiotonia adquirida autoimmune en un context paraneoplàsic, iniciant-se tractament amb IG e.v. amb bona resposta inicial reduint-se el tremolor, les mioquímies i la hiperhidrosi. Actualment amb Prednisona 60 mg/dia esperant desposta a mig termini.

Conclusió: Presentem un cas de neuromiotonia adquirida paraneoplàsica amb confirmació neurofisiològica i immunològica, i presentació clínica atípica en forma de tremolor, antecedent que no hem observat publicat anteriorment a la literatura.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

LES PRIMERES SOCIETATS NEUROLÒGIQUES CATALANES I ELS SEUS PROTAGONISTES

Vegas J, Linares Y, Blanco L, Fabregas MG, Massons J, Arboix A.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

INTRODUCCIÓ: El coneixement de les societats neurològiques anteriors a la Sociedad Española de Neurología (any 1949) és escàs. Les analitzem partint de la pionera Societat de Psiquiatria i Neurologia de Barcelona, fundada a l'any 1911.

DESENVOLUPAMENT: Efectuem una recerca bibliogràfica mitjançant MEDLINE a partir de la paraula clau "*Neurological societies*", utilitzant també la tesi doctoral de M. G. Fábregas "*Història de la Neurologia a Catalunya, de l'any 1882 a l'any 1949*" i de fonts bibliogràfiques històriques originals de la *Biblioteca de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears* de Barcelona. La presència de societats mèdiques és relativament recent en la història de la medicina, a Catalunya i a Espanya, la primera societat neurològica es va crear fa un segle, i va ser la **Societat de Psiquiatria i Neurologia de Barcelona**, fundada per *Artur Galceran i Granés* l'any 1911; prèviament, només es documenten dues societats mèdiques: *L'Acadèmia d'Higiene de Catalunya* i la *Societat Oftalmològica Hispanoamericana*, ambdues ubicades a Barcelona. Posteriorment, la Societat de Psiquiatria i Neurologia de Barcelona s'anomenaria **Societat Catalana Psiquiatria i Neurologia** i el 1934 estaria presidida per *Belarmino Rodríguez Arias*. Amb la guerra civil es va dissoldre i reapareixeria amb el nom d'**Associació de Psiquiatria i Neurologia** i estaria presidida per José Córdova Rodríguez (1941). Aquesta societat seria precursora de l'**Associació de Ciències de Neurologia** de Barraquer Bordas (any 1968) i aquesta ho seria de la **Societat Catalana de Neurologia**, fundada per Codina Puiggrós el 1973. Caldria remarcar que a causa de la proximitat geogràfica, els neuròlegs catalans van rebre una especial influència i mestratge dels neuròlegs francesos d'on neix la primera societat neurològica, la *Societat de Neurologia de París*, que va ser fundada el 1900 per *Babinsky, Brissaud, Pierre Marie, Dejerine i Souques*. Les investigacions de **Ramón y Cajal**, referides a la "teoria de la neurona" també van contribuir al desenvolupament de la neurologia com a especialitat diferenciada i pròpia; el 1887 Ramón i Cajal obté la càtedra d'Histologia Normal i Patològica de Barcelona, es podria dir que la moderna histologia del sistema nerviós va néixer a la Facultat de Medicina de Barcelona. Com precursor immediat i promotor de l'especialitat neurològica a Catalunya, sobresurt **Bartomeu Robert i Yarzabal** que va facilitar al **Dr Barraquer Roviralta** la creació del primer dispensari de neurologia i electroteràpia a l'Hospital de la Santa Creu el 1882; **Beltrán i Rubió** és una altra figura pionera que va a neuròleg i electrògraf.

CONCLUSIONS: La Societat de Psiquiatria i Neurologia de Barcelona fundada el 1911 per Galceran i Granés, i precursora de la Societat Catalana de Neurologia, va ser la primera societat neurològica. S'ha de remarcar que l'any 2011 es van complir 100 anys de la fundació de la primera societat neurològica catalana i espanyola.

TREMOR AND HIV INFECTION (VERSIO 1)

Quilez-Ferrer, P¹. Martinez Lacasa, X². Aguilar Barbera, M¹. Hernandez Alvarez, S¹. Caro, C³.

¹Departament of Neurology, ²Departament of Internal Medicine, ³Documentary. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona. SPAIN.

INTRODUCTION: CNS infection by HIV is associated with neurological, behavioural, and cognitive disorders such as HIV-associated dementia (HAD) and minor cognitive and motor disorders (MND)^{1,2,3}. Movement disorders associated with HIV and HAD⁴ include tremor, Parkinsonism, myoclonus, dystonia, and paroxysmal dyskinesia, which may be present in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)^{5,6,7} and may represent the initial manifestation of HIV infection⁸.

Resting or postural tremors have been described in HIV patients treated with trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP/SMX)^{9,10}.

Holmes tremor has been observed in opportunistic infections (CNS tuberculosis, progressive multifocal leukoencephalopathy and toxoplasmosis)¹¹, in the presence of tuberculosis or toxoplasmosis abscess affecting the cerebellum and midbrain¹² after the start of antiretroviral therapy¹³.

Parkinsonism has been reported in AIDS and opportunistic infections (toxoplasmosis, tuberculosis CNS¹⁴, progressive multifocal leukoencephalopathy and Whipple's disease) and in patients treated with dopamine receptor antagonists, neuroleptics, and metoclopramide^{16,17}. These effects are probably due to the infection of the basal ganglia by HIV^{18,19}, or to pre-existing nigral degeneration.

Mirsattari described 5 cases of HIV+ patients who developed Parkinsonism in the absence of opportunistic infections. This suggests that HIV infection may cause Parkinsonism⁶.

A patient treated with highly active antiretroviral therapy (HAART) showed Parkinsonism improvement and standardization in CD4 count^{20,21}. A similar improvement was observed in a patient with HIV and tuberculosis after receiving treatment specific for tuberculosis.

Tremor, rigidity, bradykinesia and postural instability have been described as common symptoms in patients with HIV-associated Parkinsonism/dementia (HAD). A decrease in cortical thickness of the orbitofrontal region, insular and temporal cortex has been observed in HIV patients. This can be related to the etiology of the neurological deficit²². Pathological alterations in white matter, basal ganglia and subcortical brain regions, have been observed in MRI studies on patients with neurocognitive deficit and AIDS²³.

CD4 nadir is a predictor of HIV neurocognitive impairment^{24,25}.

HAART failure to treat cognitive deficit in HIV may be a result of the persistence of HIV-infected mononuclear cells in peripheral blood cells which may cross the brain barrier and cause perivascular inflammation and neuronal damage^{26,27}. Perivascular macrophages, microglia and, to a lesser extent, astrocytes, are the main cell types infected by HIV in the CNS^{28,29}.

However, other studies have observed a significant neuropsychological improvement after 24-36 weeks of combined HAART treatment.

It is hypothesised that the use of antiretroviral drugs with improved CNS penetrance may be associated with better neurological functioning^{30,31}.

CASE REPORT: Male, 72 years old, with a history of hypertensive Prostate adenoma, mild erosive antritis and hiatal hernia ..

No family history of essential tremor, Parkinsonism or other neurocognitive disorders.

Undergoing treatment with Omeprazol (20mg/day) and Enalapril (20mg/day).

July 2008 Diagnosed with mild essential tremor that did not interfere with activities daily living (ADL) and did not require treatment. No extrapyramidal symptoms (EPS) or neurocognitive deficit detected.

March 2010 Increase in tremor that interferes with ADL and Cognitive impairment. During exploration, hands tremor and head attitude with significant alteration in the drawing spiral scale of Fahn et al., without other EPS.

MMSE: 19/30. RDRS: 11/8/7=26. Blessed: 2/0/5=7/28 NPI: 8/14 (depression, apathy, irritability)

NPS evaluation: non-amnesic MCI single domain (executive functions). Subcortical pattern that interferes with ADL

Cranial MRI (28/07/2010): signs of diffuse cerebral atrophy with mild degree of deep and anterior temporal atrophy.

Analyses did not show Vit B12 deficit or thyroid dysfunction. APOE E3/E3.

August 2010: diagnosis of HIV infection with AIDS and severe immunodeficiency. Viral load: 3,000,000 copies, LTCD4+: <50/ml. Treatment with Atripla and Raltegravir started, followed by improvement in viral load (decreased to 1500 copies and LTCD4+: 84/ml)

VIH- AIDS complications were: systemic HIV infection by CMV in August 2010, and at the point of HIV-AIDS diagnosis. Followed treatment with Ganciclovir and valganciclovir. Diarrhoea caused by Clostridium difficile, treated with metronidazol. Immune reconstitution syndrome, resolved by systemic corticoids. AIDS associated dementia

Treatment: Tamsulosina 0.4mg /day, Acol 5 mg/day, Trimethoprim-sulfametoxazol 800/160mg/day, Atripla (Efavirenz 600mg, Emtricitabina 200mg, tenofovir disoproxil 245mg)/day. Valganciclovir 450mg/day.

November 2011: Significant clinical improvement in hand and head tremor, which is reflected in the spiral drawing of the FAHN scale, and in the decrease of cognitive impairment. MMSE: 29/30

NPS evaluation (23/11/11): DCL, consistent with decrease in working memory and in speed of processing information, without interference in ADL.

Hypothesis:

The patient was diagnosed with essential tremor, in the absence of opportunistic infections or other extrapyramidal symptoms. After AIDS diagnosis and antiretroviral treatment, improvement in tremor and cognitive impairment was observed. This may suggest that the isolated tremor attitude could be the first manifestation of HIV infection. This hypothesis is supported by the fact that the tremor decreased and cognitive functions improved with anti HIV treatment.

TRACTAMENT FIBRINOLITIC A LES TERRES DE L'EBRE: QUÈ HEM APRÈS?, QUÈ HEM DE MILLORAR?

Garcés-Redondo M, Zaragoza-Brunet J, Escalante-Arroyo S, Martín-Ozaeta G, Baiges-Octavio J.J
Neurologia Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

INTRODUCCIÓ: La implantació del Codi Ictus (CI), una eina d'atenció urgent i especialitzada de d'ictus en fase aguda, es va iniciar al març del 2006 a les Terres de l'Ebre. Un dels objectius és augmentar el nombre de pacients amb ictus candidats a rebre tractament fibrinolític en les primeres hores des de l'inici de la clínica. Fem una revisió dels tractaments administrats durant aquests 6 anys amb la intenció de posar "damunt la taula" els punts positius i, especialment, aquells amb potencial de millora.

MATERIAL I MÈTODES: Revisió dels pacients amb ictus agut i administració de fibrinòlisi ev des de març del 2006 fins desembre del 2011 (Registre d'activacions del Codi Ictus de l'Hospital de Tortosa): Dades demogràfiques (edat), situació clínica inicial i a l'alta (NIHSS i Rankin), situació funcional als 3 mesos, complicacions relacionades amb la fibrinòlisi, mortalitat i horaris (porta-agulla). En les conclusions farem una valoració dels punts òptims i les àrees que hem de millorar, així com les necessitats que considerem prioritàries per millorar l'assistència.

RESULTATS: 90 pacients tractats. La distribució per anys és la següent:

2006: n=11. Edat mitjana 62,5. NIHSS inicial 12,4. Rankin a l'alta 2. Mort 1. Complicacions hemorràgiques 0. Porta-agulla 67 minuts. 2007: n=13. Edat 69,4. NIHSS inicial 13,4. Rankin a l'alta 2. Als 3 mesos: 1,6 Mort 0. Complicacions hemorràgiques 1 (PH1). Porta-agulla 61 minuts. 2008: n=12. Edat 68,8. NIHSS inicial 11,2. Rankin a l'alta 1,9. Als 3 mesos: 1,3 Mort 0. Complicacions hemorràgiques 1 (PH1). Porta-agulla 64 minuts.

2009: n=13. Edat 67,1. NIHSS inicial 14,6. Rankin a l'alta 3,9. Als 3 mesos: 3,4. Mort 3 (ictus maligne, neoplàsia, PH2). Complicacions hemorràgiques 1 (PH2). Porta-agulla 54 minuts. 2010: n=20. Edat 63,9. NIHSS inicial 12,8. Rankin a l'alta 3,1. Als 3 mesos: 2,7 Mort 3 (infecció per VIH, PH2, ictus maligne). Complicacions hemorràgiques 2 PH2. Porta-agulla 57 minuts. 2011: n=21. Edat 66. NIHSS inicial 13,3. Rankin a l'alta 3,4. Als 3 mesos: 3,2 Mort 3 (2 PH2, 1 altra causa). Complicacions hemorràgiques 4 (2 PH1, 2 PH2) Porta-agulla 66 minuts.

CONCLUSIONS: Uns dels punts positius és l'augment en el número total de tractaments administrats anualment, que podria ser secundari a la pràctica durant aquests anys d'experiència. Però fent una visió crítica hem de destacar que aquest nombre de tractaments hauria de ser més elevat. Detectem dues mancances amb potencial millora:

1.- Tècniques: No disponibilitat d'AngioTC o RNM amb seqüències de difusió/perfusió 24 hores. Durant el 2011 s'ha actualitzat el Protocol d'actuació en el ictus agut del nostre Centre, amb l'augment de la "finestra terapèutica" fins les 4,5 hores i la relativització de criteris com l'edat, però la valoració dels criteris de tractament es continua fent amb la clínica (neuròleg especialitzat) + TC cranial urgent amb criteris ASPECTS i realització de Doppler transcranial. El fet de no disposar d'una altra eina de detecció de teixit potencialment tractable (mismatch) suposa no oferir el tractament a pacients que es podrien beneficiar.

2.- Terciarisme: És un punt en el qual ens hem de conscienciar. Hi ha un percentatge de pacients que podrien haver tingut criteris de teràpies de rescat però no es va valorar l'opció per part de l'equip d'ictus.

El darrer any s'ha observat un discret augment del temps porta-agulla, tot coincidint amb la progressiva modificació dels criteris del tractament (augment de la finestra terapèutica), una valoració subjectiva ens fa pensar erròniament que "no hem de córrer tant" ja que "tenim més temps". Com a conclusió, revisarem aquestes dades per mantenir el nostre objectiu de millorar continuament l'atenció als pacients amb ictus de les Terres de l'Ebre.

ATEROMATOSI COMPLEXA DE LA CROSSA AÒRTICA: ESTUDI DE 71 PACIENTS AMB INFARTS LLACUNARS

Suarez S, Beltran A, Beltran CY, Pujadas R, Parra O, Massons J, Arboix A.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

Fonament i objectiu: Els infarts llacunars (IL) solen associar-se a lipohialinosi o microateromatosis hipertensiva en la majoria dels casos, però, hi ha ocasions en què no s'aconsegueix determinar una etiologia concreta. La introducció de proves complementàries com l'ecocardiografia transtoràcica (ETT) ha permès accedir a estructures com la crossa aòrtica. Nombrosos estudis han intentat correlacionar els IL amb l'ateromatosis complexa de crossa aòrtica (ACO), però, actualment aquesta associació està pobrament definida. Amb aquest estudi pretenem analitzar la seva freqüència de presentació i el seu perfil clínic.

Mètodes: Mostra de 71 pacients consecutius amb un primer IL (9 de causa essencial) inclosos en un registre d'ictus durant un període de 4 anys, estudiats mitjançant neuroimatge i ecocardiografia transtoràcica supraesternal amb tecnologia d'imatge harmònica. S'analitzen els seus factors de risc, dades clíniques, de neuroimatge i pronòstiques.

Resultats: L'estudi ecocardiogràfic va ser patològic en 20 pacients (28,2%). 7 pacients (9,9%) van presentar plaques aòrtiques no complicades i 13 pacients (18,3%) van presentar ACO. Es tractava de 10 dones i 3 homes de 79 (límits 57-91) anys d'edat mitjana. La hemiparèsia motora pura va ser la síndrome més habitual present en 5 casos (39%). La hipertensió arterial (69%), els AIT previs (39%) i la diabetis (31%) van ser els principals factors de risc. Només tres pacients amb ACO (4,2% del total i 33% dels IL de causa essencial) no tenien cap factor de risc. Van presentar infarts cerebrals silencis 7 casos (53,8%) (6 IL i 1 infart no llacunar). Cap pacient va morir durant l'ingrés hospitalari.

Conclusions: La presència de plaques d'ateroma complexes es va observar en el 18,3% dels pacients amb IL. En aquests pacients predominar el sexe femení. Van presentar criteris d'alt risc d'embolisme aòrtic el 4,2% d'IL. La ACO ha de ser considerada en els IL d'etologia essencial.

Paraules clau: infart llacunar; infart essencial, aorta, placa d'ateroma, ateromatosis complexa de crossa aòrtica, etiologia, ecocardiografia, embolisme.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

PREVALENCIA DE MALALTIA ARTERIAL PERIFÈRICA SILENT I DE SÍNDROME METABÒLICA EN PACIENTS AMB ATAC ISQUÈMIC TRANSITORI.

Montserrat Capdevila, J., Vilanova Fillat, MB., Purroy Garcia, F.
ABS Pla d'Urgell de Mollerussa - Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducció: La malaltia arterial perifèrica (MAP) silenciosa i la síndrome metabòlica (SM) s'han associat a un major risc d'episodis vasculars greus. Tot i això són escassos els estudis que tracten d'estimar la prevalença d'ambdós paràmetres en pacients amb malaltia cerebrovascular, i en concret, amb AIT. En aquests, aquesta informació podria ser d'utilitat en identificar aquells amb major risc de recurrència o d'aparició d'episodis vasculars extracranials ja que es tracta d'un grup molt heterogeni en quant a la seva evolució clínica.

Aquest estudi pretén determinar la prevalença de SM i de MAP, determinada a través d'índex turmell braç (ITB), en una cohort de pacients amb AIT i comparar-la amb la d'una altra amb associació de factors de risc cerebrovascular (FRCV) sense antecedent d'ictus.

Material i mètodes: S'inclogueren 434 pacients amb AIT i 231 amb FRCV. Es va determinar de forma prospectiva la prevalença de SM aplicant criteris *Adult Treatment Panel III* (ATP-III) i *International Diabetes Federation* (IDF) i MAP (ITB $\leq 0,9$). S'establiren els factors associats a ambdós paràmetres.

Resultats: La prevalença de MAP va ésser major en la cohort AIT 22,8% versus 5,6% ($p < 0,001$) però no la de SM: 49,5% versus 48,9% segons criteris ATP-III i 51,2% versus 55,0% segons IDF. En la cohort AIT, els predictors independents de MAP foren l'edat > 65 anys (OR 1,03 [1,01-1,05]), l'etiologia ateromatosa (OR 2,43 [1,21-4,86]), la cardiopatia isquèmica (OR 2,61 [1,24-5,49]) i l'enolisme (OR 4,97 [2,12-11,58]). Per a la SM (IDF) la dislipèmia (OR 2,61 [1,47-4,65]) i la HTA (OR 9,60 [5,29-17,43]) mentre que per a la SM (ATP-III) la HTA (OR 58,48 [20,22-169,15]), la DM (OR 3,25 [1,21-8,74]), la dislipèmia (OR 2,56 [1,23-5,34]), la glicèmia (OR 16,71 [6,62-42,15]) i l'antecedent d'ictus previ (OR 3,09 [1,11-8,56]).

Conclusions: La prevalença de MAP silenciosa és significativament major en la cohort de pacients amb AIT, no així la SM. Ambdós paràmetres s'associen a FRCV diferents.

PREDICCIÓ D'EPISODIS VASCULARS EXTRACRANIALS EN PACIENTS AMB ATAC ISQUÈMIC TRANSITORI

VILANOVA, MB , MONTSERRAT-CAPDEVILA, J , GONZÁLEZ-MINGOT, C , GIL-VILLAR, MP , QUÍLEZ, A , SANAHUJA, J , BRIEVA, L , PURROY, F
Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Institut Català de la Salut)

Introducció: Els determinants de risc d'episodis vasculars extracranials (EVE) en pacients que han patit un atac isquèmic transitori (AIT) no estan ben definits. L'objectiu del nostre estudi va ser avaluar el risc i els factors de risc de patir un EVE (coronariopatia i malaltia arterial perifèrica [MAP]) en pacients amb AIT.

Material i mètodes: Vam realitzar un estudi de cohorts prospectiu on es van recollir pacients dins de les primeres 24 hores d'haver patit un AIT, entre Octubre de 2006 i Juny de 2011. Un total de 560 pacients amb AIT van ser seguits durant 6 mesos o més. En tots ells es van registrar l'aparició d'un EVE i la recurrència d'ictus. La duració i la tipologia de la simptomatologia, els factors de risc vascular i l'etiologia del AIT es van recollir de forma prospectiva. A més a més, es va calcular la puntuació per cada cas en escales pronòstiques establertes (CHADS2, CHADS2-VASC2, ABCD2, ABCD3I, *California Risk Score*, *Essen Stroke Risk Score* i *Stroke Prognosis Instrument*).

Resultats: Durant una mitjana de seguiment de 30 mesos es van produir 31 (5.9%) EVE (22 coronariopaties i 9 MAP) i 63 (11.9%) ictus recurrents. La discriminació de les escales pronòstiques va variar entre 0.60 i 0.70 en tots els casos. La incidència de EVE no es va relacionar amb la etiologia del AIT. En l'anàlisi multivariant es van identificar el consum d'alcohol (Risc Relatiu [RR] 3.66; Interval de Confiança [IC] 95% 1.10-12.13, p=0.034), la hipercolesterolèmia (HCL) (RR 3.77; IC 95% 1.84-7.72, p<0.001), la debilitat motora (RR 1.73; IC 95% 1.20-2.50, p=0.015) i la presència de plaques carotídiades (RR 1.29; IC 95% 1.07-1.56, p=0.007) com a factors predictors independents d'EVE.

Conclusions: D'acord amb els nostres resultats, la discriminació de les escales pronòstiques en la predicció de nous EVE en pacients que havien patit un AIT va ser pobra. Variables com el consum d'alcohol, la HCL, la debilitat motora i la presència de plaques carotídiades podrien ser considerades en nous models predictors.

TROMBOEMBOLISME VENÓS EN PACIENTS AMB DEMÈNCIA. CONCLUSIONS DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (RIETE).

Villalba JC⁽¹⁾, Monreal M⁽²⁾, Núñez MJ⁽³⁾, Cebrián E⁽⁴⁾, Toboso JM⁽¹⁾, Klamburg J⁽¹⁾.

⁽¹⁾Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁽²⁾Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁽³⁾Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Pontevedra. ⁽⁴⁾Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓ: La malaltia tromboembòlica venosa (MTV) és una patologia la quina incidència és elevada i augmenta amb l'edat.

La prevalència de demència incrementa amb la longevitat, especialment en els més provectes.

Els ancians solen ser exclosos dels estudis per llur labilitat.

L'evolució de la MTV en pacients amb demència no està doncs ben establerta.

OBJETIUS: El RIETE és un registre prospectiu de pacients consecutius diagnosticats de trombosi venosa profunda (TVP) o tromboembolisme pulmonar (TEP) agut, sintomàtic i confirmat per proves objectives. Avaluarem els resultats de 3 mesos de seguiment en els malalts amb MTV i demència i analitzarem comorbilitat, factors de risc, característiques de la MTV i llur tractament.

PACIENTS I MÈTODES: Recollim les variables descrites dels 1.087 pacients amb MTV i demència (3,5%) informats en el RIETE (30.895 en total fins febrer de 2010). Els mètodes diagnòstics aplicats han estat ultrasonografia o flebografia per la TVP, i tomografia helicoïdal o gammagrafia pulmonar pel TEP.

RESULTATS: Els pacients amb MTV i demència (DEM) presenten, respecte llurs homòlegs no demenciats:

1. Majors mortalitat (20% vs 7.7%), incidència d'hemorràgies (HG) major i fatal (4,0% vs 2.2%; 1,7% vs 0,6%), i de TEP fatal (4.6% vs 1.5%), totes $p < 0.001$.

2. Per grups, en els DEM observem:

2.1. Major edat (80 ± 11 vs 65 ± 17), i menys representació masculina (26% vs 50%) i pes (67 ± 14 Kg vs 74 ± 15 Kg), totes $p < 0.001$.

2.2. Major prevalència d'insuficiència cardíaca crònica (ICC) (11% vs 5.7%), fracàs renal (FR) (24% vs 15%) i anèmia (AN) (41% vs 33%); però menys d'insuficiència respiratòria crònica (IRC) (5.5% vs 11%) i càncer (8,3% vs 22%), totes $p < 0.001$.

2.3. Més cotractament amb antiplaquetaris (19% vs 11% - $p < 0,001$ -) però menys amb antiinflamatoris no esteroïdals (AINES) (3,1% vs 4,9% - $p = 0,008$ -).

2.4. Més tractament inicial amb heparina de baix pes molecular (HBPM) (94% vs 90%) i menys amb filtre en vena cava inferior (0,3% vs 2,4%), ambdues $p < 0,001$.

2.5. Més tractament a llarg termini amb HBPM (48% vs 25%) i menys amb fàrmac antivitamin K (AVK) (42% vs 73%), ambdues $p < 0,001$.

2.6. Diferents resultats segons la MTV inicial hagi estat TEP o TVP. Els qui han debutat amb TEP (46%) presenten:

2.6.1 Més ICC (14% vs 8,2 -p=0,001-), IRC (7,2% vs 4,1 -p=0,024-), FR (28% vs 21% -p=0,004-) y pes (69Kg±13Kg vs 66±14 -p<0,001), però menys AN (37% vs 45% -p=0,008-).

2.6.2 Menys tractament inicial amb HBPM (90% vs 98%) i més amb heparina no fraccionada (8,6% vs 1,9%, ambdues p<0,001).

2.6.3 Més tractament a llarg termini amb AVK i menys amb HBPM (50% vs 36% y 35% vs 59%, ambdues p<0.001).

2.6.4 Major mortalitat (26% vs 15%, p<0,001), especialment per TEP (9,0% -inicial el 7,6%-), seguit d'insuficiència respiratòria (2,8%), infeccions (2,6%) y HG (2,2%).

CONCLUSIONS:

1. Els pacients amb MTV i demència (DEM) tenen el triple de mortalitat (20%) que llurs homòlegs no demenciats (7,7%).
2. Pateixen el triple de TEP fatals (4,6% vs 1,5%) i HG fatals (1,7% vs 0,6%), i el doble d' HG majors (4,0% vs 2,2%).
3. Són més tractats amb HBPM tant inicialment (94% vs 90%) com a llarg termini (48% vs 25%).
4. Els qui debuten amb TEP (46%) tenen pitxor pronòstic vital (+26%) que els qui ho fan amb TVP (+15%); i un risc quàdruple de morir per TEP (9%) que per complicacions HG (2,2%).
5. Entre els qui es presenten amb TEP, aquest és la principal causa de *éxitus* (9% -el 7,6% ja inicial-), mentre que entre els qui debuten amb TVP, la principal causa de mort són les infeccions (3,9%).
6. La forma de presentació de la MTV en els malalts amb demència té implicacions pronòstiques i pot ajudar-nos en la presa de decisions.

CAS CLÍNIC DE SÍNDROME DE VERNET EN PACIENT INICIALMENT DIAGNÓSTICADA DE MALALTIA DE NEURONA MOTORA D'INICI BULBAR.

CLAUDIA LAZO LA TORRE, MÓNICA POVEDANO PANADES, CARLOS CASASNOVAS PONS, JORDI MONTERO HOMS, JORDI PASCUAL CALVET.

INTRODUCCIÓ: Descripció d'un cas clínic de Síndrome de Vernet en pacient inicialment diagnosticada de malaltia de neurona motora d'inici bulbar.

MATERIAL I METODEDES: Es presenta el cas d'una pacient de 56 anys amb diagnòstic de síndrome de Vernet. La pacient va ser remesa al nostre centre al juny del 2008 amb diagnòstic de possible Malaltia de Motoneurona d'inici bulbar. Presenta un quadre progressiu d'un any d'evolució caracteritzat per disfonía, disfàgia mixta predominantment a sòlids, tos crònica i pèrdua de pes. Com a antecedents patològics destaca hàbit tabàquic d'un paq/d fins a fa 2a, dislipidemia, hiperreactivitat bronquial, radiculopatia crònica S1 esquerra i osteoma cubital esquerra intervingut.

En la primera exploració s'objectiva disfonía, parells cranials conservats excepte parèsia de corda vocal E, balanç muscular amb parèsia 4/5 de deltoïdes i trapezi esquerres, reflexos conservats excepte l'arreflexia del tendó del tríceps esquerra, i hipoactiu el bíceps i estiloradial esquerra, clonus aquilí dret.

RESULTATS: Es realitza PL que és normal. IRM cervico cranial normal. Estudi Ac Gangliósidos i antineurales negatius. L'estudi neurofisiològic descarta malaltia de neurona motora. A l'abril del 2009, la pacient evoluciona amb paràlisi del nervi accessori espinal esquerra amb *escápulata alata i atròfia del múscul trapezi esquerra. Es realitza un nou EMG de control que objectiva signes de denervació en el trapezi esquerra amb resta de la musculatura explorada normal. Es planteja el diagnòstic de multineuritis cranial. Se sol·licita nova IRM crani - cervical que objectiva lesió expansiva centrada a la regió del foramen iugular esquerra suggestiva de paraganglioma iugular que desplaça i contacta amb l'artèria carótida esquerra.

CONCLUSIÓ: Els segments de PC baixos adjacents al foramen iugular són difícils de valorar mitjançant una IRM de rutina. Recomanem en els pacients amb sospita de multineuritis amb afectació dels nervis cranials baixos la IRM crani cervical amb alta resolució amb detall del trajecte d'aquests nervis a més de l'estudi d'estructures vasculars me adjacents amb AngioRM. Tots dos estudis són imprescindibles per al diagnòstic del Síndrome de Vernet.

FIABILITAT INTEREXAMINADOR D'UN SISTEMA DE SEGMENTACIÓ SEMIAUTOMÀTICA PEL CàLCUL DEL VOLUM DEL BULB I TRACTE OLFATORI MITJANÇANT RESSONÀNCIA MAGNÈTICA

Saioa Lejarreta Andrés¹, Oriol Turró Garriga¹, Josep Garre Olmo¹, Imma Pericot Nierga¹, Antoni Turon Estrada¹, Marta Hernández Ferrándiz¹, Manuela Lozano Gallego¹, Joan Carles Vilanova Busquets², Jordi Freixenet Bosch³, Secundino López Pousa¹

¹Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències (UVAMID). Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).

²Servei de Radiodiagnòstic. Hospital Santa Caterina. IAS. Salt (Girona).

³Grup de Investigació en Visió per Computador i Robòtica de la Universitat de Girona (VICOROB). Girona.

Introducció: El trastorn de l'olfacte és un símptoma freqüent en la MA (malaltia d'Alzheimer) i la seva afectació es produeix en fases precoces de la malaltia. A nivell estructural es podrien detectar els canvis macroscòpics produïts al BTO (bulb i tracte olfatori), com a conseqüència del dipòsit de beta-amiloide i proteïna tau.

Objectius: Per a poder determinar la relació entre el volum del BTO i la MA necessitem un instrument que ens permeti realitzar el càlcul d'aquesta estructura. S'ha dissenyat una eina informàtica que permet determinar el volum del BTO, i l'objectiu és demostrar que existeix una bona fiabilitat interobservador.

Material i Mètodes: Estudi observacional i transversal de fiabilitat en una mostra de conveniència de pacients amb MA i controls. S'obté la imatge del bulb mitjançant la RM (ressonància magnètica). El volum del BTO es segmenta de forma semiautomàtica per dos observadors independents. La fiabilitat interexaminador es determina mitjançant el càlcul del CCI (coeficient de correlació intraclasse).

Resultats: El total de la mostra van ser 22 participants (10 MA, 12 controls). L'edat mitja va ser de 72,73 anys (DE=8,65) i el 77,3% foren dones. Entre els dos grups no hi havia diferències significatives respecte al sexe, però sí en l'edat mitja (77,6 vs 66,8/ MA vs control, $p < 0,003$). En la comparació de mitges del volum del BTO no es van objectivar diferències significatives entre els dos grups (MA: $82,53\text{mm}^3$, control: $91,2\text{mm}^3$; $p = 0,582$). El CCI entre les dues mitges del volum del BTO va ser de 0,868 (IC 95%=0,682-0,945).

Conclusions: El software de segmentació semiautomàtica del volum del BTO desenvolupat presenta una fiabilitat interexaminador apropiada.

ATÀXIA CRURAL PURA PER INFART LACUNAR

Vegas JF, Arboix A, Massons J, Comes E, Oliveres M, Targa C, Vidal MJ.
Hospital Universitari del Sagrat Cor

INTRODUCCIÓ: L'atàxia és un trastorn caracteritzat per la disminució de la capacitat de coordinar els moviments. Sol produir-se per lesió del cerebel o de les seves vies d'informació aferents o eferents, i la seva etiologia és múltiple, podent ser de causa vascular (hemorràgica o isquèmica) i entre aquestes últimes i de forma inhabitual pot estar ocasionada per un infart lacunar. El infart lacunar pot ocasionar síndromes lacunars atípics en el 6,8% dels casos. Aquestes síndromes lacunars atípiques són freqüentment causades per la malaltia de petit vas amb afectació a la càpsula interna, al tàlem o al pont. Un dels quadres clínics inclosos en les síndromes lacunars atípiques és l'atàxia crural pura de Garcin i Lapresle (1969), autors que varen descriure un home de 80 anys que va morir després de 3 anys del diagnòstic i que va presentar una falta de coordinació cerebel·losa aïllada en l'extremitat inferior esquerra secundària a una lesió talàmica. Presentem a continuació un cas clínic similar.

CAS CLÍNIC: Es tracta d'una dona de 77 anys, sense antecedents patològics d'interès, que ingressa a urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) amb un temps de malaltia de 24 hores, d'inici brusc, i curs agut, caracteritzat per atàxia d'extremitat inferior dreta, associat a parestèsies i tensió arterial de 180/90; es va sol·licitar TAC cranial on no s'evidencia patologia aguda, sent orientat com un Atac isquèmic transitori (AIT) amb HTA de debut, i és donada d'alta per control preferent per Neurologia. Quatre dies després torna a anar a urgències de l'HUSC per xifres de TA elevades: 220/80, i s'orienta com una crisi hipertensiva, i és tractada amb captopril, reduint la TA a 145/79, i és donada d'alta per a control preferent per Neurologia. Un dia després, novament torna a anar a urgències de l'HUSC per xifres de TA elevada: 170/90 i per continuar amb afectació motora d'extremitat inferior dreta, i en aquesta ocasió el quadre clínic s'orienta com secundari a un infart lacunar motiu pel qual és hospitalitzada en el Servei de Neurologia per valoració i completar l'estudi. Al Servei de Neurologia, la pacient es trobava conscient, lúcida i orientada, sense alteració dels parells cranials, no dèficit motor, no dèficit sensitiu, no signes meníngis, amb prova índex-nas normal en ambdues EESS, prova taló-genoll normal en cama esquerra i dismetria franca en la cama dreta, sense diadococinesia ni alteració franca en la marxa; la resta de l'examen general estava dins dels límits de la normalitat. La RMN cerebral va mostrar en seqüències per difusió un petit infart lacunar paraventricular posterior esquerre amb extensió talàmica de característiques agudes, sense lesió cerebel·losa concomitant. S'orienta el quadre clínic com una atàxia crural pura de Garcin i Lapresle secundària a un infart lacunar per afectació talàmica contralateral. El curs clínic de la malaltia va ser regressiu amb millora quasi complet a l'alta hospitalària (Rankin=2).

CONCLUSIÓ: La atàxia crural pura de Garcin i Lapresle és una forma paucisimptomàtica de la síndrome cerebel·losa que és deguda a una petita lesió extracerebel·losa que afecta la porció infero-externa del nucli dors-mitjà talàmic i lesiona el feix dentat-rubro-tàlem-cortical. Una observació similar ja l'havia fet el mateix Garcin el 1955; aquesta troballa proporcionava les bases anatòmiques de la idea suggerida per Clovis Vincent (1908) que referia que podria haver un component cerebel·lós en la síndrome talàmica. El 1973 Lapresle, a propòsit d'altres observacions, confirma l'existència d'un component cerebel·lós en les lesions talàmiques denominant-la atàxia talàmica, i amb les seves observacions es confirma l'existència de terminacions cerebel·loses en el tàlam.

En resum, l'atàxia crural pura és una síndrome lacunar atípica poc freqüent i escassament reportada. Aquesta síndrome implica l'afectació talàmica contralateral.

EFICÀCIA DE ZONISAMIDA A LA PREVENCIÓ DE LA MIGRANYA CRÒNICA REFRACTÀRIA.

Robert Belví, Azahara Aceituno, Carolina Villa. Unitat de Cefalees. Servei de Neurologia. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Introducció: Actualment, només el topiramate (TPM) té indicació com a tractament preventiu a la migranya crònica (MC). Per analogia, prescrivim altres fàrmacs de primera línia a la migranya episòdica freqüent (MEF): valproat, β -blocadors i flunarizina (Guies EFNS 2009). No obstant, de vegades s'esgoten aquestes possibilitats per ineficàcia, intolerància o contraindicació. Zonisamida (ZNS) és un neuromodulador que ha mostrat eficàcia preventiva a la MC refractària a petits estudis. Avaluem l'eficàcia de ZNS als tres mesos en malalts amb MC que presenten ineficàcia/intolerància/contraindicació als fàrmacs esmentats.

Malalts/mètode: Malalts amb MC (Ap. IHS 2006) i ineficàcia/intolerància/contraindicació a TPM, valproat, β -blocadors i flunarizina. Pauta: ZNS 50-200mg/nit. Variable principal: Dies amb migranya: Resposta ineficaç (reducció de dies<50%), bona (50-75%), excel·lent (>75%) el mes previ i al 3er mes de ZNS. Variables secundàries prèvies i al 3er mes: 1. Número d'atacs; 2. Número de dies amb cefalea; 3. Abús d'analgèsics; 4. Consum de triptans i AINEs; 5. Puntuació EVA; 6. Puntuació MIDAS; 7. Altres: Grau de satisfacció, dosis mitja eficaç, efectes adversos, estalvi de triptans+AINEs vs preu de ZNS.

Resultats: Vam incloure 16 dones i 5 homes (maig 2011-febrer 2012). Deu malalts (47,6%) van presentar 13 efectes adversos, dels quals, 4 (19.1%) van deixar la teràpia: 2 gastràlgies, 1 eritema multiforme, 1 èczema pruriginós (100% lleus). La resposta al tractament (reducció de dies de migranya) va ser excel·lent (28.6%), bona (38.0%) i ineficaç (14.3%). El número d'atacs de migranya/mes també es va reduir un 55.3% i els dies de cefalea un 55.4%. Un 53.8% d'abusadors van deixar de ser-ho. El consum de triptans i AINEs va minvar 23.6% i 61.5% respectivament. L'EVA es va reduir 3.7 punts (54.7%) i l'escala MIDAS 16.7 punts (51.2%). Grau de satisfacció: 3.7/5. Dosis mitja eficaç: 152.5mg/nit (1.58 mg/Kg/d). La despesa de ZNS mensual va ser superior (161.6€) a l'estalvi de triptans+AINEs (47.6€).

Conclusió: Creiem que ZNS és un potencial fàrmac preventiu a la MC a tenir en compte en malalts intolerants, refractaris o amb contraindicacions pel TPM i pels preventius de la MEF. Donat el seu bon perfil d'eficàcia (66% de respostes) i acceptable de seguretat a petits estudis, és imperiosa la necessitat d'un gran assaig clínic per confirmar aquest perfil amb evidències prou contundents com per recomanar-lo assistencialment com una opció més a la MC.

CEFALEA, CERVICALGIA I ODINOFAGIA: UN CAS DE SÍNDROME ESTILOCAROTIDI (MAL ANOMENADA SÍNDROME D'EAGLE).

López Cuiña, Miguel; Ley Nacher, Miguel; Muiño Acuña, Elena; Navalpotro, Irene; Rubio Perez, Miguel Ángel.

Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓ: La síndrome de Eagle és una condició causada per una apòfisis estiloides allargada (més de 30 mm) o el lligament estiloides calcificada [1]. La incidència d'aquesta síndrome és inferior al 4% de la població general i no se sospita comunament en la pràctica clínica. Els símptomes s'atribueixen a la compressió del nervi glossofaríngi, ja que passa a prop de l'apòfisi estiloides i el lligament calcificat, el que resulta en dolor facial recurrent i la gola, disfàgia, odinofàgia, sensació de cos estrany parafaríngeo, otàlgia i canvis en la veu de vegades temporals [2]. Símptomes aïllats reumatològics són rarament observats.

OBJECTIU: Descriure un cas d'aquesta rara causa de cefalea i/o cervicalgia.

MATERIAL I MÈTODES: Presentem el cas d'una pacient amb una síndrome estilocarotidi. Es realitza revisió bibliogràfica en PubMed amb les paraules dolor cervical, calcificació estiloidea i síndrome d'Eagle.

CAS CLÍNIC: Es tracta d'una dona de 78 anys, que és referida a la nostra Unitat de Cefalea per quadre de molt llarga evolució de cefalea occipital, holocraneal de difícil control. Un interrogatori dirigit posa en evidència cervicalgia, nualgia, otàlgia dreta, odinofàgia, empitjorant amb el gir a la dreta del cap. Entre els seus antecedents figuren familiars amb migranya, hipertensió arterial, Diabetis Melitus tipus II, asma, contractures cervicals i possible disfunció temporomandibular.. A l'exploració es posa de manifest hipersensibilitat cervical de costat dret, amb exacerbació dels símptomes a la palpació retromandibular i la fosita tonsilar. Davant la sospita es sol·licita TAC cervical que demostra elongació d'ambdues apòfisis estiloides i calcificació de tots dos lligaments estilohioideos (mesurant, en conjunt, 6cm aproximadament). La pacient va rebutjar tractament quirúrgic i manté el tractament previ.

DISCUSSIÓ: La classificació del dolor cervicofaríngi associat a l'elongació del procés estiloideo es divideix en entitats diferents: la primera que és la síndrome d'Eagle pròpiament dit, el que requereix la presència d'una cirurgia a nivell cervical com una tonsilectomia o trauma, a més a més de la presència de dolor en realitzar la palpació clínica del procés estiloideo elongat, més un examen per imatge que demostrï l'elongació de l'apofisis estiloides, la qual cosa proveeix un diagnòstic precís; La segona entitat és la síndrome estilohioideo, on el pacient relata simptomatologia, però no existeix cirurgia prèvia o trauma, no obstant això, en l'examen per imatge existeix presència d'un procés estiloideo elongat o l'ossificació del lligament.

REFERÈNCIES:

1. Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. *J Craniomaxillofac Surg* 2000;28:123-7.
2. Mendelsohn A, Berke G, Chhetri D. Heterogeneity in the clinical presentation of Eagle's syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:389-93.
3. Cano LM, Cardona P, Rubio F. Síndrome de Eagle y disección carotídea. *Neurologia*. 2010; 25:266-7
4. Eagle W.W. Elongated styloid process. Report of two cases. *Arch Otolaryngol*. 1937; 25:548-87.
5. Eagle W.W. Symptomatic elongated styloid process. Report of two cases of styloid process-carotid artery syndrome with operation. *Arch Otolaryngol*. 1949; 49:490-503.

PRONÒSTIC DELS PACIENTS AMB HEMORRÀGIA SUBARACNOÏDAL ATRAUMÀTICA DE LA CONVEXITAT

Martínez-Lizana E, Zubizarreta I, Figueroa S, Delgado-Maderos R, Lavinia D, Carrera D, Munuera J*, Martí-Fàbregas J. Servei de Neurologia i secció de neuroradiologia (*) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

Introducció: L'Hemorragia Subaracnoïdal atraumàtica de la convexitat per angiopatia amiloide (HSAC-AA) és una entitat clínic-radiològica infreqüent de descripció recent. Degut a que hi ha poca informació sobre el pronòstic en aquests pacients, presentem una revisió de la nostra experiència en aquesta entitat.

Material i mètodes: Revisió d'una sèrie de pacients consecutius amb HSAC-AA, diagnosticats en el període 2010-2011 (criteris de Kumar et al). Durant l'ingrés s'ha enregistrat l'estat funcional previ a l'HSAC-AA i a l'alta (mitjançant l'escala de Rankin) i el número de recurrències. Durant el seguiment s'ha avaluat el pronòstic vital, número de recurrències, i pronòstic funcional (escala de Rankin).

Resultats: S'han estudiat 5 pacients (edat mitjana 79 ± 5.3 anys, marges 74 a 87 anys, 3 eren homes). La puntuació Rankin prèvia a l'ingrés era de 0 en el 80% i de 1 en el 20% dels pacients, però a l'alta fou de 0 en el 40%, 1 en el 20% i 2 en el 40%, i per tant havia empitjorat al menys un punt en el 60% dels pacients. Després d'un seguiment promig de 13.6 ± 8.4 mesos, no es van presentar recurrències en cap pacient. Un pacient (20%) manté l'empitjorament funcional, el qual ha estat diagnosticat de demència vascular. La mortalitat de la sèrie és del 0%.

Conclusions: La HSAC-AA comporta un risc de deteriorament funcional durant la fase aguda. Durant el seguiment aquest deteriorament funcional es recupera a la majoria de pacients i no s'observen recurrències, però hi ha el risc d'evolució a demència vascular (20% a l'any a la nostra sèrie). Es necessiten estudis amb seguiment més prolongat per estimar la història natural de la malaltia.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

10 ANYS DE REGISTRE D'ICTUS A L'HOSPITAL DE MATARÓ

Palomeras, E., Fossas, P., Cano, A., Sanz, P., Casado, V.
Consorti Sanitari del Maresme

Introducció: Un registre d'ictus prospectiu permet millorar el coneixement de la història natural dels ictus aguts.

Material i mètodes: Al febrer de 2002 s'inicia al nostre hospital el registre prospectiu de pacients ingressats amb un ictus agut. Es recullen variables sociodemogràfiques, de perfil de risc, clíniques, topogràfiques, etiològiques i pronòstiques. Anàlitzem els resultats obtinguts després dels primers 10 anys consecutius de registre.

Resultats: S'han registrat 2165 pacients, 54.1% homes, edat mitjana 73 anys. El factor de risc més freqüent és la hipertensió (65.4%), seguit de dislipèmia (40.9%) i la diabetis (30.6%). La mediana de la NIHSS a l'ingrés ha estat 3 (1-8). Un 79.7% són infarts cerebrals, un 10.9% hemorràgies i un 9.4% AIT. Dels ictus isquèmics, el territori més afectat ha estat l'ACM (46%) i l'etiologia ha estat cardioembòlica en 26.5%, aterotrombòtica en 23.7% i llacunar en 22.9%. La localització més freqüent de les hemorràgies ha estat lobar (47.4%), i s'han atribuït a una causa hipertensiva en el 54.8%. A l'alta, un 60.7% van retornar al domicili i un 52.7% eren independents per les activitats de la vida diària (AVD). La mediana de l'estada hospitalària ha estat de 8 dies. Als 3 mesos, un 78% havien retornat a domicili i un 62.9% eren independents per les AVD. La mortalitat intrahospitalària ha estat del 6.5% i als 3 mesos 7.4%.

Conclusions: El perfil dels pacients a la nostra àrea no difereix de les altres sèries. El baix percentatge d'AIT és degut a la implementació del protocol d'estudi ràpid, evitant ingressos. Constatem unes xifres òptimes d'estada hospitalària i de discapacitat i mortalitat tant a curt com mig termini.

HEMORRÀGIA INTRACRANIAL COM A COMPLIACIÓ DEL LUPUS ERITEMATÓS SISTÈMIC. A PROPÒSIT DE 2 CASOS.

Navalpotro Gomez, Irene; Giralt Steinhauer, Eva; Salman Monte, Tarek C.*; Muiño Acuña, Elena; Gonzalez Gomez, Alejandra; Puig Pijoan, Albert; Ois Santiago, Angel J.; Roquer Gonzalez, Jaume. Servei de Neurologia i Reumatologia*. Hospital Universitario del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓ. El compromís neuropsiquiàtric en el lupus eritematós sistèmic (LES) és una de les complicacions més severes de la malaltia (1,2). Diversos estudis reporten una incidència d'hemorràgia cerebral en els pacients amb LES d'entre un 0,4 i un 7% (3,4). A continuació presentem a dues pacients amb hematomes intracranials, en una de les quals la complicació neurològica va ser indispensable per al diagnòstic definitiu de la malaltia.

CASOS CLÍNICS.

CAS 1. Pacient de 29 anys prèviament diagnosticada de LES amb afectació articular, hematològica, renal i vasculítica cutània en tractament corticoideu i immunosupressor (ciclofosfamida) que presenta cefalea sobtada, pic hipertensiu i disminució del nivell de consciència.

CAS 2. Pacient de 68 anys que ingressa per primer cop al nostre servei al 2009 com a conseqüència d'un hematoma occipital esquerre, que es va considerar, inicialment, secundari a la trombotosi d'una vena cortical, per lo que va ser anticoagulada. Al 2011, durant el seguiment, es realitza una nova RMN que objectiva nous focus malítics cortico-subcorticals suggestius de nous microsagnats occipito-parietals drets. Al 2012, consulta novament per clínica d'afàsia fluent i hemianòpsia dreta.

RESULTATS.

CAS 1. Es realitza un TAC cranial que evidència un hematoma intraparenquimatós en el lòbul parietal dret obert a sistema ventricular. La pacient és traslladada a la UCI, on és intubada, procedint a l'evacuació quirúrgica urgent de l'hematoma i a la col·locació d'un DVE. Posteriorment es realitza una RMN/Angio-RMN que informa de múltiples petites lesions petèquials en hemisferis cerebrals, cerebel i tronc del encèfal compatibles amb afectació del SNC per lupus.

CAS 2. Es realitza una RMN que objectiva un hematoma parieto-occipital esquerre agut sense noves lesions a la Angio-RMN venosa. Es sol·licita un perfil d'autoimmunitat com a part de l'estudi etiològic, amb lo que finalment s'arriba al diagnòstic de LES, per lo que s'inicia tractament amb cortisona i azatioprina, amb una bona evolució clínica.

CONCLUSIONS.

La incidència de diversos tipus d'hemorràgia intracranial està augmentada en el LES, sense que els mecanismes patogènics que l'afavoreixen siguin encara coneguts. Aquesta greu complicació, s'ha de tenir en compte no només durant l'evolució del LES, sinó també com a primera manifestació de la malaltia.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

HIPERTENSIÓ ARTERIAL EN MAJORS DE 55 ANYS I RENDIMENT EN TASQUES DE FLUÈNCIA VERBAL SEMÀNTICA I FONÈMICA

Garre-Olmo J^{1,2}, López-Pousa S^{1,3}, Turró-Garriga O¹, Calvó-Perxas L¹, Vilalta-Franch J^{1,3}

¹Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); ²Departament de Psicologia, Universitat de Girona (Girona); ³ Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències, Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona)

Objectius: Les proves de fluència verbal semàntica (FVS) i fonètica (FVF) són mesures de funció executiva. Estudis de neuroimatge funcional han identificat una major activació del còrtex frontal esquerre per la FVF i major activació del còrtex temporal esquerre per la FVS. La presència de factors de risc cardiovasculars (FRVV) s'ha associat amb un pitjor rendiment cognitiu. L'objectiu de l'estudi va ser determinar l'efecte de la hipertensió arterial (HTA) sobre l'execució en tasques de FVS i FVF en població general de 55 i més anys.

Material y mètode: Estudi transversal i analític en una mostra representativa dels habitants de 55 i més anys de la província de Girona. Van ser seleccionats de forma consecutiva 2.158 participants de tres cohorts poblacionals de l'estudi REGICOR. Les proves de FVS i la FVF van ser administrat als individus de forma estandarditzada per personal entrenat i es va registrar el nombre de paraules produïdes en un minut de temps. Es van ajustar dos models de regressió logística binària amb el percentil 10 de la FVF i la FVS com a variables dependents i l'edat, el sexe, l'escolaritat, els antecedents de HTA, l'índex de massa corporal i la puntuació en l'escala de depressió Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) com a variables independents.

Resultats: La mitjana d'edat dels participants va ser de 67,4 anys (DE=8,8) i el 54,2%% van ser dones. La puntuació mitjana de la FVS va ser de 17,7 paraules (DE=5,8) i de la FVF de 12,7 paraules (DE=5,4). L'edat avançada i la baixa escolaritat es van associar a un major risc de presentar un rendiment per sota del percentil 10 tant en la FVS com en la FVF. La presència de HTA va incrementar el risc de presentar un rendiment deficitari només per a la FVF (Odds Ratio=1,4; IC 95%=1,1-1,9).

Conclusió: La presència de HTA està associada a una menor execució en tasques de FVF en població general de 55 i més anys. El control dels FRCV a partir de l'etapa mitja de la vida pot ser una estratègia de prevenció primària útil per prevenir el rendiment cognitiu deficitari.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

PREVALENCIA D'ANOSOGNÒSIA I CARACTERÍSTIQUES ASSOCIADES EN LA MALALTIA D'ALZHEIMER.

Turró-Garriga O¹, Garre-Olmo J¹⁻², López-Pousa S¹⁻³, Calvó-Perxas L¹, Monserrat-Vila S1, Vilalta-Franch J¹⁻³
¹Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); ²Departament de Psicologia, Universitat de Girona (Girona); ³ Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències, Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona)

INTRODUCCIÓ: L'anosognòsia és un trastorn freqüent en pacients amb malaltia d'Alzheimer (MA) que dificulta el tractament dels pacients i repercuteix en el seu entorn assistencial.

OBJECTIU: Determinar la prevalença d'anosognòsia en la MA i les característiques associades.

MATERIAL I MÈTODE: Estudi transversal, analític i observacional de pacients amb MA. Es va determinar la prevalença mitjançant l'escala Anosognosia Questionnaire i Dementia (AQ-D), la capacitat cognitiva amb el Cambridge Cognitive Examination-Revised (CAMCOG-R), la capacitat funcional amb la Disability Assessment in Dementia (DAD), els trastorns neuropsiquiàtrics amb el Neuropsychiatric Inventory (NPI) i la càrrega dels cuidadors amb la Burden Interview (BI). Es va establir la prevalença d'anosognòsia i es va realitzar un model de regressió logística binària per determinar les variables associades a la seva presència/absència.

RESULTATS: 142 casos de MA amb un 69% de dones i una mitja d'edat de 79,2 anys (DE=6,6). La prevalença d'anosognòsia va ser del 29,6% (IC-95%=21,7-37,4). La presència d'anosognòsia es va associar a menor puntuació en el CAMCOG-R (OR=0,959; IC-95%=0,921-0,992), a major puntuació en l'NPI (OR=1,031; IC-95%=1,004-1,059) i a major puntuació en la BI (OR=1,070; IC-95%=1,031-1,110).

CONCLUSIONS: L'anosognòsia és present en un terç dels pacients amb MA i està associada a una major freqüència i gravetat de trastorns neuropsiquiàtrics i a major deteriorament cognitiu. Alhora, la presència d'anosognòsia redueix la qualitat de vida dels cuidadors incrementant la seva percepció de càrrega.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

VALORS NORMATIUS DEL TRAIL MAKING TEST PER POBLACIÓ DE 55 I MÉS ANYS: RESULTATS PRELIMINARS DE L'ESTUDI REGICOR-COG

Llinàs-Reglà J¹, López-Pousa S¹⁻², Turró-Garriga O¹, Calvó-Perxas L¹, Vilalta-Franch J¹⁻², Garre-Olmo J²⁻³

¹ Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències, Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); ²Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona); ³Departament de Psicologia, Universitat de Girona (Girona)

Objectius: El Trail Making Test (TMT - versió A i B) és un test neuropsicològic que permet avaluar atenció visual, velocitat de processament i flexibilitat cognitiva. El rendiment deficitari en aquest test s'ha associat a alteracions del lòbul frontal. L'objectiu de l'estudi va ser obtenir valors normatius del TMT ajustats per edat i escolaritat.

Material y mètode: Estudi transversal i analític en una mostra representativa dels habitants de 55 i més anys de la província de Girona. Van ser seleccionats de forma consecutiva 2.149 participants de tres cohorts poblacionals de l'estudi REGICOR. El TMT va ser administrat als individus de forma estandarditzada per personal entrenat i es va registrar el temps en segons necessari per realitzar la part A i B del TMT. Es van ajustar dos models de regressió lineal multivariant amb el temps en segons per realitzar el TMT-A i el TMT-B com a variables independents i l'edat i l'escolaritat com a variables independents. Les taules normatives ajustades per edat i escolaritat es van desenvolupar a partir d'una estratègia de superposició d'interval.

Resultats: La mitjana d'edat dels participants va ser de 67,9 anys (DE=8,4) i el 54,0% van ser dones. La puntuació mitjana en segons per a l'execució del TMT-A va ser de 60,5 segons (DE=32,3) i del TMT-B va ser de 132,1 segons (DE=60,7). L'edat va tenir una major influència que l'escolaritat en l'execució del TMT-A (edat - Beta estandarditzat $[\beta_e]=0,394$ i escolaritat $\beta_e=0,285$; $r^2=0,282$) i del TMT-B (edat - $\beta_e=0,403$ i escolaritat $\beta_e=0,384$; $r^2=0,366$).

Conclusió: El rendiment en el TMT (A i B) està associat a l'edat i l'escolaritat dels individus. Els resultats obtinguts permeten disposar de valors normatius de referència del TMT (A i B) ajustats per edat i escolaritat vàlids per a població general de 55 i més anys.

PERCEPCIÓ DE QUALITAT DE VIDA I ANOSOGNÒSIA EN LA MALALTIA D'ALZHEIMER

Oriol Turró-Garriga¹, Josep Lluís Conde-Sala², Joan Vilalta-Franch^{1,3}, Monserrat-Vila S¹, Josep Garre-Olmo^{1,4}, Secundí López-Pousa^{1,3}.

¹ Unitat de recerca. Institut d'Assistència Sanitària. Salt

² Departament de Psicologia evolutiva. Unitat de Barcelona. Barcelona

³ Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt

⁴ Departament de Psicologia. Unitat de Girona. Girona

INTRODUCCIÓ: La valoració de la qualitat de vida (QV) és un paràmetre rellevant i que cada vegada està més present en les estudis amb pacients amb malaltia d'Alzheimer (MA). L'objectiu d'aquest estudi és determinar l'associació entre la presència d'anosognòsia i l'autovaloració de la QV del propi pacient.

MATERIAL I MÈTODE: estudi transversal analític observacional. Es va analitzar la QV mitjançant l'escala Quality of life in Alzheimer disease (QoL-AD) que s'administra al pacient i al cuidador, es va determinar la presència d'anosognòsia amb l'escala Anosognosia Questionnaire in Dementia (AQ-D). Es va crear un model de regressió lineal amb la puntuació del pacient en la QoL-AD i l'anosognòsia com a variable independent. També es va determinar l'índex de contribució de l'anosognòsia sobre la puntuació del pacient en la QoL-AD.

RESULTATS: 142 casos de MA amb un 69% de dones i una mitjana d'edat de 79,2 anys (DE=6,6). La prevalença d'anosognòsia va ser del 29,6% (IC-95%=21,7-37,4). El model de regressió ($r^2=0,406$) va associar l'autovaloració del pacient en la QoL-AD a major anosognòsia ($\beta_s=0,310$; $p=0,044$). L'índex de contribució de l'AQ-D indica que l'increment de percepció de QV del pacient a major anosognòsia és del 12,6%.

CONCLUSIONS: L'anosognòsia és factor rellevant a tenir en compte en l'anàlisi de la QV dels pacients amb MA al presentar una alta prevalença i un elevat índex de contribució en l'autovaloració que fa el pacient de la seva pròpia QV.

ESTUDI DESCRIPTIU DEL CONSUM DE BENZODIAZEPINES EN PACIENTS AMB DEMÈNCIA: DADES DEL REGISTRE DE DEMÈNCIES DE GIRONA

Oriol Turró-Garriga¹, Pilar Àvila¹, Secundino López-Pousa^{1,2}, Aguirregomozcorta M³, Alsina E⁴, Bisbe J⁵, Carmona O³, Casadevall T⁶, Casas I⁷, Castellanos M⁸, Coromina J⁹, Cullerell M³, Espada F⁶, de Eugenio R⁴, Fernández MM³, Flaqué M⁴, Genis D⁸, Gich J⁸, Hernández M², Lejarreta S², Linares M⁵, Lozano M², Erélido E⁴, Márquez F⁴, Meléndez R⁸, Molins A⁸, Osuna T³, Pericot I², Perkal H⁶, Ramió L⁸, Roig AM⁹, Serena J⁸, Silva Y⁸, Turbau J^{2,7}, Vallmajo N⁵, Vilalta-Franch J^{1,2}, Viñas M⁶, Josep Garre-Olmo¹.

¹Unitat de recerca. Institut d'Assistència Sanitària. Salt; ²Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt; ³Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà. Figueres; ⁴Hospital de Palamós. Serveis Integrats del Baix Empordà. Palamós; ⁵Hospital d'Olot. Olot; ⁶Hospital Comarcal de Blanes. Corporació de Salut de la Selva. Blanes; ⁷Hospital de Campdevànol. Campdevànol; ⁸Hospital Universitari Josep Trueta. Girona; ⁹Unitat de Farmàcia. Regió Sanitària de Girona. Girona

INTRODUCCIÓ: La prescripció de benzodiazepines per al control dels trastorns de conducta és molt freqüent en els pacients amb demència. L'objectiu de l'estudi és descriure i comparar el consum de benzodiazepines entre els diferents subtipus de demència.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi transversal i observacional del consum de benzodiazepines en pacients amb demència registrats en el Registre de Demències de Girona (ReDeGi). Les dades procedeixen del creuament de la base de dades del ReDeGi amb la de la Unitat de Farmàcia de la Regió Sanitària de Girona. Es descriuen els consums segons la semivida d'eliminació i el subtipus de demència. Es va realitzar un model de regressió logística amb la variable consum/no consum com a variable dependent per determinar les variables associades al consum.

RESULTATS: 2.568 casos de demència registrats entre 2007 i 2010 amb un 59,2% dones i amb una mitja d'edat de 79,3 anys (DE=7,5). El 57,3% dels casos eren diagnòstics de malaltia d'Alzheimer (MA), el 18,9% de demències amb component vascular (DCV), el 5,4% de demència per cossos de Lewy (DCL). La resta de diagnòstics presenten una prevalença inferior al 5% dels casos. El 43,7% dels casos consumeix benzodiazepines (n=1.122) i 281 d'aquests (25%) han pres 2 o més subtipus de benzodiazepines durant l'any diagnòstic. El subtipus de benzodiazepina més freqüent és el de vida-mitja intermitja amb el 43,4% (lorazepam (n=565; 22,0%) i alprazolam (n=307; 12,0%)). Per subtipus diagnòstic, els casos de DCL presenten la major freqüència de consum amb un 60,1% seguit de les demències no especificades (50,3%). El model de regressió logística va associar al consum de benzodiazepines a ser dona (OR=1,7; IC-95%=1,4-2,0), diagnòstic de DCL (OR=2,1; IC-95%=1,3-3,0), viure en una institució (OR=1,6; IC-95%=1,1-2,3) i a una major puntuació en el MMSE (OR=1,024; IC-95%=1,003-1,045) i a l'apartat conductual a la Blessed Dementia Rating Scale (OR=1,067; IC-95%=1,014-1,123).

CONCLUSIONS: el consum de benzodiazepines és molt freqüent en els pacients amb demència pel control dels símptomes no cognitius, sobretot en casos de DCL.

PREVALENCIA D'ÚS DE FÀRMACS EN PACIENTS AMB DEMÈNCIA: DADES DEL REGISTRE DE DEMÈNCIES DE GIRONA (REDEGI)

Pilar Àvila¹, Oriol Turró-Garriga¹, Secundino López-Pousa^{1,2}, Aguirregomozcorta M³, Alsina E⁴, Bisbe J⁵, Carmona O³, Casadevall T⁶, Casas I⁷, Castellanos M⁸, Coromina J⁹, Cullerell M³, Espada F⁶, de Eugenio R⁴, Fernández MM³, Flaqué M⁴, Genis D⁸, Gich J⁸, Hernández M², Lejarreta S², Linares M⁵, Lozano M², Erélido E⁴, Márquez F⁴, Meléndez R⁸, Molins A⁸, Osuna T³, Pericot I², Perkal H⁶, Ramió LI⁸, Roig AM⁹, Serena J⁸, Silva Y⁸, Turbau J^{2,7}, Vallmajo N⁵, Vilalta-Franch J^{1,2}, Viñas M⁶, Josep Garre-Olmo¹.

¹Unitat de recerca. Institut d'Assistència Sanitària. Salt; ²Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt; ³Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà. Figueres; ⁴Hospital de Palamós. Serveis Integrats del Baix Empordà. Palamós; ⁵Hospital d'Olot. Olot; ⁶Hospital Comarcal de Blanes. Corporació de Salut de la Selva. Blanes; ⁷Hospital de Campdevànol. Campdevànol; ⁸Hospital Universitari Josep Trueta. Girona; ⁹Unitat de Farmàcia. Regió Sanitària de Girona. Girona

Introducció: La gran variabilitat de símptomes neuropsiquiàtrics associats a les demències junt amb les comorbilitats que presenten els pacients, comporta un elevat consum de fàrmacs, una major polimediació i en conseqüència, un augment del risc de presentar reaccions adverses i interaccions farmacològiques.

Mètode: Estudi transversal observacional de 1.894 casos de demència diagnosticats a la Regió Sanitària de Girona (RSG) i registrats pel Registre de Demències de Girona (ReDeGi) en el període 2007-2009. Els fàrmacs van ser codificats segons la classificació Anatómico-terapèutica-química (ATC) de l'OMS i es va estudiar el seu consum en funció de l'edat, sexe, tipus de demència i gravetat de la mateixa.

Resultats: El grup terapèutic més prescrit va ser el dels fàrmacs actius en el SNC (N) (96,4%), seguit pel de cardiovascular (C) (79,4%) i aparell digestiu i metabolisme (A) (77,7%). No es van detectar diferències significatives en l'ús de fàrmacs del grup N en funció de les diferents variables estudiades, mentre que hi va haver una correlació positiva entre l'ús de fàrmacs dels grups A, B (sang i òrgans hematopoietics) i C amb l'edat (OR: 2,81;OR:2,63;OR:3.49 respectivament) i amb les demències secundàries (OR: 1.49;OR 3,93;OR 2.44 respectivament). La prevalença del consum de fàrmacs del grup C i musculoesquelètic (M) va ser major en dones (OR: 1.34; OR: 1.26 respectivament). L'ús de fàrmacs del grup M va ser menor a major gravetat de la demència (OR:0.71) i major en pacients més joves (OR: 1.71).

Conclusió: La gran majoria dels pacients amb demència prenen fàrmacs del grup N. Destaca el baix ús dels fàrmacs del grup M en pacients d'edat avançada i en els que presenten quadres més de demència més greus.

ÚS DELS FÀRMACS ANTIDEMÈNCIA EN LES DEMÈNCIES LOBARS FRONTOTEMPORALS

Secundino López-Pousa^{1,2}, Laia Calvó-Perxas¹, Rosa María de Eugenio³, Fabian Marquez-Daniel⁴, Raül Martínez⁵, Joaquín Serena⁶, Josefa Turbau⁷, Joan Vilalta-Franch^{1,2}, Marta Viñas⁸, Oriol Turró-Garriga¹, Anna Maria Roig⁹, Josep Garre-Olmo^{1,10} en representació del Registre de Demències de Girona (*ReDeGi*)

¹Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària, Girona; ²Unitat de Valoració de les Demències i de la Memòria, Hospital de Sta Caterina, Salt; ³Unitat de Demències, Hospital de Palamós; ⁴Departament de Neurologia, Hospital d'Olot; ⁵Unitat de Neurologia, Hospital de Figueres; ⁶Unitat de malalties Neurodegeneratives, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona; ⁷Departament de Neurologia, Hospital de Campdevàdol; ⁸Departament de Geriatria i Neurologia, Hospital de Blanes; ⁹Unitat de Farmàcia, Regió Sanitària de Girona; ¹⁰Departament de Psicologia, Universitat de Girona.

Introducció: Els inhibidors de la colinesterasa (ICE) han estat avaluats en una àmplia varietat de malalties neurodegeneratives cerebrals, però l'evidència clínica indica que no són útils en el tractament de les demències lobars frontotemporals (DLFT). Les directrius de l'Associació Britànica de Psicofarmacologia proposen la utilització dels ICE només en fases lleus/moderades de la malaltia d'Alzheimer (MA), i la memantina en les fases moderada/severa; també recomanen no utilitzar aquests fàrmacs en DLFT per manca d'eficàcia i per possibles efectes adversos com un increment de l'agitació.

Material i Mètodes: estudi transversal amb 1.092 casos de MA i 64 casos de DLFT del Registre de Demències de Girona (ReDeGi) des de 2007 a 2009. Els fàrmacs es van classificar segons els codis ATC. Es va realitzar un anàlisi descriptiu de les variables i es va ajustar un model regressió logística binària per detectar les variables associades a l'ús de fàrmacs antidemència.

Resultats: Es van recebre fàrmacs antidemència al 62.9% dels pacients amb MA, i al 43.8% de les DLFT. El 57.6% i el 17.2% dels pacients amb MA van ser tractats amb ICE i memantina respectivament, mentre que aquests percentatges eren del 42.2% i el 10.9%, respectivament, en les DLFT. No s'ha detectat cap variable associada a un consum de fàrmacs antidemència ni en pacients amb MA ni amb DLFT.

Conclusions: Hi ha una discordança en les actuacions clíniques i les recomanacions basades en l'evidència clínica. A més, el consum elevat de psicofàrmacs en les DLFT requereix d'estudis multicèntrics que permetin investigar la millor manera de tractar aquests pacients.

ÚS D'ANALGÈSICS I MEDICACIÓ CONCOMITANT DEL SISTEMA NERVIÓS CENTRAL EN PACIENTS AMB DEMÈNCIA

Laia Calvó-Perxas¹, Secundino López-Pousa¹⁻⁷, Oriol Turró-Garriga¹, Rosa de Eugenio², Marta Linares³, M^a del Mar Fernández⁴, Mar Castellanos⁵, Isabel Casas⁶, Antoni Turón-Estrada⁷, Teresa Casadevall⁸, Joan Coromina⁹, Joan Vilalta-Franch¹⁻⁷, Josep Garre-Olmo¹⁻¹⁰ en representació del Registre de Demències de Girona (ReDeGi)

¹Unitat de Recerca, Institut d'Assistència Sanitària, Salt; ²Unitat de Demències, Hospital de Palamós; ³Departament de Neurologia, Hospital d'Olot; ⁴Unitat de Neurologia, Hospital de Figueres; ⁵ Unitat de Malalties Neurodegeneratives, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona; ⁶Departament de Neurologia, Hospital de Campdevàrol; ⁷Unitat de Demències, Hospital de Santa Caterina, Salt; ⁸Departament de Geriatria i Neurologia, Hospital de Blanes; ⁹Unitat de Farmàcia, Regió Sanitària de Girona; ¹⁰Departament de Psicologia, Universitat de Girona.

Presentador: Secundí López Pousa

Introducció: La prevalença del dolor en la gent gran és molt elevada, i és igual d'elevada en aquells que a més, tenen demència. Alguns símptomes psicològics i conductuals com l'ansietat i la depressió han estat repetidament associats amb el dolor. Aquest estudi té com a objectius descriure l'ús d'analgèsics (codis ATC N02A i N02B) i medicaments antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) en pacients amb demència, i estudiar els tractaments concomitants amb altres fàrmacs del sistema nerviós central (CNS). La nostra hipòtesi va ser que el consum de fàrmacs per a tractar el dolor estaria associat amb una major prescripció d'antidepressius i ansiolítics.

Material i Mètodes: estudi transversal amb 1.894 casos del Registre de Demències de Girona (ReDeGi) des de 2007 a 2009. Els fàrmacs es van classificar segons els codis ATC i es van agrupar en N02-analgesics, N02A-opioides i M01A-AINEs. Es van utilitzar regressions logístiques binàries per detectar tant les variables sociodemogràfiques com la medicació concomitant associada a un major consum d'analgèsics i AINEs.

Resultats: Es receptaven N02-analgesics a un 61.7% dels pacients del ReDeGi, i un 38.3% prenia AINEs. La prescripció d'opioides disminuïa en pacients majors de 85 anys. L'edat, ésser dona i viure amb la família són variables associades a un major consum de N02-analgesics. Tots els fàrmacs anti-dolor estaven associats a un ús concomitant d'ansiolítics.

Conclusions: Hi ha relació entre l'ús d'ansiolítics i de fàrmacs contra el dolor, però només l'ús de N02-analgèsics s'associa amb l'ús d'antidepressius.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

DEPRESSIÓ I ANOSOGNÒSIA EN LA MALALTIA D'ALZHEIMER

AUTORS: Josep-Lluís Conde-Sala¹, Oriol Turró-Garriga², Ramón Reñé³, Jordi Gascón³, Carme Juncadella³, Sílvia Monserrat-Vila², Josep Garre-Olmo^{1,4}.

¹Departament de psicologia evolutiva. Universitat de Barcelona, Barcelona; ²Unitat de recerca, Institut d'Assistència Sanitària, Salt; ³Unitat funcional de demències. Hospital de Bellvitge, El Prat de Llobregat; ⁴Departament de psicologia. Universitat de Girona, Girona

INTRODUCCIÓ: La consciència de malaltia pot estar associada a un major risc de depressió en pacients amb la malaltia d'Alzheimer (MA). L'objectiu d'aquest estudi és determinar l'associació entre la presència de depressió i anosognòsia en pacients amb MA.

MATERIAL I MÈTODE: estudi transversal analític observacional en pacients ambulatoris de la unitat de demències de l'hospital universitari de Bellvitge. Es va analitzar la l'anosognòsia amb l'escala de discrepància pacient-cuidador *Anosognosia Questionnaire in Dementia* (AQ-D) i la depressió amb la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Yesavage sobre 15 punts. Es va analitzar l'associació entre les puntuacions del pacient a l'AQ-D i a la GDS mitjançant una correlació de Spearman i es va analitzar la comparació de mitjanes entre els grups depressió/no depressió (GDS<6 /≥6).

RESULTATS: 164 casos de MA amb un 58,5% de dones i una mitjana d'edat de 77,6 anys (DE=7,2). El 57,9% dels casos presentava anosognòsia (IC-95%=50,1-65,8). La puntuació mitjana dels pacients a l'AQ-D va ser de 14,9 (DE=11,7) amb una correlació positiva amb la puntuació de la GDS ($\rho = 0,484$; $p < 0,001$) i amb diferència entre els grups amb i sense depressió ($z = 5,4$; $p < 0,001$). El percentatge de pacients amb depressió i sense anosognòsia en la discrepància pacient-cuidador es major que els que sí presenten anosognòsia (36.2% vs. 20.2%; $\chi^2 = 5,2$; $p = 0,023$).

CONCLUSIONS: La major consciència dels dèficits és un factor de risc per a la depressió en els pacients amb MA. La depressió dels pacients està associada a una menor discrepància amb la valoració del cuidador sobre la anosognòsia del pacient.

ICTUS INDUÏT PER PERÒXID D'HIDROGEN EN UN PACIENT INTERVINGUT DE TUMOR CEREBRAL

López Cuiña, Miguel¹. Ley Nacher, Miguel¹; Muiño Acuña, Elena¹; Navalpotro, Irene¹; León Jorba, Alba².

¹Servei Neurologia Clínica, Hospital del Mar; ² Secció Neurofisiologia Clínica, Hospital del Mar.

INTRODUCCIÓ: El peròxid d'hidrogen (PH) és un agent hemostàtic comunament usat en tot tipus d'intervencions quirúrgiques. S'han descrit i estudiat diferents efectes adversos d'aquest agent en cirurgia intracraneal, però hi ha molt pocs casos descrits a la literatura d'ictus associat al seu ús directe sobre el cervell.

La monitorització neurofisiològica intraoperatoria (MNI) en la cirurgia tumoral supratentorial és de gran utilitat per a la detecció i prevenció de possibles dèficits neurològics, permetent el màxim de resecció.

Presentem el cas d'un pacient operat d'un tumor insular dret amb MNI que va presentar un ictus isquèmic postoperatori secundàriament a la irrigació amb PH.

OBJECTIU: Exposar el cas d'un malalt que va presentar un ictus després de l'ús de PH per induir hemostàsia, detectat mitjançant monitoratge intraoperatori, amb posterior correlació radiològica i descriure les hipòtesis existents a la literatura.

CAS CLÍNIC: Es tracta d'un home de 51 anys previament sa, que va debutar amb crisis comicials, detectant-se per ressonància magnètica (RM) un tumor insular dret.

Es va realitzar un extens estudi preoperatori amb avaluació neuropsicològica, mapeig cerebral amb estimulació magnètica navegada i tractografia. El pacient va ser sotmès a una craneotomia fronto-temporal dreta per a la resecció tumoral. Es va dissecar l'arteria cerebral mitja, sense exposar-se la circulació profunda (arteries lenticuloestriatals). Durant la intervenció es va realitzar monitorització contínua dels potencials evocats motors (PEM) després d'estimulació cortical i transcranial, potencials evocats somatosensorials (PESS) i mapatge cortical i subcortical motor.

Durant la resecció es van evidenciar canvis transitoris en els PEM i es van identificar respostes subcorticals a 6mA. Un cop finalitzada la resecció tumoral, es va irrigar el llit tumoral amb PH. Als pocs minuts es va detectar una disminució progressiva dels PEM i PESS esquerres. Malgrat les mesures de correcció i la irrigació amb sèrum salí, al tancament va quedar una resposta de molt baixa amplitud a l'extremitat inferior esquerra i pèrdua de resposta a l'extremitat superior esquerra. El pacient va despertar amb clínica completa de infart en territori de l'artèria cerebral mitja dreta (ACM), amb hemiplegia densa esquerra, desviació oculocefàlica a la dreta, hemianopsia homònima, hemianestèsia, anosognòsia i asomatognòsia, amb un NIHSS de 20.

La RM a les 24 hores va mostrar un infart cerebral extens tant en territori superficial com profund (depenent d'arteries lenticuloestriatals, no exposades durant la intervenció) de l'artèria cerebral mitja dreta. L'angiòRM va demostrar disminució de la colateralitat arterial a nivell de M2, sent permeable la ACM.

Es va realitzar tractament rehabilitador específic, amb escassa milloria motora als tres mesos.

DISCUSSIÓ: *L'ús de PH en cirurgia està bastant estès,, tant per antisepsia, hemostàsia, debridament de ferides, preparació de l'os per artroplastia i identificació de fístules entre altres. Una revisió recent posa de manifest els riscos del seu ús al quiròfan. Dins d'aquests destaquem les embolies gasoses per O₂, i en neurocirurgia el reflexe trigeminocardiàc.*

Està descrit el dany directe que produeix en el teixit tumoral i cerebral. En un interessant treball, Mut et al, a propòsit d'un cas, suggereixen com a mecanismes de l'infart, tant superficial com profund, la difusió del PH a través del parènquima cerebral, amb embolisme gasós per O₂ i la inducció de vasoconstricció, oclusió vascular i agregació plaquetària. Aquest mecanisme podria ser la causa, en el nostre pacient, de l'íctus postoperatori, ja que els canvis significatius en les respostes neurofisiològiques van ser observats tan sols uns segons després de la irrigació and PH, un cop finalitzada la resecció.

La MNI és cada cop més fonamental en neurocirurgia, tant espinal, com intracranial, ja que permet detectar aquelles maniobres quirúrgiques que potencialment poden produir un dèficit neurològic, fins i tot quan no són provocades per lesió directa o manipulació i un cop ja ressecat el tumor, sent de vital importància realitzar-la fins al final de la cirurgia.

REFERÈNCIES

1. Reid CJ, Alcock M, Penn D. Hydrogen peroxide--a party trick from the past? *Anaesth Intensive Care*. 2011 Nov;39(6):1004-8.
2. Mut M, Yemisci M, Gursoy-Ozdemir Y, Ture U. Hydrogen peroxide-induced stroke: elucidation of the mechanism in vivo. *J Neurosurg* 110:94-100, 2009.
3. Ouerghi S, [Iatrogenic gas embolism after use of hydrogen peroxide in the treatment of lung hydatid cyst: a report of 2 cases]. *Tunis Med*. 2010 Nov;88(11):851-4.
4. Sala F, Lanteri P, Bricolo A. Motor evoked potential monitoring for spinal cord and brain stem surgery. *Adv Tech Stand Neurosurg*. 2004;29:133-69.
5. Sala F, Manganotti P, Tramontano V, Bricolo A, Gerosa M. Monitoring of motor pathways during brain stem surgery: what we have achieved and what we still miss? *Neurophysiol Clin*. 2007 Dec;37(6):399-406. Epub 2007 Oct 29.
6. Novak K, Oberndorfer S. Electrophysiology and intraoperative neurophysiological monitoring. *Handb Clin Neurol*. 2012;104:149-61.
7. Sarnthein J, Krayenbühl N, Actor B, Bozinov O, Bernays R. [Intraoperative neurophysiological monitoring improves outcome in neurosurgery]. *Praxis*. 2012 Jan 18;101(2):99-105.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

IMPLEMENTACIÓ D'UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN EL DIAGNÒSTIC DE LES DEMÈNCIES

Vilalta-Franch J., López-Pousa S., Llinàs Reglà J., Garre Olmo J., Calvó-Perxas L. i Cubí-Montfort, R., en representació del grup d'investigadors del SISDDAP

Grupo de investigadores del SISDDAP: Coll de Tuero, G., Rodríguez Poncelas, A., Comalada Daniel, C., Jiménez Ruiz, C., Pagès Cadena, N., Tura Suñer, A., Farriol, C. Lozano Gallego, M., Llinàs Reglà, J., Pericot Nierga, I. Hernández Ferrándiz, M., Lozano Gallego, M., Llinàs Reglà, J. Turbau Recio, J. Turon Estrada, A., Turró Garriga, O. Frigola Prieto, N., Monserrat Vila, S.

Àrees d'Atenció Primària col·laboradores: ABS Anglès, ABS Arbúcies Sant Hilari, ABS Breda-Hostalric, ABS Can Gibert del Pla, ABS Cassà de la Selva, ABS Salt, ABS Santa Coloma de Farners, ABS Sils

Introducció: La incorporació progressiva de les tecnologies de la informació i comunicació als serveis de salut està promovent un profund canvi en la concepció i organització de les prestacions sanitàries. En aquest sentit, la telemedicina asincrònica, podria ser útil en el suport al diagnòstic de les demències en atenció primària.

Material i mètodes: Per comprovar l'eficàcia i l'eficiència de la telemedicina en el diagnòstic de les demències en atenció primària, durant dos anys es va realitzar un assaig controlat utilitzant un sistema informatitzat de suport (SISDDAP) que va comparar 4 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que el van utilitzar amb unes altres 4 que van seguir la metodologia convencional.

Resultats: Es van analitzar 940 sol·licituds dels casos incidents remesos a la unitat especialitzada en demències durant dos anys (des de l'agost de l'any 2008 fins al juliol 2010). Els ABSs controls van derivar 466 casos i els experimentals 474. No hi ha diferències en el número de demències detectades entre els dos grups. El compliment de la informació protocol·litzada recollida en el SISDDAP va ser del 64,2%, amb xifres superiors en: escolaritat (90%), el GDS-5 (92%), GPCOG (93,4%), MEC (89,2%), MMSE (86,8%), Blessed, en activitats bàsiques i instrumentals (87,7%), conducta (84,9%), PHQ-9 (87,3%), exploració física (81,1%), MIS (76,9%). La fiabilitat interexaminador per avaluar la funció cognitiva, la depressió i les capacitats físiques va superar el 0,7 en tots els casos [MEC (0,92), MMSE (0,90), PHQ-9 (0,72), Blessed instrumental (0,75) Blessed activitats bàsiques (0,81), Blessed conducta (0,70)].

Conclusió: El SISDDAP afavoreix la igualtat en l'assistència especialitzada eliminant els efectes de la distància, i millorant la comunicació i l'eficiència dels recursos. Aquest protocol utilitza els instruments psicomètrics utilitzats habitualment en el diagnòstic de les demències, està integrat en la història clínica informatitzada d'atenció primària i és avaluat per la unitat especialitzada de referència, que adopta l'estratègia diagnòstica més oportuna.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

HIDROCEFÀLIA COMUNICANT SECUNDÀRIA A CARCINOMATOSI LEPTOMENÍNGEA: A PROPÒSIT D'UN CAS.

RODRÍGUEZ VILLATORO, N; ALLER ÁLVAREZ, JS; BERJ-KASEM MARCO, H.
Servei de Neurologia. Hospital Vall d'Hebron.

Introducció: Amb la presentació d'aquest cas, busquem mostrar una de les causes de simptomatologia neurològica en un pacient oncològic, amb l'objectiu de discutir sobre els possibles diagnòstics diferencials i la manera de procedir davant de casos similars.

Material i Mètodes: Es tracta d'una pacient de 76 anys, sense antecedents mèdics, que va ingressar en el nostre centre per estudi de deteriorament neurològic ràpidament progressiu, associat a aparició d'al·lucinacions visuals, incontinència urinària i mioclònies.

Resultats: L'exploració física mostrava una pacient somnolenta, sense emissió de llenguatge espontani i amb mioclònies generalitzades. Es va realitzar RM cranial, mostrant ventriculomegàlia i lesions suggestives de metàstasi a la calota cranial i columna cervical, així com carcinomatosi paquimeníngea i leptomeníngea. L'estudi etiològic va mostrar nòdul a base pulmonar dreta. La pacient va experimentar milloria inicial després de la realització de punció lumbar, però amb deteriorament progressiu posterior, sent èxitus laetalis dues setmanes després de l'ingrés.

Conclusions: La carcinomatosi leptomeníngea arriba a afectar a un 5% dels pacients oncològics, sobretot en estadis finals de la malaltia. La forma d'expressió més freqüent consisteix en neuropaties cranials, radiculopaties, especialment a la zona lumbosacre i simptomatologia neurològica secundària a hidrocefàlia comunicant secundària. Per tant, davant l'aparició de simptomatologia neurològica no explicada en un pacient oncològic, hem de tenir present aquesta entitat en el diagnòstic diferencial.

LESIÓ FOCAL TRANSITÒRIA EN L'ESPLENI DEL COS CALLÓS ATRIBUÏDA A FÀRMACS NO ANTICONVULSIVANTS

Bejr-kasem Marco, H.; Rodríguez Villatoro, N.; Aller Álvarez, JS; Toledo Argany, M.; Auger Acosta, C.; Vert Soler, C.; Sarria Estrada, S.; Rovira Cañellas, A.; Alvarez Sabin, J.

Servei de Neurologia i Neuroradiologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducció: Havent-se descrit prèviament lesions en l'espleni del cos callós associats a fàrmacs anticonvulsivants en pacients no epilèptics, es presenten dos casos secundaris a l'administració de mirtazapina i liti, i es compara amb un tercer cas associat a l'administració de levetiracetam, antiepilèptic en el que no s'havia descrit prèviament aquest tipus de lesió.

Metodologia: Identifiquem alteracions en les proves de neuroimatge localitzades en l'espleni del cos callós en tres pacients que varen rebre tractament previ amb mirtazapina, liti i levetiracetam mitjançant la realització de MRI per altres motius.

Resultats: Tant en el tres casos presentats com en els ja descrits en la literatura associats a anticonvulsivants s'observa un patró d'imatge idèntic caracteritzat per lesions ovoides, hiperintenses en T2, localitzades en la porció central del cos callós, de curs presumiblement reversible i sense traducció clínica.

Conclusions: Pensem que aquestes troballes podrien interpretar-se com a toxicitat associada a fàrmacs, ja sigui de naturalesa inflamàtoria o desmielinitzant, tal i com s'havia postulat en el cas d'alguns antiepilèptics.

SCHWANNOMA DE LA TERCERA ARREL CERVICAL DRETA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

ALLER ÁLVAREZ, J.S.¹; BEJR-KASEM MARCO, H.¹; RODRÍGUEZ VILLATORO, N.¹; GONZÁLEZ CUEVAS, G.M.¹; SERÓ BALLESTEROS, L.¹; TORRES FERRÚS, M.¹; GRANDA MÉNDEZ, J.¹; RIO IZQUIERDO, J.C.¹; MITJANA, R.²; SIURANA MONTILVA, S.²; ROVIRA, A.²; SAHUQUILLO BARRIS, J.³; ÁLVAREZ SABÍN, J.¹

¹Servei de Neurologia. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON; ²Servei de Neuroradiologia. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON; ³Servei de Neurocirurgia. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Introducció: Amb la realització d'aquest pòster, busquem mostrar una causa atípica de síndrome medul·lar d'instauració subaguda, amb l'objectiu de discutir sobre els possibles diagnòstics diferencials i la forma de procedir més correcta davant un malalt d'aquestes característiques.

Material i mètodes: Presentem una pacient de 22 anys, natural d'Hondures, que ingressa per estudi de quadre de dues setmanes d'evolució de hemiparèsia i hemihipoestesia dretes d'instauració progressiva.

Resultats: A l'exploració la pacient presentava una hemiparèsia braquiocrural dreta lleu amb hipopalestesia greu ipsilateral, i hipoestèsia superficial contralateral, amb signes de piramidalismo associat. L'estudi etiològic mitjançant ressonància magnètica va mostrar una lesió expansiva tumoral dependent de la beina radicular de C3 dreta, que envaïa canal medul·lar amb marcat efecte massa sobre el cordó medul·lar. Es va realitzar cirurgia de resecció de la lesió i posteriorment l'anatomia patològica confirmaria el diagnòstic de Schwannoma.

Conclusions: Els schwannomes són neoplàsies poc freqüents que s'originen de la beina de mielina que recobreix els nervis perifèrics. Els schwannomes representen el 30% dels tumors espinals. Habitualment es manifesten en forma de clínica radicular. La clínica medul·lar és una presentació poc freqüent d'un schwannoma, però s'hauria de tenir en compte en el diagnòstic diferencial de les mielopaties subagudes.

HEMORRÀGIA SUBARACNOIDAL COM A FORMA DE DEBUT D'UNA ENDOCARDITIS BACTERIANA: A PROPÒSIT D'UN CAS

Anna Cartanyà, Adrià Arboix, Glòria Garcia, Elisenda Grivé
Hospital Universitari Sagrat Cor

Introducció. La patogènesi de l'endocarditis infecciosa (EI) ha variat en les darreres dècades, afectant amb freqüència a pacients sense causa ni cardiopatia predisponent clàssica, i augmentant els casos per microorganismes més virulents com *Stafilococcus Aureus*, que sovint ocasiona una infecció greu amb destrucció valvular i molt embolígena, portant a la disseminació de la infecció, a la fallada multiorgànica i finalment a la mort. Les complicacions neurològiques apareixen en el 20-40% de les EI, essent en algunes ocasions la manifestació inicial de la malaltia. Un nombre considerable de pacients amb EI presenten ictus hemorràgics. Les dues causes fonamentals són la transformació hemorràgica d'un ictus isquèmic emboligen i l'hemorràgia intracerebral per ruptura d'un aneurisma micòtic. L'hemorràgia subaracnoïdal aïllada com a forma de debut d'una EI és excepcional. És per això que en presentem un cas.

Cas clínic. Es tracta d'una dona de 85 anys, diabètica i hipertensa que va ser portada al Servei d'Urgències per febre de 39°C i somnolència al mateix dia de la consulta. Des del dia anterior es queixava de cefalea acompanyada de vòmits sense altra clínica acompanyant. La tomografia computaritzada cerebral va evidenciar l'existència d'una hemorràgia subaracnoïdal de localització frontal dreta. La pacient va ingressar al Servei de Neurologia per a estudi, amb cobertura antibiòtica d'ampli espectre. Els resultats preliminars dels hemocultius van informar del creixement d'estafilococ, pel que es va ampliar la cobertura antibiòtica a dosis endocárdiques i es va sol·licitar l'ecocardiografia transtoràcica que va confirmar el diagnòstic de sospita d'endocarditis mitral complicada amb embolisme sèptic del SNC. La pacient va romandre neurològicament estable, afebril amb hemocultius seriatos repetidament negatius. No es van detectar embolismes sèptics a altres nivells. A les dues setmanes aproximadament, la pacient va entrar en situació d'edema agut de pulmó hipertensiu pel que es va repetir l'ecocardiograma que va evidenciar l'aparició d'insuficiència mitral severa per perforació a nivell de la base del coll del vel mitral anterior, pròxima a la vegetació, de 5 mm i empitjorament de la PAP, que va esdevenir de 64 mmHg. Donada l'edat de la pacient i el seu estat basal es va desestimar el tractament quirúrgic. Malgrat el tractament vasodilatador, oxigenoteràpia a alt flux i diürètic parenteral la pacient va entrar en situació de xoc cardiogènic essent exitus letalis 48 hores més tard.

Conclusió. L'hemorràgia subaracnoïdal és una complicació inhabitual de les endocarditis bacterianes i de vegades pot ser-ne fins i tot la primera manifestació de la malaltia.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

SÍNDROME D'ASSISTÒLIA ICTAL

Torres, M.; Toledo, M.; Miró, J.*; Santamarina, E.; Falip, M.*; Salas-Puig, X., Álvarez-Sabin, J.

Unitat d'epilèpsia Hospital Bellvitge*, Unitat d'epilèpsia - Servei de Neurologia Hospital Vall d'Hebrón*

OBJECTIUS: Descriure les manifestacions electroclíniques de la síndrome d'assistòlia ictal en una pacient amb epilèpsia del lòbul temporal.

MATERIAL I MÈTODES: Presentem el cas d'una pacient de 40 anys amb diagnòstic d'epilèpsia temporal neocortical dreta criptogènica farmacorresistent des d'els 15 anys que presenta crisis parcials complexes amb semiologia visual i desconnexió ambiental sense convulsió en freqüència de 4-8 episodis al mes. A més, des de 2010, explica crisis que s'inicien amb distorsió visual però posteriorment presenta pèrdua de coneixement i to postural amb caiguda al terra.

RESULTATS: Es va realitzar monitorització amb vídeo-EEG durant la que s'objectiven crisis dialèptiques amb EEG que mostra activitat epilèptica d'inici temporal posterior dret i que, en dues ocasions, s'acompanyen d'assistòlia cardíaca de més de 14 segons de duració amb pèrdua de to postural, caiguda i recuperació espontània.

CONCLUSIONS: L'epilèpsia del lòbul temporal és una causa de trastorns del ritme cardíac, inclosa l'assistòlia. Davant d'un pacient amb epilèpsia temporal i crisis de semiologia atípica amb pèrdua del to postural el vídeo-EEG és una eina fonamental que ens aporta informació en el diagnòstic diferencial entre una síncope vasovagal cardioinhibitòria, síncope del lòbul temporal o assistòlia ictal.

Epilèpsia com a manifestació de Vasculitis del sistema nerviós central

L. Seró¹, X. Salas-Puig¹, M. Toledo¹, E. Santamarina¹, J. Alvarez-Sabin¹, M. Sueiras², N. Ailouti², S. Sarria³, C. Auger³, A. Rovira³.

Servei de Neurologia¹. Servei de Neurofisiologia². Unitat de Resonància Magnètica - Servei de Neuroradiologia³. Hospital Vall d' Hebron

Introducció: La vasculitis del SNC és una entitat poc freqüent, que pot donar crisis epilèptiques en un 30%. Aquest estudi pretén descriure les característiques radiològiques i electroclíniques dels malalts amb epilèpsia secundària a vasculitis que afecta al SNC.

Material i mètodes: Hem analitzat de forma consecutiva els pacients amb diagnòstic d'epilèpsia i vasculitis al SNC, recollits en una sèrie de 1650 pacients visitats durant 3 anys a les consultes de la Unitat d'Epilèpsia. Són 6 malalts (3 homes i 3 dones), d'edat entre 26 i 81 anys, amb edat mitja de debut de les crisis 49,5 anys. Les causes de les vasculitis van ser per Angiopatia amiloide (AA), secundària a meningitis parainfecciosa, 3 vasculitis primàries del SNC i una malaltia de Behçet.

Resultats: El tipus de lesió a la RMN és una hiperintensitat que restringeix a les seqüències T2 uni o multisegmentària, que no correspon a un territori vascular definit i afecta al còrtex en tots els pacients. Les lesions es van manifestar com crisis parcials simples o crisis parcials secundàriament generalitzades, que es controlen adequadament amb un sol fàrmac anti-epilèptic (FAE). Dos pacients que van presentar status epilèptic es van convertir en fàrmacoresistents en la evolució de la malaltia. Malgrat que les lesions són de caràcter evanescent, tots van requerir FAE crònic. En dos casos les recurrències en les lesions es van manifestar amb crisis epilèptiques. L'electroencefalograma (EEG) mostra activitat epileptiforme a la regió afectada durant el brot de vasculitis en pràcticament tots els pacients.

Conclusions: Les crisis epilèptiques secundàries a Vasculitis del SNC són d'inici focal i relacionades amb l'àrea d'inflamació activa i d'activitat epileptiforme a l'EEG. Encara que poden persistir amb crisis després de la resolució de les lesions, la majoria tenen un bon pronòstic en el control, excepte aquells pacients que han presentat un status epilèptic.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOS CENTRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Muiño Acuña, Elena , Navalpotro Gómez, Irene , Ois Santiago, Ángel , Rodríguez Campello, Ana , Jimena García, Sara , Roquer González, Jaume. Hospital del Mar.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis pulmonar es una enfermedad con una alta prevalencia en nuestro medio, que, en pacientes inmunocompetentes, raramente afecta al sistema nervioso central (SNC). El objetivo es describir el caso clínico de un paciente inmunocompetente con tuberculoma cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 64 años con antecedentes de neoplasia de próstata controlada y tuberculosis en la infancia, no HIV, que consulta por dolor cervical, costal y óseo. El TC torácico informa la presencia infiltrados y consolidaciones en ambos parénquimas pulmonares con áreas de subatelectasia. La exploración física cuando es remitido al neumólogo muestra un trastorno de la marcha, paresia facial y extremidad superior izquierdas. Sospechando la existencia de metástasis cerebral se realiza RMN que orienta de proceso infeccioso compatible con un absceso. El material obtenido en el drenaje revela la presencia abundantes bacilos ácido alcohol resistentes.

CONCLUSIONES: En todo paciente con lesiones del SNC y antecedentes de tuberculosis se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tuberculoma, a pesar del estado del sistema inmunitario.

TRATAMIENTO ACTUALIZADO DEL ESTATUS EPILÉPTICO POR UNA UNIDAD DE EPILEPSIA

Granda Méndez, Javier, Santamarina Pérez, Estevo, Toledo Argany, Manuel, Sueiras Gil, María, Quintana Luque, Manuel, Sarria Estrada, Silvana, Rovira Canellas, Alex, Salas Puig, Xavier
Hospital Universitari Vall d'Hebrón

OBJETIVO: El tratamiento del estatus epiléptico (SE) es motivo de controversia persistente. Pretendemos presentar el manejo y pronóstico actualizado del SE por una unidad de epilepsia.

MATERIAL Y METODOS: Seleccionamos retrospectivamente los SE valorados consecutivamente por la unidad de epilepsia entre Enero-2010 y Junio-2011. Recogimos datos epidemiológicos, clínicos y de estudios complementarios realizados durante el SE, y actualizamos el seguimiento. Analizamos los datos subdividiendo los SE en convulsivo (SEC) y no convulsivo (SENC).

RESULTADO: Obtuvimos 45 pacientes: Edad 60(\pm 20)[23-88]años. Hombres 54%. El 73% presentaron un SEC.

La neuroimagen mostró en los SENC más lesiones (83%) que en los SEC(62%).

El primer fármaco utilizado en los SEC fueron las benzodiazepinas y se añaden Levetiracetam o Valproato como segundo fármaco, con una diferencia significativa al resto. Sin embargo, el SENC fue tratado con benzodiazepinas o Levetiracetam (25%) como fármaco inicial.

El 55% de los SEC requirieron sedación-intubación respecto al 25% de los SENC. En ambos grupos 2/3 de los pacientes se controlaron en <72horas. Los 6 fallecimientos registrados en fase aguda se produjeron en los casos de SEC.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes que acuden en SE presentan edad avanzada y tienen causa sintomática.

Las benzodiazepinas siguen siendo la primera opción en el tratamiento de cualquier tipo de SE, pero Levetiracetam se ha posicionado como segunda opción e incluso primera en algunos casos de SE no convulsivo, probablemente por la tendencia a un manejo más conservador.

El riesgo de sedación y la mortalidad directa asociada al SE prácticamente siempre se observa en los casos de SE convulsivo.

UTILITAT DE L'ANGIOTAC EN EL SINDROM DE HIPERPERFUSIÓ CEREBRAL

Paipa, AJ. Gómez R. Cardona P. Quesada H. Cano LM. Unidad de Ictus, Hospital Universitari de Bellvitge.

INTRODUCCIÓ: El síndrome de hiperperfusió és una complicació poc freqüent de l'endarterectomia carotídea. Clínicament es caracteritza per la presència de cefalea, hipertensió arterial, signes de focalitat neurològica i crisis comicials. Malgrat que molts dels casos segueixen un curs benigne ocasionalment pot evolucionar amb edema o hemorragia intracerebral i mort. .

MATERIAL I MÈTODES: Presentem el cas d'un home de 79 anys hipertens en tractament amb enalapril/hidroclorotiazida i diabètic amb tractament ADOOrals que ingressa per ictus isquémic d'ACM esquerra amb clínica d'afasia d'expressió i hemiparesia dreta, documentant-se una estenosi carotídea esquerra crítica motiu per el qual es realitza endarterectomia. Al cinqué dia post-operatori presenta un quadre caracteritzat per hipertensió arterial (190/100) i crisis clòniques en hemicara i extremitat superior dreta que cedeixen després de la impregnació amb fenitoïna persistint cefalea, afasia d'expressió lleu i hemiparesia fasciobraquial dreta. El TAC craneal simple mostra una hemorragia puntiforme a nivell talàmic medial esquerra i un infart subinsular establert. A l'angioTAC s'observa permeabilitat de la caròtida interna intervinguda i les seqüències de perfusió mostren un augment del fluxe sanguini cerebral amb una disminució del temps de trànsit a la regió frontal esquerra. L'ecografia duplex transcranial mostra un pic de velocitat de l'ACM Esquerra de 150 cms/seg mentre que 50 cm/seg en la contralateral, compatible amb un síndrome de hiperperfusió post-endarterectomia, indicant-se tractament de xifres tensionals amb perfusió de labetalol i urapidil amb recuperació progressiva del deficit neurològic.

CONCLUSIONS: L'angioTAC amb seqüències de perfusió és la tècnica diagnòstica d'elecció davant la sospita clínica d'un síndrome de hiperperfusió cerebral per la seva sensibilitat i la possibilitat de valorar l'arteria intervinguda. L'ecografia duplex transcranial és sensible per mostrar acceleració de fluxe a nivell artèria cerebral mitja.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

CARCINOMATOSI MENÍNGIA SECUNDÀRIA A EPENDIMOMA ANAPLÀSIC MEDUL-LAR EN DONA DE 36 ANYS.

Belchí Guillamón, Olga; Silva Blas, Yolanda; Robles Cedeño, René; Van Eendenburg, Cecile; Coll Presa, Cristina; Terceño Izaga, Mikel; Serena Leal, Joaquín.

Servei de Neurologia. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓ: L'ependimoma és un tumor de creixement lent originat a les cèl·lules de la paret dels ventricles cerebrals o del canal endimari, afectant nens i adults joves. Representen menys del 10% dels tumors primaris del SNC. L'anaplàsic és la variant maligna, més freqüent en nens i en compartiment supratentorial.

CAS CLÍNIC: Es presenta cas atípic d'ependimoma anaplàsic medul·lar en dona de 36 anys, amb carcinomatosi meníngia secundària. Es tracta d'una pacient que ingressa en el servei de Neurologia per a estudi de quadre d'un mes i mig d'evolució de núcàlgia, parestèsies peribucals i de mà esquerra, diplopia, alteració de la marxa, al·lucinacions visuals i episodis de desconexió del medi, associant pèrdua de 7kg de pes. L'exploració neurològica a l'ingrés mostra inatenció, paresia del VI PC bilateral, hipoestèsia esquerra i arreflèxia d'EES i s'objectiven episodis de suspensió del nivell de consciència de segons de durada. La RNM cranial demostra captació de contrast a cisternes peritronculars i cerebel·loses i l'estudi de LCR hiperproteïnorràquia i pleocitosi limfocitària amb citologia negativa. A la TC toracoabdominal s'observa afectació òssia difusa per múltiples lesions blàstiques/escleròtiques òssies i a l'EEG signes de disfunció neuronal severa bifrontal i temporoparietals bilaterals de predomini dret. El PET confirma infiltració òssia amb múltiples lesions a esquelet axial i infiltració de medul·la espinal a nivell L4, amb disseminació leptomeníngia. Es realitza biòpsia intradural lumbar orientant-se inicialment com a PNET, amb afectació òssia i carcinomatosi meníngia, pel que s'inicia quimioteràpia. Finalment s'obté resultat histopatològic definitiu d'ependimoma anaplàsic. La pacient present evolució tòrpida i fatal en pocs mesos malgrat el tractament.

CONCLUSIÓ: La carcinomatosi meníngia és una complicació greu dels tumors sòlids i hematològics que afecta el 4-15% dels pacients oncològics, amb una supervivència mitja de 2,4 mesos. En el 16.9% es diagnostica abans que el tumor primari. Només en el 0,6% dels casos l'ependimoma és el tumor d'origen.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

TERÀPIA ENDOVASCULAR EN L'ICTUS AGUT AL CONSORCI HOSPITALARI PARC TAULÍ

Tió E., Cánovas D., Hervás M., Rubio M., Ribera G.
Hospital Parc Taulí

INTRODUCCIÓ: El tractament aprovat en la fase aguda de l'ictus isquèmic és la trombolisi endovenosa en les 4'5 primeres hores des de l'inici dels símptomes. El tractament intraarterial, mecànic i/o farmacològic ja sigui primari o de rescat, és una tècnica amb una major taxa de recanalització tot i que encara no s'ha establert una major eficàcia respecte a l'evolució clínica. Els candidats a tractament intrarterial són principalment aquells amb contraindicació per al tractament endovenós i quan no hi ha bona resposta al tractament sistèmic.

MATERIAL I MÈTODES: Es presenta un estudi retrospectiu i descriptiu dels pacients amb ictus isquèmic agut i que van ser tributaris a tractament endovascular al Consorci Hospitalari Parc Taulí durant el període 2011-2012.

RESULTATS: Dotze pacients van rebre tractament intraarterial des del gener el 2011 al 2012. L'edat mitja era de 71 anys, el NIH mig basal de 17 i un temps mig d'evolució fins al tractament de 5h 12min (s'exclouen 5 casos del despertar). Un 25% havien rebut prèviament trombolític endovenós. La taxa de recanalització global va ser del 50% augmentant al 83% quan s'afegia tractament fibrinolític intraarterial. Els pacients recanalitzats van tenir un bon pronòstic clínic amb un NIH mig de 3'7 a les 24h (NIH 0 en 4 pacients) i 3'3 als 3 mesos. La mortalitat va ser d'un 17% (2 de 12 casos) deguda a complicacions intraprocediment (perforació i HSA) i no recanalització. Es descriu una conversió hemorràgica que comporta una elevada discapacitat (Rankin basal 0, Rankin als 3 mesos de 5).

CONCLUSIONS: El procediment intraarterial, associat o no a la teràpia sistèmica, implica una millora en la recanalització i pronòstic clínic. Aquesta relació, no sempre proporcional, difereix segons la localització de la lesió. L'obstrucció de l'artèria caròtida interna es relaciona amb una elevada morbimortalitat deguda al fracàs en la recanalització. La patologia d'artèria cerebral mitja és la més prevalent i la que presenta un major èxit terapèutic. En quant a l'afectació del territori vertebrobasilar l'èxit de recanalització completa és del 50% amb milloria clínica.

ÚS DELS FÀRMACS EN LA PREVENCIÓ SECUNDÀRIA DE L'ICTUS: SEGUIM LES GUIES?

Rama Martínez, T , Montellà Jordana, N , Beato Fernández, P , Pérez Cáceres, V , Luján Barrios, I , Monleón Duran, M , Albarrán Sánchez, JL , Galan Díaz, A

INTRODUCCIÓ: La Malaltia Cerebrovascular (MCV) o ictus és la segona causa de mort a Espanya i la primera causa en les dones. Un terç dels ictus anuals són recurrents, amb un augment de mortalitat del 70% i de dependència de gairebé el 40%. Controlar els factors de risc cardiovascular (FRCV) és la mesura més eficaç en la prevenció de nous episodis.

OBJETIU: Conèixer el grau de control de FRCV i la prescripció de tractament farmacològic en pacients amb MCV segons la Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus del Sistema Nacional de Salut de 2009.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi descriptiu transversal. Àmbit: Atenció Primària. Subjectes: Tots els pacients diagnosticats de MCV visitats els darrers dos anys, exclosos els desplaçats i/o institucionalitzats. Variables: Edat sexe, FRCV: HTA, DM, dislipèmia, IMC, tabaquisme, consum d'alcohol. Prescripció de fàrmacs: antihipertensius, hipolipemians i antitrombòtics. Font d'informació: història clínica informatitzada (eCAP). Anàlisi descriptiva i comparació mitjançant la χ^2 .

RESULTATS: En total hi havia 291 pacients amb MCV, 50,9% homes, edat mitjana: 74,1 anys (DE±12). FRCV: HTA: 69,4%, DM: 29,9%, dislipèmia: 33,3%, obesitat: 27,8%, fumadors: 1,3% bevedors excessius alcohol 2,1%. Control de FRCV: 21,3% HTA, 56,3% Hba1c (si DM), 25,4% LDL-colesterol, 41,2%, obesitat: 41,2%. Principals fàrmacs antihipertensius prescrits: Diürètics: 43,4%, IECA : 30,9%, antagonistes del calci : 25,8%, ARA II : 21%, betabloquejants : 16,8%. El 92% d'hipertensos mal controlats tenien prescrit tractament antihipertensiu. El 47,3% de pacients amb LDL \geq 100 no tenien prescrit tractament hipolipemiant. Del total, el 61,9% portava tractament antiagregant, el 12,7% anticoagulant. En 19,2% de pacients amb ECV isquèmica no constava cap tractament antitrombòtic.

CONCLUSIONES: Els fàrmacs antihipertensius més prescrits eren els recomenats per la Guia de l'ictus. La majoria d'hipertensos no controlats tenia prescrit tractament antihipertensiu. A prop de la meitat de pacients amb LDL \geq 100 no tenien prescrit cap fàrmac hipolipemiant.

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE COM A COMPLICACIÓ DE HIPEREMESI GRAVÍDICA

Gomez, AGG , Navalpotro, ING , Rubio, MAR , Puig, APP , Munteis, EMO
Hospital del Mar

OBJECTIUS. L'encefalopatia de Wernicke és una urgència neurològica secundària a un dèficit vitamínic (tiamina o vitamina B1).

És més freqüent en pacients alcohòlics encara que de forma excepcional pot associar-se a altres processos. Descriuim un cas d'encefalopatia de Wernicke en una gestant amb hiperemesi gravídica.

MATERIAL I MÈTODES. Pacient de 34 anys, gestant de 13 setmanes. Ingressa en servei d'Obstetrícia per quadre de hiperemesi gravídica refractària a tractament. Posteriorment presenta un deteriorament progressiu de la seva conducta amb postració, conductes inadequades, incontinència d'esfínters, tendència a l'enllitament i alteracions de la memòria. A l'exploració destacava tetraparèsia flàccida i tremolor intencional en extremitats superiors amb alteració del nivell de consciència (GSC 7) i disfàgia. Posteriorment va presentar un avortament espontani i va ingressar a la UCI.

RESULTATS. Es realitza RMN cerebral, observant en la seqüència de difusió, un sever component de restricció en ganglis de la base, cossos mamil·lars, àrees subtalàmica, parènquima periaqüeductal i àrees puntiformes cortico-subcorticals.

Atès que l'afectació de cossos mamil·lars i mesencefàlica juntament amb la història clínica de la pacient és molt suggestiva d'encefalopatia de Wernicke, es va instaurar tractament amb tiamina 1 gram cada 24 hores i nicotinamida amb milloria important del dèficit atencional, balanç muscular i tolerància oral. Es van cursar nivells de tiamina posteriors a la reposició de la mateixa que no van ser valorables (a tenir en compte que diversos articles indiquen que mentre que els nivells de tiamina poden ser normals en molts casos, la RM gairebé sempre mostra alteració de senyal en localitzacions típiques).

La RM cranial de control mostra resolució dels canvis patològics subtalàmiques, mamil·lars, periaqüeductals i corticals, però amb persistència de canvis crònics en disposició lenticular i caudat bilateral.

Clínicament la pacient ha presentat millorança progressiva amb 100 mg al dia de tiamina via oral; sent en el moment actual independent en la gran majoria de les tasques diàries amb reiterades avaluacions neuropsicològiques amb puntuació màxima en tots els ítems amb nova gestació i un part normal sense complicacions posteriors.

CONCLUSIONS. És important sospitar una Encefalopatia de Wernicke en pacient amb hiperèmesi donat que l'administració precoç de tiamina disminueix el risc de seqüeles neurològiques.

AMNÈSIA GLOBAL TRANSITÒRIA RECURRENT POSTCOITAL

Gomez, AGG , Puig, APP , Muiño, EML , Munteis, EMO
Hospital del Mar

OBJECTIUS: L'amnèsia global transitòria (AGT) és una alteració d'instauració brusca de la memòria anterògrada en absència tant de disminució de l'estat de consciència, crisi comicial o un altre dèficit neurològic de menys de 24h de durada. La causa roman poc coneguda i s'ha relacionat amb estímuls com dolor, ansietat, exercici, activitat sexual, canvis en pressió o temperatura, alteracions vasculars, hipopotassèmia, hiperhomocisteïnèmia, infeccions del SNC, entre d'altres. Descriuim un cas d'una pacient amb Amnèsia Global Transitòria Postcoital Recurrent.

MATERIAL I MÈTODES: Dona de 57 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, síndrome de colon irritable i síndrome ansiosa que ha acudit en dues ocasions al Servei d'Urgències per presentar amnèsia global transitòria postcoital. El primer episodi va durar aproximadament 1 hora; caracteritzat per alteració de memòria anterògrada i discurs reiteratiu, acompanyat de cefalea bifrontal opressiva. El segon episodi el va presentar amb les mateixes característiques però menys durada. Durant els dos episodis, la pacient no va presentar disminució de l'estat de consciència ni altra focalitat neurològica. L'amnèsia es va revertir progressivament sense deixar seqüeles.

RESULTATS: Es varen realitzar com exploracions complementàries en el quadre agut: TAC cranial, electrocardiograma que foren normals. De forma diferida Angio-ressonància i RNM cranial que va descartar presència d'aneurismes intracranials, estenosi, o MAV objectivant-se tan sols sella turca buida. Aixímateix estudi electroencefalograma que mostrava ritme alfa ben diferenciat de distribució simètrica i normorreactiva sense activitat paroxística sobreafegida.

DISCUSSIO: Els casos de AGT post-coital que han set reportats situen a la prevalença de la mateixa entre un 3.4-18% dels casos de AGT en general, ara bé tan sols hi ha descrit en la literatura un únic cas de AGT en un home. A l'igual que en els altres casos d'AGT no hi ha troballes en les exploracions complementàries realitzades.

CONCLUSIONS: Davant un pacient amb amnèsia global transitòria és important conèixer els possibles estímuls que puguin estar relacionats amb l'esdeveniment. Cal descartar les possibles causes vasculars o alteracions metabòliques, així com oferir informació i suport davant altres estímuls, com l'activitat sexual o estrès, que tenen impacte social i psicològic en els nostres pacients.

EL SÍNDROME D'ANTON: A PROPÒSIT D'UN CAS CLÍNIC.

Blanco-Rojas L, Cánovas D, Vegas J, Massons JB, Arboix A.
Hospital Universitari Sagrat Cor

Antecedents: Gabriel Anton (1858-1933) va ser un neuròleg i psiquiatre austríac i al 1899 va descriure el síndrome que anys més tard portaria el seu nom. El síndrome d'Anton es la forma més sorprenent de la anosognòsia ja que els pacients es comporten com si poguessin veure tot els estímuls visuals presentats però degut a les lesions bioccipitals, apareix un dèficit visual obvi. La confabulació es habitual en aquest pacients . La ceguera cortical es deguda al dany cerebral del lòbul occipital secundari a hipòxia, vasoespasm o embolisme cardíac. L'anosognòsia s'associa amb la disfunció concomitant del lòbul parietal, més freqüentment al lòbul dret que a l'esquerre. Aquest síndrome està descrit com a un fenomen cortical però probablement l'anosognòsia està causada per el dany de la substància blanca parietal i es destacaria com un síndrome de desconnexió.

Cas clínic: Pacient dona de 82 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, ni àmbits tòxics, ingressa a urgències per presentar una disminució de l'agudes visual de 24 hores d'evolució, associades a cefalees holocraneals acompanyants i tensió arterial elevada durant els dies anteriors a l'ingrés. Es va confirmar mitjançant neuroimatge i neurosonologia la presència d'isquèmia bilateral en el territori vascular de l'artèria cerebral posterior de probable origen aterotrombotic amb ateromatosis intracraneal. En la exploració neurològica no presentava afàsia, ni atàxia, ni dèficit motor o sensitiu i era evident en canvi una alteració visuoperceptiva en fora de ceguera cortical. En la exploració neuropsicològica, es va administrar el MMSE (13 punts), prova de memòria de ADAS (4,5,5) i record a llarg termini (0/10). S'observava la ceguera total a la presentació d'estímuls visuals amb incapacitat de distingir forma i color i acceptació de la pèrdua de visió parcial amb sobtades confabulacions sobre els estímuls presentats. No presentava agnòsia tàctil (4/5) ni tampoc apràxia.

Conclusió: El síndrome d'Anton es classifica dins del grup de alteracions visuoperceptives i es descrita com a ceguera central o cortical deguda a lesions de les àrees visuals primàries, es a dir, còrtex occipital estriat al voltant de la cissura calcarina o àrea 17 de Brodmann. En aquests casos hi ha una desconnexió respecte a la consciència. Com a resultat, les àrees del còrtex parietal que integra la informació visual amb la sensorial romanen separades de forma inter- i intrahemisfèrica en els circuits d'associació.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

DETERIORAMENT COGNITIU RÀPIDAMENT PROGRESSIU I MIOCLÒNIES COM A FORMA DE PRESENTACIÓ DE CARCINOMATOSI MENÍNGEA

Rodríguez, N*; Aller, JS*; Bejr-kasem, H*; Seró, L*; González, G*; Torres, M*; Granda, J*; Jimeno, A*; Sánchez, I*; Maisterra, O*; Rio, J*; Alcaide, P**;. Vert, C**;. Rovira, A** ; Alvarez-Sabin, J
Servei de Neurologia*, Unitat de Resonància Magnètica - Servei de Neuroradiologia **

Objectius: Mostrar una causa atípica de deteriorament cognitiu ràpidament progressiu associat a trastorn de la marxa, amb dos casos clínics, tots dos secundaris a carcinomatosi meníngea, per tal de tenir en compte aquesta entitat en el diagnòstic diferencial de quadres de característiques similars.

Material i Mètodes:

Cas 1: pacient de 76 anys amb quadre de deteriorament cognitiu ràpidament progressiu, associat a trastorn de la marxa i mioclònies de 90 dies d'evolució.

Cas 2: pacient de 68 anys, amb quadre de dos mesos d'evolució consistent en deteriorament cognitiu i trastorn de la marxa amb debilitat d'extremitats inferiors.

Resultats: En tots dos casos, l'estudi inicial va mostrar una elevació de marcadors tumorals i, completant l'estudi etiològic mitjançant TC tòrax-abdominal, es van objectivar imatges suggestives de neoplàsia primària pulmonar amb metàstasis òssies secundàries. Es va realitzar punció lumbar en els dos casos, detectant-se hiperproteïnorràquia i cèl·lules compatibles amb infiltració per adenocarcinoma (cas 1). En quan a la neuroimatge, la RM va objectivar hidrocefalia comunicant i, imatges compatibles amb infiltració metastàsica a leptomeninges (cas 1), que serien les responsables del quadre d'hidrocefàlia concomitant.

Conclusions: La carcinomatosi meníngea és una infiltració difusa de leptomeninges i espai subaracnoïdal per cèl·lules malignes metastàsiques. Arriba a afectar a un 5% dels pacients amb neoplàsies, especialment en estadis finals de la malaltia, sent els tumors sòlids més freqüentment associats el de mama i el de pulmó, entre d'altres. La simptomatologia més freqüent de presentació és la cefalea, crisis convulsives, signes meningis i afectació de parells cranials. El deteriorament cognitiu ràpidament progressiu és una forma de presentació poc freqüent d'aquesta malaltia, però que s'hauria de tenir en compte en pacients amb quadres de característiques similars

ATENCIÓN DE LA DEMENCIA COORDINADA PRIMARIA-ESPECIALIZADA: PROGRAMA PILOTO DE "DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEMENCIA" (DADCID). EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE PROYECTO

D. Gil Saladié*, J.C. Cejudo Bolívar*, A. Vega Puerto*, F. Amores Guevara*, D. Serrano Santó*, M. Caballé*, N. Sánchez Tort*

*Unitat de Demències de l'Hospital del Sagrat Cor de las Germanes Hospitalàries. Martorell. Barcelona

Introducción: Presentación de la experiencia de un programa de atención integral de la demencia en el concepto: de la medicina primaria (AP) a la especializada (ME).

La mejora de la oferta de servicios sanitarios para la población pasa por el acercamiento entre AP y la ME, y evitar la fragmentación de los diversos niveles asistenciales, coordinando con más eficiencia los servicios sanitarios y sociales.

Método: La detección de deterioro cognitivo se realiza utilizando la evaluación de "cribaje", en la AP. La aplicación de este programa se ha realizado en 832 casos (incidencia en la consulta especializada). Tras esta primera evaluación de "cribaje" se clasifica a los sujetos en tres grupos: 1) Cribaje positivo, 2) C. negativo y 3) C. dudoso.

Resultados: La muestra presenta un 35,5% de hombres y un 64,5% de mujeres, con una edad media de 71,72 y 75,28 años respectivamente. Los grupos de "cribaje" quedaron con la siguiente distribución: 1) 53,5%, 2) 26,3% y 3) 20,2%.

De los sujetos con cribaje positivo el 51,8% eran diagnosticados de demencia en la Unidad Especializada y un 25% de deterioro cognitivo leve (DCL). Entre otros datos encontramos diferencias en los instrumentos utilizados en la valoración cognitiva MMSE (ANOVA. $p=0,001$. Effect size: 0,47).

Conclusiones: Se puede concluir que: "la lista de espera" se ha reducido de forma considerable, y el diagnóstico se realiza en menor tiempo, lo que muestra una mejora en el servicio de atención

Palabras clave: Demencia, Alzheimer, Atención primaria, Unidad demencias, programas de cribaje, programas de atención

FACTORS DE RISC I ETIOLOGIA DE L'ICTUS ISQUÈMIC EN PACIENTS JOVES: ESTUDI DURANT 15 ANYS

Terceño Izaga, M, Van Eendenburg, C, Silva Blas, Y, Robles Cedeño, R, Coll Presa, C, Belchi Guillamón, O, Bustins Tarrats, A, Serena Leal, J
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓ: El 5-10% dels infarts cerebrals es donen a la població jove. S'ha observat que la proporció d'infarts indeterminats o de causes inhabituals és major als joves.

El nostre objectiu és estudiar els factors de risc, etiologia i evolució dels pacients menors de 50 anys ingressats al nostre centre per infart cerebral o AIT.

MATERIAL I MÈTODES: Es tracta d'un estudi retrospectiu de la base de dades consecutiva BADISEN de 381 pacients menors de 50 anys ingressats al nostre centre des de 1996 a 2010 que van presentar AIT o infart cerebral. Es van excloure aquells casos amb trombosi cerebral venosa.

Es van analitzar les dades demogràfiques, els factors de risc vascular, l'etiologia, l'evolució mitjançant l'escala de Rankin a l'alta hospitalària i les recurrències, així com el diagnòstic de neoplàsia posterior a l'ictus.

RESULTATS: Dels 381 pacients el 68% van ser homes i el 32% dones. Els hàbits tòxics van ser molt prevalents, sent el tabaquisme el més freqüent (57%) seguit de l'alcoholisme (39,6%). El consum d'altres drogues (cocaïna i cannabis) representava el 6.7%.

A més a més, el 32% tenien antecedents d'HTA, el 11,5% van ser diabètics, un 24,7% dislipèmics i el 4,5% havien estat diagnosticats prèviament de cardiopatia isquèmica. El 10,2% van referir antecedents de migranya i el 4,7% havien rebut tractament amb anticonceptius orals.

A l'estudi etiològic destacava la causa criptogènica (55,1%), seguida de la cardioembòlica (16,3%), llacunar (11,5%), causa infreqüent (9,2%, dels quals un 8,7% deguts a dissecció arterial) i aterotrombòtica (7,9%). Al 27,11% dels casos es va detectar un estat de trombofília. El 25,5 % dels pacients presentaven shunt D-E positiu. L'evolució dels pacients va ser favorable en un 77,4% (independents a l'alta) i el 7,9% presentaren recurrències durant el seguiment, sense trobar-se diferències estadísticament significatives segons l'etiologia de l'ictus. La mortalitat va ser del 0,2%.

Al 3,1 % del total dels pacients se'ls va detectar una neoplàsia després de l'ictus, afectant predominantment el sexe masculí, amb una relació de 14:1. No es va poder establir predominància en quant al tipus de tumor.

CONCLUSIONS: El perfil de factors de risc, l'etiologia i l'evolució dels infarts cerebrals són diferents en pacients joves, essent al nostre estudi la hipertensió arterial, el consum de tòxics i l'etiologia criptogènica més freqüents.

Tot i que la seva evolució és normalment favorable, és una patologia d'alt impacte emocional i social, motiu pel qual els clínics haurien d'afavorir i facilitar la prevenció primària.

Estudis més amplis són necessaris per investigar l'existència de la relació entre l'infart cerebral i les neoplàsies.

PROSOPAGNÒSIA SECUNDÀRIA A ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL, A PROPÒSIT D'UN CAS

Albert Puig Pijoan, Elena Muiño Acuña, Ana Rodríguez Campello, Lluís Planellas Giné, Alejandra Gómez González, Irene Navalpotro, Ángel Ois Santiago, Jaume Roquer González
Servei de Neurologia Clínica, Parc de Salut Mar de Barcelona

Introducció, objectius: S'entén com a prosopagnòsia la dificultat per al reconeixement de cares familiars. Es tracta d'un fenomen temps ençà descrit a la literatura, tot i que encara no prou ben comprés atesa la seva complexitat.

Material i mètode: Presentem el cas d'una pacient amb prosopagnòsia secundària a Accident Vascular Cerebral.

Cas clínic: Dona de 75 anys, dretana, sense AMC, independent per a les ABVD, exfumadora, hàbit enòdic de 1 UBE /dia, Rankin 0. Amb antecedents d'HTA, sense dislipidèmia ni diabetes, i fibril·lació auricular paroxística antiagregada amb AAS.

La pacient acudí per clínica de tres dies d'evolució que inicià al despertar presentant confusió i sensació d'embotament, amb dificultat per al reconeixement de cares (no de les persones, a les que reconeixia per la veu i pel context), així com incapacitat per a la resolució d'exercicis matemàtics (no aconseguia completar el sudoku), i sensació de dessaturació dels colors (sobretot els colors càlids, els quals veia de forma apagada, tots d'un color carbassa pàlid). La pacient explicà que la clínica havia millorat parcialment fins que va decidir acudir al metge de capçalera qui la va derivar al servei d'Urgències del nostre centre. A l'exploració neurològica presentava prosopagnòsia i discromatòpsia, confirmades posteriorment a l'estudi neuropsicològic.

S'orientà el cas com a Ictus cardioembòlic d'ACM dreta presentant prosopagnòsia i discromatòpsia sense altra focalitat.

A la visita de control sis mesos posterior a l'AVC, la pacient explicà parcial millora dels símptomes, amb millora subjectiva de la percepció dels colors i també pel que fa al reconeixement facial.

Discussió: La prosopagnòsia és un fenomen d'agnòsia visual particular que implica l'existència d'estructures neuroanatòmiques específiques per al processament de la informació relacionada amb la identificació facial de forma diferenciada a la de resta de perceptes.

Els pacients solen presentar diferències entre la simptomatologia, és a dir, prosopagnòsies amb característiques particulars. Així, cal distingir entre el reconeixement de cares, la interpretació de les emocions per l'expressió o la capacitat de seguir la mirada, funcions que es creuen corresponen a regions superespecialitzades o a patrons d'activació específics. Sovint la capacitat de distinció de l'edat i el gènere de la cara està preservat, com així era en el cas clínic que presentem.

La prosopagnòsia sol anar associada a altres símptomes, com serien acromatòpsies o discromatòpsies, defectes campimètrics, acalcúlia o alèxia espacial.

Pel que fa a l'etiologia, s'ha descrit en processos degeneratius tant en síndromes corticals degeneratius asimètrics, en demència cortical posterior, així com també es coneix la prosopagnòsia congènita, més enllà de les prosopagnòsies secundàries a lesions estructurals per processos vasculars, neoproliferatius o traumàtics.

En relació a la neuroanatomia i a la neurofisiologia dels processos implicats, es descriu la participació de diverses estructures occipitals i temporals, destacant el paper de d'una àrea particular del girus



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

fusiforme, coneguda com "fusiform face area" (FFA) de forma bilateral encara que amb clara asimetria, essent les estructures dretes determinants per aquestes funcions.

A nivell neuropsicològic i evolutiu, l'especificitat i la complexitat de la identificació i interpretació de les informacions relacionades amb les cares indica la importància que tenen per al desenvolupament de l'individu i les capacitats d'interacció i d'integració en l'entorn social.

Conclusions: La complexitat a diferents nivells pel que fa a l'estudi de les agnosies, sigui quina sigui la seva modalitat sensorial, i la implicació d'aquests processos a nivell neuropsicològic i funcional, fa d'aquest camp de recerca un àmbit apassionant. Tot i això, la menor loquacitat d'alguns dels símptomes relacionats amb lesions d'estructures de l'hemisferi dret comporten cert retràs pel que fa al seu coneixement si es compara amb altres camps. Cal no passar per alt aquesta mena de simptomatologia i persistir en el seu estudi i exploració en la pràctica clínica diària per augmentar la casuística i avançar en el seu coneixement.

Bibliografia:

J.Peña-Casanova. Secció de Neurologia de la Conducta i Demències, Servei de Neurologia, Parc de Salut Mar, Barcelona. "Neurologia de la Conducta y Neuropsicología", ed. Panamericana, Barcelona, 2007

Thomas Grüter, Martina Grüter, Claus-Christian Carbon University of Vienna, Faculty of Psychology, Vienna, Austria: "Neural and genetic foundations of face recognition and prosopagnosia" , Journal of Neuropsychology (2008) 2, 79-97.

Denise A.Minnebusch, Boris Suchan, OdoKöster, Irene Daum, ; Institute of cognitive Neuroscience, department of neuropsychology, Ruhr- University of Bochum, Germany " A bilateral occipitotemporal network mediates face perception· Behavioural Brain Research 198 (2009) 179-185

Guido Gainotti, Department of neurosciences of the Policlinico Gemelli/Catholic University of Rome, Italy: "Face familiarity feelings, the right temporal lobe and the possible underlying neural mechanisms" Brain Research Reviews 56 (2007) 214-235

Jason J.S.Barton, MD, PhD, FRCP, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Harvard Medical School, Boston University, Boston, USA "Disorders of face perception and recognition" Neurologic Clinics of North America 21 (2003) 521-548

ESTUDI RESTROSPECTIU DE SEGURETAT A LA UNITAT DE MONITORITZACIÓ D'EPILÈPSIA DE L'HOSPITAL DEL MAR LA RELACIÓ RISC-BENEFICI DE L'INGRÉS DELS PACIENTS EN LA UME

Ley Nácher, Miguel, MLN , Vivanco Hidalgo, Rosa María, RMVH , Massot Tarrus, Andreu, AMT , Herraiz Rocamora, Juan, JHR , Giralt Steinhauer, Eva, EGS , Jiménez Conde, Jordi, JJC , Roquer Gonzalez, Jaume, JRG , Rocamora Zúñiga, Rodrigo Alberto, RARZ
Hospital del Mar

Introducció: L'ingrés en Unitat de Monitorització d'Epilèpsia és eina indispensable en el diagnòstic diferencial i prequirúrgic de l'epilèpsia farmacorresistent. Algunes de les tècniques que es practiquen faciliten l'aparició de crisis epilèptiques, amb el conseqüent risc d'aparició de fenòmens adversos. L'objectiu de l'estudi és determinar el percentatge de pacients ingressos en UME que va patir algun fenomen advers (FA) secundari crisi durant el seu ingrés.

Materials i mètodes: Estudi retrospectiu, longitudinal i descriptiu de 147 pacients ingressats a UME. Es van registrar sistemàticament els FA secundaris a crisi durant el seu ingrés.

Resultats: 147 pacients, 91 homes i 56 mujeres. Edat mitjana: 34,7 anys. 191 monitoritzacions. Estada mitjana: 5,6 dies. 828 dies d'ingrés. 1278 crisis epilèptiques registrades. 4 casos d'estatus epilèptic (2,7%), 0 ingressos en UCI, 0 èxits, 12 pacients (8,1%) amb lesió traumàtica secundària a crisi (una doble fractura vertebral, 1 hèrnia discal, 4 lesions orals, 1 contusió costal, 2 lumbàlgia, 1 luxació humeral recidivada, 1 coxàlgia, 1 omàlgia), 0 TCE. Una psicosi postictal (0,68%), un cas de fluttering EEG prolongat després crisi (0,68%), una taquicàrdia sinusal extrema (0,68%). Un 12,2% dels pacients va patir algun fenomen advers, dels quals només un 4% de gravetat (estatus, fractura vertebral, hèrnia discal) .31 indicacions quirúrgiques, 14 indicacions VNS. Reducció significativa de freqüència de crisi després ingrés ($p > 0,001$)

Conclusions: 12,24% de pacients amb algun fenomen advers. Fenómens adversos més freqüents: lesions traumàtiques (8,1%), estatus epilèpticus (2,7%), alteracions cardiorespiratòries de risc (1,3%). Relació risc-benefici raonablement positiva.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

CLUSTER DISSECCIÓ CAROTÍDEA

García-Alhama, J; Cayuela, N; Mohanna, L; Cardona, P; Quesada, H; Cano, L; Rubio, F.
Servei de Neurologia, Hospital Universitari de Bellvitge-Idibell.

INTRODUCCIÓ: La dissecció d'artèria caròtida interna (ACI) es presenta clínicament amb cefalea, símptomes d'isquèmia cerebral, i síndrome de Horner ipsilateral. En el 40% la forma de presentació és cefalea aïllada sense focalitat associada. La cefalea acostuma a ser d'intensitat moderada, de localització i característiques variables i persistent malgrat analgèsia.

MATERIAL I MÈTODES: Presentem el cas d'un home de 51 anys exfumador sense altres factors de risc cardiovascular, que va ingressar per presentar cefalea punxant temporal i periorbitària dreta, de 5 dies d'evolució, d'aparició brusca sense antecedent traumàtic, que s'associà a llagimeig, ull vermell, i ptosis palpebral. No va presentar cap altra clínica. El dolor no cedia amb analgèsia i dificultava la son. Els dies previs a l'ingrés presentava xifres de tensió arterial de 200/140 iniciant-se tractament antihipertensiu. A urgències es va objectivar miosis de l'ull dret i ptosis del mateix amb activació frontal, sense limitació de mobilitat ocular ni diplopia ni altres alteracions. La analítica, la radiologia de tòrax i el TC cranial van ser normals. A l'angioTC destacava imatge de dissecció d'ACI dreta. Varem completar l'estudi amb RM Cerebral objectivant-se signes de dissecció subaguda d'ACI dreta des del segment cervical post-bulbar fins a base de crani, sense fluxe a la resta del recorregut intracranial, i signes de dissecció focal amb imatge de pseudoaneurisma a nivell del segment cervical distal d'ACI esquerra. Per doppler renal, es va descartar l'existència de canvis d'angiodisplàsia, i l'ecocardiografia transtoràcica no mostrà alteracions. A l'SPECT ictal s'objectivà hipoperfussió hemisfèrica parietal dreta mínima, sense canvis al control. Es va iniciar tractament antiagregant, verapamil i prednisona, amb evolució favorable de la clínica.

CONCLUSIONS: La cefalea tipus cluster, encara que no és el més habitual, s'ha descrit en relació a malaltia vascular estructural de l'artèria caròtida interna. La presència de cluster i síndrome de Horner sense períodes lliures de dolor o amb dolor atípic hauria de fer pensar en dissecció d'ACI. Donada la possibilitat de patir dissecció, un estudi vascular en pacients que debuten amb cluster, seria útil i estaria indicat per distingir la cefalea primària d'una secundària a dissecció.

EPILEPSIA ASOCIADA A ULEGIRIA. HALLAZGOS ELECTROENCEFALOGRÁFICOS Y EN LA RESONANCIA MÁGNÉTICA.

G. González 1, M. Toledo 1, X. Salas-Puig 1, E. Santamarina 1, J.

Alvarez-Sabin 1, M. Sueiras 2, S. Sarria 3, C. , A. Rovira 3.

Servicio de Neurología 1. Servicio de Neurofisiología 2. Unidad de Resonancia Magnética - Servicio de Neuroradiología 3. Hospital Vall d' Hebron

Introducción: La ulegiria es una cicatriz en el córtex cerebral, secundario a una lesión hipóxico-isquémica perinatal. Consiste en un patrón de circunvoluciones pequeñas con atrofia en la parte inferior de los surcos y preservación del ápice. Los hallazgos clínicos suelen ser muy variables. Se analizan las características de la epilepsia asociada a ulegiria en pacientes adultos.

Materiales y Métodos: Se registraron los datos electroclínicos y los hallazgos en la resonancia magnética de 5 pacientes consecutivos con ulegiria de una serie de 300 resonancias magnéticas realizadas para diagnóstico de epilepsia.

Resultados: Tres hombres y dos mujeres. Edad media 36,6 años [25-44] Tres pacientes tuvieron antecedentes de asfixia perinatal, uno de parto prolongado. En un caso no se pudo obtener información del embarazo y parto. Dos pacientes presentaron retraso del desarrollo psicomotor leve. La edad media de inicio de la crisis fue de 6,2 años (0-15). Todos los pacientes comenzaron con crisis parciales secundariamente generalizadas en la infancia y posteriormente presentaron crisis parciales simples y crisis parciales complejas en la edad adulta.

Los electroencefalogramas mostraron alteraciones epileptiformes en todos ellos, aunque en algunos casos en áreas distantes a la ulegiria. En la resonancia magnética se observaron lesiones compatibles con ulegiria en región occipital o territorio frontera posterior. Cuatro pacientes presentaron además esclerosis mesial asociada, tres de ellas ipsilateral.

Conclusión: La ulegiria es una alteración del córtex cerebral asociado frecuentemente a epilepsia fármaco resistente y a esclerosis mesial temporal en la edad adulta



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ RECURRENT.

Homedes Pedret, C.; Juliá Palacios, N.; Casasnovas Pons, C.; Rubio Borrego, F.
Servei de Neurologia, Hospital Universitari de Bellvitge-Idibell.

INTRODUCCIÓ: La Síndrome de Guillain-Barré és una sèrie heterogènia de neuropaties perifèriques mediades immunològicament. És una de les causes més freqüents de paràlisi neuromuscular aguda. La troballa comú és una polirradiculopatia d'evolució ràpida que es manifesta habitualment després d'un procés infecciós. Es manifesta generalment amb una paràlisi motora simètrica arreflèctica amb o sense alteració sensorial i autonòmica. El diagnòstic es basa en l'examen electrodiagnòstic. En el LCR característicament s'objectiva una dissociació albumino-citològica, amb hiperproteinorràquia i normalitat cel·lular. El tractament específic és amb immunoglobulines endovenoses i plasmafèresis.

MATERIAL I MÈTODES: Pacient baró de 27 anys amb vitiligen i una Síndrome de Guillain-Barré fa 12 anys, sense altres antecedents d'interès que ingressa per sensació de parestèsies als peus i les mans dues setmanes després d'un quadre catarral de vies altes. Es realitza un EMG que mostra una disminució de l'amplitud de potencials sensitius i motors, així com un allargament de les latències distals motores, sent la resta d'estudi negatiu, i decidint-se tractament amb immunoglobulines endovenoses.

RESULTATS I CONCLUSIÓ: La Síndrome de Guillain-Barré Recurrent és una entitat que sol donar-se en pacients amb edats compreses entre 5 i 40 anys. L'interval entre els atacs oscil·la entre 4 mesos i 10 anys. En alguns casos s'observen els mateixos factors desencadenants que en edicions anteriors. Les recurrències poden debutar clínicament igual a edicions anteriors. La severitat dels atacs no es veu influïda pel nombre de recurrència. Els estudis de conducció nerviosa són compatibles amb neuropatia desmielinitzant amb conducció motora anormal en la majoria dels casos. Existeix una tendència a acumular dèficits neurològics a mesura que hi ha major freqüència d'atacs de la Síndrome de Guillain-Barré.

DESCRIPCIÓ D'UN CAS DE SÍNDROME DE L'ARLEQUÍ

Planellas, L, Navalpotro, I, López, M, Ley, M, Muiño, E, Rubio, MA, Munteis, E, Roquer, J
Servei de Neurologia. Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducció: La Síndrome de l'Arlequí (SA) fou descrita per Lance i Drummond el 1988. Es caracteritza per hiperhidrosi i flushing en un hemicòs en resposta a la calor, l'exercici o l'estrés. Habitualment es restringeix a una hemicara; però s'han descrit SA amb afectació de coll, tronc i extremitats. Està causat per un dèficit de les vies simpàtiques de l'hemicòs que no sua ni s'enrogeix. La hiperhidrosi i el flushing són una resposta compensadora de l'hemicòs sa. Segons la localització de la lesió presenten patrons topogràfics i signes neurològics acompanyants diferents.

S'han descrit un centenar de casos. Els primaris s'han atribuït a oclusions de l'artèria radicular anterior després d'exercicis amb torció toràcica o a isquèmia microvascular per mecanismes autoimmunes o infecciosos. Els secundaris, a lesions estructurals o compressives per tumors neurogènics, de Pancoast, vasculars, plexopaties, disseccions carotídees o iatrogèniques.

Material i mètodes: Descriure un cas de SA atès a consultes del nostre centre.

Resultats: Home de 50 anys, exfumador, antecedents d'HTA, dislipèmia, esclerodactília i discopatia cervical C4-C5, C5-C6 i C6-C7 amb radiculopatia C7 esquerra que consulta per sudoració i enrogiment de la hemicara i el braç dret de 2 anys d'evolució que es desencadena amb l'exercici o la calor.

Exploració neurològica normal. Amb l'exercici es desencadena el SA. La RNM craneal mostra un ictus lacunar parietal dret. No lesions al cordó medullar. TC toràcica sense masses. No signes de dissecció carotídea. L'estudi neurofisiològic de la funció sudomotora mostra un defecte a nivell de la ESE i una falta d'acomodació a la ESD suggestiva d'hiperactivitat.

Conclusions: Havent descartat raonablement les causes secundàries, s'orienta el cas com un Síndrome de l'Arlequí primari.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

SÍNDROME DE FAHR: DESCRIPCIÓ CLÍNICO-RADIOLÒGICA D'UNA SÈRIE DE SIS PACIENTS

Palasí, A , Pujadas, F , Gutiérrez-Iglesias, B , Olabarrieta, M , Liébana, D , Martínez-García, M , Boada, M
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducció: La calcinosi estriato-pàl·lid-dentada o síndrome de Fahr (SF) es caracteritza per la presència de calcificacions intracranials bilaterals dels ganglis basals i nuclis dentats del cerebel. Clínicament es manifesta com una combinació variable de trastorns de la conducta i del moviment, amb parkinsonisme, tremolor, distonia i atàxia de la marxa, juntament amb deteriorament cognitiu. Pot ser idopàtica, identificant-se en alguns casos una transmissió autosòmica dominant, o secundària a altres trastorns, sent l'hipoparatiroidisme el més freqüentment associat.

Material i mètodes: Es va fer una revisió dels pacients de SF diagnosticats a una Unitat de Demències en els últims 25 anys amb la intenció de descriure llurs característiques clínic-radiològiques.

Pacients: Es trobaren 6 pacients, (3 homes/3 dones), d'entre 60-81 anys. En dos d'ells es va trobar un hipoparatiroidisme com a causa secundària del SF. Dels quatre restants, un d'ells tenia un germà mort afecte d'un parkinsonisme no responent a L-Dopa i altre una demència d'inici presenil a la mare.

En la primera consulta els símptomes més freqüents van ser trastorn cognitiu amb pèrdua de memòria (6 pacients), seguits de moviments distònics a les extremitats (2), atàxia de la marxa (2), parkinsonisme bilateral rigido-acinètic no tremòric (2), disàrtria (1), tremolor d'acció (1) i trastorn conductual (1).

En tots ells la TAC cranial va mostrar calcificacions bilaterals intracranials. En tres pacients les calcificacions van ser extenses distribuïdes a cerebel, ganglis basals, centres semiovals i substància blanca subcortical. En els altres tres estaven localitzades a ganglis basals i cerebel.

El quadre clínic va evolucionar cap a una demència progressiva en fase avançada en quatre pacients, dos dels quals van associar un important trastorn conductual necessitant institucionalització. En cinc pacients va aparèixer un parkinsonisme progressiu i quatre pacients una atàxia de la marxa progressiva.

Els pacients amb hipotiroidisme eren més grans i les calcificacions tendien a ser més esteses que a les formes idiopàtiques.

Conclusió: La síndrome de Fahr pot ser una causa de deteriorament cognitiu i parkinsonisme secundari que cal tenir en compte dins el diagnòstic diferencial d'aquests trastorns. Malgrat els tractaments simptomàtics la majoria de pacients assoleixen un grau de dependència important en pocs anys ja sigui per trastorn cognitiu progressiu, parkinsonisme invalidant o alteració de la marxa severa.

LESIONS FOCALS DE L'ESPLENI DEL COS CALLÓS D'ETIOLOGIA TÒXICA-METABÒLICA

René Robles Cedeño, Cecile Van Eendenburg, Mikel Terceño Izaga, Cristina Coll Presas, Olga Belchí Clarimón, Sebastià Remollo Friedemann, Laia Valls, Lluís Ramió i Torrentà.
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta

Introducció: Les lesions focals de l'espleni del cos callós s'han descrit en pacients amb crisis convulsives, suspensió de tractament antiepilèptic, trastorns metabòlics com hipoglucèmia o hipernatrèmia, migranya amb aura, encefalitis, infarts, tumors o metastasis, alcoholisme, fàrmacs o tòxics.

Materials i mètodes: Presentem 4 pacients amb lesions hiperintenses a nivell de l'espleni del cos callós d'etiologia tòxica-metabòlica (3 pacients diagnosticats de malaltia de Marchiafava-Bignami i 1 pacient d'encefalopatia secundària a 5-fluorouracil (5FU)). Es realitza descripció dels casos, estudi amb neuroimatge i altres exploracions complementàries.

Resultats:

Pacient 1: Home de 44 anys amb antecedents d'enolisme crònic sever i arteriopatia perifèrica que consulta per quadre progressiu de 3 dies d'evolució de disàrtria, deteriorament cognitiu i dificultat per a la deambulació. L'exploració general mostrarà caquèxia, pal·lidesa mucocutània, aranyes vasculars facials i hepatomegàlia. L'exploració neurològica mostrarà bradipsíquia, disàrtria severa, "Alien-hand" bilateral, apal·lestèsia d'extremitats inferiors i arreflèxia rotuliana i aquília. L'analítica mostrarà anèmia macrocítica, transaminitis i desnutrició important. Una RM cranial revelà atròfia còrtico-subcortical i cerebel·losa i lesió hiperintensa en T2 a l'espleni i meitat posterior del cos callós.

Pacient 2: Home de 62 anys amb enolisme sever i dieta pobre en hidrats de carboni i proteïnes, que consulta per mesos d'evolució de pèrdua de visió bilateral progressiva, trastorn de la coordinació i de la marxa i trastorn de memòria. A l'exploració destaca rinofima, eritema facial bilateral, eritema palmar, telegiectàsies a tronc, bradipsíquia, hiperreflèxia, apal·lestèsia d'extremitats inferiors i alteració de la marxa en tandem. La RM mostra atròfia cerebral global i lesió hiperintensa en T2 a espleni del cos callós.

Pacient 3: Home de 53 anys amb antecedents d'enolisme sever, ambliopia alcohol-tabac i neoplàsia de laringe tractada amb cirurgia, quimioteràpia i radioteràpia amb resposta subòptima. Presenta sd.tòxica, múltiples adenopaties, trastorn de memòria i atàxia de la marxa. La RM mostra atròfia cerebral global i lesió hiperintensa en T2 a espleni del cos callós.

Pacient 4: Home de 38 anys amb antecedents de carcinoma escamós de la mucosa palatina tractat amb cisplatí i radioteràpia que ingressa per recidiva pleural. Es proposa quimioteràpia amb cisplatí més 5FU. Després de la primera sessió presenta cefalea, inestabilitat de la marxa, alteració del llenguatge i agitació psicomotora motiu pel qual es suspèn el tractament. L'exploració neurològica mostrarà bradipsíquia, veu escandida, nistagme bilateral horitzontal esgotable, dismetria severa bilateral apendicular i troncal amb marxa impossible. La punció lumbar i l'EEG foren normals. La RM cranial mostrarà lesions hiperintenses en T2 difuses a espleni del cos callós i cerebel.

Conclusions: Alguns tòxics coneguts del sistema nerviós central, com l'alcohol i la quimioteràpia amb 5FU, són una causa poc freqüent, però potencialment reversible, de lesions focals hiperintenses en T2 a l'espleni del cos callós. Cal una alta sospita clínica per fer un diagnòstic precoç i millorar el pronòstic evolutiu dels pacients.

ESCLEROSI MÚLTIPLE I EPILÈPSIA: FACTOR DE RISC O SIMPLE COINCIDÈNCIA? ANÀLISI RETROSPECTIU DE 751 PACIENTS.

René Robles Cedeño, David Genís Batlle, Neus González, Lara Martín, Ana Quiles, Cecile Van Eendenburg, Mikel Terceño Izaga, Cristina Coll Presas, Olga Belchí Clarimón, Lluís Ramió-Torrentà.
Servei de Neurologia. Parc de Salut Mar, Barcelona

Objectius: Analitzar els subtipus de crisis epilèptiques (CE) en pacients amb esclerosi múltiple (EM), la relació entre aquests i les troballes a l'electroencefalograma (EEG) i a la ressonància magnètica (RM) i avaluar la resposta a fàrmacs antiepilèptics (FAE).

Pacients i mètodes: Es van identificar 18 subjectes amb CE d'entre 751 pacients afectats d'EM visitats durant els últims 10 anys a la Unitat. Es van analitzar les dades de RMN i EEG.

Resultats: 9 pacients (50%) van presentar crisis tònic-clòniques generalitzades (CTCG), 4 (22,2%) crisis parcials secundàriament generalitzades, 3 (16,7%) crisis parcials i 2 (11,1 %) crisis parcials amb episodis de CTCG. Els subtipus d'EM amb CE van ser: 8 pacients (44,4%) diagnosticats d'EM remitent-recurrent (EMRR), 5 (27,8%) d'EM secundària progressiva (EMSP) i 2 (11,1%) d'EM primària progressiva (EMPP). Dos pacients (11,1%) presentaven una síndrome radiològicament aïllada (RIS) i 1 pacient (5,6%) una síndrome clínicament aïllada (CIS). Cap pacient va tenir CE durant els brots. L'EEG va ser anormal en 10 pacients, normal en 3 pacients i no concloent en la resta. La RM va revelar lesions còrtico-subcorticals en 14 pacients, atròfia cortical en 9 i lesions captants de gadolini en 2. Es va objectivar una correlació entre les CE i les troballes en RM i EEG en 8 pacients (44,4%). 11 pacients (61,1%) van rebre només un FAE, 5 pacients (27,8%) \geq 2 FAE i 2 pacients (11,1%) cap FAE. Tots es van mantenir lliures de CE després del tractament amb FAE.

Conclusions: La prevalença de CE a la nostra població de pacients amb EM va ser de 2,4% (similar a la d'altres estudis realitzats). Les més freqüents van ser les CTCG afectant sobretot a pacients amb EMRR o EMSP. En una proporció considerable de pacients, les CE es van correlacionar amb la presència de lesions còrtico-subcorticals i alteracions en l'EEG. El control de les CE amb FAE fou satisfactori en tots els pacients.

NEUROSÍFILIS DE PRESENTACIÓ ATÍPICA: DESCRIPCIÓ D'UN CAS QUE DEBUTA COM ENCEFALITIS LIMFOCITÀRIA

René Robles Cedeño, Cecile Van Eendenburg, Mikel Terceño Izaga, Cristina Coll Presas, Olga Belchí Clarimón, Lluís Ramió-Torrentà.

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona

Introducció: La neurosífilis és la infecció del sistema nerviós central (SNC) pel *Treponema pallidum* (TP) en la seva fase terciària, envaint inicialment el líquid cefaloraquídi (LCR), les meninges i els vasos sanguinis i afectant més tardanament el cervell i la medul·la espinal. No obstant, s'han descrit casos de presentació atípica en forma d'encefalitis limfocitària.

Materials i mètodes: Presentem un pacient diagnosticat de neurosífilis de presentació atípica. Es realitza descripció del cas, estudi amb serologia, neuroimatge cerebral, electroencefalograma (EEG) i anàlisis de LCR.

Resultats: Home de 54 anys, natural d'Ucraïna, ex-militar, fumador de 30 cigarrets al dia, amb antecedents d'herpes zòster labial durant el mes anterior i paràlisi facial perifèrica esquerra 2 anys enrere, que consulta per quadre de 12 hores d'evolució d'alteració del llenguatge i inestabilitat de la marxa que empitjora ràpidament fins a síndrome confusional agut acompanyat d'algun pic febril aïllat. L'exploració neurològica evidencià desorientació en espai amb agressivitat important, disàrtria severa i marxa inestable sense altres focalitats. El LCR revelà hiperproteïnorràquia moderada amb lleu pleocitosi limfo-monocitària (>5 cèl·lules/ml) i tinció de Gram sense gèrmens. La RM cranial objectivà subtil alteració de senyal hipocampal bilateral de predomini dret. L'EEG mostrà disfunció neuronal a regions temporals bilaterals. Es va diagnosticar d'encefalitis limfocitària i es va iniciar tractament amb ampicil·lina, ceftriaxona i aciclovir. La reacció en cadena de la polimerasa (PCR) per virus herpes simple fou negativa en dues ocasions i es van mantenir les troballes inicials en un segon anàlisi de LCR. El pacient va millorar progressivament fins a restar asimptomàtic. Els estudis realitzats descartaren tòxics, malalties autoimmunes, dèficits vitamínics i infeccions bacterianes o fúngiques, però el cribratge per TP en sèrum resultà positiu (FTA-Abs), motiu pel qual s'inicià tractament específic. Es sol·licità cribratge per TP a LCR el qual fou negatiu.

Conclusions: Presentem un cas de debut de neurosífilis en forma d'encefalitis. Aquesta forma de presentació s'ha descrit com una forma atípica d'afectació del SNC pel TP. En aquests casos amb proves treponèmiques positives a sèrum però negatives a LCR, la presència de més de 5 leucòcits en LCR es considera criteri suficient per iniciar tractament específic.

SÍNDROME CONFUSIONAL I DOLOR LUMBAR COM A FORMA DE PRESENTACIÓ D'UNA ENDOCARDITIS PER S. AUREUS AMB MENINGITIS I ABCSÈS EPIDURAL LUMBAR.

Martínez-Sánchez N¹, Alsina-Navarro M¹, Palasí A², Maisterra O², González-Alujas T³, Fernández N⁴, Vert C⁵, Pigrau C⁴, Tornos P³.

¹ Metges de família. CAP Parets del Vallès. ICS; ² Servei de Neurologia, Hospital Vall d'Hebron; ³ Servei de Cardiologia. Hospital Vall d'Hebron; ⁴ Servei d'Infeccioses. Hospital Vall d'Hebron; ⁵ Institut Diagnòstic per la Imatge (IDI). Hospital Vall d'Hebron.

Introducció: L'afectació neurològica dels pacients amb endocarditis infeccioses és més freqüent en les causades per gèrmens virulents com S.aureus. Les complicacions neurològiques més comuns són infarts cerebrals cardioembòlics, encefalopatia, meningoencefalitis, hemorràgies cerebrals per ruptura d'aneurismes micòtics, abscessos cerebrals i crisis. L'aparició d'un abscess epidural espinal és una complicació poc freqüent en aquests pacients.

Pacient: Home de 59 anys, sense antecedents d'interès, ni hàbits tòxics, va iniciar un dolor a regió lumbar irradiat a extremitats inferiors, sense cap altre símptoma associat.

Tres dies després s'afegí un quadre de desorientació i progressiva obnubilació, pel que és portat a urgències. A l'exploració física està febril (38°C) i s'observen lesions petequials a palmes, plantes de peus i conjuntives, junt amb un buf cardíac sistòlic i rigidesa nucal. L'exploració neurològica mostrava un pacient desorientat en temps i espai, inatent i bradipsíquic, amb reflexes rotulians disminuïts de predomini dret i maniobra de Lassegue positiva, sense altres alteracions.

Resultats: L'analítica va mostrar leucocitosi i la TAC cranial va ser normal. Es va realitzar una punció lumbar obtenint un LCR amb glucosa baixa (22 mg/dl), hiperproteïnorràquia (172 mg/dl) i 187 cèl·lules/uL (60% polimorfonuclears).

L'ecocardiograma va mostrar vegetacions sobre vàlvula aòrtica sospitoses d'endocarditis. Als hemocultius s'aïllà un *S. aureus*, iniciant-se tractament amb cloxacilina. La RMN craneal va mostrar la presència de tres petites lesions isquèmiques subagudes. El pacient va anar millorant progressivament del quadre confusional, però degut a la persistència de dolor lumbar irradiat a extremitats inferiors es va realitzar una RMN lumbar que va mostrar signes d'espondilodiscitis amb un gran abscess epidural des de L3-L4 fins a nivell posterior de S1 comprimint les arrels de la cua de cavall. Amb administració de contrast hi havia captació de les arrels de la cua de cavall indicant aracnoïditis.

Després de 3 setmanes de tractament antibiòtic el quadre radicular va millorar. Una RMN lumbar de control va mostrar la pràctica resolució de l'abscess epidural.

Conclusió: Malgrat ser una complicació infreqüent, davant un pacient amb una endocarditis i un dolor lumbar radicular s'ha de considerar la possibilitat d'una afectació espinal d'origen infeccios.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

MENINGITIS PER CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN PACIENT IMMUNOCOMPETENT.

Contreras Lovera, Isidro José; Royuela Juncadella, Meritxell; Saura Salvadó, Júlia; Flor Pérez, Antònia; Estivill Navarrete, M. Dolors, Font Padrós, M. Àngels, Ugarte Elola, Antonio

Pacient de 62 anys, natural de Perú i resident els darrers tres anys a Catalunya que presenta clínica d'un mes d'evolució de febre i cefalea.

No te antecedents de malalties o tractaments que afectin la immunitat.

Als 15 dies d'evolució ingressa en un altre centre on es practica TC cranial que és normal, RX de tòrax que mostra infiltrat a lòbul superior esquerre, amb fibrobroncoscòpia negativa per cèl.lules malignes i cultius per bacteris i fongs negatius. S'efectua tractament amb amoxicil·lina – clavulànic 875/125 . Malgrat el tractament correcte persisteix la cefalea, síndrome tòxica i vòmits, apareixent diplòpia, motiu pel que ingressa al nostre centre.

A l'exploració destaca: pacient alerta, funcions mentals i llenguatge sense alteracions, signes meníngis presents, papil·ledema bilateral, diplòpia amb paràlisi VI parell dret, sense dèficit motor, atàxia sense dismetria, reflexes musculars profunds presents i vius, reflex Cutani plantar flexor , sensibilitat conservada.

Els estudis complementaris mostren: Líquid cefaloraquidi per punció lumbar: leucocitosi amb predomini limfocític, hipoglucoràquia i hiperproteïnoraquia. Infiltrat residual a Lòbul superior esquerre pulmonar.

TAC cranial presència d'algunes àrees periventriculars de desmielinització. RNM cranial: discreta hipercaptació meníngia (efectuada tres dies abans de l'ingrés).

S'efectuen estudis amb col·laboració del Servei de Medicina Interna que descarten malaltia que produeixi immunosupressió com HIV o neoplàsia.

La observació del LCR i coloració amb tinta xina diagnostiquen MENINGITIS PER CRIPTOCOCCUS NEOFORMANS.

S'inicia tractament amb bona resposta clínica i punció lumbar als 15 dies amb presència d'espores sense creixement al cultiu.

L'objectiu d'aquesta presentació és alertar de la presència de malalties no habituals en pacients immunocompetents, amb presentació en forma de patologia subaguda. La dificultat en aquest cas roman tant en el fet de que es tracta d'una meningitis per fongs, que s'ha presentat concomitantment a una infecció respiratòria, el que ha emmascarat el diagnòstic inicialment fins que han aparegut símptomes neurològics.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

INFARTOS CEREBRALES MÚLTIPLES Y FRACASO MULTIORGÁNICO TRAS CATETERISMO CARDÍACO.

Jimeno Hermoso, Ana Isabel; Santamarina Pérez, Estevo; Rovira Cañellas, Alex; Salas Puig, Xavier; Álvarez Sabín, José.

INTRODUCCIÓN: Mostrar un caso de infarto cerebral de etiología poco frecuente, como es la enfermedad de émbolos de cristales de colesterol.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de 65 años con antecedente de IAM Killip III un mes previo al ingreso por el que fue sometido a cateterismo cardíaco, que presentó tras el procedimiento clínica progresiva de desorientación, alteración conductual, ataxia de la marcha y deterioro del estado general.

RESULTADOS: La RM cerebral mostró múltiples infartos agudos que afectaban a los territorios de ambas arterias cerebrales medias así como al territorio vértebro-basilar, algunos de ellos con signos de transformación hemorrágica. En la evolución, clínicamente presentó fallo renal agudo, aparición de *livedo reticularis* y máculas violáceas distales en la exploración general. A nivel analítico destacaba leucocitosis con eosinofilia y anemia progresiva. El estudio de extensión de fuente embolígena subyacente reveló la presencia de ateromatosis severa y difusa en cayado aórtico y aorta descendente torácica con componente móvil y trombo. Finalmente, la biopsia cutánea confirmó la sospecha de embolismo por cristales de colesterol. A pesar del tratamiento médico hubo progresión del cuadro, desarrollando el paciente colitis isquémica y hemorragia digestiva baja, siendo finalmente *éxitus*.

CONCLUSIONES: La enfermedad por émbolos de cristales de colesterol es una causa probablemente poco frecuente de infarto cerebral. Sin embargo, debería tenerse en cuenta ante pacientes que asocian afectación renal y cutánea, parámetros analíticos sugestivos de enfermedad sistémica, y antecedente de manipulación del sistema vascular.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA DE L'ICTUS: PREVALENÇA I CONTROL DELS FACTORS DE RISC SEGONS SEXE.

T. Rama Martínez, N. Montellà Jordana, P. Beato Fernández, R. Rodó Bernadó, Mar Isnard Blanchar, MD
Álvarez Rodríguez, P. Roig Cabo, A. Dalfó Pibernat. ICS

INTRODUCCIÓ: El control dels factors de risc cardiovascular (FRCV) en pacients amb ictus és essencial per prevenir recurrències. Tenir en compte les possibles diferències d'aquests factors segons el sexe pot ajudar a orientar la nostra intervenció.

OBJECTIU: Conèixer la prevalença i el grau de control de FRCV segons sexe en pacients amb ECV segons la Guia de Pràctica Clínica del Ictus del Sistema Nacional de Salut de 2009.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi descriptiu transversal. Àmbit: Atenció Primària. Subjectes: Tots els pacients diagnosticats de MCV visitats els darrers dos anys, exclosos els desplaçats i/o institucionalitzats. Variables: Edat sexe, FRCV: HTA, DM, dislipèmia, IMC, tabaquisme, consum d'alcohol. Font d'informació: Història clínica informatitzada (eCAP). Anàlisi descriptiva i comparació mitjançant la χ^2 .

RESULTATS: Es van trobar 291 pacients diagnosticats de MCV, 50,9% homes, edat mitjana: 74,1 anys (DE \pm 12). Prevalença de FRCV: HTA: 69,4% (67,1% dones-71,6% homes), DM: 29,9 (26,6% dones-33,1% homes), dislipèmia: 33,3% (28,7% dones-37,8, homes), obesitat: 27,8% (32,2% dones- 23,6% homes), fumadors: 11,3% 7% dones-15,5% homes, $p < 0,05$), bevedors excessius d'alcohol: 2,1 (4,1% homes). Control de FRCV: HTA: 21,3% (21% dones-21,6% homes), Hba1c (en diabètics): 56,3% (65,8% dones-49% homes, $p < 0,002$), LDL-colesterol: 25,4% (18,9% dones-31,8% homes, $p < 0,05$), IMC < 30: 41,2% (30,8% dones-51,4% homes). Només el 2,7% de pacients tenia un bon control de tots els FRCV.

CONCLUSIONS: La HTA és el factor més prevalent i el pitjor controlat en ambdós sexes. El tabaquisme és significativament més elevat en homes. Les dones tenen menor percentatge de control de LDL-colesterol i d'IMC. Seguint les recomanacions de la Guia de l'Ictus hem posat en marxa en el nostre centre un projecte de millora basat en estratègies informatiu-educatives periòdiques adreçades al personal sanitari i a la població afectada.

LA SÍNDROME D'ARLEQUÍ

Royuela Juncadella, Meritxell; Font Padrós, M. Àngels, Narberhaus Donner, Bernat; Saura Salvado, Júlia, Contreras Lovera, Isidro José(1).

(1) Servei de Neurologia. Fundació ALTHAIA. Manresa.

INTRODUCCIÓ: La síndrome d'Arlequí és un fenomen curiós, que es presenta amb sudoració i rubefacció d'una hemicara coincidint amb episodis de calor intensa, per activitat física o per estrès emocional. És una malaltia poc freqüent, però clínicament molt cridanera. Normalment té un caràcter benigne i no requereix tractament, tot i que sol espantar al clínic i al pacient.

MÈTODES: Dona de 66 anys que consulta per presentar desviació de la comissura bucal del costat dret de 3-4 hores d'evolució acompanyat d'exoftalmos i parestèsies periorbiculars dretes, amb fotofòbia. És catalogada d'ictus lacunar, amb imatges antigues en TAC cranial de lesions cròniques. Segueix consulta amb neurologia, un dia arriba a consultes externes presentant en aquell precís moment un episodi de sudoració i rubefacció d'hemicara dreta i part superior anterior d'hemitòrax dret que dura uns 30 minuts. Refereix presentar aquests episodis de repetició, en el context de calor o activitat física. La pacient també refereix ptosis esquerra a primera hora del matí i de forma diària, sense evidenciar-se alteracions en la pupil·la.

RESULTATS

- Exploració física: S'aconsegueix explorar a la pacient durant les crisis i quan no les presenta. Evidenciant una asimetria de la cara amb sudoració del costat esquerra (++) en comparació amb l'esquerra (-), acompanyat de rubefacció.

L'avalua així mateix l'oftalmòleg sense evidenciar lesions oculars.

- Se li practiquen tot de proves complementàries: A l'anàlisi de sang els valors de tiroides i marcadors d'autoimmunitat són normals. A la TAC amb contrast i RMN cranial s'evidencien imatges coincidents amb infarts lacunars talàmics antics a caudat esquerra i protuberància, sense altres alteracions. Es realitzen així mateix RMN d'òrbita i de coll i parts toves, sense alteracions, tant sols amb presència d'adenopaties de mida i forma normals a nivell cervical.

CONCLUSIONS:

SD d'ARLEQUÍ: En aquest cas, benigna: no cal tractament. Es podria plantejar simpatectomia contralateral per milloria de la qualitat social.

L'objectiu del present pòster és fer memòria d'una malaltia poc comú per tal de realitzar un bon diagnòstic diferencial davant d'una síndrome d'Arlequí sense confondre-la amb altres patologies. A més, de poder diferenciar síndrome d'Arlequí benigna de signe de l'Arlequí que s'acompanya d'altres entitats patològiques que s'han de saber, per tenir en compte la seva gravetat: masses toràciques o cervicals, dissecció de l'artèria cervical, malignitat d'un ictus, siringomièlia, després de procediments anestèsics o quirúrgics, o associat a altres afectacions com ara Sd. Adie, Sd. Ross, Sd de Horner, neuropatia generalitzada o afectació sudomotora d'extremitats amb afectació de més ganglis.

SÍNDROME DE MOYA MOYA SECUNDARI A ARTERITIS DE TAKAYASU

C. Coll Presa; O. Belchí Guillamón; M. Terceño Izaga; R. Robles Cedeño; C. Van Eendenburg; Y. Silva Blas; J. Serena. Servei de Neurologia de Hospital Josep Trueta de Girona.

INTRODUCCIÓ: L'arteritis de Takayasu és una vasculitis granulomatosa que afecta a les artèries de l'arc aòrtic, branques toràciques i abdominals, provocant estenosi de les mateixes. És més freqüent en dones menors de 40 anys, presenten hipertensió arterial, arteriopatia perifèrica i asimetria de pressió arterial major de 10 mmHg en ambdues EESS. Pot ser causa infreqüent d'infart miocàrdic o ictus en adults joves.

CAS CLÍNIC: Dona de 51 anys fumadora amb antecedents de tuberculosi pulmonar i hipertensió arterial. Als 37 anys va presentar infart agut de miocardi on l'estudi angiogràfic va mostrar estenosi d'artèria subclàvia, caròtida interna dreta, bifemoral i renal. Als 42 anys va presentar infart cerebral d'artèria cerebral anterior (ACA) dreta amb estenosi crítica de la caròtida interna, pel que es va col·locar stent. Tractada amb corticoides de manera discontinua.

La pacient presenta un quadre sobtat al despertar de cefalea amb vòmits i inestabilitat de la marxa associat a dismetria d'hemicós dret en l'exploració neurològica. A l'anàlisi destaca VSG de 42 mm. En l'estudi per tomografia s'observa hematoma talàmic esquerre obert a ventricles en relació a pseudoaneurisme amb signes de vasculitis intracranial. Es realitza arteriografia cerebral i aòrtica que mostrà formació de neovasos a territori carotídi bilateral i territori vertebrobasilar distal, suggestiva de síndrome de moya moya secundari, així com oclusió d'arteries renals i ilíaqües. En l'estudi ultrasonogràfic s'aprecia oclusió d'artèria caròtida interna esquerra, estenosi crítica del sífo carotídi dret amb fracàs de la circulació col·lateral i reserva hemodinàmica exhausta bilateral. La pacient presenta empitjorament neurològic progressiu amb hemiplègia establerta i alteració cognitiva. En l'estudi radiològic de control s'observa resolució de l'hematoma amb extensió de l'infart d'ACA dreta. S'inicia tractament amb corticoides orals i antiagregants amb estabilització clínica posterior.

CONCLUSIÓ: L'arteritis de Takayasu amb afectació carotídia pot conduir a una síndrome de moya moya secundària, en casos de malaltia avançada, i ser causa d'isquèmia i hemorràgia intracranial.

TAKOTSUBO RECURRENT COM A CAUSA CARDIOEMBÒLICA D'ICTUS MALIGNE

C. Coll Presa; O. Belchí Guillamón; M. Terceño Izaga; R. Robles Cedeño; C. Van Eendenburg; Y. Silva Blas; J. Serena. Servei de Neurologia de Hospital Josep Trueta de Girona.

INTRODUCCIÓ: La malaltia de Tako-tsubo és una patologia emergent en els últims anys. Es caracteritza per una miocardiopatia transitòria amb acinèsia apical del ventricle esquerra. Clínicament es presenta com síndrome coronari agut, està precedit d'un fet estressant emocional o físic. Representa el 2% dels SCA. S'observen alteracions a l' ECG, elevació lleu d'enzims miocàrdics, i a l'angiografia no s'evidencia oclusió ni estenosis coronària. L'ecografia mostra alteració de la motilitat de la paret apical o mitja del ventricle. L'acinèsia pot provocar la formació de trombus intracavitari causant tromboembolismes en 0.8% dels casos. Generalment evoluciona favorablement, amb una recurrència d'un 10%.

CAS CLÍNIC: Dona de 47 anys fumadora, hipertensa, i extrasistolies, feia un any va ser diagnosticada de malaltia de Tako-tsubo després d'un fet estressant, amb bona evolució i resolució del quadre per ecocardiografia i ECG. Tractada amb antiagregació.

La pacient presenta clínica d'ictus del despertar amb afàsia global, hemianòpsia homònima dreta, desviació oculocefàlica a l'esquerre, hemiplègia dreta amb un NIHSS inicial de 22. Es va observar infart isquèmic de territori d'artèria cerebral mitja esquerra sense àrea de penombra isquèmica i oclusió arterial al segment de M2 esquerra. A l'ECG s'observa ones T negatives anterolaterals. Havia viscut un fet emocional important recentment. Pel que es va orientar com a recurrència de la malaltia de Tako-tsubo com a causa cardioembòlica de l'ictus. Va presentar empitjorament neurològic per infart maligne i va ser èxitus a les següents hores.

CONCLUSIÓ: Els factors estressants poden ser desencadenants d'una alteració en la motilitat ventricular cardíaca, provocant cardioembolismes, pel que la malaltia de Takotsubo pot ser una de les causes infreqüents d'ictus.



REUNIÓ CONJUNTA SCN/CAMFIC
XVI REUNIÓ ANUAL DE LA SCN
XXVI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA
40A TROBADA ANUAL DE LA SCN

Vic, 15-16 de març de 2012

CRISIS COMICIAL COM A FORMA DE DEBUT D'UN TUBERCULOMA CEREBRAL DE TOPOGRAFIA PARIETAL: A PROPOSIT D'UN CAS.

J. Baccante, E. Comes, L Blanco, M. J. Valdés, A. Arboix
Hospital Universitari Sagrat Cor

PLANTEJAMENT: La Tuberculosi contínua sent avui dia un problema de salut important, on als països poc desenvolupats i es considera endèmica, i com a conseqüència de moviments d'aquestes poblacions als països industrialitzats, es podria registrar un increment en el nombre casos durant els pròxims anys. L'afectació del sistema nerviós central (SCN) representa un 5% dels casos d'afectació extra pulmonar, sent una de les localitzacions de pitjor pronòstic a causa de la seva gran variabilitat clínica, dificultant i retardant el diagnòstic clínic. Els tuberculomes cerebral són una forma infreqüent de presentació, sobretot en pacients immunocompetents i es localitzen al cervell, cerebel, espai subaracnoïdal, subdural i epidural i fins i tot a la medul·la espinal.

CAS CLÍNIC: Home de 30 anys d'edat, natural de Bolívia, diagnosticat de TBC ganglionar al juny de 2011 per adenopaties supraclaviculars bilaterals múltiples, en tractament amb quàdruple teràpia antifímica des de Juny del 2011. Tres setmanes després, presenta crisi comicial clínicament generalitzada de 5 minuts de durada amb relaxació d'esfínters i estat post-crític, amb amnèsia retrògrada sense focalitat neurològica residual. El TAC cranial informa d'una imatge hipodensa subcortical parietal esquerra compatible amb tuberculoma amb mínim efecte de massa. La RM cerebral confirma una lesió nodular hipercaptant de 8mm en el lòbul parietal esquerre amb zona central hipointensa i edema perilesional associat suggestiu d'abscess tuberculós, iniciant-se teràpia anticomicial i corticoidea . Es va continuar tractament farmacològic amb Rimstar, Keppra i Dexametasona en dosis descendents a l'alta hospitalària. Es realitza un control evolutiu de la lesió cerebral al setembre del 2011, amb una evident disminució del perímetre lesional inicial.

CONCLUSIONS: Els tuberculomes cerebrals són el resultat d'una difusió hematògena de la infecció tuberculosa des d'un altre lloc de l'organisme. Generalment la localització dels tuberculomes és supratentorial en els adults, i sovint se situen en la unió cortico-medul·lar o regions periventriculars. Si succeeix la liqüefacció del centre caseós, el TBC evoluciona a un abscess tuberculós. Els signes i símptomes més freqüents dels tuberculomes són cefalea, hipertensió endocraniana, convulsions i papiledema. El nostre cas demostra que les crisis comicials poden ser la forma de debut dels tuberculomes cerebrals. Cal tenir en compte l'entitat i considerar el diagnòstic per evitar complicacions i possibles seqüeles neurològiques.