

## COMUNICACIONES ORALES A LA XX REUNION DE LA SCMN – GUADALAJARA 2022

(por orden de recepción)

### COMUNICACIÓN-01

- TÍTULO: Diplopía con ortostatismo: a propósito de un caso.
- AUTORES: Plaza Herráiz, A.; Huete Hurtado, A.; Sánchez González, V.; González Martínez, F.; López Martínez, A.
- CENTRO: Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.
- OBJETIVO: Varón de 58 años exfumador, alcohólico crónico, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética, múltiples traumatismos craneoencefálicos (TCE) y mala adherencia terapéutica. Presenta de manera brusca oftalmoplejía con diplopía que provocan TCE. A su llegada a urgencias presenta ojo derecho en dextrosupraversion con restricción para todos los movimientos extraoculares y ojo izquierdo con tendencia a la infraversión con nistagmo horizontorrotatorio en todas las posiciones de la mirada; asocia diplopía y ataxia.
- MATERIAL Y MÉTODOS: Rehistoriando al paciente, el año previo ingreso por clínica similar autolimitada con diagnóstico de AIT vertebrobasilar. En urgencias se realizan estudios tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) descartando etiología isquémica. A las 24 horas el paciente presenta recuperación completa de la clínica, sin embargo, esta recurre con el ortostatismo. Se solicita estudio complementario con analítica completa (autoinmunidad, estudio trombofilia, serologías, vitaminas, TC peñascos, angioRM, estudio cardiológico, valoración por otorrinolaringología y oftalmología y punción lumbar.
- RESULTADOS: El paciente presenta hiperhomocisteinemia y ateromatosis vertebral bilateral en angioRM. Se solicita una arteriografía cerebral ateromatosis moderada difusa intra y extracraneal (50 % V1 derecha y 50 % V4 izquierda).
- CONCLUSIONES: Se trata de un paciente con accidentes isquémicos transitorios secundarios ateromatosis vertebral bilateral del 50 % desencadenados por mecanismo hemodinámico (ortostatismo en contexto de múltiples fármacos antihipertensivos). Se suplementa con ácido fólico y se ajustan antihipertensivos, doble antiagrega al paciente y pautan dosis máximas de estatinas con mejoría clínica.

### COMUNICACIÓN-02

- TÍTULO: Parálisis facial bilateral en tiempos de pandemia.
- AUTORES: Hernández Ramírez, M.R.; Hernández Cristóbal, J.; Celi Celi, J.M.; Barbero Jiménez, D.E.; Villamor Rodríguez, J.
- CENTRO: Hospital Universitario de Guadalajara.
- INTRODUCCION: La parálisis facial bilateral (PFB) es una entidad infrecuente que puede aparecer en contexto de múltiples patologías como infecciones, tumores, traumatismos, enfermedades autoinmunes, causas metabólicas, Síndrome de Guillain-Barré u origen congénito. Es necesario una evaluación completa para llegar a un diagnóstico preciso e iniciar tratamiento adecuado de forma precoz.
- METODO: Presentamos una serie de tres casos clínicos con PFB coincidentes en el tiempo, de probable etiología autoinmune.
- RESULTADOS: Varones de 48, 24 y 18 años, vacunados recientemente de Covid-19, que acuden al Hospital de Guadalajara en el mismo mes por sensación acorchamiento facial de inicio súbito. En la exploración, facies inexpressiva, signo de Bell bilateral y borramiento de surcos nasogenianos, sin déficit motor ni alteración sensitiva a otro nivel. Reflejos hipoactivos en los dos primeros e hiperreflexia en el tercero. Punción lumbar con disociación albúmino-citológica en los dos primeros y PCR positiva para VEB en el primero. Estudio analítico con serologías positivas para VEB en el primer y tercer paciente y Campylobacter jejuni en el segundo. Estudio neurofisiológico con ausencia de reflejo de parpadeo, siendo compatible con neuropatía periférica bilateral. Neuroimagen sin alteraciones. Ante sospecha de origen inmunológico, se administraron inmunoglobulinas durante 5 días, consiguiendo resolución de los síntomas.
- CONCLUSION: Nos llamó la atención que los tres pacientes habían sido vacunados en las semanas previas, planteándonos la posibilidad de que la inmunidad conseguida con la vacunación pudiera haber modificado la respuesta autoinmune ante una infección intercurrente añadida, con una respuesta favorable al tratamiento inmunomodulador.

### COMUNICACIÓN-03

- TÍTULO: Fístulas arteriovenosas espinales: serie de casos con disociación clínico-radiológica y presentaciones atípicas.
- AUTORES: Barbero Jiménez, D.E.; Villamor Rodríguez, J.; Celi Celi, J.M.; Hernández Ramírez, M.R.; Sánchez-Migallón Díaz, M.J.; Yusta Izquierdo, A.
- CENTRO: Hospital Universitario de Guadalajara.
- INTRODUCCION: Las fístulas arteriovenosas espinales (FAVE) constituyen un reto dada la gran variabilidad de presentación clínica, siendo una patología siempre a tener en cuenta dado que asocian gran morbilidad sin tratamiento precoz.
- MÉTODO: Nuestro objetivo es exponer a través 3 casos clínicos la disociación clínico-radiológica y la variabilidad de presentación clínica de las FAVE.
- RESULTADO: 1º Caso: Varón de 54 años con cervicalgia progresiva desde meses. En la exploración física (EF) destaca parestesias en ambas manos, claudicación de miembro inferior derecho sin tocar línea de cama manteniendo marcha parética. Reflejos osteomusculares exaltados en ambos miembros inferiores. 2º Caso: Varón de 48 años que refiere parestesias del 2º-4º dedo pie izquierdo de 1 año de evolución sin otra clínica asociada. EF: hipoestesia en cara plantar de 2º-4º dedo de pie izquierdo sin alteración a nivel motor ni en los

reflejos. 3º Caso: Varón de 42 años que presenta episodios de retención aguda de orina. Meses después aparece debilidad en miembros inferiores a nivel proximal. EF: Hipertonía en miembros inferiores de forma bilateral que condiciona marcha espástica con hipoestesia en glúteos y área genital.

- CONCLUSIÓN: El diagnóstico de las FAVE es extremadamente difícil por la variabilidad clínica de inicio. En nuestros 3 casos la forma de presentación ha sido atípica (cervicalgia, parestesias en pie, retención aguda de orina) por lo que se requiere un alto nivel de sospecha clínica. Destacamos la disociación clínico-radiológica todos nuestros casos, no correspondiéndose los signos de mayor mielopatía en resonancia magnética con mayor afectación clínica.

#### COMUNICACIÓN-04

- TÍTULO: Patrones complejos de discinesias en pacientes tratados crónicamente con estimulación dopaminérgica continua.
- AUTORES: Quirós Illán, L.; Ruiz Villanueva, F.J.; Cabello de la Rosa, J.P.; Ruiz-Escribano Menchén, L.; Gallardo Alcañiz, M.J.; Ibáñez Alonso, R.; Vaamonde Gamó, J.
- CENTRO: Hospital General Universitario de Ciudad Real.
- INTRODUCCIÓN: La disquinesia bifásica (DB) es un patrón complejo de disquinesia inducida por levodopa (LD) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). Suele provocar movimientos balísticos, (RAMS- movimientos anormales en extremidades inferiores) con gran sensación de malestar y frecuentemente con manifestaciones autonómicas. La estimulación dopaminérgica continua (EDC) puede inducir un patrón de presentación "fásico".
- MATERIALES Y METODOS: Presentamos 8 pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada. Los pacientes presentaban fluctuaciones, corea "on" y "freezing" severo, incluso durante el estado "on" en 3 de ellos y se indicó tratamiento con levodopa/carbidopa en gel (Duodopa®) de administración enteral en 5 pacientes y Apomorfina en infusión continua en 3.
- RESULTADOS: La EDC mejoró las fluctuaciones "on- off" y las discinesias coreicas "on". El tratamiento crónico con duodopa o apomorfina provocó en los pacientes movimientos involuntarios muy severos en las extremidades inferiores. El bolo de apomorfina subcutánea mejoró los RAMs en dos pacientes tratados con apomorfina. Entre los tratados con Duodopa, en dos el bolo de Duodopa mejoró los RAMs, en 1 fue necesario suspender la infusión desde las 18 horas y 2 precisaron diferentes dosis de duodopa por la mañana y por la tarde.
- DISCUSIÓN: Tras tratamiento crónico con EDC los RAM y los patrones complejos de discinesias pueden ser una complicación importante en una proporción de casos, con frecuencia de difícil manejo terapéutico.

#### COMUNICACIÓN-05

- TÍTULO: Tratamiento preventivo específico con anticuerpos monoclonales contra el CGRP en migraña resistente: Nuestra experiencia clínica.
- AUTORES: Calvo Alzola, M.; Navarro Muñoz, S.; Gisbert Tijeras, E.; Velayos Galán, A.; Carmona Moreno, B.; Martín Álvarez, R.; Botía Paniagua, E.
- CENTRO: Hospital General La Mancha Centro.
- INTRODUCCIÓN: La migraña supone la segunda enfermedad neurológica que más discapacidad produce. Muchos pacientes requieren un tratamiento preventivo para reducir la intensidad y frecuencia de días de migraña al mes. Los anticuerpos monoclonales (AMC) contra el CGRP han demostrado ser una terapia eficaz y segura para disminuir el impacto de la migraña en la vida de los pacientes.
- MÉTODO: Entre febrero de 2020 y enero de 2022 se reclutaron 83 pacientes de nuestra área sanitaria con migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) o migraña crónica (MC) que habían completado al menos 3 meses de tratamiento preventivo. La Comisión de Farmacia de nuestro Hospital aprobó dos AMC: Erenumab para la MC y Galcanezumab para la MEAF. Se evaluó la eficacia de ambos tratamientos mediante la tasa de reducción de días de migraña al mes superior al 50% (DMM>50%). El perfil de seguridad de los fármacos se estudió a través del análisis de los efectos adversos y su frecuencia.
- RESULTADOS: El 70% de los pacientes tuvo una reducción de DMM>50% a los tres meses de tratamiento, siendo mayor en los pacientes con MEAF (78%) que en los pacientes con MC (47%). El 43% de los pacientes tuvo algún efecto adverso, siendo los más frecuentes el estreñimiento (20%) y el dolor o reacción local en el lugar de inyección (17%).
- CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia ha objetivado una mayor efectividad a la observada en los ensayos clínicos. Los efectos adversos, aunque leves, también han sido más frecuentes a lo descrito en los estudios.

#### COMUNICACIÓN-06

- TÍTULO: CANVAS, una entidad protagonista en el campo de las neuropatías hereditarias. Experiencia clínica en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- AUTORES: González Villar, E. (1); Díaz-Maroto Cicuéndez, I. (1); Martínez Martín, A. (1); Martínez Fernández, I. (1); Restrepo Carvajal, L. (1); Cuenca Juan, F. (1); Del Valle Pérez, J.A. (1); Romero Sánchez, C. (1); Alcahut Rodríguez, C. (1); Pardal-Fernández, J.M (2); Segura, T. (1); García García, J. (1).
- CENTRO: (1) Servicio de Neurología y (2) Servicio de Neurofisiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- INTRODUCCIÓN: El síndrome de CANVAS fue definido inicialmente por la triada clínica "ataxia cerebelosa, hipofunción vestibular bilateral y neuropatía sensitiva". El descubrimiento en 2019 de la mutación responsable de la enfermedad, una expansión bialélica (AAGGG) en el intrón 2 del gen RFC1, ha permitido ampliar su espectro fenotípico.
- MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico molecular CANVAS en nuestro centro desde marzo de 2020.
- RESULTADOS: Identificamos 12 pacientes (9 mujeres), pertenecientes a 10 familias diferentes. Todos presentaron al inicio síntomas relacionados con una neuropatía sensitiva a una edad media de 56 ± 7 años

(inestabilidad 58%, síntomas sensitivos 25%, SPI 17%). Padecían tos crónica de larga evolución en el 100% de los casos. En la exploración los signos predominantes fueron la ataxia (75%) y el Romberg positivo (75%) con ROTS preservados o aumentados (58%). Objetivamos una disociación clínico-neurofisiológica con un daño axonal severo, a pesar de que con una media de 8±7 años de evolución, el 75% mantenían deambulación autónoma. La triada clásica sólo se detectó en un subgrupo minoritario (20%).

- **CONCLUSIÓN:** La neuronopatía sensitiva es una manifestación inicial y constante, a veces aislada, de la enfermedad de CANVAS. Se debería considerar este diagnóstico en todo paciente con diagnóstico de polineuropatía axonal sensitiva crónica "idiopática", de forma independiente a la presencia de antecedentes familiares, sobre todo en presencia de tos crónica. Las enfermedades secundarias a mutaciones en regiones intrónicas son un grupo en expansión cuya descripción puede arrojar luz a diversas enfermedades neuromusculares.

#### COMUNICACIÓN-07

- **TÍTULO:** Registro de crisis epilépticas tras la vacunación contra el SARS-CoV-2: Estudio VACUCOVID.
- **AUTORES:** Martínez-Fernández, I. (1); Sanchez-Larsen, A. (1); González-Villar, E. (1); Martínez-Martín, A. (1); von-Quednow Manucci, E.E. (2); Del Valle- Pérez, J.A. (1); Andrés-López, A. (1); Restrepo-Carvajal, L. (1); Cuenca-Juan, F. (1); Ballesta-García, M. (2); Sopelana-Garay, D. (1).
- **CENTRO:** (1) Servicio de Neurología y (2) Servicio de Neurofisiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **INTRODUCCIÓN:** Diferentes vacunas pueden asociar un riesgo de crisis sintomáticas agudas. En este estudio, queremos evaluar el riesgo de sufrir crisis epilépticas atribuible a las actuales vacunas contra la COVID-19.
- **MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo revisando historias clínicas de todo paciente ≥ 16 años vacunados contra el SARS-CoV-2 que haya sido atendido por crisis o epilepsia en consultas externas, urgencias o planta de hospitalización del Hospital General de Albacete entre enero y diciembre de 2021.
- **RESULTADOS:** Se incluyeron 418 pacientes epilépticos vacunados. El 6.2% presentó un aumento de la frecuencia de crisis y el 1% diferentes tipos de crisis durante el mes siguiente a la vacunación contra la COVID-19. Sin embargo, el 61.5% presentaba otra posible causa para este empeoramiento. Tener crisis mensuales (1-3/mes) fue el único factor de riesgo asociado (OR 4.9, p<0.001), mientras que estar libre de crisis >1 año tuvo un papel protector (OR 2.8, p=0.019). Los pacientes con encefalopatías epilépticas o antecedentes de COVID-19 no presentaron mayor riesgo de descompensación. Además, 15 pacientes debutaron con crisis (5 con status epilepticus) durante el primer mes post-vacunación. De nuevo, el 53.3% presentaba otro posible precipitante para las crisis. La mayoría fue tras la segunda dosis, el tiempo medio desde la vacunación fue de 15±8 días.
- **CONCLUSIONES:** La proporción de pacientes con aumento de la frecuencia de crisis o debut de estas fue escasa, identificándose en la mayoría otros desencadenantes. Las vacunas contra SARS-CoV-2 parecen tener escasa relevancia en la generación o descompensación de crisis epilépticas.

#### COMUNICACIÓN-08

- **TÍTULO:** ¿Y si es encefalitis?
- **AUTORES:** García-Meléndez, D.D.; Almansa Castillo, R.; Cabeza Álvarez, C.I.; Lobato Casado, P.; Diezma-Martín, A.M.; Quintana Castro, P.; Ruiz Gómez, J.W.; Ennazeh El Khaili, M.; Rivero Rodríguez, D.; Marsal Alonso, C.
- **CENTRO:** Hospital Universitario de Toledo.
- **OBJETIVOS:** Incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de la epilepsia refractaria con deterioro cognitivo y alteraciones conductuales, ya que un tratamiento precoz evitará el progresivo daño neurológico.
- **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presenta una serie de 3 casos de encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-LGI1, se aportarán las pruebas complementarias y se realizará una revisión bibliográfica sobre el tema.
- **RESULTADOS:** Se presentan varios casos de pacientes que consultaron por crisis comiciales de repetición, alteraciones cognitivas de rápida evolución con episodios de desorientación y alteraciones conductuales. El primero, un varón de 49 años, además asociaba crisis con distonía facio-braquial, piloerección y sensación paroxística de disgeusia con elevación de CA 19.9. En el segundo, un varón de 74 años, se apreció un cuadro cognitivo rápidamente progresivo asociado a mioclonías y elevación de anti-células parietales. Ambos casos sin tumor objetivable. En el tercer caso, una mujer de 81 años, predominó el trastorno conductual con ideas deliriosas y se objetivó un tumor de tiroides que precisó tiroidectomía. Estos casos presentaron aumento de señal a nivel hipocampal en la RMN cerebral con anti-LGI1 en sangre y LCR. Todos precisaron corticoterapia en megabolos y asociar varios FAEs para el control de las crisis.
- **CONCLUSIONES:** La encefalitis límbica con anticuerpos anti-LGI1 es poco frecuente y puede tener carácter paraneoplásico. Se caracteriza por la aparición de deterioro cognitivo, trastornos psiquiátricos y crisis comiciales refractarias (típicas las distónicas faciobraquiales). Los anti-LGI1 se pueden detectar en sangre y LCR; su tratamiento será mediante FAE y corticoterapia en fases agudas.

#### COMUNICACIÓN-09

- **TÍTULO:** Análisis clínico y evolutivo de pacientes con estatus epiléptico refractario acorde el esquema de tratamiento de tercera línea utilizado.
- **AUTORES:** Rivero Rodríguez, D. (1); Scherle Matamoros, C. (2); Almansa Castillo, R (1); Cabeza Álvarez, C.I. (1); Pernas Sánchez, Y. (3); García-Meléndez, D.D. (1); Diezma-Martín, A.M. (1); Quintana Castro, P. (1); Ruiz Gómez, J.W. (1); Ennazeh El Khaili, M. (1); Sánchez Cano, N(1); Tabar Comellas, G. (1); Muñoz Escudero, F. (1); Morales Casado, M.I. (1); Marsal Alonso, C. (1).

- CENTRO: (1) Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Toledo. (2) Centro Médico Picassent, Hospital General de Valencia. (3) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
- OBJETIVO: Evaluar los factores clínicos y evolutivos en pacientes con estatus epiléptico refractario (EER) acorde el tratamiento de tercera línea utilizado (midazolam-MDL y/o propofol-PRO).
- DISEÑO: Cohorte retrospectiva. ÁMBITO: Hospital Eugenio Espejo, centro público de tercer nivel. Quito, Ecuador. PACIENTES: 34 pacientes con EER atendidos durante noviembre de 2015 a febrero de 2019. VARIABLES DE INTERÉS: Edad, severidad y etiología del EER, nivel de conciencia pretratamiento, fármacos anestésicos (MDL-PRO), evolución acorde escala de Rankin al alta hospitalaria y a los 3 meses. Sobrevida.
- RESULTADOS: La media de edad de los pacientes fue de  $51,21 \pm 22,3$  años y el 32,4% (11) tenían antecedentes de epilepsia. El 35,3% (12) de los enfermos presentó EE súper-refractario (EESR). La mortalidad hospitalaria alcanzó el 50% de los pacientes y a los 3 meses se extendió hasta el 55,9%. Los pacientes que utilizaron MDL tuvieron una frecuencia superior de uso de vasopresores (71,4% vs 50,0%) y los que necesitaron esquema combinado de MDL-PRO, incluyeron al mayor grupo de EESR ( $p \leq 0,01$ ), con una frecuencia superior de traqueostomía ( $p=0,03$ ), uso de vasopresores ( $p=0,01$ ) y mayor necesidad de disminución de la dosis de fármacos anestésicos ( $p=0,05$ ). El análisis mediante la curva de Kaplan Meier no demostró diferencias de supervivencia significativas a los 3 meses entre los diferentes estratos. MDL vs PRO (Log Rank=0, 17), MDL vs MDL-PRO (Log Rank=0, 49) y PRO vs MDL-PRO (Log Rank=0, 48).
- CONCLUSIONES: Los pacientes con EER mostraron una elevada mortalidad, sin evidenciarse un incremento de la misma acorde los diferentes fármacos y esquemas de tratamiento anestésico utilizados.

### COMUNICACIÓN-10

- TÍTULO: Variabilidad clínico-demográfica de la encefalopatía de Wernicke: a propósito de una serie de casos
- AUTORES: Romero Lorenzo, R.; Galiana Ivars, A.; Vargas Fernández, C.C.; Sánchez del Valle, O.; Gallego de la Sacristana, M.; Camacho Nieto, A.; Gallardo Corral, E.
- CENTRO: Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina).
- INTRODUCCIÓN: La encefalopatía de Wernicke es una patología neurológica producida principalmente por el déficit de vitamina B1 o tiamina, descrita por primera vez por el neurólogo y psiquiatra alemán Karl Wernicke en 1881. Clásicamente se caracteriza por la presencia de la triada de oftalmoparesia, ataxia y confusión. Su diagnóstico es clínico, aunque la RM puede ser de utilidad para apoyar el diagnóstico si existen dudas acerca del mismo.
- MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión de los casos de encefalopatía de Wernicke ingresados en el servicio de Neurología del Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera) en el periodo de 2015-2022, centrándonos en la discusión de sus características clínico-demográficas y su evolución en relación a estas.
- RESULTADOS Y CONCLUSION: A pesar de que la encefalopatía de Wernicke se ha relacionado clásicamente con el alcoholismo, nuestra experiencia personal con los casos expuestos nos conduce a reflexionar acerca de su origen multifactorial y del alto grado de sospecha que el diagnóstico de estos casos muchas veces requiere. De la misma manera, la evolución que presentaron los pacientes fue muy variada, en función de la etiología subyacente, las características del paciente, la rapidez de la instauración del tratamiento y la dosis del mismo.