



XXIII Reunión de la Sociedad Castellano Manchega de Neurología

21 y 22 de marzo de 2025.
Toledo.

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIÓN-1:

TÍTULO: Evaluación clínica de la terapia con cenobamato en pacientes con epilepsia farmacorresistente. Cohorte retrospectiva unicéntrica.

AUTORES: Dannys Rivero Rodríguez. Rosario Almansa Castillo. Clara Isabel Cabezas Álvarez.

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Servicio de Neurología. Unidad de Epilepsia.

OBJETIVO: Evaluar la reducción de crisis epilépticas al mes (CE/mes) posterior al inicio de tratamiento con cenobamato (CNB) en pacientes con epilepsia fármaco resistente (EFR).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis retrospectivo de los primeros 38 pacientes tratados con CNB en el periodo entre Enero/2022 – Junio/2024 en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Se incluyeron 34 enfermos y se excluyeron 4 pacientes por no disponerse de todas las variables recogidas. Se realizó un análisis de las variables sociodemográficas y clínicas teniendo en cuenta el número de CE/mes. Se utilizó el programa SPSS20.0 para el análisis estadístico.

RESULTADOS: La media de edad de los pacientes tratados con CNB fue de $49,1 \pm 14,6$ años, con un predominio del sexo femenino (61,8%). La media de duración de la epilepsia fue de $34,1 \pm 15,3$ años, con múltiples fármacos anticrisis ($10,3 \pm 4,1$) utilizados previamente. El 82,4% de los enfermos presentaban racimos de crisis, pese a encontrarse en politerapia racional. El número promedio de CE en el trimestre previo al inicio de CNB fue de $29,1 \pm 52,9$; con una reducción del $21,8 \pm 43,7$; ($p=0,01$) posterior al tratamiento con este medicamento en su dosis efectiva. Se apreció una disminución significativa para las CE con progresión a tónico clónica bilateral ($5,3 \pm 10,0$ CE-TCB/mes, $p=0,01$). Previo-CNB= $6,8 \pm 11,2$ vs post-CNB= $1,7 \pm 2,1$). También identificamos una mejoría clínica en los enfermos con EFR debido a una encefalopatía epiléptica (Previo-CNB= $71,3 \pm 94,9$ vs post-CNB= $18,6 \pm 19,3$ CE/mes; $p=0,01$). La tasa de retirada por efectos adversos y/o poca eficacia fue de 8,8% (3).

CONCLUSIONES: El tratamiento con CNB logró una disminución del número de CE/mes en la mayoría de los pacientes, siendo especialmente relevante en las CE con progresión a tónico clónico bilateral. Los pacientes con encefalopatías epilépticas también tuvieron una reducción del número de CE/mes. La frecuencia de retirada de CNB por efectos adversos fue baja, con un buen perfil de seguridad.

COMUNICACIÓN-2:

TÍTULO: Propuesta de manejo y seguimiento en pacientes con Enfermedad de Fabry en un Hospital de complejidad media.

AUTORES: Lucinia Colilla Cantalejo. Raquel Romero Lorenzo. Laura Alegre Domínguez. Valeria Betania Goncalves Faria. Alberto Galiana Ivars. Iván Gilberto Arenas Moncaleano. Octavio Sánchez del Valle. Juan Colás Rubio. Esther Gallardo Corral. Ana Camacho Nieto. Celia Vargas Fernandez. Noelia Sánchez Cano. Francisco Corral.

CENTRO: Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

RESUMEN:

La enfermedad de Fabry (EF), es un trastorno de almacenamiento lisosomal ligado al cromosoma X debido a una actividad deficiente o ausente de la enzima alfa-galactosidasa A condicionando la acumulación progresiva de glucoesfingolípidos

en tejidos y órganos provocando clínica en estos. Desde el punto de vista neurológico, los principales signos/síntomas son: acroparestesias, crisis de dolor, parestesias, hipohidrosis, intolerancia al frío/calor y susceptibilidad a AITs/ictus.

En 2021, se creó en nuestro centro, hospital de media complejidad, una unidad multidisciplinar con el objetivo de facilitar el abordaje, optimizar la terapia y homogeneizar el seguimiento de pacientes diagnosticados de EF. Desde entonces, se han diagnosticado en nuestra área de salud, mediante sintomatología clínica, descenso de la actividad α -Gal A, niveles elevados de liso-Gb3 y/o estudio genético con mutación reconocida (útil para identificar posibles mutaciones respondedoras a chaperona farmacológica), tres pacientes de dos familias afectadas, encontrándose en tratamiento con agalsidasa beta (Fabrazyme) Sanofi.

Dos de los pacientes diagnosticados de EF, debutaron con ictus isquémico realizando TAC cerebral en el momento agudo, con RNM basal y de seguimiento a los dos años. Acompañando a la sintomatología neurológica, ambos presentaron hipertrofia ventricular izquierda (RNM cardiaca con mapeo T1 inicial y de seguimiento a los dos años, teniendo la EcoTT con técnica de rastreo moteado strain como alternativa) requiriendo uno de ellos la colocación de un marcapasos por disfunción severa del nodo sinusal. El tercer paciente, diagnosticado de EF por cribado familiar; realizando RNM basal. Todos ellos, además, presentan síntomas sistémicos asociados siendo necesario el control analítico y pruebas complementarias para su seguimiento.

Es fundamental, por tanto, una adecuada protocolización y sensibilización de los profesionales sanitarios con esta enfermedad minoritaria permitiendo así una valoración inicial integral, diagnóstico, intervención y seguimiento continuo de pacientes con EF.

COMUNICACIÓN-3:

TÍTULO: Análisis de la tendencia de prescripción del primer tratamiento modificador de esclerosis múltiple en los últimos 12 años en dos hospitales comarcales

AUTORES: Rodado Mieles, Samjie Andrea¹; Martín Álvarez, Rocío¹; Ortega Suero, Gloria ¹; Pacheco Jiménez, Marta¹; Moreno Gambín, María Isabel ²; Velayos Galán, Alberto¹; Millán Pascual, Jorge³; García Jiménez, Mercedes¹; Calvo Alzola, Marcos¹; Cisneros Llanos José Camilo¹; Araque Arroyo, Patricia¹; Proy Vega, Beatriz¹; López Sánchez, Piedad²; Domingo Santos, Ángela¹

CENTRO: Hospital Universitario La Mancha Centro M.I.(1); Hospital General de Tomelloso(2); Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca(3)

INTRODUCCIÓN: En la última década se ha producido una avalancha de nuevas terapias modificadoras (TME) de la esclerosis múltiple (EM) que nos permiten personalizar cada vez más el tratamiento de los pacientes. Además, diversos estudios avalan el beneficio del inicio precoz de tratamiento así como el uso de terapias de alta eficacia desde el inicio en pacientes con debut agresivo de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con EM que iniciaron tratamiento entre los años 2012 y 2023, agrupados en 3 periodos temporales (Grupo 1-G1- 2012-2015; Grupo 2-G2- 2016-2019; Grupo 3-G3- 2020-2023), en la consulta monográfica de Neuroinmunología de dos hospitales comarcales.

RESULTADOS: Obtuvimos 156 pacientes, 66% mujeres. Mediana de tiempo de evolución de la enfermedad (años) hasta el inicio del primer TME fue: G1 (7,5), G2 (6), G3 (4). Primer TME iniciado por nuestros pacientes fue (tratamientos plataforma / orales / monoclonales, en %): G1 (33/13/7), G2 (18/18/8); G3 (0/12/20)

CONCLUSIONES: En los últimos 12 años se observa una clara tendencia hacia una reducción del uso de los fármacos plataforma (interferones y glatirámico) como primera opción terapéutica, en favor de fármacos orales, efectivos y más cómodos para muchos pacientes, y fundamentalmente de fármacos monoclonales que han demostrado un control más rápido de la actividad de la enfermedad en pacientes de inicio agresivo. Además, la indicación de ocrelizumab en formas primariamente progresivas activas aumenta también el uso de dicho fármaco en pacientes naive.

COMUNICACIÓN-4:

TÍTULO: Coexistencia de Esclerosis Múltiple (EM) y otras enfermedades desmielinizantes con Enfermedades Reumáticas: ¿una asociación casual?

AUTORES: Paola Gómez Ramírez, Asunción García Maruenda, Ma Pilar Nieto Palomares, Maroua El Harmochi Daoud, Arturo Sánchez Gómez, Andrés Herrera Ortega, Isabel Martín Sobrino, Amalia Hernández González, Ma Ángeles del Real Francia, María Gudín Rodríguez, Ma Jesús Corrales Arroyo, Julia Vaamonde Gamo.

CENTRO: Hospital General Universitario de Ciudad Real.

OBJETIVOS: Según la literatura, el 18% de pacientes con EM tendrán comorbilidad con otra enfermedad autoinmune, quizá debido a factores fisiopatogénicos comunes (genéticos o ambientales). Se ha descrito una asociación significativa de EM con enfermedades reumáticas, fundamentalmente psoriasis y artritis reumatoide, y en menor porcentaje con espondilitis anquilopoyética, Sjögren, Lupus eritematoso sistémico (LES) y Behçet. La elección de un tratamiento eficaz para ambas y que no agrave una de ellas, supone un reto actual creciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan 151 pacientes de nuestra área con diagnóstico de enfermedad desmielinizante. De ellos 12 pacientes (10 mujeres y 2 hombres) presentan una enfermedad reumática concomitante. Edad media: 42 años. Diagnóstico neurológico: 9 EM remitente-recurrente (EMRR), 1 EM secundaria progresiva (EMSP), 1 neuritis óptica bilateral (CRION), 1 Síndrome clínico aislado (neuritis óptica). Tratamiento actual: Acetato de Glatirámico 3, Cladribina 2, Ocrelizumab 2, Interferón beta 1A 1, Dimetilfumarato 1, Fingolimod 1, sin tratamiento 2.

RESULTADOS: Los diagnósticos reumatológicos fueron: 5 pacientes psoriasis, 2 artritis/sinovitis seronegativa, 1 LES, 1 espondiloartropatía periférica B27 positiva, 1 enfermedad de Behçet, 1 sacroileítis, 1 sin diagnóstico específico con ANAs y anticuerpos antimúsculo liso positivos. Siguen tratamiento en monoterapia o combinado: 3 con Metotrexato, 1 con Azatioprina, 1 con Rituximab, 1 con hidroxycloquina, 3 con corticoides, 1 con colchicina en fases agudas, 2 sin tratamiento.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie la prevalencia de coexistencia de EM y enfermedades reumáticas fue del 8%, entre las cuales las más comunes fueron psoriasis (42%) y artritis seronegativa (17%). La comorbilidad es mayor en mujeres, y con diagnóstico de EMRR. Conocer la coexistencia de enfermedades autoinmunes en pacientes con EM es imprescindible para interpretar correctamente la sintomatología y evolución, pero además obliga a revisar los posibles tratamientos, considerando fármacos eficaces para ambas patologías, sinérgicos o que no originen empeoramientos iatrogénicos.

COMUNICACIÓN-5:

TÍTULO: Ataxia de Friedrich, primer caso de financiación pública en el estado español con Omaveloxolona, a propósito de un caso.

AUTORES: Félix González Martínez, Dolores Barreda Hernández, Amparo Flor García, Ana Plaza Herráiz, Víctor Sánchez González, Alicia López Martínez.

CENTRO: Servicio de Neurología y Farmacia hospitalaria, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

RESUMEN

La ataxia de Friedrich (AF), es una enfermedad rara que acorta la esperanza de vida y que produce síntomas incapacitantes multisistémicos. Su origen es genético. Está causada por una expansión de repeticiones GAA (guanina-adenosina-adenosina) en el gen FXN, que produce una disminución de la expresión de la proteína mitocondrial frataxina. La prevalencia en España se sitúa en 1,34/100.000. La edad promedio al morir es de 37,5 años. Enfermedad discapacitante, de rápida progresión, acorta la esperanza de vida. Skyclarys (omaveloxolona) indicado para el tratamiento de la AF adultos y adolescentes a partir de 16 años. Medicamento con designación de huérfano por el Comité de Medicamentos Huérfanos (COMP) de la AME.

La indicación de este tratamiento en la AF, se basa en los estudios del MOXIle parte 1 y parte 2. Se caracteriza por una ataxia progresiva de la marcha y las extremidades, disartria, arreflexia, disminución de la sensibilidad vibratoria y debilidad muscular de miembros inferiores. Y signos no neurológicos como escoliosis, pie cavo, miocardiopatía hipertrófica y diabetes mellitus.

El caso clínico en el que se indicó es en un varón de 23 a, que, de forma progresiva, relataba trastorno de la marcha, disartria con arreflexia sin pies cavos con escoliosis, en la escala SARAscale: 2-2-0-2-1,5,1,5-1-2=12, y en el estudio genético de la AF fue positivo para el gen FXN 86 GAA en ambos alelos. El EMG demostraba polineuropatía axonal sensitiva moderada, en la RM atrofia cerebelosa, desde noviembre del 2024, se inició tratamiento con omaveloxolona a dosis indicadas de 150 mg día, en el primer control leve elevación de transaminasas. El dictamen en su disposición indicaba, que cualquier gerencia de CLM podría utilizarlo tras el informe de posicionamiento terapéutico, siendo la primera indicación de financiación pública de Skyclarys en el estado español.

COMUNICACIÓN-6:

TÍTULO: Nuevos criterios de esclerosis múltiple: aplicación retrospectiva.

AUTORES: M^a Helena González Gómez, Judit Villamor Rodríguez, Francisco Javier Sánchez García, Elena Gismera Fontes, Miguel Mas Serrano.

CENTRO: Hospital Universitario Guadalajara.

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que a menudo inicia como síndrome clínico (CIS) o radiológico aislado (RIS). Los criterios diagnósticos McDonald 2017 han sido actualizados en 2024, incorporando parámetros como la diseminación en espacio (DIS) en nervio óptico, lesiones con signo de la vena central (CVS) y lesiones en anillo paramagnético (PRL). Estas modificaciones buscan aumentar la sensibilidad y facilitar un diagnóstico temprano.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico de 11 pacientes diagnosticados inicialmente con CIS o RIS según los criterios McDonald 2017 entre 2019 y 2021, con un seguimiento clínico mínimo de 3 años. Se revisaron los casos bajo los criterios actualizados de 2024, incluyendo los hallazgos en las secuencias de susceptibilidad magnética y técnicas adicionales como tomografía de coherencia óptica y potenciales evocados visuales. Se identificaron los casos que cumplían criterios de EM en el primer contacto y aquellos que evolucionaron a EM durante el seguimiento.

RESULTADOS: Con los nuevos criterios, 5 pacientes (45%) cumplían diagnóstico de EM desde la primera consulta: 3 por presencia de al menos 6 CVS, y 2 por DIS en nervio óptico. De estos, 3 evolucionaron a EM según los criterios McDonald 2017 durante el seguimiento, con demostración de DIS y diseminación en tiempo (DIT) en 1 y 2 casos, respectivamente.

CONCLUSIÓN: Los nuevos criterios diagnósticos McDonald 2024 demostraron mayor sensibilidad en esta muestra, permitiendo un diagnóstico y tratamiento más temprano de la EM. Esto podría contribuir a un mejor pronóstico a largo plazo para los pacientes, destacando la relevancia de actualizar los enfoques diagnósticos.

COMUNICACIÓN-7:

TÍTULO: Arteriopatía Cerebral Focal como causa de ictus en el paciente joven y pediátrico.

AUTORES. Torres López, Laura Esther; Hernández Fernández, Francisco; Serrano Serrano, Blanca; Payá Montes, María; Molina Nuevo, Juan David; Fernández López, Ángela; Alcahut Rodríguez, Cristian Ángel; García García, Jorge; Ayo Martín, Óscar; Cuenca Juan, Fernando; Ocaña Mora, Beatriz; Sánchez Morales, Lidia; López Rojo, Ángela; Fernández Usero, Andrea; Segura Martín, Tomás.

CENTRO. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: La incidencia del ictus en edad pediátrica y el adulto joven está experimentando un aumento. Supone una de las diez primeras causas de muerte en la infancia, y el pronóstico clínico es malo. Si bien la causa principal es indeterminada, existen cuadros infrecuentes. La arteriopatía cerebral focal provoca una estenosis de una arteria intracraneal, y puede tener un origen para/postinfeccioso. Analizamos una serie de pacientes atendidos en el último año en nuestro centro y realizamos una revisión de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Serie de tres casos de ictus pediátrico o adulto joven. Se manejaron dentro de la estrategia de código ictus regional, realizando trombectomía mecánica en todos ellos. Se indicó un estudio etiológico completo, incluyendo arteriografía, punción lumbar y RM de pared vascular-3T. Se completó estudio cardiológico y analítico (serologías, autoinmunidad, trombofilia).

RESULTADOS: La edad de los pacientes fue de 5, 23 y 33 años, sin antecedentes de interés previos. En los tres casos se realizó trombectomía, con imágenes sospechosas de arteriopatía cerebral focal. La RM-3T fue positiva para el diagnóstico de sospecha en 2 casos, y en la tercera no fue posible realizarla. Las punciones lumbares mostraron, en dos de los casos, ligera hiperproteínoorraquia sin otros hallazgos. En un caso el estudio de autoinmunidad fue positivo para HLA-B51. En todos ellos se detectaron serologías víricas positivas: Epstein Barr, Herpes Simple, Varicela Zóster y Parvovirus B19. Todos los casos recibieron inmunosupresión con corticoides sistémicos a altas dosis. La recuperación clínica fue significativa, pero persistiendo déficits neurológicos limitantes (mRS=2).

CONCLUSIONES: La arteriopatía cerebral focal es una causa infrecuente de ictus en el paciente joven, pero su reconocimiento está aumentando. Se cree que ciertos patógenos suponen una pieza fundamental en la patogénesis de esta entidad. Las recurrencias son frecuentes, por lo que se propone tratamiento con inmunosupresores.

COMUNICACIÓN-8:

TÍTULO: Evidencia en la práctica clínica real de la eficacia y seguridad de la infusión subcutánea de foslevodopa/foscarbidopa en la enfermedad de Parkinson avanzada.

AUTORES: María Martín Martín, María Isabel Morales Casado, Guillermo Tabar Comellas, Enrique Gisbert Tijeras, David Dylan García Meléndez, Javier Domínguez Bértalo, Dannys Rivero Rodríguez, Nuria López Ariztegui, Mouna Ennazeh El khaili, Daniel Maroto Navas, José Piernagorda Copado, Raúl Rodríguez García, Fernando José Márquez Peñuela, Natalia Muñoz Pinto.

CENTROS: Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Estudio multicéntrico con el Hospital Universitario La Mancha Centro y el Hospital Virgen de Altagracia.

OBJETIVO: descripción de una serie de 21 pacientes en tratamiento con foslevodopa/foscarbidopa (fLD/fCD) subcutánea de inicio, dual o como terapia puente en enfermedad de Parkinson (EP) avanzada.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio multicéntrico con reclutamiento de 21 pacientes con inicio de tratamiento fLD/fCD según práctica clínica habitual. Se han recogido datos del estado motor previo y posterior al tratamiento (UPDRS parte III), fluctuaciones motoras y horas en OFF, calidad de vida (PDQ-39), y síntomas no motores (PDNMS-Q). Adicionalmente, se recogieron datos de entrevistas clínicas con la evaluación de la satisfacción global.

RESULTADOS: incluidos 21 pacientes, 3 en tratamiento previo con infusión de gel intestinal de levodopa-carbidopa (LCGI) y 2 como terapia puente para la estimulación cerebral profunda (ECP). Un 90.4% de los pacientes presentaban discinesias, sólo 1 discapacitantes, y un 66.6% experimentaban congelación de la marcha. El inicio del tratamiento con fLD/fCD se realizó de forma ambulatoria sin complicaciones peri-procedimiento en ningún paciente. Tras la optimización, se observó mejoría en los síntomas motores, calidad de vida y síntomas no motores. Las discinesias mejoraron en más de la mitad de los pacientes, y sólo 1 experimentó empeoramiento. La congelación de la marcha mejoró en un 81% de los pacientes. 3 pacientes desarrollaron efusión subcutánea, 2 discontinuando el tratamiento. 1 paciente discontinuó el tratamiento debido a ausencia de eficacia. Sólo 1 paciente experimentó alucinaciones en relación con Trastorno Obsesivo Compulsivo grave previo, resuelto tras cambiar a infusión diurna.

CONCLUSIÓN: la infusión continua subcutánea de fLD/fCD ofrece una alternativa segura, efectiva y sencilla para la optimización de tratamiento en pacientes con EP con mal control de las fluctuaciones a pesar de terapia oral optimizada, como tratamiento de inicio o como terapia puente para la ECP. La terapia ha demostrado ser efectiva en la mejora de los síntomas motores y la calidad de vida.

COMUNICACIÓN-9:

TÍTULO: Reactivación del virus varicela-zóster en el sistema nervioso central: características clínicas y epidemiológicas en la población de Guadalajara (2008-2024)

AUTORES: Francisco Javier Sánchez García¹, Fátima Vioque Pastor², Simón Voyer Conde, Elena Gismera Fontes¹, Judit Villamor Rodríguez¹, María Helena González Gómez¹, Marta Cascajero Marcos², Daniel Tena Gómez², Miguel Mas Serrano¹,

CENTRO: Hospital Universitario de Guadalajara: Servicio de Neurología del Hospital de Guadalajara (1). Servicio de Microbiología del Hospital de Guadalajara (2)

INTRODUCCIÓN: La infección del sistema nervioso central (SNC) por el virus varicela-zóster (VZV) presenta una expresión clínica variada y asocia frecuentemente una elevada morbimortalidad. Estudios recientes evidencian un aumento de la incidencia en los últimos años, asociado a un mayor conocimiento de esta afectación y sus entidades clínicas. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la infección del SNC por VZV en nuestro centro a través de una serie de casos.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo en el Hospital de Guadalajara de todos los casos confirmados de infección de VZV en el SNC en un período comprendido entre los años 2008-2024. La infección se definió como la detección de ADN viral por PCR en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se recopilaron datos demográficos, clínicos, paraclínicos y radiológicos.

RESULTADOS: Durante el período de 2008 a 2024, se detectaron 26 pacientes con PCR positiva en LCR para VZV: 5 hombres (57.7%) y 11 mujeres (42.3%). La edad mediana fue de 67.5 años, con un rango intercuartílico de 21.5 años. Las manifestaciones clínicas incluyeron: 8 casos de encefalitis (30.8%), 7 de meningitis (26.9%), 7 de meningoencefalitis (26.9%), 2 de encefalomielitis (7.7%), 1 caso de romboencefalitis y hematoma intraparenquimatoso asociado (3.8%) y otro de neurorretinitis bilateral (3.8%). Además, 20 pacientes (76.9%) presentaron lesiones cutáneas asociadas al episodio. Con base en el censo poblacional, se estimó una incidencia de 0.67 casos por cada 100,000 pacientes-año.

CONCLUSIONES: El estudio destaca la relevancia clínica de la reactivación del VZV en el SNC, a pesar de su baja frecuencia. Las manifestaciones graves subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y manejo adecuado, y la asociación con lesiones cutáneas refuerza la relación entre la reactivación cutánea del VZV y el SNC.

COMUNICACIÓN-10:

TÍTULO: Factores predictores de la presencia de hiperdensidad en la TC de control en pacientes con ictus isquémico tratados mediante trombectomía mecánica.

AUTORES: Ocaña Mora, Beatriz; Ayo Martín, Óscar; Hernández Fernández, Francisco; García García, Jorge; Payá Montes, María; Serrano Serrano, Blanca; Alcahut Rodríguez, Cristian Ángel; Palao Rico, María; Molina Nuevo, Juan David; Collado Jiménez, Rosa; Lozano Setién, Elena; Sánchez Morales, Lidia; Cuenca Juan, Fernando; López Torres, Laura Esther; Fernández Usero, Andrea; López Rojo, Ángela; Segura Martín, Tomás.

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS: Los pacientes con ictus isquémico agudo tratados mediante trombectomía mecánica presentan con frecuencia un área de hiperdensidad en la TC de control (HTC) realizada a las 24 horas post-trombectomía. Existe controversia respecto a la naturaleza de dicha hiperdensidad, y se ha postulado que el origen sea extravasación de contraste durante el procedimiento endovascular y/o transformación hemorrágica. Estudios realizados con secuencias de RM susceptibles a hemosiderina muestran que en todos los casos existe cierto grado de componente hemorrágico. Se propone conocer qué factores se asocian con la aparición de HTC, independientemente de su naturaleza.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional prospectivo unicéntrico de los pacientes tratados con trombectomía mecánica en el Hospital General de ciudad recete entre diciembre de 2014 y enero de 2024. Estudio de las variables asociadas con la presencia de HTC mediante análisis univariante y a continuación, multivariante por regresión logística binaria.

RESULTADOS. Se incluyeron 815 pacientes, 454 varones (55,7%), con edad media de 70,1. 246 (30,2%) recibieron trombólisis. Se identificó HTC en 83 pacientes (10,4%). Las variables asociadas con la presencia de HTC fueron la hipertensión arterial, DM, glucemia y leucocitos en Urgencias, puntuación NIHSS y ASPECTS basal, administración de trombólisis fuera de nuestro centro y resultado TICI. Aquellas que mantuvieron asociación independiente con HTC en el análisis multivariante fueron: administración de trombólisis fuera de nuestro centro (OR 3,9 IC 95% [1,5-10,1]), glucemia (1,01 [1,01-1,02]) y leucocitos en Urgencias (1,01 [1,01-1,02]), puntuación NIHSS ≥ 10 (OR 5,4 [1,6-18,7]) y ASPECTS ≤ 5 en la TC basal (3,5 [1,2-10,3]).

CONCLUSIONES. En nuestra población, los factores predictores de la aparición de HTC post-trombectomía fueron la trombólisis fuera de nuestro centro, puntuación NIHSS ≥ 10 , ASPECTS ≤ 5 en la TC basal y cifras altas de glucemia y leucocitos en Urgencias. Nuevos estudios deben corroborar si se replican estas relaciones en poblaciones diferentes.

POSTERS VIRTUALES

POSTER-1:

TÍTULO: Neurolinfomatosis primaria como debut de linfoma. Caso clínico y revisión sistemática de la literatura.

AUTORES: Judit Villamor Rodríguez (primer autor), María Helena González Gómez, Francisco Javier Sánchez García, Elena Gismera Fontes, David Enrique Barbero Jiménez.

CENTRO: Hospital Universitario de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN: La neurolinfomatosis primaria (PNL) es la infiltración directa del SNP por células neoplásicas linfomatosas, representando la forma más infrecuente de afectación del SNP por linfoma, y en menor medida del SNC. Manifestación inicial de una neoplasia hematológica subyacente (mayoritariamente LNH-B), resultando en un desafío diagnóstico-terapéutico. Nuestro objetivo es realizar una revisión de la literatura a través de un caso clínico.

MÉTODOS: Caso clínico: mujer de 70 años, AP de TNE páncreas (MEN1), presenta omalgia y debilidad muscular posterior en MSI, de 2m de evolución, compatible con plexitis braquial izquierda (RM+EMG) y diplopía binocular horizontal sin oftalmoparesia franca. Añade mononeuropatía del nervio mediano y cubital derechos (EMG). A las 2s comienza con debilidad para la flexo-extensión del pie derecho, debido a afectación del plexo lumbosacro (RM+EMG).

RESULTADOS: Estudio etiológico inicial normal (autoinmunidad, antineuronales, antigangliósidos, antinodales/paranodales, serologías, inmunofenotipo y citología LCR (x2), TC-body, RM-columna), a excepción de ANCA+ (atípico). Inicia MTP-IV (1grx5d), IGIV (2gr/kg) y prednisona oral (60mg) en dosis descendente. Añade oftalmoplejía OD. PET-TC cuerpo y RM órbitas normales. Biopsia nervio sural no sugestiva de vasculitis. Al mes plexopatía braquial derecha. Nuevo ciclo IGIV, añade afectación del VII y IX p.c. RM cerebral evidencia realce y lesiones en SB. Nueva PL compatible con LNH-B de célula grande CD20+/CD38+. No infiltración en médula ósea (biopsia). Inicia tratamiento QT(MATRIX) con buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN: Este trabajo ilustra un caso de neuropatía multifocal secundaria a PNL, entidad de alta dificultad diagnóstica con alta tasa de retraso diagnóstico. Las manifestaciones periféricas son diversas y predominan las neuropatías dolorosas. Infiltración: nervios periféricos (56%), raíces nerviosas (52%), plexos (33%) y nervios craneales (32%). La combinación de pruebas diagnósticas resulta esencial (biopsia de nervio dirigida S80%, RM S40% y análisis de LCR S21%) y los regímenes basados en Rituximab mejoran el pronóstico, aunque incierto por su rareza.

POSTER-2:

TÍTULO: La miopatía de Belthem: Un desafío diagnóstico en la medicina neuromuscular

AUTORES: Maroua El Harmochi Daoud, Paola Gómez Ramírez, Asunción García Maruenda, María Pilar Nieto Palomares, Arturo Sánchez Gómez, Andrés Herrera Ortega, María Usero Ruiz, María Jesús Corrales Arroyo.

CENTRO: Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVOS: La miopatía de Bethlem (MB) es un trastorno genético infrecuente, con herencia variable, causado por mutaciones en los genes que codifican el colágeno VI (COL6A1, COL6A2 y COL6A3). Es la forma más leve de las miopatías asociadas al colágeno VI (M-COL). Clínicamente cursa con hipotonía, hiperlaxitud articular, debilidad progresiva, contracturas articulares, alteraciones cutáneas y respiratorias. Los síntomas se inician en la infancia o adolescencia, aunque hay casos tardíos. Presentamos dos casos, ejemplos del amplio espectro clínico de la enfermedad.

MÉTODOS: Caso 1 (1): Varón de 31 años con desarrollo normal hasta los 2 años. Inicia dificultad para la deambulación y debilidad. Progresó a tetraparesia con restricción para la extensión de brazos, amiotrofia de miembros inferiores, reflejos abolidos y sensibilidad conservada. Caso 2 (2): Mujer de 60 años que inicia debilidad proximal de MMII progresiva precisando apoyo para caminar. Reflejos abolidos. Ingreso reciente en cardiología. Madre con debilidad de etiología indeterminada iniciada a los 7 años.

RESULTADOS: Se realizaron los siguientes estudios complementarios: Analítica: Normal (2) y elevación de creatina quinasa (1); RM cerebral: Normal (1) y (2) Estudio; Electromiograma: hallazgos pseudomiopáticos y signos denervación neurógena crónica (1) e inespecífico (2); Biopsia muscular: alteraciones distróficas (1), pendiente (2); RM muscular no realizada (1) y atrofia muscular con predominio glúteo y compartimentos postero-lateral del muslo (2); Estudio genético: Heterocigosis COL6A1 (1) y homocigosis en COL6A2 (2).

CONCLUSIONES: Los casos descritos resaltan la variabilidad clínica de la MB, subrayando la necesidad de un diagnóstico temprano para un tratamiento multidisciplinario adecuado. Asimismo, es importante tener en cuenta que puede manifestarse en la edad adulta, por lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial. Como dato adicional, la paciente 2 presentó un bloqueo AV que precisó la implantación de marcapasos. Aunque las alteraciones cardíacas no son típicas (es controvertido), si lo son en otras miopatías genéticas.

POSTER-3:

TÍTULO: Mucormicosis rinocerebral, una rara complicación del paciente inmunocomprometido.

AUTORES: Gata Maya, David; Portilla Ríos, Sergio Andrés; Plaza Herraiz, Ana; Nieves Castellanos, Candela; Huete Hurtado, Ana; Sánchez González, Víctor; González Martínez, Félix; López Martínez, Alicia.

CENTRO: Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

RESUMEN:

Varón de 57 años, diabético y con tratamiento inmunosupresor por artritis reumatoide (sarilumab, prednisona) ingresado por neumonía bilateral grave por SARS-CoV2 con evolución tórpida, en tratamiento con ceftriaxona, levofloxacino, remdesivir y corticoides.

Se interconsulta con neurología ante la aparición de una paresia facial y parestesias en hemicara derecha para descartar cuadro neurovascular agudo. Por este motivo se había solicitado TAC craneal sin signos de isquemia precoz, pero con hallazgos sugerentes de otomastoiditis derecha y mastoiditis izquierda agudas

A la exploración presentaba una parálisis facial derecha completa, así como un ojo derecho congelado en exotropía, importante proptosis y quemosis conjuntival, ptosis palpebral, midriasis pupilar arreactiva y reflejo corneal abolido, con aparente indemnidad de agudeza visual, vías largas y cerebelo.

Ante la afectación inflamatoria/infecciosa de órbita y senos paranasales en paciente inmunosuprimido y con glucemias muy elevadas se solicita valoración ORL urgente objetivándose por fibroscopia placas necróticas en rinofaringe que afianzaron más la sospecha inicial de infección por Mucor (que se confirmaría más adelante en cultivos), iniciándose en base a ello tratamiento empírico antifúngico para cubrir dicha eventualidad.

La evolución fue rápidamente progresiva en el curso de una semana pese a tratamiento antifúngico y cirugía ORL, con desbridamiento y exéresis del tejido necrótico, con empeoramiento de la afectación pansinusal y orbitaria y, finalmente, invasión intracraneal y encefalitis difusa que condujo al fallecimiento del paciente.

La mucormicosis es una enfermedad muy infrecuente causada por hongos del orden mucorales. Se han descrito varias formas de la enfermedad (pulmonar, gastrointestinal, mucocutánea, diseminada), siendo la forma rinocerebral la más frecuente y asociándose con frecuencia a pacientes diabéticos, con neoplasias hematológicas, y, más recientemente, en el seno de infección por COVID. La mucormicosis rinocerebral suele tener un curso rápido y con frecuencia fatal, produciendo gran afectación tisular a través de un mecanismo angioinvasivo, provocando trombosis y abundante necrosis, y alcanzando el sistema nervioso central lo que condiciona su ominoso pronóstico.