

## **RESÚMENES DE COMUNICACIONES**

### **COMUNICACIONES ORALES 1ª SESION:**

**Moderador:** Dr. Tomás Segura Martín. Jefe de Servicio de Neurología C.H.U.A.

**17:00 - Infartos isquémicos múltiples en territorio vertebrobasilar de origen cardioembólico por mixoma ventricular izquierdo.** Corrales Arroyo M.J., Carrasco García de León S., Valencia Guadalajara C., Vaamonde Gamo J. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**RESUMEN:**

- Introducción: Los tumores cardíacos primarios son muy poco prevalentes; de éstos, los mixomas son los más frecuentes. Típicamente se localizan en la aurícula izquierda, muy rara vez, en ventrículo izquierdo. Son causa inhabitual de ictus en paciente joven sin factores de riesgo vascular. Presentamos el caso de un paciente joven, con mixoma ventricular izquierdo y trombo gigante adherido, diagnosticado tras presentar un ictus isquémico de circulación posterior.

- Caso clínico: Varón de 40 años, consulta por disartria fluctuante de 30 minutos duración. En urgencias sufre empeoramiento súbito. Exploración: bradipsiquia, bradilalia, cuadrantanopsia inferotemporal derecha y hemiparesia derecha. Un TC urgente con angio-TC de TSA fue normal. La RM craneal realizada a las 24h del inicio de la focalidad mostró múltiples focos isquémicos agudos en territorio vertebrobasilar. Con sospecha de origen cardioembólico se realizó un ecocardiograma que detectó una gran masa pediculada intraventricular izquierda. Tras resección del tumor, el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de mixoma. La evolución fue excelente.

- Conclusión: Los mixomas ventriculares izquierdos son excepcionales y la embolización a circulación posterior es poco común. Destacamos la singularidad y relevancia clínica de tal combinación.

**17:12 - Disección vertebral bilateral con pseudoaneurismas asociados en paciente con malformación arteriovenosa.** Layos Romero A., Lobato Casado P., Morales Casado M.I., Murcia Carretero S., Morín Martín M, Marsal Alonso C. Servicio de Neurología, Unidad de Ictus, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

**RESUMEN:**

- RESUMEN DEL CASO. Varón de 35 años, sin factores de riesgo cardiovascular o consumo de tóxicos. Como único antecedente en 2006 precisó intervención quirúrgica de una malformación arterio-venosa occipital izquierda. Como complicación presentó un status convulsivo post-quirúrgico, por lo que se encuentra en tratamiento con levetiracetam (actualmente en situación de retirada). Acude a Urgencias por presentar, durante un juego de pádel, dolor súbito cervical irradiado a la cabeza, vómitos y diaforesis profusa, que en el área de Urgencias progresa hacia somnolencia e intensa taquipnea. En la exploración destaca rigidez de nuca con contractura cervical asociada y cuadrantanopsia homónima inferior derecha, residual a su cirugía previa. Resto de exploración sin alteraciones. Presenta deterioro progresivo del nivel de consciencia y agitación, precisando atención por parte de Cuidados Intensivos. Se realiza estudio de imagen con protocolo TC basal, angio-TC de TSA y estudio difusión-perfusión con hallazgo de una arteria vertebral derecha filiforme en su segmento V2 distal, seguida de una dilatación fusiforme de 4 mm en V3 con

hematoma intramural adyacente, es decir, una disección arterial seguida de un pseudoaneurisma. Por otro lado, también se observó una arteria vertebral izquierda estrecha en su segmento V2 distal seguida de una dilatación de 2 mm en el segmento V3. En ambos casos, los segmentos V4 fueron normales, así como el resto de ejes explorados. Estos hallazgos se confirmaron posteriormente mediante arteriografía. Durante el ingreso se realiza cribaje de enfermedad sistémica, sin hallazgos de interés, así como angio-RM cerebral, en la cual no se objetivan lesiones isquémicas secundarias a embolismo arterio-arterial. Por este motivo y dada la extensión intracraneal de la disección, se inicia tratamiento antiagregante con AAS 300 mg al día. A los 3 meses del alta, se realizó un nuevo angio-TC de control, en el que se evidenció resolución de los hallazgos en arteria vertebral izquierda y normalización del calibre en arteria vertebral contralateral pero también un aumento del tamaño del pseudoaneurisma (hasta 7.4 x 10 mm) de la arteria vertebral derecha. El paciente se mantiene asintomático desde el punto de vista neurológico con ausencia de síntomas locales a pesar de la progresión del tamaño del pseudoaneurisma. Se plantea el presente caso con el objetivo de plantear una discusión en torno a la opción del tratamiento endovascular del pseudoneurisma dado el crecimiento a pesar del tratamiento vs una actitud más conservadora dado el habitual buen pronóstico de los mismos.

**17:24 - Experiencia del protocolo de atención al ictus isquémico agudo en el Hospital General de Almansa.** Perona Moratalla A.B., Galvez Hernández G., Alfaro Gómez C., Pinés Corrales P., Segura Martín T. Hospital General de Almansa y Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**RESUMEN:**

- La enfermedad cerebrovascular es la principal causa de mortalidad por etiología específica y la primera causa de discapacidad en el adulto. En el manejo del ictus en fase aguda, además del tratamiento revascularizador, la atención protocolizada del mismo ha demostrado disminuir tanto la mortalidad como la dependencia tras un evento vascular.
- En nuestro centro, un hospital de primer nivel asistencial cuya área sanitaria incluye unos 52.000 habitantes, pusimos en marcha un protocolo de atención al ictus isquémico agudo en mayo de 2014 y nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia.
- Se incluyeron 52 pacientes mayo-diciembre 2014, 21 hombres (40,4%) y 31 mujeres (59,6%), con una edad media de 83,5 años (rango 61-93). Ninguno era fumador, presentaban HTA (73,1%), DM (34,6%), dislipemia (42,3%), FA conocida (30,8%) e ictus previo (38,5%). Se incluyeron 44 ictus isquémicos (84,6%). 1 ictus hemorrágico (1,9%), 7 pacientes sin patología vascular (13,4%); La NIHSS media inicial fue de 8 (rango 0-29) y el 78,9% de los pacientes incluidos presentaban una clase funcional medida por Escala Modificada de Rankin  $\leq 2$ . Se registró una mortalidad hospitalaria de 4,9%. A los 3 meses el 45,2% de los pacientes presentaba un Rankin  $\leq 2$ .

**17:36 - Propuesta de estudio multicéntrico para la reducción de la demora prehospitalaria en el ictus.** García Ruiz R., Silva Fernández J., Recio Bermejo M., García Chiclano A., Pacheco Jiménez M., Botia Paniagua E. Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

**RESUMEN:**

- Introducción: la concienciación sobre la necesidad de un manejo precoz del ictus es un hecho creciente desde la extensión del tratamiento fibrinolítico, con resultados tiempo-dependientes. Por otro lado, en la mayoría de estudios sobre el retraso prehospitalario, sólo entre el 50-60% de los pacientes llegan en los primeros 180 minutos, y una minoría de estos lo hacen en la primera hora. Las estrategias globales y campañas en medios de comunicación no han mostrado una mejoría al respecto en el largo plazo, desapareciendo su efecto beneficioso una vez cesan dichas campañas, constituyendo herramientas caras e inefectivas. Nuestro objetivo es evaluar una estrategia centrada en pacientes con factores de riesgo, teniendo en cuenta que la mayoría de ictus (> 90% en nuestra serie) acontecen en dichos pacientes.

- Métodos: proponemos la realización de un estudio multicéntrico para evaluar la eficacia de una intervención informativa en pacientes en riesgo de ictus en Atención Primaria, en la reducción de la mediana de la demora prehospitalaria en el ictus. Los objetivos secundarios serían la reducción del tiempo hasta la primera consulta, la mortalidad, dependencia y estancia hospitalaria y el incremento en el uso del 112 como medio contacto con el sistema de salud, entre otros.

**17:48 - Mortalidad de los pacientes con traumatismo craneo-encefálico.** Experiencia de un hospital sin neurocirugía. Sánchez González V., González Martínez F., Huete Hurtado A., Maraña Pérez, A.I., Curbelo Del Bosco J. Servicios de Neurología, Neuropediatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

**RESUMEN:**

- Objetivos: Evaluar las variables que modifican la mortalidad de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) ingresados en un hospital sin neurocirugía.

- Material y Métodos: Estudio retrospectivo durante 4 años (Desde 1/1/2010 al 1/1/2014) se recogieron 160 pacientes que ingresaron por TCE en un hospital de nivel II sin servicio de neurocirugía, todos los pacientes fueron desestimados para cirugía urgente previamente. Incluyéndose variables sociodemográficas, escala de Glasgow inicial, diagnóstico radiográfico, traslados desde la planta a cirugía, aparición de crisis epilépticas sintomáticas y mortalidad.

- Resultados: De los 160 pacientes, 88 eran hombres (53 %), fallecieron durante el ingreso 17 (10,6%) sobreviviendo 144, la edad media fue de 74,36 años (20-93 años), la media de edad en los fallecidos fue de 83,13 y de los no fallecidos 72,99 años (p de 0,03), siendo ingresados en Neurología y Medicina Interna. Durante su ingreso fueron trasladados 9 pacientes (5,5%). El diagnóstico radiológico más frecuente fue el de hematoma subdural, 64 (39,8%) y después hemorragia subaracnoidea, 18 (11,2%) o bien la asociación de ambos 24 (15%). El éxitus se relacionó principalmente con la existencia de hematoma subdural (p < 0,05). 9 (5,6%) tuvieron crisis epilépticas agudas sintomáticas sin significación estadística, el Glasgow inicial se parceló en 3 grupos, 12 (7,5%) entre 3-8 con 11 exitus, entre 9-12 fueron 6 (3,8%) con 3 exitus y entre 13-15 fueron 141 (88%) con 3 exitus, con un p < 0,05.

- Conclusión: La edad, el tipo de TCE y las bajas puntuaciones en la escala de Glasgow implicaron un aumento de la mortalidad.

## COMUNICACIONES ORALES 2ª SESION:

**Moderador:** Dr. Enrique Botia Paniagua. Jefe de Sección de Neurología H.G.M.C.

**18:15 Causa infrecuente de insuficiencia respiratoria severa.** Valencia Guadalajara C., Del Real Francia MA., Giraldo N., López García A., Corrales Arroyo M.J., Carrasco García de León S., Hernández González A. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**RESUMEN:**

- Presentamos un paciente con insuficiencia respiratoria severa de inicio agudo.

- Caso clínico: varón de 40 años. Tras un esfuerzo físico intenso presenta un cuadro de dolor cervico-braquial, dificultad respiratoria que se acentúa e impide el decúbito, disnea a mínimos esfuerzos y debilidad generalizada, más acentuada en los brazos. Mas tarde nota atrofia en musculatura de cintura escapular.

- Exploración: respiración paradójica. Atrofia en la musculatura supraclavicular y deltoides. Escapula alada. Leve disminución de fuerza en extremidades superiores de predominio derecho.

- Exámenes complementarios: Analítica: bioquímica, hemograma, serologías e inmunología sin alteraciones. RX de torax: elevación diafragmática, en inspiración forzada hasta la 5ª costilla. Espirometría: capacidad vital forzada, CVF, 55%. (en decubito, 30%). Patrón restrictivo severo. Ecocardiograma: movimiento anómalo del septo, que protuye hacia ventrículo izdo. TAC toraco- abdominal: diafragmas hasta 5ª costillas. Atelectasia lóbulo inferior derecho. RM cervical: sin alteraciones. Estudio neurofisiológico: signos agudos de denervación compatible con plexopatía braquial bilateral

- Se inicia tratamiento rehabilitador y ViPAP. Empíricamente inmunomoduladores.

- El síndrome de Parsonage-Turner es infradiagnosticado, afecta fundamentalmente a los músculos de la cintura escapular, la afectación diafragmática es muy infrecuente pero fue el hecho clínico invalidante y más expresivo en nuestro paciente.

**18:27 - Temblor cefálico distónico. Estudios neurofisiológicos.** Corral Pérez F., Luengo Solano S., Colás Rubio J. Servicio de Neurología-Neurofisiología del Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

**RESUMEN:**

- INTRODUCCIÓN: El temblor esencial es con frecuencia una entidad sobrediagnosticada, evitarlo requiere prestar atención a ciertas características semiológicas y de apoyo con técnicas neurofisiológicas.

- MATERIAL Y METODOS: Se describe el caso de una mujer de 58 años con temblor cefálico progresivo de 15 años de evolución, irregular, con "sacudidas" sobreañadidas, cervicalgia y discreto laterocolis, refractaria al tratamiento oral empleado y mejoría significativa con toxina botulínica. El temblor también está presente en miembros superiores, siendo leve, de predominio postural y más acentuado en MSD. El estudio polimiográfico del temblor muestra un patrón de co-contracción anómalo de músculos agonistas y antagonistas, irregularidad y falta de concordancia entre cefálico y extremidades. La curva de recuperación del reflejo de parpadeo es demostrativa de alteración de neuronas inhibitorias troncoencefálicas. Se comentan otras técnicas neurofisiológicas que colaboran al conocimiento de los fenómenos distónicos y en el diagnóstico diferencial entre entidades como el temblor esencial, la enfermedad de Parkinson de predominio tembloroso o el SWEDDs (muchos casos de este último probablemente correspondan a "temblores distónicos").

- CONCLUSIÓN: Las técnicas neurofisiológicas pueden ayudar en el diagnóstico de los temblores distónicos con implicaciones prácticas en el manejo terapéutico de los pacientes.

**18:39 - Estimulación cerebral profunda. Experiencia en el CHUA.** Palazón García E., Perona Moratalla A.B., Antuña Ramos A., Godes Medrano B., García Muñozguren S., Sandoval Valencia H., Segura Martín T. Servicios de Neurología, Neurocirugía y Neurofisiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**RESUMEN:**

- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La estimulación cerebral profunda (ECP) ha demostrado su seguridad y eficacia como tratamiento de enfermedad de Parkinson (EPI), temblor esencial (TE) y la distonía refractaria a tratamiento farmacológico en pacientes seleccionados. Queremos mostrar el resultado de dicha cirugía en los pacientes tratados en el CHUA desde que comenzó su realización.

- MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante ECP en el CHUA desde el comienzo de su realización. Incluyendo variables sociodemográficas, variables relativas al trastorno del movimiento, evolución entre un mes (cirugía más reciente) y 5 años.

- RESULTADOS: Se describen 36 pacientes, 30 por EPI (NST bilateral), 5 con TE (Vim bilateral) y 1 paciente con distonía segmentaria (Gpi); con una edad media de 62 años (42-72 años), tiempo de evolución medio de enfermedad 12 años (6-20 años). Se redujo el tratamiento farmacológico de forma global en las tres entidades, obteniendo reducción

aproximada del 50%. Como efectos adversos se apreció apatía y depresión, y como complicaciones hemorragia parenquimatosa y decúbito que precisaron desconexión o recambio.

- **CONCLUSIONES:** Según nuestros resultados la ECP es una técnica eficaz y segura para el control de síntomas cardinales de EPI, así como para TE, permitiendo un mejor control motor con bajada significativa de medicación dopaminérgica. Los efectos adversos descritos son similares a otras series publicadas, siendo en su mayoría transitorios.

**18:51 - Estimulación Cerebral No Invasiva en el tratamiento del dolor crónico fármaco-resistente: una consulta con perspectivas regionales.** Brocalero Camacho A., Pérez Borrego Y., Oliviero A. Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

**RESUMEN:**

- El tratamiento con estimulación cerebral no invasiva es un tratamiento eficaz en el dolor crónico fármaco-resistente. Desde enero de 2014 el Hospital Nacional de Parapléjicos oferta esta tecnología. Se presentarán los resultados clínicos, los costes y las vías de canalización. (Pendiente enviar resumen completo).

**19:03 - Estudio piloto de validación de la ecografía de nervio óptico en la hipertensión intracraneal idiopática.** Del Saz Saucedo P., Redondo González O., Mateu Mateu A., Huertas Arroyo R., García Ruiz R., Botia Paniagua E. Servicio de Neurología y Unidad de Investigación, Docencia y Formación Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

**RESUMEN:**

- **Objetivos:** La medición ecográfica del grosor de la vaina del nervio óptico (GVNO) ha sido propuesta como una técnica útil en diferentes patologías que cursan con hipertensión intracraneal. Su uso en la hipertensión intracraneal idiopática (HII) ha sido menos estudiado. Presentamos un estudio de validación de la técnica en pacientes con HII.

- **Material y métodos:** Se realizó una ecografía ocular con medición del GVNO a 19 casos con HII y 11 controles con diferentes patologías neurológicas sin hipertensión intracraneal que precisaban someterse a una punción lumbar. La validez de la técnica para el diagnóstico de HII se estableció con los valores de manometría de LCR.

- **Resultados:** Los pacientes con HII mostraban un GVNO significativamente mayor que los controles. El mejor punto de corte para detectar hipertensión intracraneal fue de 6.3mm (significativamente superior a los valores publicados en estudio previos), con una sensibilidad, especificidad y cociente de probabilidad del 94.7%, 90.9% y 10.4 respectivamente. Tras una punción lumbar evacuadora el 87% de los casos presentaron una reducción parcial de los valores del GVNO.

- **Conclusiones:** La ecografía con medición del GVNO es una técnica útil y fiable para el despistaje de casos de HII que, aunque no sustituye a la manometría de LCR, permite un adecuado e incruento cribaje de pacientes con sospecha de hipertensión intracraneal. Su utilidad para el seguimiento en esta patología aún no ha sido establecido. Es preciso realizar una validación de la técnica en cada centro dada la variabilidad descrita en los puntos de corte para esta técnica en los diferentes estudio publicados.