

XVIII

REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA **DE NEUROLOGÍA**



22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



LIBRO DE COMUNICACIONES

XVIII**REUNIÓN ANUAL**
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL

**JUNTA DIRECTIVA DE LA AMN****Presidente**

Dr. David A. Pérez Martínez

Vicepresidenta

Dra. Araceli Alonso Cánovas

Secretaria

Dra. Marta Guillán Rodríguez

Tesorero

Dr. Joaquín Carneado Ruiz

Vocales

Dra. María Rabasa Pérez

Dr. Ángel Martín Montes

Dra. Lucía Galan Dávila

SECRETARÍA TÉCNICA**Kenes Group**

Av. Institución Libre de Enseñanza, 2 – 28027 Madrid

Tel. 91 361 26 00

E-mails: amn2020@kenes.com

XVIII**REUNIÓN ANUAL**
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020****EDICIÓN VIRTUAL**

PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones presentadas optan a los Premios a las mejores comunicaciones de la Reunión, tanto en categoría de comunicación oral y de póster.

Premios patrocinados por:



XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



COMUNICACIONES ORALES



XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**
EDICIÓN VIRTUAL 



SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I

Moderadores:

Antonio Cruz Culebras. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Carmen Borrue. Hospital Infanta Sofía, Madrid





O-001

Localización de la isquemia en fase aguda en TC multimodal como predictor de evolución en pacientes con ictus isquémico de arteria cerebral media tratados con trombectomía

Clara Aguirre Hernández¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Gustavo Zapata-Wainberg¹, Antonio Barbosa², Rafael Manzanares², José Luis Caniego², Lorena Vega Pris³, José Vivancos¹

¹Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ²Servicio de Neurorradiología. Hospital Universitario La Princesa., Madrid, ³Unidad de apoyo metodológico. Hospital Universitario La Princesa, Madrid

OBJETIVO: Además de la cantidad de infarto establecido, la localización de la isquemia en la escala ASPECTS podría tener valor pronóstico. Evaluamos la relación entre la afectación de distintos territorios ASPECTS en mapas de volumen de TC-perfusión (CBV) e imágenes fuente de angioTC (CTASI) en pacientes tratados con trombectomía y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos con ictus isquémico de arteria cerebral media tratados con trombectomía en nuestro centro.

RESULTADOS: N= 189. 104 (56.5%) mujeres, edad media 67.5 (16-100), media NIHSS 17 (0-29). 92 (49.73%) habían recibido rTPA previamente. Media ASPECTS: basal: 8.06, CBV: 7.12, CTASI: 7.91. TICI \geq 2b postprocedimiento: 166 (89.7%). 23 (12.2%) desarrollaron hemorragia sintomática tras el procedimiento. mRs 3 meses \leq 2: 115 (63.9%). Territorio profundo más afectado: ínsula [95 (52.5%) en CBV, 101 (54.9%) en CTASI]. M1: territorio cortical más afectado en CBV [36 (19.9%)] y M5 en CTASI [36 (19.9%)]. La afectación individual de lenticular, ínsula, M1, M2 o M5 en CBV y/o CTASI se relacionó con peor evolución ($p<0.05$); la afectación de M1 o M2 en CBV y M2 o M5 en CTASI se relacionó con la aparición de hemorragia sintomática ($p<0.05$). En el análisis multivariante, la afectación de lenticular o caudado en CBV se relacionó de manera independiente con la evolución y la de M2 o M5 en CTASI con hemorragia sintomática.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la afectación individual de lenticular, ínsula, M1, M2 o M5 en CBV y/o CTASI se relacionó con peor evolución y la de M1 o M2 en CBV y M2 o M5 en CTASI con hemorragia sintomática. En el análisis multivariante, la afectación de lenticular o caudado en CBV se relacionó de manera independiente con la evolución y la afectación de M2 o M5 en CTASI con hemorragia sintomática. Estos hallazgos respaldan la importancia de la topografía de los signos precoces de isquemia en la evolución e indicarían, en nuestra muestra, un mayor papel de la afectación territorios profundos en la evolución y de los territorios corticales en la aparición de hemorragia sintomática.



O-002

Manejo de la hemorragia subaracnoidea aneurismática: efecto pronóstico del momento de tratamiento del aneurisma

Elisa De La Fuente Sanz¹, África Aizpún¹, Carmen González¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Clara Aguirre¹, Claudia Alvargonzález², Laura Rojo², Javier Villacieros¹, Juan Vega³, José Luis Caniego³, Gemma Reig¹, Patricia Albert², Alfonso Canabal², José Vivancos¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: La exclusión del aneurisma cerebral de la circulación en la fase precoz tras su rotura es un factor que puede condicionar una menor incidencia de complicaciones asociadas a la hemorragia subaracnoidea (HSA), principalmente el resangrado. Analizamos la relación entre el momento de tratamiento de la HSA aneurismática con complicaciones y variables pronósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro desde 2009-2019 por HSA aneurismática que recibieron tratamiento del aneurisma durante el ingreso. Analizamos variables clínicas y radiológicas según el momento de tratamiento: fase aguda (≤ 24 h), fase subaguda (24-72h) o fase tardía (> 72 h), así como el horario laboral de atención.

RESULTADOS: N=164. 39(23.9%) pacientes fueron atendidos en horario laboral de mañana, 70(42.9%) de tarde, 50(30.7%) en fin de semana y 4(2.5%) en festivo prolongado. 60(40.8%) fueron tratados en fase aguda, 53(36.1%) en fase subaguda y 34(23.1%) en fase tardía. Los tratados en fase aguda precisaron mayor ingreso en UCI(95% vs. 87% vs. 67%, respectivamente, $p < 0.01$), peor GCS(13.5 vs. 15 vs. 15, $p < 0.05$) y Hunt-Hess(3 vs. 2 vs. 2, $p < 0.01$) al ingreso y mayor grosor del coágulo(12.2mm vs. 10.6mm vs. 6.3mm, $p < 0.01$).

No objetivamos relación significativa entre el horario de atención o la fase de tratamiento con la incidencia de resangrado, complicaciones del procedimiento, mRS-3m o mortalidad-3m.

Entre los pacientes con mayor gravedad(Hunt-Hess 4-5), los tratados en fase tardía presentaron más resangrados que los de fase aguda y fase subaguda (67.7% vs. 5% vs. 20%, $p = 0.05$) y más complicaciones asociadas al procedimiento(66.7% vs. 7.5% vs. 10%, $p = 0.05$).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio los pacientes con HSA más grave recibieron tratamiento más precoz. Un mayor retraso en estos casos, especialmente más allá de las 72h, se asoció a una mayor tasa de resangrados y complicaciones asociadas al procedimiento.



O-003

Mantenimiento del tratamiento anticoagulante en la fase aguda de ictus cardioembólico: experiencia de un Centro de Ictus.

Gabriel Torres Iglesias¹, Clara Lastras Fernández-Escandón¹, María Alonso de Leciñana¹, Gerardo Ruiz-Ares¹, Jorge Rodríguez Pardo de Donlebún¹, Blanca Fuentes¹, Exuperio Díez-Tejedor¹, Ricardo Rigual¹

¹HULP, Madrid

Objetivo: En la actualidad no existe consenso sobre si la anticoagulación debe mantenerse o interrumpirse durante la fase precoz del ictus cardioembólico. El objetivo de nuestro estudio es describir el manejo del tratamiento anticoagulante en este tipo de paciente y comparar la evolución clínica durante el ingreso y a los 3 meses según se mantenga o no dicho tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de cohortes de pacientes ingresados en un Centro de Ictus desde enero de 2014 hasta diciembre de 2018 por infarto cerebral cardioembólico en tratamiento anticoagulante a su ingreso. Los pacientes fueron estratificados según se mantuviera o suspendiera el tratamiento anticoagulante, a criterio del neurólogo encargado. Se evaluaron la tasa de transformación hemorrágica en neuroimagen, eventos trombóticos y hemorragias mayores en el ingreso, y el pronóstico funcional y mortalidad a los 90 días.

Resultados: Se revisaron un total de 143 pacientes, de los que en 106 (74%) se mantuvo el tratamiento anticoagulante. Ambos grupos de pacientes eran similares, aunque en el grupo de mantenimiento tenían una mayor edad (79,6 vs 76; $p=0,011$) y presentaron ictus más leves (mediana NIHSS 4 vs 14; $p<0,001$). Llamativamente había más pacientes con válvulas protésicas en el grupo en que se interrumpió la anticoagulación (11,3 vs 32,4; $p=0,011$). Los pacientes que continuaron con tratamiento anticoagulante presentaron una menor transformación hemorrágica (14,8% vs 33%; $p=0,025$). Los eventos trombóticos y las hemorragias mayores fueron similares en ambos grupos. El grupo que mantuvo el tratamiento anticoagulante presentó una menor mortalidad (6% vs 34%, $p=0,01$); y un mejor pronóstico funcional a los 90 días (ERm 0-2, 54,2% vs 73,7%; $p=0,031$) que no fue estadísticamente significativa tras ajustar por NIHSS al ingreso. Al analizar solo los pacientes con ictus grave (NIHSS > 15) no se observaron diferencias significativas en cuanto al pronóstico funcional o la mortalidad.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que el mantenimiento de la anticoagulación en la fase temprana del ictus cardioembólico podría ser seguro, incluso en los pacientes con infartos cerebrales graves.





O-004

Tratamiento endovascular del ictus por oclusión de gran vaso: experiencia acumulada de una Unidad de Ictus de la Comunidad de Madrid.

Marta Guillán Rodríguez¹, Natalia Barbero Bordallo¹, Juana C Martínez Ramos¹, Beatriz Álvarez Mariño¹, Carlos Ordás Bandera¹, Sara Bellido Cuellar¹, María Angeles Aranda Calleja¹, Jose Fernández Ferro¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid

Objetivo:

La trombectomía mecánica(TM) se ha posicionado como el tratamiento de elección del ictus por oclusión de gran vaso(IOV). Para asegurar la accesibilidad a todos los pacientes potenciales candidatos, se elaboró una estrategia dentro del Plan de Atención del Ictus de la Comunidad de Madrid(CAM) donde se especifica la distribución de los casos en los diferentes centros de referencia de ictus. Este trabajo analiza la experiencia en TM de una Unidad de Ictus de la CAM (no integrada como centro de ictus).

Material y Métodos:

Estudio observacional de la cohorte de pacientes tratados con TM en la Unidad de Ictus del HURJC desde enero de 2015 hasta febrero de 2020, recogida de la información prospectiva en el Formulario-NRL Ictus del HURJC (todos los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus). La TM se realizaba hasta enero de 2019 en horario exclusivo de mañana, siempre que el equipo de intervencionismo estuviese disponible, desde entonces existe guardia localizada de Neurorradiología intervencionista 24/365 en el centro. Se recogieron variables demográficas, clínicas y descriptivas de la intervención. Se compararon las variables de resultado (eficacia y seguridad) con la cohorte histórica de referencia del grupo de estudio Red Ictus Madrid.

Resultados:

De los 1630 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus, 37 pacientes fueron tratados con trombectomía mecánica, un 3% del total de ictus isquémicos y un 19,8% de los IOV. El número de recanalizaciones exitosas(TICI 2b-3) fue de 34(91,8%). El 57,1%(20) fue independiente a los 3 meses(ERm ≤ 2). El número de complicaciones locales y durante el procedimiento fue de 3(8%) y el de transformaciones hemorrágicas sintomáticas(HP2) fue de 2(5,4%). La mortalidad a los 3 meses fue de 8(21,6%), 7 casos intrahospitalarios, 16,2% oclusiones de la art.basilar. Los tiempos asistenciales fueron Me (RIQ): puerta-TC 17min(14;24), TC-punción femoral 88min(74;109), punción femoral-recanalización 35min(27;40), puerta-punción femoral 110min(95;144,5), este tiempo fue menor en los casos con activación del código ictus extrahospitalario(CIE) 98min(79,5;117,5) y puerta-recanalización 145 min(120;178). En el estudio comparativo con la Red Ictus Madrid encontramos sólo diferencias significativas en el número de fibrinólisis iv pre-tratamiento endovascular 11(29%) vs 105(52%), $p=0.01$.

Conclusiones:

El porcentaje de pacientes con IOV que se beneficia del tratamiento endovascular en el HURJC es cada vez mayor. La activación del CIE mejora los tiempos asistenciales en una enfermedad tiempo dependiente. La eficacia y la seguridad de la TM realizada en nuestro centro es similar a la obtenida en el grupo de referencia Red Ictus Madrid.



O-005

Distonía cervical refractaria y utilidad de la infiltración del músculo obliquus capitis inferior.

Álvaro Beltrán Corbellini¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Paloma Parra Díaz¹, Juan Luís Chico García¹, Gema Sánchez¹, Isabel Pareés¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción.

La distonía cervical puede ser refractaria a toxina botulínica (TB). La infiltración del músculo obliquus capitis inferior (OCI) puede ser útil en algunos pacientes con torticolis, preferiblemente eco-guiada. Reportamos nuestra experiencia en infiltración del OCI en distonía cervical refractaria.

Métodos.

Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes de nuestra Unidad de Trastornos del Movimiento con infiltración de OCI en contexto de distonía cervical refractaria.

Resultados.

Incluimos 11 pacientes (4 hombres) con una duración media de enfermedad (DME) de $7,6 \pm 6,9$ años. Todos presentaban torticolis y habían recibido varios ciclos ($8,8 \pm 5,9$) de infiltración de TB con escasa respuesta en relación con variables clínicas (dolor, temblor, posición y capacidad funcional) valoradas con la Clinical Global Impression-Improvement Scale (CGI-I) (puntuaciones medias $3,0 \pm 0,8$; $3,1 \pm 0,7$; $3,0 \pm 0,8$ y $2 \pm 0,6$, respectivamente). Tras $2,6 \pm 1,5$ ciclos de infiltración del OCI (5 pacientes con 57 ± 16 U de onabotulinumtoxinA, 3 con 71 ± 19 U de incobotulinumtoxinA y 3 con 131 ± 23 U de abobotulinumtoxinA) y un seguimiento de $13,1 \pm 7,8$ meses, 8 mejoraron notablemente, mientras que 3 no reportaron beneficio. La ausencia de mejoría ocurrió en hombres con mayor DME ($p=0,02$). En los pacientes con beneficio, se observó una tendencia hacia la mejoría en todas las variables de la CGI-I ($2,0 \pm 1,2$; $2,2 \pm 1,3$; $2,0 \pm 1,2$; $2,1 \pm 1,4$, respectivamente). En mujeres, la mejoría fue significativa en dolor y posición ($p<0,05$). No se observaron efectos adversos ni diferencias en cuanto a la duración del efecto de la TB (2,5-3 meses).

Conclusión.

La infiltración del OCI es segura y efectiva, pudiendo ofrecer beneficio clínico a pacientes refractarios a patrones convencionales de infiltración.





O-007

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD DE SARS-CoV-2 DISEÑADO PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Virginia Meca Lallana¹, Clara Aguirre¹, Carolina Díaz¹, Beatriz del Río¹, Laura Cardeñoso³, Teresa Alarcón³, Jose Vivancos²

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ²Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ³Servicio de Microbiología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid,

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La infección por SARS-CoV-2 se ha extendido por todo el mundo generando una pandemia sin precedentes. Los inmunosupresores (IS) usados en el tratamiento de la Esclerosis múltiple (EM) podrían activar un estado de portador asintomático o reactivar casos de COVID-19 aparentemente resueltos. Con motivo de tener esta experiencia en varios casos de pacientes propios durante la pandemia se diseña en nuestra Unidad de EM un protocolo de seguridad basado en epidemiología y determinación de PCR y serología previo a la administración de anticuerpos monoclonales, dosis de DMT en pulsos, nuevos inicios de fármacos orales y pulsos de metilprednisolona. Objetivo: describir nuestra experiencia en la aplicación del protocolo de seguridad

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de práctica clínica en la aplicación del protocolo de seguridad multidisciplinar (Unidad de EM (Neurología)/Microbiología/Medicina Preventiva). Protocolo secuencial en el tiempo en función de las fases de la pandemia y de los medios disponibles.

RESULTADOS

Se realizan 152 PCR y 140 serologías en 90 pacientes a lo largo de 3 meses. Se realizan previo al uso de: Natalizumab (96 test) Ocrelizumab (36 test) Rituximab (3 test) Metilprednisolona (7 test) Cladribina (4) Tecfidera (3). Detectamos 7 portadores asintomáticos (7,8%) 5 con serología positiva IgG+IgM (5,6%). Confirmamos 5 pacientes con serología IgG+IgM positiva post-infección (5,6%) No se producen nuevas reactivaciones de COVID-19 tras la instauración del protocolo

CONCLUSIONES

El análisis conjunto de PCR y serología incrementa la capacidad de detección de positivos. Aunque se detecta un bajo porcentaje de portadores asintomáticos de SARS-CoV-2 el protocolo de seguridad cumple su objetivo de evitar reactivaciones de la enfermedad o activaciones en portadores asintomáticos. En fases de no confinamiento consideramos este último punto de gran importancia



O-008

Características clínicas, radiológicas y pronóstico de la esclerosis múltiple de inicio tardío en pacientes mayores de 45 años.

Guillermo Martin Avila¹, Estudiante Ignacio Vega Carreño², Alba Cárcamo Fonfría¹, Alejandro Méndez Burgos¹, Belén Pilo de la Fuente¹, Yolanda Aladro Benito¹

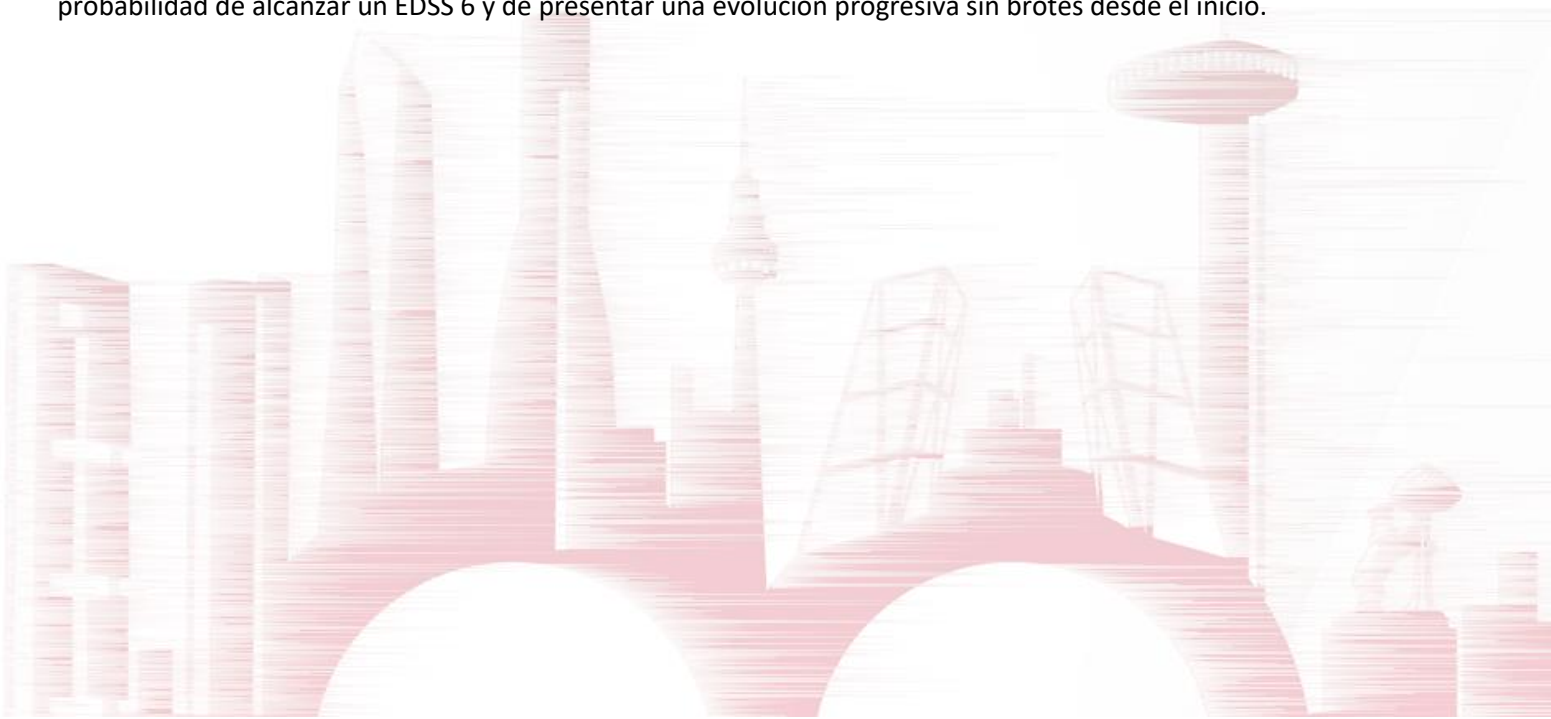
¹Hospital Universitario De Getafe, Parla, ²Universidad Europea de Madrid, Madrid

Introducción y Objetivos. La esclerosis múltiple de inicio tardío (EMiT) define a un grupo de pacientes con comienzo de los síntomas por encima de los 40-50 años. Representa el 5-20% de pacientes con esclerosis múltiple (EM) según el punto de corte. Se ha relacionado el inicio tardío con un peor pronóstico, si bien hay pocos datos publicados sobre la evolución de los pacientes con EMiT a largo plazo. El objetivo es analizar el comportamiento clínico y radiológico, y el pronóstico en pacientes con EMiT con inicio de los síntomas por encima de 45 años.

Material y Métodos: estudio retrospectivo y comparativo de pacientes con EMiT vs. pacientes que comienzan antes de esta edad (EM inicio juvenil -EMiJ-). Se analizó que factores clínicos del inicio de la EM predijeron la progresión a un EDSS de 6.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, 37 con EMiT y 38 con EMiJ. Los pacientes con EMiT presentaron mayor porcentaje de formas progresivas (37,8% vs. 7,9%, $p=0,008$) y de discapacidad al diagnóstico (EDSS 2 vs. 0 $p=0,022$) respecto a los pacientes de EMiJ. No se observaron diferencias en la demora al diagnóstico, la región inicial afecta o el tiempo en alcanzar EDSS de 3 y 6. Para el mismo tiempo de evolución un mayor porcentaje de pacientes de EMiT progresaron hasta un EDSS 6 (32,4% vs. 7,9% Log Rank $p=0,010$). Predijeron progresión a un EDSS 6, un menor tiempo en alcanzar un EDSS 3 (HR 0,74, IC95% 0,6-0,9, $p=0,006$) y mayor EDSS al diagnóstico (HR 2,02, IC95% 1,27-3,20, $p=0,003$).

Conclusión: La EMiT representa una forma de enfermedad con altos índices de discapacidad al diagnóstico, mayor probabilidad de alcanzar un EDSS 6 y de presentar una evolución progresiva sin brotes desde el inicio.





O-009

Factores desencadenantes y de evolución en las encefalitis por Anti receptores de NMDA

Iñigo De Lorenzo Martínez de Ubago¹, Mireya Fernández Fournier

¹Hospital de la Paz, Madrid

Objetivos:

Estudiar la incidencia de encefalitis autoinmune Anti-NMDA en nuestro hospital y revisar posibles factores desencadenantes y evolución.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico de casos de encefalitis Anti-NMDA. Se revisaron las peticiones de anticuerpos contra superficie neuronal (Ac.Sup) solicitadas entre enero 2010 y diciembre 2019. Analizamos características demográficas, clínicas, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados:

De 259 pacientes estudiados para Ac.Sup, 6 pacientes sufrieron encefalitis Anti-NMDA: 5 eran mujeres, edad media 41 años (DE 20). Como antecedente/desencadenante se identificó encefalitis herpética (EH) en 3 casos y gestación en curso en uno. El tiempo medio entre la EH y la encefalitis Anti-NMDA fue de 43 días (DE 19). Los síntomas de encefalitis Anti-NMDA más comunes fueron alteraciones cognitivo-conductuales (5), lenguaje (4), alteración del nivel de conciencia (3), alteraciones del movimiento (2) y disautonomía (2). Todos los pacientes presentaban alteraciones del electroencefalograma: descargas periódicas (GPDs, PLDs) y lentificaciones temporales, ninguno el característico patrón "Delta Brush extreme". Presentaron bandas oligoclonales el 4 con Índice IgG elevado (media 1,37; DE 1,41). Ningún paciente tuvo lesiones nuevas en neuroimagen. Todos fueron tratados con inmunoterapia: corticoides (6), IGIV (4), plasmaferesis (1) o Rituximab (2). El 5 evolucionó favorablemente (ERm <2) a los 6 meses, aunque 5 presentaban secuelas incluyendo alteraciones conductuales (5), inatención (3), memoria de trabajo (4), del lenguaje (3) y tiempo de procesamiento (2).

Conclusiones:

La encefalitis por Anti-NMDA es poco frecuente. La encefalitis herpética es un desencadenante frecuente de encefalitis Anti-NMDA. Las secuelas cognitivo-afectivas son muy frecuentes, afectándose especialmente el comportamiento, la atención, el lenguaje y la memoria.





O-010

Rituximab en la Esclerosis Múltiple: experiencia de un hospital terciario

Juan Luis Chico García¹, Ana Gómez López¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Raquel Sainz Amo¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Paloma Parra Díaz¹, Luisa María Villar Guimerans¹, Enric Monreal Laguillo¹, Lucienne Costa-Frossard França¹, Susana Sainz de la Maza Cantero¹

¹H. Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción:

Los linfocitos B (LB) intervienen en los mecanismos fisiopatológicos de la Esclerosis Múltiple (EM). Rituximab, como otros anticuerpos monoclonales anti-CD20, parece ser efectivo y seguro en el tratamiento de la enfermedad.

Métodos:

Estudio retrospectivo de pacientes con EM tratados con Rituximab entre 2017-2020. Se analizaron variables demográficas, clínico-radiológicas y de laboratorio.

Resultados:

Se incluyeron 43 pacientes (60,5% varones, edad media 48,5±7,9 años). El 88,4% presentaban EMSP, y la mediana de EDSS basal era 6,0 (rango 1,5-8,0).

26 pacientes completaron un año de seguimiento. Hubo una reducción significativa de los parámetros inflamatorios: dos pacientes presentaron un brote (7,7% vs 46,15% basal, $p=0,002$). Un paciente tuvo actividad en RM (3,85% vs 61,54% basal, $p<0,001$). No hubo diferencias en la puntuación del T25FW ni del 9HPT. Sin embargo, la EDSS media aumentó durante el primer año (5,67 vs 5,31 basal, $p=0,009$). El 61,54% de los pacientes alcanzaron el status NEPAD. La determinación trimestral de LB se utilizó para establecer el momento de retratamiento. El recuento de LB respecto al basal fue del 0,56%, 1,62% y 19,46% a los 3, 6 y 9 meses respectivamente. Tiempo medio de retratamiento: 9±3,26 meses.

El 32,56% de los pacientes presentaron reacciones a la 1ª infusión y un 27,9% presentaron infecciones (2 casos de Covid-19). El valor sérico de inmunoglobulinas no se modificó durante el tiempo de seguimiento.

Conclusión:

La utilización de poblaciones linfocitarias para guiar el retratamiento con Rituximab en pacientes con EM puede favorecer un buen perfil de seguridad, sin menoscabo de la efectividad.





O-011

Tratamiento de la Leucoencefalitis Hemorrágica Aguda: revisión sistemática y aporte de un nuevo caso.

Gabriel Torres Iglesias¹, Sara Sánchez Velasco¹, Ángel Martín Montes¹, Mireya Fernández-Fournier¹

¹HULP, Madrid

Objetivo: Evaluar la estrategia terapéutica, respuesta y evolución en los pacientes diagnosticados de Leucoencefalitis Hemorrágica Aguda (LHA).

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura (PubMed; 21-05-2020) y aporte de un nuevo caso. Se recogieron características demográficas, forma de diagnóstico (clínico-radiológico o anatomía patológica), manejo terapéutico, respuesta al tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se encontraron 275 publicaciones, se incluyeron 56 con un total de 61 pacientes: 55,7% varones, edad media: 39,5 (DE:16,9) años. En 34 pacientes (55,7%) el diagnóstico se realizó a partir del estudio anatomopatológico y en 27 casos (44,3%) por criterios clínicos y de neuroimagen. Recibieron tratamiento 45 pacientes (73,8%), 16 (26,2%) no pudieron ser tratados por rápido deterioro clínico y fallecieron. En cuanto al tratamiento inmunomodulador, se usaron corticoides (72,1%), recambio plasmático (21,3%) e inmunoglobulinas intravenosas (6,6%). El 14,8% requirió de craniectomía descompresiva y un 8,2% de ventriculostomía, drenaje o derivación ventricular. Un total de 30 pacientes (49,2%) fallecieron, de ellos 15 (50%) a pesar de recibir tratamiento. En los enfermos que recibieron tratamiento y sobrevivieron, el 93,3% mejoró clínicamente, un 73,3% de ellos con secuelas neurológicas, aunque en su mayoría (73,3% de los casos) leves (ERM \geq 2 a los tres meses). Los pacientes que recibieron tratamiento presentaron una menor mortalidad ($p < 0,01$) con una OR=2, sin influencia de la edad.

Conclusiones: La LHA es una entidad con una alta mortalidad sin un tratamiento bien establecido. Su pronóstico mejora si se trata de forma precoz con inmunoterapia, generalmente corticoides y plasmaféresis, y manejo agresivo de la presión intracraneal.



XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / 2020

EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II

Moderadores:

Natalia Barbero Bordallo. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles

Gerardo Gutiérrez Gutiérrez. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid





O-012

Epilepsia asociada a encefalocele temporal: ¿una nueva manifestación de hipertensión intracraneal?

Javier Martínez-Poles^{1,2}, Rafael Toledano^{3,4}, Carla Anciones³, Ángel Aledo-Serrano³, Nuria García-Barragán⁴, Adolfo Jiménez-Huete⁵, Irene García-Morales^{1,3}, Antonio Gil-Nagel³

¹Unidad de Epilepsia, Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos. Grupo de Enfermedades Neurológicas, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Servicio de Neurología. Hospital La Luz, Madrid, ³Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional, Madrid, ⁴Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ⁵Unidad de Neurología Clínica, Servicio de Neurología, Hospital Ruber Internacional, Madrid

Objetivos: Comparar los hallazgos radiológicos de hipertensión intracraneal en pacientes con epilepsia asociada a encefalocele temporal (ET) y pacientes con epilepsia focal de otras etiologías.

Material y método: Estudio de casos y controles en el que se comparan datos radiológicos de hipertensión intracraneal (altura de la hipófisis y diámetro de la vaina de los nervios ópticos) en 29 pacientes con epilepsia asociada a ET y 29 pacientes con epilepsia focal de otras etiologías, ajustados por edad, sexo, índice de masa corporal, edad de inicio de la epilepsia y duración de la epilepsia. Se utilizó un análisis de regresión logística convencional y ordinal. Los datos de ambos grupos se compararon con los previamente validados en pacientes con hipertensión intracraneal idiopática (HII).

Resultados: Los pacientes con epilepsia y ET tienen un menor tamaño de la hipófisis ($3.2 \pm 1.0 \text{ mm}$ vs $4.7 \pm 1.3 \text{ mm}$, $p \leq 0.001$) y un mayor diámetro de la vaina de los nervios ópticos (VNO) que los pacientes con epilepsia focal de otras etiologías (VNO izquierdo: 6.4 mm ($5.4\text{-}7.0 \text{ mm}$) vs 4.6 mm ($4.2\text{-}4.9 \text{ mm}$), $p \leq 0.001$; VNO derecho: 6.6 mm ($5.8\text{-}7.3 \text{ mm}$) vs 4.5 mm ($4.2\text{-}4.8 \text{ mm}$), $p \leq 0.001$). Los pacientes con ET bilateral tienen un mayor diámetro de la vaina de los nervios ópticos ($p \leq 0.001$), pero no una menor altura de la hipófisis ($p = 0.39$).

Conclusiones: Los pacientes con epilepsia asociada a ET tienen hallazgos radiológicos similares a los observados en pacientes con HII y diferentes a los encontrados en pacientes con epilepsia focal de otras etiologías. Estos hallazgos apoyan hipótesis previas que relacionan la hipertensión intracraneal con el ET.





O-013

Detección de los estadios precoces de la enfermedad de Alzheimer mediante un nuevo test de memoria

Vanessa Pytel¹, Alfonso Delgado Álvarez¹, Cristina Delgado Alonso¹, Teresa Moreno Ramos¹, María Cruz Cárdenas Fernández¹, Isabel Ortega Madueño¹, María Ángeles Cuadrado Cenzual¹, Prof Jorge Matias-Guiu Guía¹, Jordi Matias-Guiu Antem¹

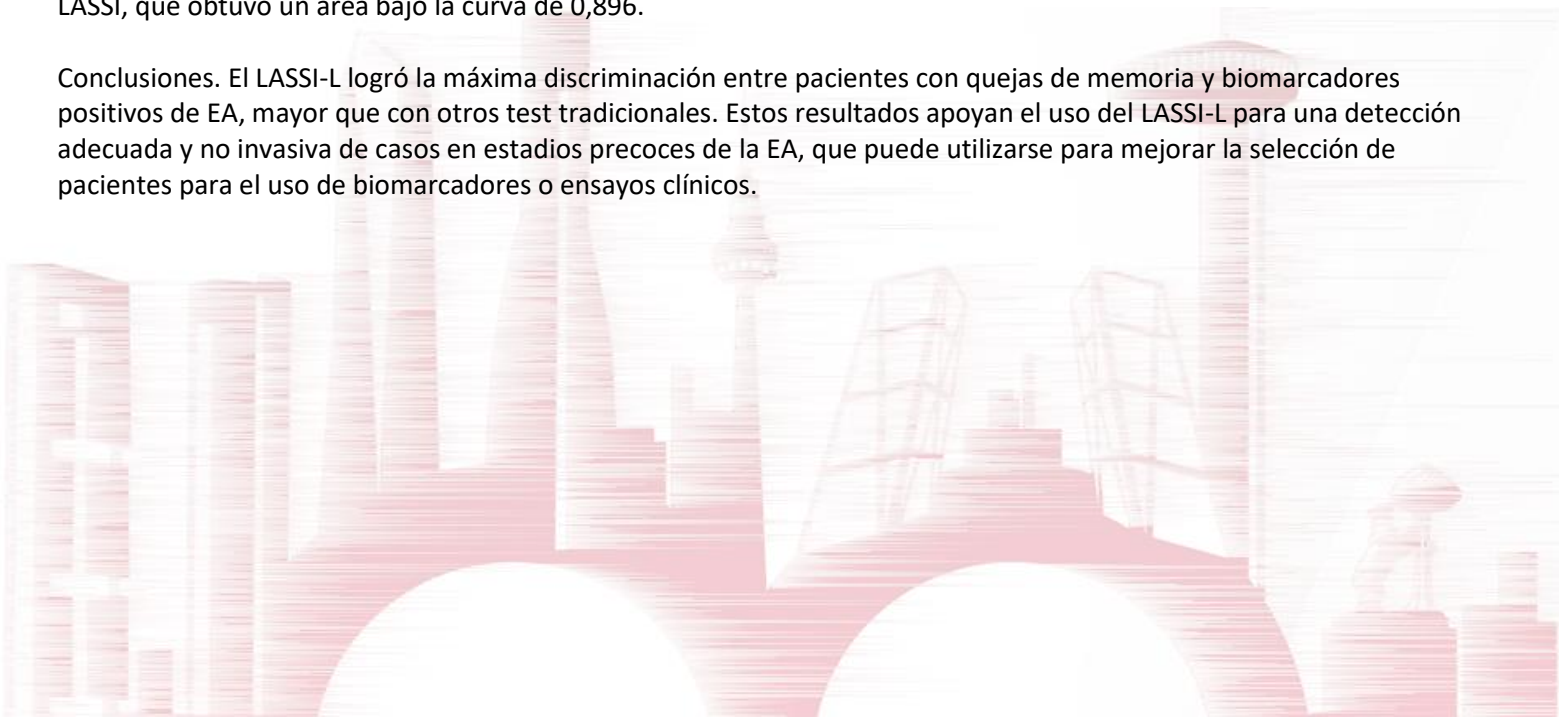
¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción. El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en fases preclínicas y prodrómicas suele requerir el uso de biomarcadores, que se alteran de forma precoz en el curso de la enfermedad, pero que con frecuencia son costosos y/o invasivos. Recientemente se han desarrollado nuevos test cognitivos con el fin de incrementar la detección de casos incipientes. Nuestro grupo ha desarrollado previamente la versión española del test LASSI-L, un test de memoria “de estrés”, que se basa en un nuevo paradigma de memoria centrado en el estudio de efecto de la interferencia semántica proactiva y su recuperación. Nuestro objetivo fue evaluar la capacidad de detección de los estadios precoces de la enfermedad de Alzheimer (EA) mediante el test de memoria LASSI-L.

Material y método. Se incluyeron 49 casos consecutivos evaluados por quejas de memoria sin repercusión funcional que se realizaron estudio cognitivo y biomarcadores de Alzheimer en LCR (Ab1-40; Ab1-42; Tau, pTau y ratio Ab1-42/Ab1-40). El estudio cognitivo incluyó ACE-III, batería Neuronorma y LASSI-L. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo al estudio cognitivo y al LCR en: EA (n=38, 77%; de ellos 11 (22,4% Pre-MCI) y 27 (55,1% MCI)) y sin evidencia de neurodegeneración 11 (22,4%). Se compararon los resultados entre grupos, se estimaron y compararon curvas ROC, y análisis de regresión.

Resultados. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con EA y el grupo sin EA de acuerdo a los resultados del LCR en múltiples test incluyendo ACE-III, test de la batería Neuronorma incluyendo Free and Cued Selective Reminding Test y LASSI-L. La mayor discriminación se obtuvo con el recuerdo diferido del test LASSI, que obtuvo un área bajo la curva de 0,896.

Conclusiones. El LASSI-L logró la máxima discriminación entre pacientes con quejas de memoria y biomarcadores positivos de EA, mayor que con otros test tradicionales. Estos resultados apoyan el uso del LASSI-L para una detección adecuada y no invasiva de casos en estadios precoces de la EA, que puede utilizarse para mejorar la selección de pacientes para el uso de biomarcadores o ensayos clínicos.





O-014

PROSODIA LECTORA EN LA AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Jordi Matias-Guiu Antem¹, Paz Suárez Coalla², Vanesa Pytel¹, María Nieves Cabrera Martín¹, Teresa Moreno Ramos¹, Cristina Delgado¹, Alfonso Delgado Álvarez¹, Prof Fernando Cuetos², Prof Jorge Matias-Guiu Guía¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Universidad de Oviedo, Oviedo

Introducción. La afasia progresiva primaria (APP) es un síndrome clínico caracterizado por el deterioro del lenguaje de causa neurodegenerativa. Nuestra hipótesis es que un subgrupo de pacientes, y especialmente en la variante no fluente, pueden presentar alteraciones en la prosodia lectura, debido a que regiones cerebrales clave en la fisiopatología de la disprosodia y la lectura se alteran en estos pacientes.

Métodos. 95 participantes fueron evaluados mediante la lectura de un texto con diferentes tipos de frases declarativas, exclamativas e interrogativas, así como un protocolo de estudio del lenguaje exhaustivo y tomografía con emisión de positrones con 18F-FDG.

Resultados. La alteración de la prosodia lectora fue más frecuente y severa en los pacientes con APP no fluente, especialmente en el subgrupo con apraxia del habla. Mostraron menores valores en diferentes parámetros pitch, y se observaron diferencias en tiempos de lectura, duración de frase y tipo de errores. Se estimó un modelo de regresión que permitió la clasificación correcta en el 70-71% de los casos con variables extraídas a partir de la lectura del texto relacionadas con la prosodia. Añadiendo una tarea de repetición de frases, el modelo clasificó correctamente un 96%. El lóbulo frontal izquierdo fue la región cuyo metabolismo más se correlacionó con los parámetros de prosodia, aunque se observó también la participación de otras estructuras como los lóbulos parietal y occipital, frontal derecho, tálamo, caudado y cerebelo derecho.

Conclusiones. La prosodia lectora puede ser relevante para la clasificación y diagnóstico de la APP. Dado que puede cuantificarse, puede ser un parámetro útil en el diagnóstico y seguimiento. Observamos una correlación con el metabolismo del lóbulo frontal izquierdo, así como otras regiones incluyendo el lóbulo frontal derecho, ganglios basales y cerebelo., sugiriendo que éstas son las regiones cerebrales involucradas en el control prosódico de los pacientes con APP.





O-015

Validación de la versión española del test Mini-Linguistic State Examination para el diagnóstico de la afasia progresiva primaria

Jordi Matias-Guiu Antem¹, Vanesa Pytel¹, Alfonso Delgado Álvarez¹, Prof Jorge Matías-Guiu Guía¹, Prof Fernando Cuetos¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción. La afasia progresiva primaria (APP) es un síndrome clínico de origen neurodegenerativo con tres variantes clínicas principales (no fluente, semántica y logopénica). El diagnóstico clínico y la clasificación precisa en las tres variantes clínicas puede ser difícil y a menudo requieren evaluaciones cognitivas exhaustivas y el uso de biomarcadores. El Mini-Linguistic State Examination (MLSE) se ha desarrollado recientemente como una prueba breve de lenguaje diseñada específicamente para la evaluación del lenguaje en trastornos neurodegenerativos. Nuestro objetivo fue adaptar y validar la versión española de MLSE para el diagnóstico de APP.

Material y método. Estudio transversal con 70 pacientes con PPA y 42 controles sanos fueron evaluados con el MLSE. Los pacientes fueron diagnosticados y clasificados de forma independiente de acuerdo con los criterios diagnósticos de Gorno-Tempini y colaboradores (2011) y el uso de PET-FDG y/o RM confirmatorios.

Resultados. La consistencia interna fue adecuada. La influencia de la edad y la educación fue muy baja. El área bajo la curva para discriminar pacientes con APP y controles sanos fue de 0.989. Los tamaños del efecto fueron moderados-grandes para la discriminación entre APP y controles sanos. Además, los subdominios de habla motora, fonología, memoria de trabajo y semántica discriminaron entre las tres variantes clínicas.

Conclusión. Nuestro estudio proporciona una prueba de lenguaje breve y útil para el diagnóstico de APP con excelentes propiedades tanto para la evaluación de rutina clínica como para fines de investigación.





O-016

Conductancia Electroquímica en la amiloidosis hereditaria por TTR (ATTRv). Experiencia de un centro único

Lucia Galan Davila¹, Alejandro Horga¹, Antonio Guerrero Sola¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción

En estudios previos se ha demostrado que el estudio de la conductancia electroquímica (ESC) es útil en el diagnóstico y seguimiento de la neuropatía de fibra fina. Se han realizado algunos estudios en vATTR, en los que la técnica parece útil sobre todo en los casos de inicio precoz. Aunque puede ser normal, en algunos de los casos de inicio tardío, en que predomina la neuropatía de fibra gruesa. Describimos nuestra experiencia con ESC en 30 pacientes con vATTR con neuropatía probada y 10 portadores sin neuropatía.

Métodos

Se incluyeron todos los pacientes y portadores seguidos en nuestro centro con capacidad para permanecer de pie durante 3 minutos se y que firmaron el consentimiento informado se incluyeron.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

Se utilizó Sudoscan[®]. Se incluyeron 30 pacientes y 10 portadores

De los pacientes 16 (53%) tenían la mutación Val50Met y 3 eran de inicio precoz, de los portadores 6 (60 %) tenían la mutación Val50Met

Resultados

La ESC fue normal en manos y pies para todos los portadores

En el caso de los pacientes 4 (13%) tenían una ESC normal tanto en manos como en pies, un paciente tenía un ESC anormal en manos y normal en pies y 9 tenían el ESC anormal en pies pero normal en manos. Todos los demás tenían el ESC alterado tanto en manos como en pies

La media de ESC en pies fue de 46.13 (15-87) en los pacientes vs 81 (70-79) en portadores

La media de ESC en manos fue de 53.3 (17-90) en los pacientes vs 75.73 (70-90) en portadores

La mayoría de los pacientes (21, 70%) tenían una alteración grave del ESC

Conclusiones

La ESC es una técnica segura y fácil de realizar para el estudio de la neuropatía de fibra fina en la vATTR aunque en algunos pacientes con neuropatía puede ser normal (aquellos en los que el cuadro es fundamentalmente de fibra gruesa, 11% en nuestro caso). Por lo que necesitamos una combinación de técnicas para el estudio. Igualmente sería necesario realizar estudios sobre su utilidad para medir la progresión sobre todo teniendo en cuenta que en esta enfermedad muchos pacientes parten de una afectación ya grave desde el inicio. Por lo que podría ser una herramienta tal vez más útil para el seguimiento de portadores o pacientes en estadios muy iniciales de la enfermedad



O-017

Estudio de extensión global abierto: datos de 24 meses de patisiran en pacientes con amiloidosis AhTTR

Lucia Galan Davila¹, Pr David Adams², Prof AlejanGonzalez-Duarte³, Prof Elizabeth Mauricio⁴, Prof Thomas Brannagan⁵, Prof Teresa Coelho⁶, Prof Jonas Wixner⁷, Prof Harmut Schmidt⁸, Erhan Berber⁹, Marianne T Sweetser⁹, Matthew T White⁹, Prof Michael Polydefkis¹⁰

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Centro Nacional de Referencia para FAP (NNERF) / APHP / INSERM U 1195 / CHU Bicêtre, Le Kremlin, Francia, ³Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, Ciudad de México, México, ⁴Clinica Mayo, Jacksonville, EE. UU., ⁵Universidad de Columbia. Departamento de Neurología, Nueva York, EE. UU., ⁶Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal, ⁷Departamento de Salud Pública y Medicina Clínica, Universidad de Umeå,, Umeå, Suecia, ⁸Hospital Universitario de Münster, Münster, Alemania, ⁹Alnylam Pharmaceuticals, Cambridge, EE. UU., ¹⁰John Hopkins University, Baltimore, EE. UU.

Objetivos

La amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina (AhTTR) es una enfermedad progresiva y potencialmente mortal; la mayoría de los pacientes desarrollan un fenotipo mixto que incluye polineuropatía y cardiomiopatía. Patisiran ha demostrado eficacia/seguridad en pacientes con AhTTR con polineuropatía. Se describen análisis provisionales de eficacia / seguridad de 24 meses del estudio Global OLE.

Material y Métodos

Estudio internacional OLE (NCT02510261) en pacientes que completaron el estudio APOLLO de fase 3 (n=137) aleatorizado frente a placebo (n=49) y OLE de fase 2 (n=25).

Resultados

178/211 pacientes tuvieron 24 meses de exposición. El perfil de seguridad se mantuvo constante. Después de 24 meses de tratamiento con patisiran adicional en el global OLE, se observó una mejoría duradera para mNIS + 7 (cambio medio) en APOLLO / patisiran (-4.9) y OLE de fase 2 (-5.9). La escala Norfolk QOL-DN continuó mostrando una mejoría duradera en pacientes con APOLLO / patisiran (-2.4) después de un tratamiento de 24 meses en OLE. En el Global OLE, los pacientes APOLLO / placebo experimentaron una interrupción de la progresión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida (QOL) en comparación con el valor basal Global OLE después de 24 meses de patisiran (mNIS + 7: +0.1, Norfolk QOL-DN: -4.1).

Conclusiones

Se demuestra la durabilidad de la eficacia en pacientes con exposición prolongada a patisiran y detección de la progresión en el grupo de placebo una vez entran en tratamiento en el global OLE. Patisiran demuestra una buena relación riesgo/beneficio





O-018

Principios actuales del tratamiento quirúrgico en lesiones de nervio periférico

Andrés A. Maldonado Morillo¹

¹Hospital Universitario De Getafe, Madrid

Introducción: Las lesiones traumáticas y tumorales del nervio periférico son poco frecuentes. Sin embargo, un diagnóstico temprano combinado con un tratamiento quirúrgico en casos seleccionados, pueden conseguir una mejora funcional significativa.

Métodos: Análisis retrospectivo de lesiones traumáticas y tumorales de nervio periférico de 2016 a 2020 en una unidad multidisciplinar de nervio periférico (compuesta por neurología, cirugía plástica y reconstructiva, rehabilitación, radiología, etc.), incluyendo estudios de neurofisiología intraoperatoria. Se analizaron el DASH score y videodocumentación pre y postoperatorios.

Resultados: Presentación de 5 casos clínicos seleccionados con lesiones típicas de nervio periférico: lesión traumática de plexo braquial, lesión traumática de nervio cubital proximal y axilar, tumoración de plexo braquial y neuritis de plexo braquial (S. de Parsoner-Turner). Se realizaron diferentes técnicas para cada caso (transferencias nerviosas distales, transferencias tendinosas, exploración nerviosa mediante técnica artroscópica, etc.). Todos estos casos muestran una mejoría funcional en el análisis de videodocumentación con mejoría significativa del DASH score.

Conclusión: Determinados pacientes con lesiones de nervio periférico pueden beneficiarse de un tratamiento quirúrgico. La evaluación por un equipo multidisciplinar es crítica en el manejo y tratamiento de estos pacientes.





O-019

Datos en vida real que caracterizan el uso del anticuerpo monoclonal erenumab en la práctica clínica diaria en Alemania desde la perspectiva del clínico

María Navarro¹, Andreas Straube², Philipp Stude³, Charly Gaul⁴, Katrin Schuh⁵, Mirja Koch⁵

¹Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona, ²Ludwig-Maximilians-University, Munich, Alemania, ³Neurologische Praxis Dr. Stude, Bochum, Alemania, ⁴Migraine and Headache Clinic, Koenigstein am Taunus, Alemania, ⁵Clinical Research Neuroscience, Novartis Pharma GmbH, Nuremberg, Alemania

Objetivos: Erenumab, el primer anticuerpo monoclonal completamente humano del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP, según sus siglas en inglés), ha demostrado eficacia y seguridad en estudios clínicos. Esta recopilación de datos tiene como objetivo recoger los primeros datos en vida real mediante la caracterización del uso de erenumab en práctica clínica desde el punto de vista de los médicos que tratan la migraña en Alemania.

Material y método: Se recogieron datos de 70 centros especializados en cefalea de Alemania mediante un cuestionario online entre julio-diciembre de 2019. En primer lugar se caracterizó el uso de erenumab desde la perspectiva del prescriptor en lo referente a la decisión terapéutica, el perfil del paciente y la calidad de vida del paciente. En segundo lugar cada centro documentó los efectos de tratamiento y la satisfacción con el resultado de 10-20 pacientes individuales con migraña episódica y crónica que habían completado tres meses de tratamiento con erenumab.

Resultados: Un análisis intermedio de 109 pacientes mostró, de media, una reducción de 8 días de migraña bajo tratamiento con erenumab. Los clínicos informaron que el 75% de sus pacientes presentaban ya respuesta tras la primera inyección. Basándose en las observaciones realizadas durante las visitas, los clínicos reportaron que el 80% de los pacientes notó una reducción en la intensidad de los ataques de migraña y, en general, calificaron el 80% de los pacientes como “ha mejorado mucho” y “ha mejorado muchísimo” en la puntuación de la impresión general.

Conclusiones: El estudio TELESCOPE (CapTure rEal world Evidence in Specialized Centers in Germany cOnducting Prophylactic migraine treatment with Erenumab) proporciona datos de vida real de erenumab en Alemania en lo referente a rutinas de tratamiento, perfiles típicos de pacientes y efecto en el funcionamiento diario y calidad de vida, ambos resultados con gran impacto en los pacientes que sufren migraña.





O-020

Detección de microembolias por doppler transcraneal en pacientes con endocarditis infecciosa de reciente diagnóstico. ¿Factor predictivo de complicaciones sistémicas?

Antonio Sánchez Soblechero¹, Pedro José Melgarejo Otálora¹, Michael Armando Palacios Mendoza¹, Andrés García Pastor¹, Patricia Muñoz², Marina Machado², María Olmedo², Manuel Martínez Sellés³, Hugo Rodríguez-Abella⁴, Víctor González Ramallo⁵, Pilar Vázquez Alen⁶

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM), Madrid, ³Servicio de Cardiología. Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM), Madrid, ⁴Servicio de Cirugía Cardíaca. Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM), Madrid, ⁵Servicio de Medicina Interna. Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM), Madrid, ⁶Servicio de Neurología. Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM), Madrid

Objetivos:

La manifestación extracardiaca más frecuente de las Endocarditis Infecciosas (EI) son las complicaciones neurológicas. Es conocida la incidencia de manifestaciones extracardíacas debidas a émbolos sistémicos. Un estudio previo demostró la mayor incidencia de complicaciones neurológicas en pacientes con microembolias (MES) presentes en Doppler Transcraneal (TCD) frente aquellos que no las presentaban.

El objetivo del estudio es establecer relación entre la detección de MES por TCD en pacientes con diagnóstico reciente de EI, y la aparición de complicaciones sistémicas (tanto neurológicas como otras complicaciones extracardíacas relacionadas con embolismos sépticos de EI).

Material y método:

Estudio prospectivo (mayo 2019-marzo 2020) de pacientes que cumplen criterios diagnósticos modificados de Duke de EI. En los primeros 6 días tras el diagnóstico, se realiza monitorización TCD en ambas arterias cerebrales medias (45 minutos) mediante equipo TCD-X-TRANSCRANIAL-HOLTER. Los criterios usados para definir MES fueron: señal de duración inferior a 300ms, amplitud al menos 3dB, unidireccional y sonido característico.

Se excluyeron pacientes con estenosis carotídea >50%. Se analizaron asimismo datos demográficos, clínicos y complicaciones neurológicas (vasculares o infecciosas) y no neurológicas atribuidas a la EI y acontecidas en los tres siguientes meses al diagnóstico.

Resultados:

Se incluyeron 10 pacientes, mediana de edad 67,5 (rango: 19-85), 6 varones. 8 pacientes tuvieron EI sobre válvulas nativas izquierdas. El microorganismo fue diferente en todos los pacientes. Se hicieron 19 mediciones a través de la arteria cerebral media (1 paciente tenía asimetría de ventana).

XVIII**REUNIÓN ANUAL**
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020****EDICIÓN VIRTUAL**

Se detectaron MES en 6 pacientes, cuatro de ellos tenían hipertensión y dislipemia, y dos también diabetes. Un paciente sufría fibrilación auricular. Tres pacientes sufrieron EI sobre válvula aórtica, 1 sobre mitral, 1 sobre ambas válvulas, y 1 sobre comunicación interventricular. En los primeros 30 días, 3 pacientes presentaron complicaciones neurológicas (2 pacientes sufrieron meningitis e ictus y 1 paciente un ictus isquémico); 1 paciente tuvo una artritis séptica y otro nódulos de Osler cutáneos. 3 pacientes fallecieron en el periodo de seguimiento.

En 4 pacientes no se detectaron MES. 2 de ellos tuvieron EI sobre válvula aórtica, 1 sobre pulmonar y 1 sobre mitral. En los 30 primeros días, 1 paciente sufrió una hemorragia subaracnoidea, y durante el periodo de seguimiento ningún paciente falleció ni sufrió complicaciones sistémicas secundarias a endocarditis infecciosa.

Conclusiones:

Se detectaron MES en una proporción alta de pacientes con EI de reciente diagnóstico. El grupo con MES presentó con mayor frecuencia complicaciones neurológicas y extracardiacas sistémicas.





O-021

Cambio de sesiones docentes presenciales a online durante la pandemia de COVID-19: descripción del proceso y satisfacción de los usuarios.

Alberto Villarejo Galende^{1,2}, Francisco Javier Azcárate Díaz¹, María Isabel Laespada García¹, Pablo Rábano Suárez¹, Mariano Ruiz Ortiz¹, Cristina Domínguez González^{1,3}, Patricia Calleja Castaño¹, Antonio Martínez Salio¹, Sara Moreno García¹, David Pérez Martínez^{1,2}

¹Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, ²Grupo de Enfermedades Neurodegenerativas, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (I+12). Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Madrid.,,,

³Grupo de Enfermedades raras, mitocondriales y neuromusculares del Instituto de Investigación imas12. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER),,,

Objetivo: La pandemia de COVID-19 ha trastornado la actividad hospitalaria, incluyendo la docente. Se describe el proceso de cambio de sesiones docentes presenciales por online en un servicio de Neurología, y se analizan la satisfacción y opiniones de los usuarios.

Material y métodos: 1) Exposición de las medidas adoptadas para pasar a modalidad online; 2) Análisis de una encuesta entre los participantes.

Resultados: 1) Se pasó de tres a dos sesiones semanales, con restricción del público presencial. La plataforma utilizada fue Zoom (San José, CA). El público virtual superó al presencial. 2) Contestaron la encuesta 49 participantes, 51% mujeres, con una media de edad de 40.5 años (rango 25-65). La satisfacción era mayor para las sesiones presenciales previas (8.68) que para las online (8.12) ($p=0.006$). Existía una correlación inversa significativa entre la edad y la satisfacción con las sesiones online ($p=0.01$), que no se daba para las sesiones presenciales. El 75.5 % son partidarios de mantener las sesiones online cuando se eliminan las restricciones de aforo. Una mayoría (87.8%) apoya sesiones interhospitalarias y recomiendan que las autoridades sanitarias faciliten aplicaciones informáticas seguras (53.1%). Se analizan también las formas de conexión y los formatos de sesión preferidos.

Conclusiones: La introducción de sesiones virtuales es una medida fácil de implementar en un servicio de Neurología, con un alto grado de satisfacción de los usuarios. Existen problemas no resueltos respecto al uso de plataformas comerciales y conexión interhospitalaria. Sería recomendable que las autoridades sanitarias y educativas desarrollaran aplicaciones seguras y fomentaran la educación médica online.





O-022

UTILIDAD DEL DIBUJO NO INDUCIDO EN LA ORIENTACIÓN AL DIAGNÓSTICO CON CEFALEA EN LA INFANCIA

Eva Arias¹, MARTA BOTE GASCON¹, CARMEN MARTINEZ DEL RIO¹, DIAMELIS RODRIGUEZ HERMIDA¹, ADRIAN GARCIA RON¹

¹Hospital Clinico San Carlos, Madrid

La cefalea es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Aunque a veces subestimamos su importancia, el diagnóstico correcto puede suponer un verdadero desafío en niños, que pueden tener dificultades para expresar verbalmente sus síntomas y además pueden presentar simultáneamente síntomas definitorios de distintos tipos de cefaleas. Nuestro objetivo fue valorar la utilidad del dibujo no inducido de cefalea en la orientación diagnóstica final de la misma.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico sobre la correlación del dibujo de cefalea (no inducido por la entrevista clínica) con los criterios plasmables gráficamente (C y D) de la International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) y con el diagnóstico final. Los dibujos fueron valorados por una tercera persona, residente de pediatría, que desconocía el caso y el diagnóstico.

Resultados: incluimos 110 pacientes en seguimiento en las consultas de neuropediatría por cefalea. El 65% mujeres con una mediana de edad de 12 años [9,15]. El 48.1% diagnosticados de migraña y el 37.2% de cefalea tensional. En el grupo con migraña la correlación del diagnóstico con el dibujo fue del 71.6%. El 80.2% de los pacientes dibujó al menos un síntoma típico de migraña del grupo C, hemicraneal (66%) y pulsátil (37,7%) los más frecuentes, y un 40% al menos un criterios D (sonofobia el más frecuente). Un 28,3% de los pacientes pintaron algún síntoma relacionado con su aura.

En el grupo con cefalea tensional, el 65.8% dibujó algún síntoma característico de este tipo de cefalea que coincidió con el diagnóstico final.

El índice de correlación kappa entre el observador de los dibujos y el diagnóstico final de todos los tipos de cefalea fue de 0.63.

Conclusiones: nuestros resultados sugieren que dibujar los síntomas de cefalea por parte de los pacientes al llegar a la consulta, podría tener utilidad en la orientación diagnóstico-terapéutica inicial en pediatría.

XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



COMUNICACIONES PÓSTER



XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 01. EECV

Revisores:

Carlos Gómez-Escalonilla. Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Florentino Nombela Merchán. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
Antonio Cruz Culebras. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
Santiago Trillo Senín. Hospital Universitario La Princesa, Madrid





P-001

Desarrollo del plan de ictus en la Comunidad de Madrid. Hitos e impacto de las medidas diagnóstico-terapéuticas en el ictus y la mortalidad

Silvia Pastor Yvorra¹, Elena de Celis Ruiz¹, Itsaso Losantos García¹, María Alonso de Leciñana Cases¹, Blanca Fuentes Gimeno¹, Profesor Exuperio Díez Tejedor¹

¹Servicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de investigación IdiPaz,

Objetivos: evaluar el impacto de las medidas de organización del plan de ictus en la Comunidad de Madrid en cuanto a la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria atribuida al ictus.

Material y métodos: estudio observacional, longitudinal y descriptivo, que analizó las tendencias temporales de los ingresos hospitalarios por ictus y la mortalidad intrahospitalaria en la Comunidad de Madrid entre los años 1997 a 2017. Se recogieron los siguientes datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Estadística: número absoluto de pacientes ingresados con diagnóstico de ictus, mortalidad intrahospitalaria secundaria a ictus y número de habitantes de la Comunidad de Madrid. Con estos datos se calcularon: las tasas de mortalidad hospitalaria por cada 100,000 habitantes y el porcentaje de mortalidad por ictus en pacientes hospitalizados. Así mismo se realizó un análisis de tendencias temporales de la mortalidad intrahospitalaria por ictus (porcentaje y frecuencia) usando el test de Daniel en dos periodos de tiempo diferentes (antes y después de 2011).

Resultados: los ingresos por ictus aumentaron de 8891 a 14,976, la mortalidad intrahospitalaria disminuyó de 2964 a 2269 y la tasa de mortalidad hospitalaria disminuyó del 33,3% al 15,2%. Se observó una tendencia temporal estadísticamente significativa en cuanto a la disminución en el porcentaje y la tasa de mortalidad hospitalaria entre los años 1997 y 2011.

Conclusión: la disminución del porcentaje y la tasa de mortalidad atribuida al ictus, pese al aumento de la morbilidad, sugieren que las medidas de organización del plan de Ictus a nivel regional han demostrado ser efectivas.





P-002

Proteómica de vesículas extracelulares. Diferente perfil en infarto cerebral de gran vaso, infarto lacunar y controles sanos

Elisa Alonso-López¹, Irene Lorenzo-Llorente², Laura Otero-Ortega¹, María Pérez-Mato¹, Biólogo Fernando Laso-García¹, Biólogo Mari Carmen Gómez-de Frutos¹, Biólogo Luke Diekhorst¹, Blanca Fuentes¹, María Alonso de Leciñana¹, Prof. Exuperio Díez-Tejedor¹, María Gutiérrez-Fernández¹

¹Laboratorio de Ciencias Neurológicas y Cerebrovascular, Servicio de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, UAM, Madrid, Madrid, ²Departamento de Neurología, David Geffen School of Medicine, Los Ángeles, CA., Los Ángeles, Estados Unidos

Objetivos: Identificar un perfil de expresión proteico basado en el contenido de las vesículas extracelulares (VE) de origen cerebral que permita diferenciar pacientes con infarto cerebral de gran vaso (ICGV), infarto lacunar (IL) y voluntarios sanos (VS).

Material y Métodos: Estudio clínico observacional prospectivo en 81 sujetos distribuidos en: ICGV (N=55); IL (N=26) y VS (N=23). Se recogieron muestras de sangre en pacientes a las 24h del inicio de los síntomas y en controles sanos. Se realizaron análisis proteómicos en VE circulantes en suero y espectrometría de masas de VE derivadas del sistema nervioso central (L1CAM-VEs).

Resultados: Los análisis de proteómica identificaron nueve proteínas (Factor de Von Willebrand, proteína S100-A9, proteína S100-A7, cadena gamma de fibrinógeno, filagrina, proteína 1 relacionada con el receptor de lipoproteínas de baja densidad, filamina, talina y subunidad C1q del complemento) implicadas en diferentes vías (vía de señalización del Alzheimer, vía de señalización de la integrina, vía de señalización mediada por el receptor de dopamina y vía farmacodinámica de la nicotina) y con diferente expresión en pacientes con IL, pacientes con ICGV y VS. Todas estas proteínas fueron identificadas en VE procedentes del sistema nervioso central.

Existen diferencias en el contenido proteico de las VE de origen cerebral en pacientes con ICGV, pacientes con IL y VS.





P-003

Expresión proteica y de microRNA en vesículas extracelulares en isquemia aguda. Diferencias Infarto cerebral/Infarto de miocardio.

Elisa Alonso López¹, Laura Otero-Ortega¹, María Pérez-Mato¹, Biólogo Fernando Laso-García¹, Biólogo Mari Carmen Gómez-de Frutos¹, Biólogo Luke Diekhorst¹, María Laura García-Bermejo², Elisa Conde-Moreno², Blanca Fuentes¹, María Alonso de Leciñana¹, Eduardo Armada³, Licenciada en Enfermería Lorena Buiza Palomino⁴, Prof Exuperio Díez-Tejedor¹, María Gutiérrez-Fernández¹

¹Laboratorio de Ciencias Neurológicas y Cerebrovascular, Servicio de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, UAM., Madrid, ²Laboratorio de Biomarcadores y Dianas Terapéuticas, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Centro de Salud Paracuellos del Jarama, Madrid

Objetivos: Analizar la composición de las vesículas extracelulares (VE) en pacientes con infarto cerebral (IC) e infarto agudo de miocardio (IAM).

Material y Métodos: Estudio clínico, observacional en 141 sujetos distribuidos en: IC (N=81); IAM (N=37) y voluntarios sanos (VS) (N=23). Cuantificamos las VE en suero entre las 24h-72h del inicio de los síntomas en pacientes con IC e IAM y VS por ELISA. Analizamos contenido de proteínas y micro-ARN por proteómica y RT-qPCR y comparamos entre grupos.

Resultados: Los niveles de VE circulante no mostraron diferencias entre los grupos. En pacientes con isquemia (IC e IAM) se identificaron 15 proteínas comunes no presentes en sanos. También identificamos diferencias en el perfil proteico (apolipoproteína B, alpha2-macroglobulina, fibronectina, proteína de unión a C4b) entre IC comparado con IAM. Se encontró una expresión diferencial de miR-340 y miR-424 (infraexpresado) y miR-29b (sobrexpresado) en pacientes con isquemia (IC e IAM) en comparación con VS. Finalmente, encontramos diferencias en la expresión de miR-340 entre IAM e IC.

Conclusiones: En el IC e IAM se han identificado diferentes proteínas y micro-ARN encapsulados en las VE. A pesar de ser patologías isquémicas agudas, se observan diferentes perfiles de expresión órgano específicos.





P004

Análisis de marcadores de daño/reparación tras infarto cerebral en relación con la hipertensión arterial e hiperglucemia. Estudio experimental

Luke Diekhorst¹, Cristina Alguacil Núñez¹, Fernando Laso García¹, Mari-Carmen Gómez de Frutos¹, Laura Otero Ortega¹, Blanca Fuentes¹, Prof. Exuperio Díez Tejedor¹, María Alonso de Leciñana¹, María Gutiérrez Fernández¹

¹Laboratorio de Ciencias Neurológicas y Cerebrovascular, Servicio de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, UAM,,

Objetivo. Analizar el efecto de la hipertensión arterial y la hiperglucemia en los marcadores de daño y reparación en un modelo animal experimental de infarto cerebral.

Material y métodos: Ratas macho distribuidas en los siguientes grupos experimentales: 1) ratas normotensas-normoglucémicas (N=9) con oclusión permanente de la arteria cerebral media (OpACM); 2) ratas espontáneamente hipertensas-normoglucémicas (N=9) con OpACM; 3) ratas normotensas-hiperglucémicas (inyección de nicotinamida+estreptozotocina) (N=10) con OpACM. Evaluamos: Evaluación funcional (test de la barra longitudinal y test de Rogers) en situación basal, 1, 3 y 6 semanas, tamaño de lesión por resonancia magnética a las 24h y 6 semanas; y marcadores tisulares de daño/reparación (GFAP; DCX; Reca-1) por inmunofluorescencia a las 6 semanas.

Resultados: Los animales hipertensos e hiperglucémicos tienen mayor tamaño de lesión que los normotensos-normoglucémicos ($p<0.05$) a las 24h y 6 semanas. Además, los animales hiperglucémicos tienen mayor tamaño de lesión que los hipertensos a las 24h ($p<0.05$). En todos los tiempos analizados, los animales hipertensos y los hiperglucémicos mostraron mayor déficit motor que los normotensos-normoglucémicos ($p<0.05$), sin observarse diferencias entre los grupos con comorbilidades. La hiperglucemia incrementó la expresión de GFAP con respecto a los normotensos-normoglucémicos e hipertensos-normoglucémicos ($p<0.05$). Las comorbilidades no mostraron un efecto negativo sobre la expresión de los marcadores DCX y Reca-1.

Conclusiones: La hipertensión arterial y la hiperglucemia agravan el daño en el infarto cerebral. Sin embargo, los marcadores implicados en reparación (neurogénesis y angiogénesis) no se ven afectados por dichas comorbilidades.





P-005

Distorsiones de la percepción visual causados por ictus de la arteria cerebral posterior: a propósito de cuatro casos.

Antonio Martínez-Salio¹, Alberto Rodríguez López¹, María de los Angeles Ortega Casarrubios¹, Francisco Javier Azcárate Díaz¹, Patricia Calleja Castaño¹, Pablo Rábano Suárez¹, Fernando Ostos Moliz¹, Carmen Sánchez Sánchez¹

¹Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid

Objetivos: La manifestación clínica más frecuente de un ictus del territorio de la arteria cerebral posterior es un defecto campimétrico, de diferente extensión según la topografía de la lesión, del que no siempre el paciente es consciente. En ocasiones, sin embargo, el síntoma principal es una distorsión de la percepción visual, como síntoma positivo.

Material y métodos: Presentamos cuatro pacientes con manifestaciones visuales diversas.

Resultados: Mujer de 77 años, con factores de riesgo vascular y carcinoma de ovario, consulta por percibir en personas y objetos, a determinada distancia con cambio de forma, más anchos en su parte superior y más estrecho en la inferior, exploración con cuadrantanopsia homónima superior izquierda. Mujer de 88 años, con factores de riesgo vascular clásicos y retinopatía diabética, consulta por cuadro brusco de cefalea occipital y visión de colores y formas extrañas en el hemicampo visual izquierdo, exploración con hemianopsia homónima izquierda. Mujer de 33 años, historia de migraña y tabaquismo, se despierta con triplopia binocular en plano vertical y oblicuo, exploración con disartria y hemihipoestesia derecha. Mujer de 63 años, historia de hipercolesterolemia y trombosis subclavia por síndrome del desfiladero torácico, dolor en antebrazo derecho, que se sigue de vértigo, inestabilidad y visión, más de personas que de objetos, aumentados de tamaño sobre un fondo normal, exploración con inatención y desinhibición, cuadrantanopsia homónima derecha, hipoestesia queiro oral derecha. En todas ellas se objetiva un ictus de territorio de arteria cerebral posterior, occipital en las dos primeras pacientes, talámica izquierda en las dos últimas, de etiopatogenia variada en cada caso. En ninguna de las pacientes fue posible el acceso a tratamiento trombolítico por ausencia de ventana terapéutica, aunque la evolución fue positiva, con secuelas leves en algún caso, pero con desaparición durante el ingreso de la sintomatología visual positiva (metamorfopsia, hemisíndrome de Charles Bonnet, triplopia, macropsia).

Conclusiones: Las distorsiones en la percepción visual pueden ser el síntoma inicial o predominante en un ictus de territorio de la arteria cerebral posterior. Lo inusual de la experiencia motiva que se tarde más en la sospecha y activación de un código ictus. La exploración con focalidad neurológica localizadora ayuda a su correcto diagnóstico. Estas alteraciones son transitorias y normalmente desaparecen en pocos días.



P-006

Influencia de los ángulos anatómicos de la arteria cerebral media en el resultado del tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo

Laura Casado Fernandez¹, Carmen Ramos¹, Santiago Trillo¹, Inés Muro¹, Alicia González-Martínez¹, José Luis Caniego², Juan Vega², José Vivancos¹

¹Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Introducción:

Existe un porcentaje de pacientes con ictus de ACM que reciben tratamiento endovascular en los que no se consigue la recanalización. El ángulo anatómico en los segmentos intracraneales proximales de ACM podría influir en el resultado del tratamiento endovascular. Nos proponemos analizar su influencia sobre el resultado del tratamiento y el pronóstico de los pacientes.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos tratados con trombectomía en nuestro centro entre 2014-2016. Se recogió el ángulo correspondiente a la bifurcación de la carótida distal en segmento M1 de ACM (ángulo proximal, Aprox) así como el ángulo entre el segmento de M1 y el segmento M2 sobre el que se realizó el primer pase de stent retriever en la proyección anteroposterior de las arteriografías (ángulo distal, ADist). Se recogió recanalización (TICI>2A), complicaciones y situación funcional a los 3 meses.

Resultados:

N = 151 pacientes, 42% mujeres, edad media 66 años (DE=15). NIHSS basal mediana 18 (RIQ=8). 90 pacientes presentaron oclusión de T carotídea/M1 proximal, con recanalización en 81 de ellos (90%). La media de Aprox fue de 136.5º (DE=14) en los recanalizados Vs 133.7º (DE=11) en los que no (p=n.s.). 61 casos presentaron oclusión en M1 distal/M2, con recanalización en 51, cuyo ADist medio fue de 139.5º (DE=20) Vs 120.2º (DE=13) en no recanalizados (p=0.03). Se correlacionó un ADist más abierto con un menor tiempo de trombectomía (Rho-Pearson = -0.18, p=0.02). No se encontró asociación entre la amplitud de los ángulos y las complicaciones durante el procedimiento, el número de pases, la tasa de transformación hemorrágica ni la situación funcional a los 3 meses.

Conclusión:

El ángulo de curvatura del segmento M1 con respecto a los segmentos M2 podría influir en el resultado de la trombectomía mecánica, con ángulos más abiertos asociados a un mayor grado de recanalización tras el procedimiento.



P-007

Fístula carótido-cavernosa directa de presentación atípica tratada mediante stent derivador de flujo y embolización con coils

Clara Aguirre Hernández¹, Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Juan Vega², José Luis Caniego², Inés Muro¹, Gemma Reig¹, José Vivancos¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ²Servicio de Neurorradiología intervencionista. Hospital Universitario La Princesa., Madrid

OBJETIVOS: Las fístulas carótido-cavernosas directas (FCCD) no traumáticas suelen estar en relación con rotura aneurismática o fragilidad vascular asociada a enfermedad del tejido conectivo. Su presentación típica es mediante manifestaciones neurooftalmológicas. Presentamos un caso de FCCD con clínica atípica y difícil abordaje.

MATERIA Y MÉTODOS: Revisión de historia clínica, pruebas complementarias y bibliografía disponible.

RESULTADOS: Mujer de 40 años con antecedentes de enfermedad celíaca e hiperlaxitud articular (luxación de hombro y esguinces de repetición). Trasladada a nuestro centro como código ictus por síndrome hemisférico izquierdo (NIHSS: 22) de inicio brusco mientras realizaba ejercicio (levantamiento de pesas). A su llegada presenta mejoría clínica, con disfasia leve (NIHSS 1). Se realiza estudio que muestra: TC cerebral normal (ASPECTS 10) y angioTC con estrechamiento de arteria carótida interna izquierda (ACII) intracavernosa y dos pseudoaneurismas, interpretándose como displasia vs disección arterial. Se decide actitud expectante por mejoría clínica. 48h después se realiza arteriografía que muestra FCCD de muy alto débito, con escaso flujo en ACII supraclinoidea y hemisferio izquierdo perfundido por sistema vertebrobasilar a través de la arteria comunicante posterior. Se recanaliza ACII intracavernosa con 2 stents derivadores de flujo, reestableciéndose el flujo carotídeo pero persistiendo gran componente de fístula al seno cavernoso, que es embolizada con coils con buen resultado angiográfico. Tras el procedimiento la paciente presenta disfasia leve y síndrome del seno cavernoso izquierdo (ptosis, midriasis y oftalmoplejía completa). Se inicia tratamiento con esteroides y doble antiagregación. En angioRM cerebral se visualiza oclusión de seno cavernoso e isquemia en territorio limítrofe ACII. Se realiza doppler de troncos supraaórticos que demuestra buen flujo a través de ACII. Ecocardiograma normal. Presenta como complicación del procedimiento pseudoaneurisma femoral que precisa tratamiento con fibrina en dos ocasiones. Al mes, destaca mejoría sintomática y arteriografía con cierre de FCCD y persistencia de flujo en ACII. Mantiene doble antiagregación. Teniendo en cuenta el fenotipo de la paciente, antecedentes y fragilidad vascular postulamos posible enfermedad del tejido conectivo subyacente, pendiente de estudio genético.

CONCLUSIONES: Presentamos una forma de debut excepcional de FCCD. En estos pacientes el diagnóstico debe hacerse mediante arteriografía, que permite además el tratamiento endovascular, pudiendo ser muy complejo como en este caso.



P-008

Cambios en la atención al ictus agudo durante la pandemia COVID-19: experiencia en un centro terciario.

Gabriel Velilla Alonso¹, Ángela Rodríguez López¹, Ana Gómez Roldós¹, Antonio Sánchez Soblechero¹, Andrés García Pastor², Fernando Díaz Otero², Yolanda Fernández Bullido², Ana María Iglesias Mohedano², Pilar Vázquez Alén², Marta Vales Montero², Antonio Carmelo Gil Núñez²

¹Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, ²Servicio de Neurología. Sección de Neurología Vascular - Centro de Ictus, Madrid

Objetivos: La pandemia COVID-19 ha supuesto un desafío a la atención al ictus agudo, especialmente en los centros terciarios de la comunidad de Madrid, epicentro de la pandemia. El 14 de marzo de 2020 se declaró en España el Estado de Alarma, en este trabajo analizamos la repercusión en la atención al ictus agudo en nuestro centro durante los dos primeros meses de su aplicación.

Material y métodos: Se recogieron retrospectivamente datos demográficos, clínicos y radiológicos, tiempos de actuación, tratamientos y diagnósticos de los pacientes candidatos a ingreso en la unidad de ictus desde el 14 de marzo al 14 de mayo de 2020, comparándolos con los pacientes atendidos en el mismo periodo del año 2019.

Resultados: Se analizaron un total de 195 pacientes, 83 correspondieron al periodo de 2020 (10 de ellos SARS-CoV-2+), lo que supone un descenso del 26% respecto al año previo ($p=0,038$). Estos pacientes fueron más jóvenes ($65,2 \pm 16,4$ vs $71,4 \pm 14,7$ años, $p=0,006$), hubo más porcentaje de fumadores (28% vs 10,9%, $p=0,002$) y menor frecuencia de antecedentes de ictus previo (13,3% vs 25%, $p=0,043$) y fibrilación auricular (9,6% vs 25%, $p=0,006$). Entre los ictus isquémicos de ACM ($n=77$) el ASPECTS fue menor (9 (7-10) vs 10 (8-10), $p=0,032$) en el periodo de 2020 y el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital fue mayor (304 (93-760) vs 197 (91,25-645) minutos, $p=0,104$), llegando un menor número de pacientes antes de 4.5 horas (43,4% vs 58%, $p=0,043$). El NIHSS basal fue mayor entre los pacientes atendidos durante el periodo de pandemia (5 (2-13) vs 4 (2-8), $p=0,2$). No encontramos diferencias significativas en el número de pacientes que recibieron tratamiento recanalizador con trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica (24,1% vs 26,8%) ni en los tiempos intrahospitalarios analizados, incluidos puerta-TC, puerta-aguja y puerta-ingle.

Conclusiones: Durante el periodo analizado de la pandemia descendió el número ictus agudos atendidos, manteniéndose el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento recanalizador, a pesar del retraso en su llegada al hospital.



P-009

ICTUS DE PRESENTACIÓN INHABITUAL: ¿DE QUIÉN ES ESTA MANO?

Belen Baena Alvarez¹, Raquel Sainz Amo¹, Adriana Celdrán de Castro García¹, Jorge Gómez Corral¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Maria Consuelo Matute Lozano¹, Rocío Vera Lechuga¹, Sebastián García Madrona¹, Antonio Cruz Culebras¹, Jaime Masjuan Vallejo¹, Jose Luis López Sendón Moreno¹, Alicia De Felipe Mimbrera¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción

El síndrome de la mano alien (SMA) es un fenómeno consistente en movimientos involuntarios complejos de una extremidad acompañado de sensación de extrañeza e incapacidad para controlarlos. Dentro de las causas más frecuentes destacan los tumores, la cirugía cerebral, enfermedades neurodegenerativas y aneurismas cerebrales. Menos frecuentemente, puede ser secundario a un ictus con afectación del cuerpo calloso, lóbulo frontal u occipital. La fisiopatología y pronóstico es desconocida, dada su baja prevalencia y dificultad diagnóstica

Material y métodos

Caso clínico

Resultados

Mujer de 73 años con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia y síndrome rígido-acinético, que acude al servicio de urgencias tras dos episodios autolimitados, de cinco minutos de duración, quedando asintomática en menos de 24 horas, consistentes en disartria y movimientos involuntarios de la mano izquierda, con dificultad para reconocerla como propia cuando se encontraba fuera de su campo visual. El TC craneal simple no presentaba hallazgos relevantes y se realizó electroencefalograma descartando actividad epileptiforme. Se completó el estudio con resonancia magnética objetivando infarto frontal derecho en territorio de la arteria cerebral media derecha. En el Doppler carotídeo no se observó ateromatosis, y se colocó holter-ECG de 3 semanas, por auricular izquierda dilatada, sin detección de arritmias embolígenas. Iniciamos tratamiento antiagregante y seis meses después del alta, la paciente permanece asintomática

Conclusiones

El SMA es una presentación clínica inhabitual de ictus isquémico, normalmente secundario a infartos en territorio de la arteria cerebral anterior o arteria cerebral posterior. Se describen pocos casos en la literatura por infarto de arteria cerebral media. Por otra parte, la duración menor a 30 minutos, es anecdótica





P-010

Tratamiento endovascular del vasoespismo secundaria a HSA: un desafío terapéutico

Carmen González Ávila¹, Elisa de la Fuente¹, África Aizpun¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Clara Aguirre¹, Carlos Hervás¹, Juan Vega¹, Jose Luis Caniego¹, Jose Aurelio Vivancos¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

El vasoespismo es una de las principales causas de morbilidad en los pacientes que sufren una hemorragia subaracnoidea (HSA). En la actualidad no existe consenso sobre el tratamiento endovascular del vasoespismo (TEV) en los casos refractarios al tratamiento médico. Presentamos los casos de HSA tratados con TEV en nuestro centro.

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes que sufrieron vasoespismo como complicación de HSA y que recibieron TEV en un hospital terciario entre febrero de 2009 y diciembre de 2019.

164 pacientes fueron ingresados por HSA aneurismática. 64 (39,02%) sufrieron vasoespismo clínico o radiológico. Finalmente 24 (37,5%) casos recibieron TEV siendo incluidos en nuestro estudio. El vasoespismo fue diagnosticado incidentalmente durante la embolización en 8 casos, fue sintomático en 14 casos (58,3%), mientras que en los otros 2 fue diagnosticado por neuroimagen sin poder realizarse valoración clínica. En los casos de diagnóstico no incidental el 81,3% fueron hombres, edad media 50,4 años (DE 12,7). La mediana de Hunt y Hess fue de 3,5 y de la escala Fisher modificada de 4. El tratamiento se realizó con nimodipino intraarterial en 3 (18,8%) y angioplastia aislada en 2 (12,5%), en 11 casos (68,8%) se realizaron ambos. Se logró mejoría angiográfica en 14 (87,5%) y clínica en 9 (56,25%), 4 precisaron una segunda intervención. Aunque no hubo complicaciones del procedimiento en ninguno, 11 casos (68,8%) presentaron lesiones isquémicas posteriores. La mediana del mRS-3 meses fue 4 (1-5) y 2 pacientes fallecieron.

En nuestro estudio un porcentaje significativo de pacientes que sufren HSA presentan vasoespismo que requiere tratamiento endovascular. Aunque dicho tratamiento fue seguro, el resultado angiográfico fue más satisfactorio que el clínico.





P-011

Reversión de Dabigatrán con Idarucizumab en pacientes tratados con fibrinólisis intravenosa

Raquel Sainz Amo¹, Sebastián García Madrona¹, Belén Baena Álvarez¹, Adriana Celdrán de Castro García¹, Jorge Gómez Corral¹, Paula Pérez Torre¹, Consuelo Matute Lozano¹, Alicia de Felipe Mimbrera¹, Antonio Cruz Culebras¹, Rocío Vera Lechuga¹, Jaime Masjuan¹

¹Hospital Ramon Y Cajal, Madrid

Objetivos

El uso de anticoagulantes orales 48 horas antes de un ictus isquémico es contraindicación para realizar fibrinólisis (FIV) según las guías clínicas actuales. Idarucizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que revierte de forma rápida los efectos de Dabigatrán. La experiencia con este fármaco es limitada. Presentamos tres casos en los que se realizó FIV después de haber revertido Dabigatrán con Idarucizumab.

Material y métodos

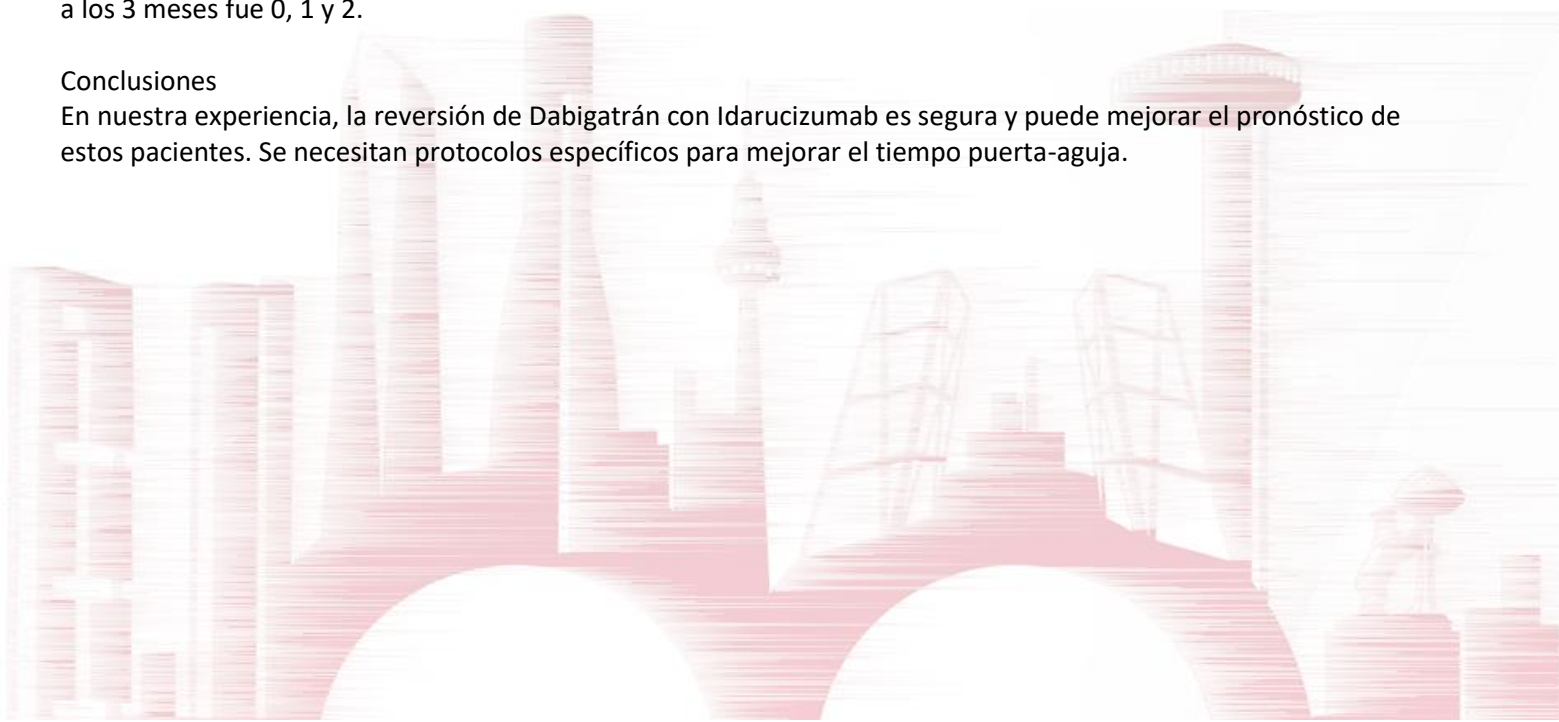
Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con FIV después de reversión de Dabigatrán con Idarucizumab desde enero de 2018 a diciembre de 2019 en nuestro Centro de ictus. Se recogieron variables clínicas, radiológicas y pronósticas incluyendo complicaciones hemorrágicas.

Resultados

Se incluyeron dos hombres y una mujer de 78, 82 y 55 años con fibrilación auricular tratada con Dabigatrán 150 mg (2 pacientes) y Dabigatrán 110 mg (1 paciente) con ictus isquémico agudo (NIHSS 7, 16 y 8 respectivamente). El tiempo de tromboplastina parcial activada estaba alargado en todos los casos. Se observaron oclusiones distales no accesibles para trombectomía en angioTAC. Se inició FIV 10 minutos después de la infusión de Idarucizumab 5mg con unos tiempos puerta-aguja de 95, 115 y 136 minutos. No se observaron complicaciones trombóticas, hemorragias sistémicas o hemorragias intracraneales sintomáticas. Al alta, el NIHSS era de 0, 7 y 2. La escala de Rankin modificada a los 3 meses fue 0, 1 y 2.

Conclusiones

En nuestra experiencia, la reversión de Dabigatrán con Idarucizumab es segura y puede mejorar el pronóstico de estos pacientes. Se necesitan protocolos específicos para mejorar el tiempo puerta-aguja.





P-012

Evaluación de las necesidades funcionales de los pacientes que han sufrido un ictus y su abordaje sanitario.

Laura Castrillo Cortecero², Marta Guillán Rodríguez¹, Juana Catalina Martínez Ramos¹, Natalia Barbero Bordallo¹, Jose Fernández Ferro¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, ²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Introducción: El ictus es la primera causa de discapacidad a nivel mundial en adultos. Diversos estudios han mostrado que los supervivientes a un ictus con secuelas a largo plazo se benefician de intervenciones hasta 5 años tras el episodio. Esto hace fundamental la identificación de estos déficit funcionales de manera sistemática. Post Stroke Checklist (PSC) nace como una herramienta de ayuda para la evaluación de secuelas en pacientes con ictus crónico. El objetivo de este trabajo es obtener una perspectiva global del abordaje sanitario de los pacientes que han sufrido un ictus en nuestra área sanitaria, basándonos en los dominios propuestos por PSC.

Materiales y métodos: estudio observacional, transversal y descriptivo a través de una encuesta propia basada en los dominios contenidos en PSC, que se realiza de manera telefónica a los pacientes ingresados por ictus en un único centro entre el 1/1/2018 y el 31/12/2018.

Resultados: El tamaño muestral final del estudio fue de 91 pacientes. La frecuencia de afectación de 1 o más dominios en la encuesta fue del 84%. Del total acumulativo de secuelas en la muestra, el 28% no habían sido identificadas por ningún profesional en su evolución. El profesional más implicado en el abordaje de estas secuelas fue el Neurólogo (68,5%), seguido del médico de Atención primaria (12,4%). En el análisis estratificado por sexo y edad, las mujeres presentaron una tasa de infradiagnóstico ligeramente superior a la de los hombres (22% frente a 33%). La frecuencia de secuelas es mayor en los pacientes de más edad respecto a los más jóvenes. Los pacientes con ictus hemorrágicos presentan una mayor frecuencia relativa de secuelas respecto de los ictus isquémicos.

Conclusión: En el área sanitaria de nuestro hospital, más del 80% de los pacientes que han sufrido un ictus presentan secuelas a largo plazo, aunque casi un 30% no son reconocidas. Las secuelas cognitivas y afectivas son las más frecuentes y las menos reconocidas. El neurólogo es el médico que con más frecuencia aborda estas secuelas. La proporción de secuelas en cada dominio es más elevada en los pacientes con ictus hemorrágico.





P-013

Estridor secundario a parálisis bilateral de cuerdas vocales en paciente con ictus isquémico vertebrobasilar

Carolina Díaz-Pérez¹, Santiago Trillo Senín¹, Florentino Nombela Merchán¹, Carlos Hervás Testal¹, María Antonia Rodríguez Castejón¹, Clara Aguirre Hernández¹, Elisa De la Fuente Sanz¹, Carmen Ramos Martín¹, José Cebrián Escudero¹, José Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

OBJETIVOS

El ictus con afectación del bulbo lateral puede producir disfonía (por afectación del nervio recurrente ipsilateral) secundaria a oclusión de arteria vertebral (AV) intracraneal o arteria cerebelosa posteroinferior (PICA), sin embargo la insuficiencia respiratoria aguda en el contexto es excepcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

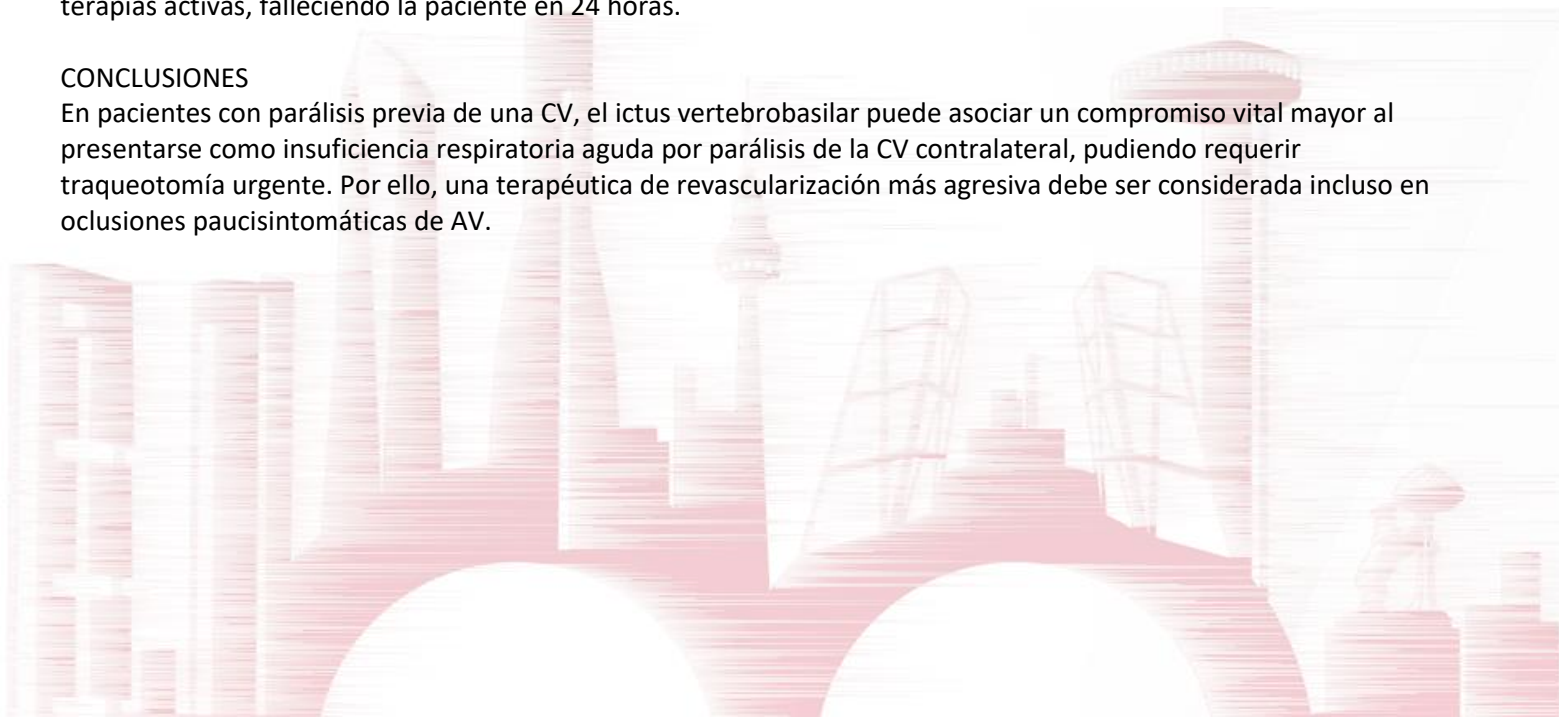
Presentamos el caso de una paciente con ictus vertebrobasilar y estridor secundario a parálisis bilateral de ambas cuerdas vocales (CV).

RESULTADOS

Mujer de 88 años con HTA y disfonía residual a parálisis de CV derecha por tiroidectomía. Presenta ictus isquémico agudo de inicio conocido con vértigo central (NIHSS:3) secundario a trombosis de AV izquierda. Presenta mejoría sintomática rápida con control de TA por lo que se desestima terapia de revascularización. En las siguientes horas presenta de forma brusca disnea con estridor por insuficiencia respiratoria aguda, objetivándose en fibrolaringoscopia urgente parálisis recurrencial bilateral en aducción (parálisis de CV izquierda por isquemia bulbar aguda y secuelar de CV derecha) que requiere traqueotomía urgente. Inicialmente presenta buena evolución con leve focalidad e infarto en territorio de PICA izquierda en TC de control. A las 48 horas evoluciona a coma brusco por progresión de la trombosis que ocluye longitudinalmente la arteria basilar. Ante mal pronóstico se desestiman terapias activas, falleciendo la paciente en 24 horas.

CONCLUSIONES

En pacientes con parálisis previa de una CV, el ictus vertebrobasilar puede asociar un compromiso vital mayor al presentarse como insuficiencia respiratoria aguda por parálisis de la CV contralateral, pudiendo requerir traqueotomía urgente. Por ello, una terapéutica de revascularización más agresiva debe ser considerada incluso en oclusiones paucisintomáticas de AV.





P-014

Ghost infarction core en pacientes con ictus de ACM tratados con trombectomía mecánica: ¿utilidad clínica real o mito?

Inés Muro García¹, Carmen Ramos Martín¹, Santiago Trillo Senín¹, Laura Martínez Vicente^{1,2}, Gustavo Zapata Wainberg¹, Clara Aguirre Hernández¹, Jose Luis Caniego Monreal¹, Juan Vega Villar¹, Jose Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción:

Diferentes estudios sugieren que el core isquémico en mapa de volumen de TC perfusión (core-CBV) puede sobreestimar el core de infarto real. Este fenómeno ha sido denominado ghost infarction core (GIC). Estudiamos los factores asociados al GIC, así como su valor pronóstico para dos umbrales.

Material y métodos:

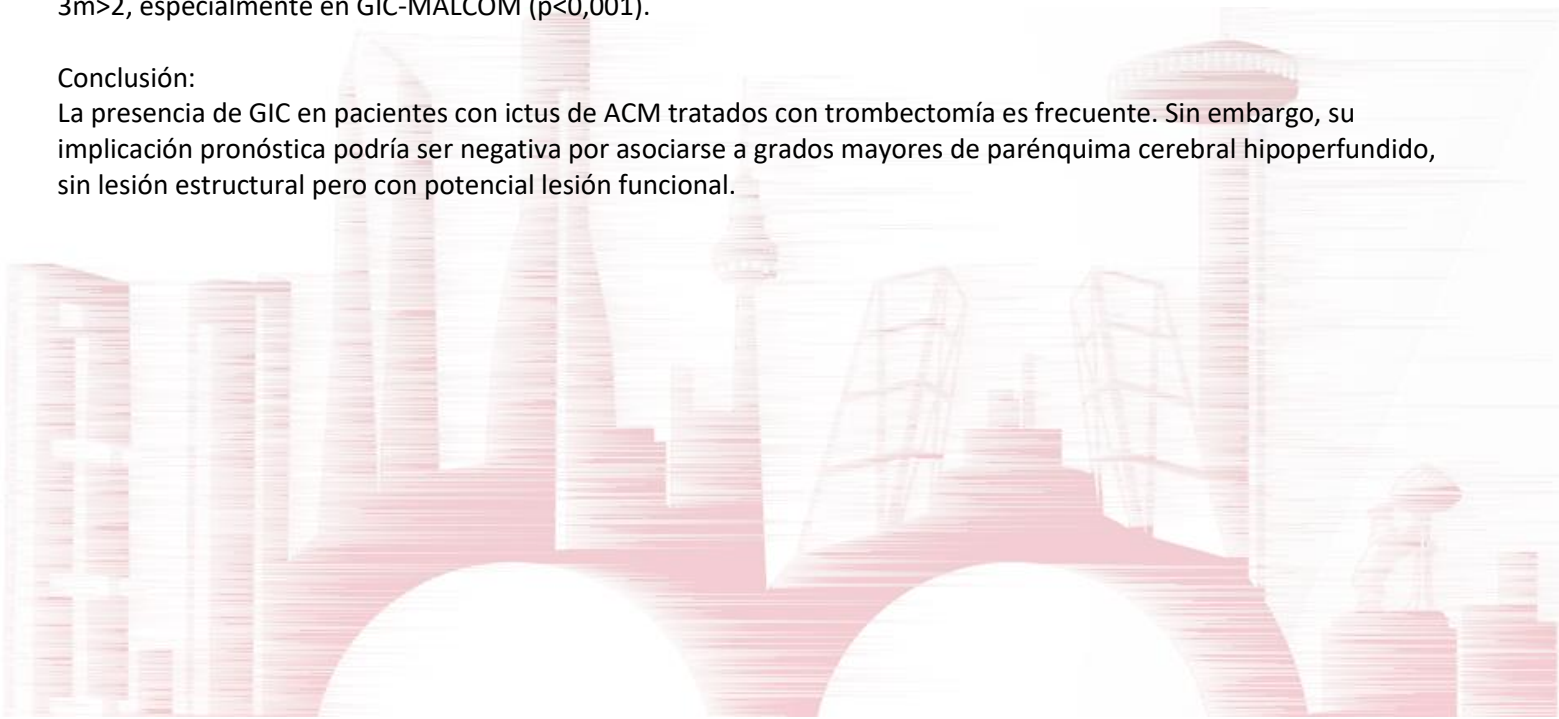
Estudio observacional, retrospectivo de pacientes con ictus por oclusión aguda de ACM/T carotídea, tratados con trombectomía en un hospital terciario. Se excluyeron aquellos pacientes no recanalizados. Se definió el GIC según el valor clásico de 10 mL (GIC-C) así como según el valor MALCOM (maximal admission lesion volume compatible with favorable outcome), calculado para nuestra muestra (GIC-MALCOM). Se estudió su asociación con el mRS a los 3 meses (mRs-3m).

Resultados:

N=314. 56% varones. Edad media 69 (DE 14.33). ASPECTS mediana 8 [2-10]. Core-CBV media 10.6mL (DE 17.48). 39 (12,3%) casos presentaron GIC-C con media de core-CBV 34.72mL (DE=15.10). GIC-MALCOM se identificó según curva ROC como 21 ml, encontrándose 18 (5,7%) casos; la media de core-CBV fue de 43,44mL (DE=16.37). En pacientes no GIC-C la media de core-CBV fue 7.29mL y en no GIC-MALCOM de 8.59mL. El core en TC 24 horas fue de 12,88mL para el GIC-C y de 14,18mL para GIC-MALCOM. Ambos GIC se asociaron a un mayor NIHSS ($p<0.01$), mayor glucemia ($p<0.01$), y menor tiempo de evolución ($p<0.01$). El diagnóstico de GIC se asoció a mayores porcentajes de mRS-3m >2 , especialmente en GIC-MALCOM ($p<0,001$).

Conclusión:

La presencia de GIC en pacientes con ictus de ACM tratados con trombectomía es frecuente. Sin embargo, su implicación pronóstica podría ser negativa por asociarse a grados mayores de parénquima cerebral hipoperfundido, sin lesión estructural pero con potencial lesión funcional.





P-015

El D-dímero como predictor de oclusión endovascular en el código ictus: estudio DESTINOS.

Santiago Trillo Senín¹, Jaime Alonso Maroto¹, M^a Carmen Ramos Martín¹, Clara Aguirre Hernández¹, Gustavo Zapata Wainberg¹, Juan Vega Villar², José Luis Caniego Monreal², Natalia Pascual³, Raquel Ferreirós³, África Aizpún Armendariz¹, Carmen González Ávila¹, Carlos Hervás Testal¹, Isabel Iturrate Basarán⁴, Álvaro Ximénez-Carrillo Rico¹, José Vivancos Mora¹

¹Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, ³Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Princesa., Madrid, ⁴Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Princesa., Madrid

Introducción:

Las escalas clínicas de valoración extrahospitalaria se utilizan para identificar pacientes con ictus que puedan presentar oclusión endovascular (OE) y beneficiarse de traslados directos a centros de tratamiento neurointervencionista (TN). Actualmente no existen biomarcadores que permitan predecir con aceptable fiabilidad OE. El objetivo del estudio DESTINOS (D-DímEro para Screening de Tratamiento neuroIntervencionista y oclusión endOvascular en el ictuS) es evaluar la utilidad de los niveles de D-dímero (DD) para predecir OE y TN.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos atendidos como Código Ictus en un centro de ictus. Se estudió la relación entre los niveles de DD (valor en $\mu\text{g/ml}$, valores normales 0.15-0.5 $\mu\text{g/ml}$) en la extracción a su llegada a urgencias, con la presencia de OE en el estudio realizado posteriormente de angio-TC. Se estudió también la asociación entre los niveles de DD, el diagnóstico final y realización de TN.

Resultados:

En el estudio fueron incluidos 124 pacientes. Mujeres 50,8%. El diagnóstico fue ictus con OE en 71 casos (53%), sin OE en 24 casos (18,2%), ictus hemorrágico en 20 casos (15,2%) y stroke mimic en 9 casos (6,8%). La mediana de los niveles de DD fue 0.92 $\mu\text{g/ml}$ [0.56-1.53]. El DD se correlacionó con el NIHSS pretratamiento (Rho de Spearman=0.27, $p=0.004$). La mediana de DD fue superior en ictus con OE respecto a otros diagnósticos (1.05 $\mu\text{g/ml}$ Vs 0.82 $\mu\text{g/ml}$; $p<0.001$). En los ictus con OE el DD estuvo más elevado respecto a ictus sin OE (1.06 $\mu\text{g/ml}$ Vs 0.64 $\mu\text{g/ml}$; $p=0.004$). Unos niveles DD superiores a 0.73 $\mu\text{g/ml}$ fueron un aceptable predictor de OE con un área bajo la curva (AUC) de 0.67 (IC=0.57-0.76, Sensibilidad=0.72, especificidad=0.57, VPP=0.69, VPN=0.6). Sin embargo, los niveles de D-dímero no fueron de forma aislada un buen predictor de TN (AUC<0.5).

Conclusiones:

Los niveles de DD en el código ictus se asocian con el diagnóstico final y podrían ser un biomarcador para predecir OE. La utilización de los niveles de DD junto con escalas clínicas podría mejorar la capacidad de identificar a los pacientes candidatos a TN en entornos extrahospitalarios.



P-016

Predictores de diagnóstico de fibrilación auricular oculta mediante monitorización prolongada ambulatoria en ictus embólicos de fuente indeterminada

Carlos Hervás Testal¹, Carmen Ramos¹, Santiago Trillo Senín¹, Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Ms AlejanFranquet¹, Elisa De La Fuente Sanz¹, Carmen González Ávila¹, Africa Aizpun Armendariz¹, José Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

Introducción y objetivos.

La fibrilación auricular (FA) paroxística oculta es la etiología más frecuente de ictus embólicos de fuente indeterminada (ESUS). La monitorización prolongada ambulatoria con Holter-ECG (MPAH) del ritmo cardíaco está indicada para el diagnóstico etiológico en estos casos. El objetivo de nuestro estudio es identificar predictores de diagnóstico FA oculta en pacientes a los que se les realiza estudio de MPAH.

Material y métodos.

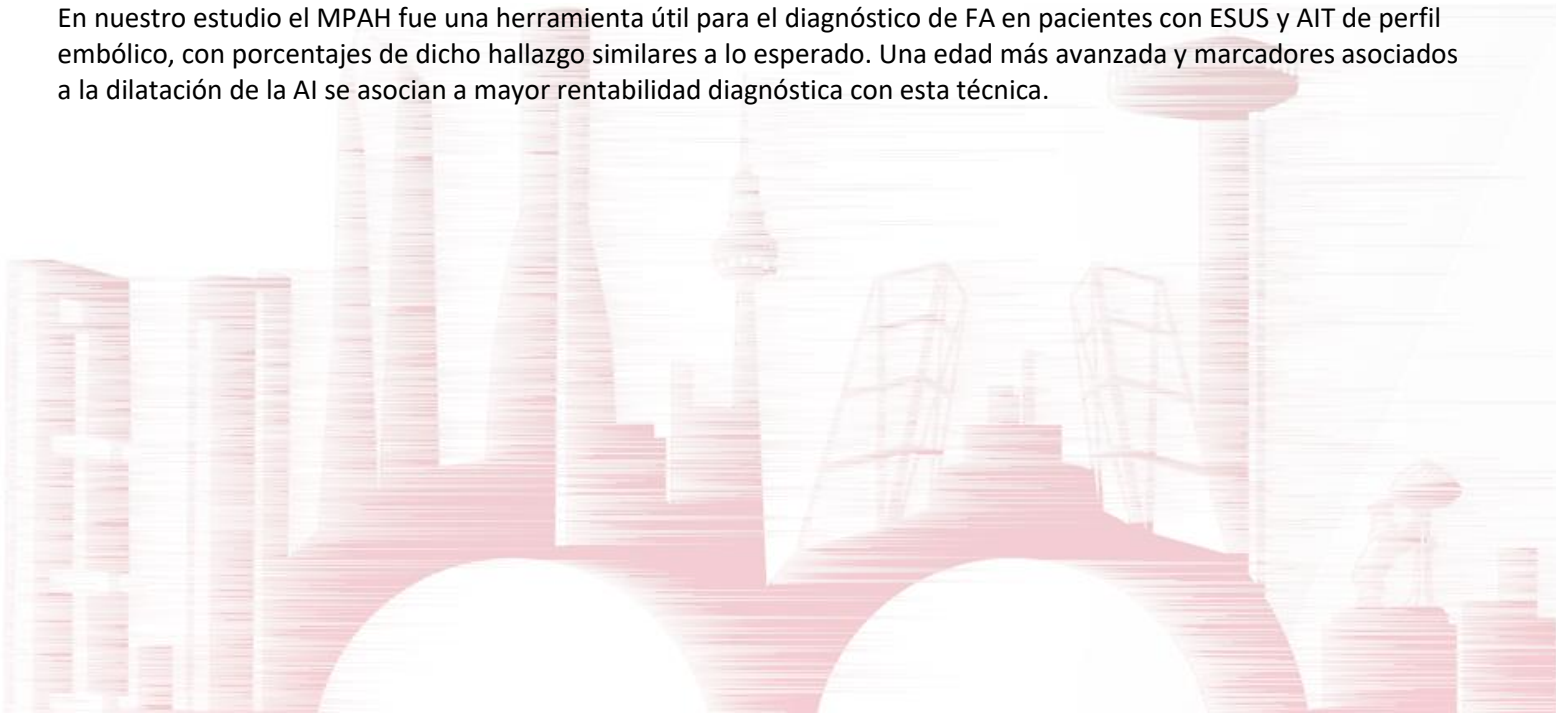
Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) de perfil embólico o ESUS a los que se realizó MPAH durante 15 días. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, radiológicas y ecocardiográficas y se analizó su relación con la detección de FA en la monitorización.

Resultados.

Se realizó MPAH a 246 pacientes, 44.3% mujeres, edad media 71.6 años (DE 11,1). ESUS 192 casos (78%) y AITs 44 (17.9%). Tiempo medio desde evento al MPAH 221 días (DE 397). Diagnóstico FA en 29 casos (11,8%). Aparición de FA se asoció con edad (FA 77.2 años vs no FA 70.9 años; $p<0.001$), número de horas analizadas (FA 211.6h, no FA 250.5h; $p=0.005$), tamaño de aurícula izquierda (AI) (FA 41.38mm³, no FA 36,65mm³; $p=0.009$) y volumen indexado de AI (FA 34cm³/m², no FA 29.6cm³/m²; $p=0.033$).

Conclusión.

En nuestro estudio el MPAH fue una herramienta útil para el diagnóstico de FA en pacientes con ESUS y AIT de perfil embólico, con porcentajes de dicho hallazgo similares a lo esperado. Una edad más avanzada y marcadores asociados a la dilatación de la AI se asocian a mayor rentabilidad diagnóstica con esta técnica.





P-017

LESIONES CEREBROVASCULARES AGUDAS SECUNDARIAS A COVID-19: UN NUEVO CAMALEÓN DE ICTUS?

Marta Domínguez¹, Carmen Ramos¹, Santiago Trillo¹, Juan Vega¹, Esther Valiente¹, Jaime Alonso¹, Alvaro Ximenez-Carrillo¹, Clara Aguirre¹, Gemma Reig¹, Patricia García¹, Elena Paz¹, Celia Alonso¹, Jose Vivancos¹

¹Hospital La Princesa, Madrid

Introducción y objetivos:

En pacientes con COVID-19 se han descrito una alta tasa de eventos trombóticos, entre ellos cerebrales. Otros síntomas neurológicos asociados a la propia infección podrían enmascarar los signos de ictus. El objetivo de nuestro estudio es describir la frecuencia de lesiones cerebrovasculares agudas en pacientes con COVID-19, así como identificar en qué casos no se identificó sintomatología de ictus previa al estudio diagnóstico (camaleones de ictus).

Materiales y métodos:

Estudio observacional retrospectivo, con recogida prospectiva de datos, de pacientes consecutivos atendidos en un centro de ictus durante el periodo del 1/3/20 al 16/5/20. Se revisó la totalidad de estudios de neuroimagen (TC/RM cerebral) realizados en dicho periodo, seleccionando aquellos casos con diagnóstico de lesión vascular aguda que presentasen COVID-19. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas.

Resultados:

102 casos presentaron lesión cerebrovascular aguda del total de estudios de imagen realizados. 15 pacientes(14,7%), tuvieron diagnóstico de COVID-19 que se relacionó con el evento cerebrovascular. En este grupo la edad media fue 75,7 años(DE 12,29), 46% mujeres. En 10 pacientes(66,6%) se activó código ictus y 5(33,3%) fueron camaleones de ictus. La mediana del NIHSS fue 19(9-22). El diagnóstico fue hemorragia intracerebral en 3 pacientes(20%) e ictus isquémico en 12 casos, de los cuales 4(33,3 %) recibieron tratamiento revascularizador.

Conclusiones:

Durante el periodo pico de la pandemia por COVID-19 el porcentaje de eventos cerebrovasculares agudos atribuibles a esta enfermedad fue significativo, existiendo un riesgo elevado de que se presenten como camaleones de ictus, por lo que una vigilancia neurológica estrecha es fundamental.





P-018

CÓDIGO ICTUS DURANTE LA PANDEMIA COVID: SON LOS IMITADORES DE ICTUS EN COVID+ UN NUEVO PROBLEMA?

Esther Valiente¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Marta Domínguez¹, Jaime Alonso¹, Gemma Reig¹, Clara Aguirre¹, Alvaro Ximenez-Carrillo¹, Juan Vega¹, Jose Vivancos¹

¹Hospital La Princesa, Madrid

INTRODUCCIÓN:

En el marco de la pandemia por SARS-COV-2 existe la posibilidad de que síntomas neurológicos en pacientes COVID+ puedan ser valorados como código ictus y presentarse como stroke mimics(SM). El objetivo de nuestro estudio es describir los SM presentados durante este periodo, identificando la posible existencia de SM en pacientes COVID+, así como los casos de ictus en dicho grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo con inclusión consecutiva de los pacientes atendidos como código ictus durante el periodo del 1/3/20 al 5/5/20, en un centro de ictus de una comunidad con un alto impacto de COVID. Se recogieron variables clínicas, demográficas, radiológicas y diagnóstico de SM o ictus isquémico/hemorrágico, así como diagnóstico de COVID.

RESULTADOS:

56 pacientes fueron atendidos como CI. 15/56 casos(26,78 %) fueron SM. Edad media 74.2, mujeres 10/15(66.66%). 2/15 casos(13.33 %) de los SM presentaron diagnóstico de COVID, en ambos hematoma subdural. 41/56 casos(73.21%) fueron verdaderos ictus. De los pacientes con diagnóstico de ictus 8/41 casos(19.5%) fueron COVID+, edad media 74.88, mujeres 5/8(62.5%), NIHSS media 15.13 con DE 3.17. El diagnóstico en este grupo fue ictus isquémico 7/8 casos(87.5%), hemorrágico 1/8 caso(12.5%) de los cuales presentaron oclusión de gran vaso 3/7 casos(42.86%).

CONCLUSIONES:

Durante el periodo pico de pandemia por COVID en una región de elevado impacto los SM atribuidos a esta entidad fueron infrecuentes, siendo los códigos ictus en COVID+ un porcentaje considerable. La presencia de focalidad en un paciente COVID+ debe hacer pensar como primera opción diagnóstica un ictus isquémico o hemorrágico y no un SM.





P-019

Hemiparesia izquierda del despertar: no siempre es el cerebro

Fernando Rodríguez Jorge¹, Consuelo Matute Lozano¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Juan Luis Chico-García¹, Paloma Parra Díaz¹, Victoria Ros Castelló¹, Belén Baena Álvarez¹, Adriana Celdrán de Castro¹, Alicia De Felipe Mimbrera¹, Rocío Vera¹, Antonio Cruz¹, Sebastián García-Madrona¹, Jaime Masjuán Vallejo¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los episodios de focalidad neurológica del despertar son un motivo frecuente de activación de código ictus extrahospitalario, y estudios recientes han demostrado la eficacia y seguridad de tratamientos de reperfusión, si el estudio de neuroimagen multimodal muestra una penumbra favorable. No obstante, otras causas potencialmente graves pueden simular esta situación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico.

RESULTADOS:

Mujer de 77 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia y valvulopatía aórtica, portadora de prótesis mecánica en tratamiento con acenocumarol, fue trasladada a nuestro servicio de Urgencias por hemiparesia izquierda y cervicalgia intensa presentada en el despertar. Se realizó TC craneal multimodal, que no objetivó defectos de repleción ni alteraciones en los mapas de perfusión. La analítica de sangre mostró un INR de 2.55, sin otras alteraciones, realizándose una RM medular cervical urgente, que objetivó un hematoma epidural cervical que se extendía de C4 a C6. Tras reversion de la anticoagulación con complejo concentrado de protrombina, se realizó evacuación quirúrgica urgente, que transcurrió sin incidencias. La paciente presentó leve mejoría, y fue trasladada a un hospital de rehabilitación 14 días tras el inicio de los síntomas.

CONCLUSIONES:

Presentamos un caso de hemiparesia izquierda del despertar en paciente portadora de prótesis aórtica mecánica en tratamiento con acenocumarol, trasladado a nuestro servicio de Urgencias como código ictus, con diagnóstico final de hematoma epidural cervical. El estudio de neuroimagen multimodal es una prueba de alta sensibilidad para el diagnóstico de ictus, y se deben plantear otras causas poco frecuentes pero potencialmente graves cuando nos encontramos ante un resultado normal.





P-020

La importancia del diámetro: medición del coágulo en la HSA aneurismática como predictor pronóstico.

Africa Aizpun Armendariz¹, Elisa De La Fuente¹, Santiago Trillo¹, Carmen González¹, Carmen Ramos¹, Carlos Hervás¹, Clara Aguirre¹, Jose Aurelio Vivancos¹, Jose Luis Caniego¹, Juan Vega¹, Patricia Albert¹

¹Hospital De La Princesa, Madrid

Objetivos:

Uno de los principales factores pronósticos en la hemorragia subaracnoidea aneurismática(HSAa) es el volumen de la hemorragia cerebral, que puede ser estimado mediante el diámetro del coágulo(DC). Nuestro estudio analiza el valor pronóstico del DC en diferentes localizaciones del espacio subaracnoideo.

Métodos:

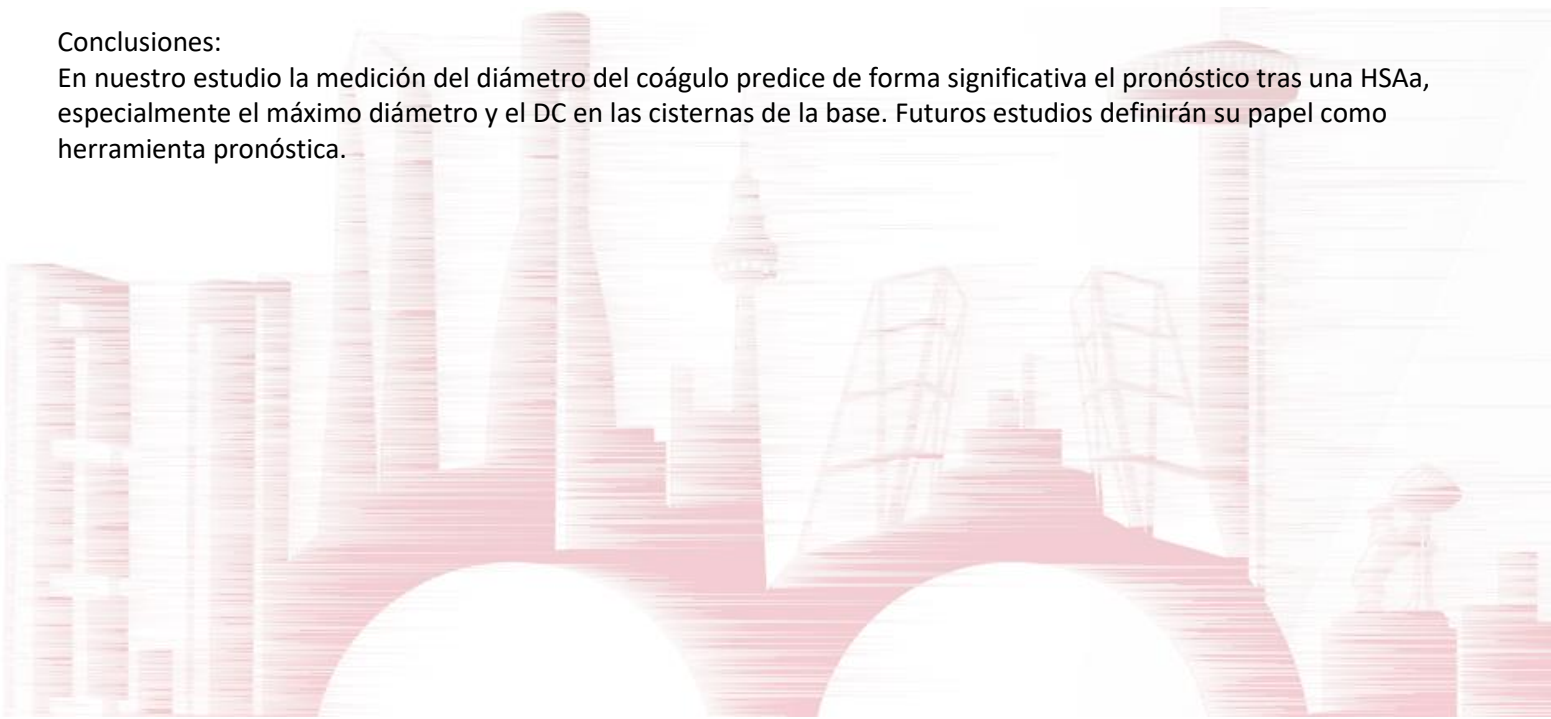
Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro con HSAa. El DC fue recogido en el TC cerebral al diagnóstico en 3 localizaciones: cisura inter-hemisférica(DC-CIH), cisura de Silvio(DC-CS) y cisternas de la base(DC-CB). Así mismo se recogió el máximo DC para cada caso de entre las 3 mediciones(DC-Máx). El pronóstico se estimó mediante el mRS a los 3 meses(mRs-3m)

Resultados:

N= 164. Edad media 57 años(DE 14), Hunt y Hess 2(1-4). Fisher modificado 4 (3-4). Vasoespasmo 64 (42,7%), de los cuales sintomático 31 (20,8%). Los diámetros del DC presentaron los siguientes valores de media: DC-CIH 4mm(DE 3.1), DC-CS 6.95mm(DE 5), DC-CB 9,2mm(DE 5,36) y DC-Máx 10,6mm(DE 5,5). El DC se correlacionó con la situación clínica medida mediante la WFNS y la escala de Hunt y Hess($p<0,001$). Se identificó correlación estadísticamente significativa entre los DC entre sí($p\leq 0,001$) y con el mRs-3m, siendo mejor predictor el DC-máx(Rho-Spearman=0,36; $p<0,001$). De las 3 localizaciones solamente el DC-CB fue un predictor independiente($p<0,032$). La localización de aneurisma en ACI y ACM se asoció a un mayor DC-máx($p<0,05$).

Conclusiones:

En nuestro estudio la medición del diámetro del coágulo predice de forma significativa el pronóstico tras una HSAa, especialmente el máximo diámetro y el DC en las cisternas de la base. Futuros estudios definirán su papel como herramienta pronóstica.





P-021

Angiopatía amiloide inflamatoria: descripción y revisión bibliográfica

Alicia González Martínez¹, Santiago Trillo-Senín¹, Juan Vega², Javier Villacieros¹, Carmen Ramos¹, Laura Casado Fernández¹, Inés Muro García¹, José Vivancos¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: La angiopatía amiloide inflamatoria (AAI) es una entidad poco frecuente y recientemente descrita relacionada con angiopatía amiloide cerebral (AAC) y la vasculitis del sistema nervioso central. El diagnóstico en ausencia de biopsia se puede realizar utilizando los criterios clínico-radiológicos de Chung et al. Presentamos una serie de probable AAI por criterios clínico-radiológicos atendidos en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los casos con posible diagnóstico de AAI por RMN. Se presenta un estudio descriptivo de los pacientes que cumplían criterios clínico-radiológicos e iconografía.

RESULTADOS: De los 8 casos con sospecha radiológica, 4 cumplían criterios clínico-radiológicos, de los cuales 3 fueron AAI y uno linfoma cerebral primario. Presentamos una serie de tres pacientes, dos mujeres y un hombre, con edades entre 72 y 85 años. Ninguno presentaba deterioro cognitivo previo, 2/3 presentaron cambios cognitivos subagudos, 2/3 focalidad neurológica, 2/3 cefalea, 1/3 encefalopatía y 1/3 crisis epilépticas. La RMN cerebral mostraba leucoencefalopatía con lesiones confluentes o parcheadas asimétricas, 2/3 realce leptomeníngeo, 2/3 siderosis superficial, 2/3 más de 10 microhemorragias. En todos los casos coexistía hemorragia lobar con múltiples microhemorragias. En 2/3 el LCR mostraba hiperproteínorraquia. Todos los pacientes recibieron megadosis de corticoides; 2/3 fallecieron, siendo el único superviviente el que recibió corticoterapia en las primeras 24 horas, con posterior pauta descendente sin tratamiento inmunosupresor posterior y sin recidivas.

CONCLUSIONES: La AAI es una entidad poco frecuente; en nuestra serie se evidenció una elevada mortalidad. El uso temprano de esteroides a altas dosis podría ser relevante en el pronóstico y objeto de futuros estudios.





P-022

Uso concomitante de estimulación magnética transcraneal repetitiva e imaginación motora en la rehabilitación de la extremidad superior en el accidente cerebrovascular isquémico cortical. Protocolo de estudio controlado doble ciego.

Francisco José Sánchez Cuesta^{1,2}, Juan Pablo Romero Muñoz^{1,2}, Aída Arroyo Ferrer^{1,2}

¹Universidad Francisco De Vitoria, Madrid, ²Hospital Beata María Ana, Madrid

El accidente cerebrovascular es la segunda causa de muerte en el mundo y la mayor causa de discapacidad. El 82% de los sujetos no logran recuperar la funcionalidad de la extremidad superior en actividades básicas de la vida diaria después de meses de rehabilitación. Métodos mejorados para medir la actividad cerebral, incluyendo fMRI, han demostrado que la imaginación motora o la observación de acciones, junto a la aplicación de estimulación magnética transcraneal (TMS) pueden, cuando se usan de manera efectiva, activar el sistema motor neural de una forma más efectiva que la rehabilitación física aislada.

Material y método: Se efectuará un ECA doble ciego. La muestra de 27 sujetos se dividirá en dos grupos. Ambos recibirán rehabilitación convencional e imaginación motora concomitante, con sujetos en un grupo con aplicación de TMS y en el control, TMS sham, previa a cada sesión.

Resultados: Para el análisis de los resultados, se utilizarán pruebas paramétricas, siempre que la normalidad, la igualdad de varianza y el tamaño de la muestra lo permitan. Debido a la naturaleza de los datos, los análisis se completarán con pruebas no paramétricas y se realizarán controles de efecto residual, efecto de período y secuencia. (Nivel de confianza de 0,95)

Conclusiones: La integración de la neuromodulación (endógena y exógena) en los procesos habituales de rehabilitación podría acortar los tiempos de intervención y mejorar el estado funcional final de los pacientes. Así mismo, la incorporación de la preactivación de la corteza con TMS podría mejorar la eficiencia de la imaginación motora.





P-023

Afectación de motilidad ocular en infartos talámicos. Presentación de un caso y revisión sistemática de la literatura

Sergio Secades García¹, Mireya Fernández-Fournier Fernández¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos: La oftalmoplejia es una manifestación conocida aunque infrecuente de los infartos talámicos paramedianos, clásicamente afectando a la motilidad ocular en el plano vertical. Revisamos las características clínico-radiológicas de pacientes con afectación de la motilidad ocular tras infartos talámicos.

Material y métodos: Descripción con videofilmación de un caso y búsqueda sistemática(24-Mayo-2020) en PubMed y EMBASE, palabras clave "(thalamus OR thalamic)AND(Diplopia OR ophthalmoplegia OR Gaze OR ocular)AND(stroke OR infarct OR infarction)".Inclusión: reportes de casos.

Resultados: Se encontraron 189 publicaciones, se incluyeron 26 con un total de 30 pacientes con afectación de la motilidad ocular tras infarto talámico, 55% varones,edad 53 años(+/-16 DE). Sólo un 38% refería factores de riesgo vascular. La etiología más frecuente fue la inhabitual(13%), seguida de aterosclerótica y cardioembólica(ambas 10%), no reportada:57%. En 11 pacientes el infarto talámico fue bilateral y en 19 fue unilateral; de estos 7 también tenían afectación troncoencefálica. De los infartos talámicos unilaterales aislados, en 75%(n=9) la alteración afectó exclusivamente al plano vertical, pero 25%(n=3) presentó restricción horizontal, en un caso de forma aislada. La afectación de la motilidad ocular fue bilateral en un 25%(n=3). El 91% de los infartos bilaterales conllevaron restricciones a la motilidad ocular de ambos ojos, con afectación vertical en 100%, asociando además alteración en la motilidad horizontal bilateral un 36,4%.

Conclusión: El tálamo ejerce un papel determinante en la motilidad ocular, esencialmente vertical, pero también en horizontal pudiendo ser incluso la única manifestación de un infarto talámico.





P-024

Ictus con clínica ipsilateral

Alberto Rodríguez López¹, Francisco Javier Azcárate Díaz¹, Ester Morales García¹, Guillermo González Ortega¹, Eduardo San Pedro Murillo¹, Carmen Sánchez Sánchez¹, Patricia Calleja Castaño¹, Antonio Martínez Salio¹

¹Hospital 12 De Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Se ha demostrado experimentalmente que un porcentaje de las fibras correspondientes al tracto espinotalámico discurren sin decusarse a través del sistema nervioso central. En ciertas circunstancias pueden tener implicaciones clínicas en la presentación de eventos vasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: descripción de dos casos clínicos

RESULTADOS: Varón de 62 años con antecedente hace dos años de ictus talámico izquierdo de etiología esclerohipertensiva con secuela de leve hipoestesia y disestesias en hemicuerpo derecho; presenta nuevo cuadro al despertar de parestesias dolorosas en hemicuerpo derecho, con leve claudicación de miembros izquierdos objetivada en la exploración, demostrando en la neuroimagen un hematoma talámico derecho agudo, de origen hipertensivo, requiriendo pregabalina de mantenimiento para control sintomático. El segundo caso, es un varón de 72 años con antecedente de fibrilación auricular e ictus hemorrágico en ganglios basales izquierdos sometido a evacuación quirúrgica hace seis años, con secuela de hemiparesia derecha y leve disartria; refiere un nuevo episodio brusco de hemianestesia derecha, evidenciando en la neuroimagen un infarto protuberancial derecho agudo, de etiología cardioembólica. En definitiva, en ambos pacientes se halló un infarto profundo contralateral al previo e ipsilateral a la clínica sensitiva aguda, con mejoría sintomática en ambos casos.

CONCLUSIÓN: Los síntomas sensitivo-motores de un ictus pueden ser compensados por vías no cruzadas, ipsilaterales a los miembros afectados. Una nueva lesión isquémica o hemorrágica que dañe esas estructuras podría empeorar la clínica sensitiva preexistente en forma de hipoestesia, parestesia o dolor, generando cuadros de topografía inesperada.





P-025

CODIGO ICTUS: ANALISIS DE LA VARIACION DE SU INCIDENCIA A LO LARGO DE UN AÑO EN UN CENTRO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Raquel Martin Garcia¹, Pablo Gómez-Porro¹, Carolina Ochoa Lopez¹, Rocio Velasco Calvo¹, Angel Ruiz Molina¹, Lucia Alba Alcántara¹, Joaquin Carneado-Ruiz¹

¹Hospital Universitario Puerta De Hierro, Madrid

OBJETIVO:

Analizar la variación de la incidencia del código ictus a lo largo de un año.

PACIENTES/METODOS:

Estudio observacional prospectivo. Se recogen de forma prospectiva los códigos ictus (extra e intrahospitalarios) que se activan cada día a lo largo de un año (JCR, PGR) . Los resultados corresponden a los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH) de Majadahonda (Madrid). Los criterios de inclusión y exclusión como código ictus fueron los especificados en el protocolo de la Comunidad de Madrid. Se describen pacientes atendidos desde Febrero del 2019 a Enero del 2020. Se realizó el análisis de Kuskall-Wallis para objetivar diferencias significativas entre semanas y de correlación entre el número de código ictus y el número de orden de la semana.

RESULTADOS:

Número de pacientes atendidos al año como Código Ictus: 803, número de pacientes atendidos por semana: media de 15.44 (Desviación Estándar de 4.82). Mediana 15 (Rango intercuartil Q1-Q3: 13-18)

Existe una variación entre el número de pacientes atendidos por semana como código ictus a lo largo del año. Análisis de Kruskal-Wallis ($p=0.022$) Siendo el número de códigos ictus significativamente mayor en las primeras semanas del año. Por trimestres el número de semanas con un número de código ictus, en el cuartil superior, igual o superior a 18 (Q3): En el primer trimestre hay 9 semanas; en el segundo trimestre hay 5 semanas; en el tercer trimestre hay 1 semana y en el cuarto trimestre hay 2 semanas. La mayor incidencia se da desde la semana número 1 a la semana número 15 : Hay 11 semanas (73%) con un número de código ictus igual o superior a 18 (Q3).

Existe una correlación entre el número de códigos ictus y el número de orden la semana. (correlación de Pearson $p=0.015$ $R = -0.33$).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio objetivamos una variación anual significativa en el número de códigos ictus atendidos, la mayor incidencia se da en el período comprendido entre la semana número 1 y la semana número 15.





P-026

Síndrome de Austrian: una causa rara de imitador de ictus

Alicia González Martínez¹, Santiago Trillo Senín¹, Beatriz Aldave Orzaiz², Carmen María Sáez Béjar³, Adrián Martínez Vergara⁴, José Vivancos¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ³Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: El síndrome de Austrian (SA) es un proceso agudo caracterizado por la presencia de neumonía, endocarditis y meningitis, cuya etiología más frecuente es *Streptococcus pneumoniae*. En nuestro medio, la prevalencia de endocarditis y meningitis por *streptococcus neumoniae* es del 1%. Existen escaso número de casos de SA. El SA es más frecuente en varones alcohólicos de mediana edad y situaciones de inmunodeficiencia. La fiebre y la alteración en el nivel de conciencia son síntomas habituales como manifestación clínica en estos pacientes. Sin embargo, la presentación inicial del SA como imitador de ictus es infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso de un varón de 55 años que acude a Urgencias trasladado por los servicios de emergencia como código ictus por cuadro de alteración en la emisión del lenguaje secundaria a meningoencefalitis en contexto de un SA.

RESULTADOS: Varón de 55 años traído a nuestro centro como Código Ictus por cuadro de alteración del lenguaje de más de 6h de evolución consistente en emisión de lenguaje con discurso incoherente de contenido paranoide y debilidad de hemicuerpo izquierdo (NIHSS: 2). Su acompañante refiere además que el paciente presenta malestar general con fiebre de hasta 38,5°C y tiritona de una semana de evolución. Se realiza TC multimodal que no muestra alteraciones, tras lo cual presenta empeoramiento de nivel de conciencia. Se realiza radiografía de tórax que muestra la presencia de neumonía neumocócica, con posterior resultado de hemocultivos positivos para *streptococcus pneumoniae*. Durante su estancia en Urgencias, el paciente desarrolla un shock séptico por endocarditis aórtica nativa con insuficiencia aórtica masiva e insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón en el contexto, que se trata con cirugía de recambio valvular; asimismo, el paciente presenta durante el ingreso un síndrome confusional con desorientación espacio-temporal y confabulación que precisa administración de neurolépticos. El paciente ingresa en UCI donde se realiza una RMN cerebral que muestra abscesos cerebrales múltiples en el contexto de sepsis meningocócica y trombosis venosa, durante ingreso sufre infartos embólicos de nueva aparición secundarios a embolismos sépticos. Recibe tratamiento con Ceftriaxona, Vancomicina, Azitromicina, Aciclovir. Finalmente se diagnostica inmunodepresión secundaria a inmunodeficiencia humoral secundaria a mieloma múltiple IgG kappa no conocido.

CONCLUSIONES: El SA es una rara causa de imitador de ictus. Aunque infrecuente, su conocimiento posibilita un reconocimiento precoz así como la instauración de tratamiento temprana resulta importante para mejorar el pronóstico de estos pacientes con un proceso de esta gravedad.



P-027

Más allá de las 4'5h. Ampliando la ventana de trombolisis intravenosa, guiado por TC Perfusión

Adriana Celdrán de Castro García¹, Jorge Gómez Corral, Raquel Sainz Amo, Belén Baena Álvarez, Sebastián García Madrona, Alicia De Felipe Mimblera, Maria Consuelo Matute Lozano, Antonio Cruz Culebras, Rocío Vera Lechuga, Jaime Masjuan Vallejo

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción: La trombolisis intravenosa (TIV) más allá de las 4.5h desde el inicio de la clínica es una contraindicación clásica. Ensayos clínicos recientes sugieren que ésta ventana puede extenderse en aquellos pacientes con hallazgos radiológicos favorables en TC o RM perfusión. Presentamos a continuación nuestra experiencia.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro prospectivo de pacientes tratados con TIV dentro de las 9 horas posteriores al inicio de los síntomas seleccionados por perfusión CT (software RAPID) en nuestro centro desde enero de 2019 hasta diciembre de 2019. Se incluyeron variables clínicas y radiológicas.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (65% mujeres; edad media 73 ± 14.19). La mediana de NIHSS fue de 9.5 (rango 2-25). El volumen del core del infarto fue de 13.2 ml (rango 0-109.86), el volumen de tejido recuperable fue de 32.16 ml (rango 0-103.83) y el mismatch (ratio tejido salvable/ core infarto) determinado por RAPID fue 3.3 (rango 1.9-9.3). El angioTC mostró oclusión vascular en 11 pacientes. La mediana de tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el inicio de la TIV (alteplasa) fue de 319 min (280-510). La dosis de Alteplasa utilizada fue de 0,9 mg / kg en 13 pacientes y de 0,6 mg / kg en 1. La mejoría neurológica media en la escala NIHSS a las 24 h fue de 3 (rango -4 y 12) y a los 7 días fue de 3.5 (rango -1 y 15) puntos. Ninguno de ellos presentó complicación hemorrágica intracraneal o sistémica. A los 3 meses, el 63,3% de los pacientes eran independientes ($mRS \leq 2$) y la mediana de la mRS era 1,5 (rango 0-4).

Conclusión: en nuestra experiencia, la IVT entre 4.5 y 9 h después del inicio clínico, guiada por la perfusión CT es una técnica segura, asociada con un buen pronóstico neurológico a los 3 meses





P-028

Diferentes mecanismos etiopatogénicos detrás del ictus isquémico en pacientes COVID-19

Marta Guillán Rodríguez¹, Elena Miñano Guillamon¹, Sara Bellido Cuellar¹, Natalia Barbero Bordallo¹, Juana C Martínez-Ramos¹, Beatriz Alvarez Mariño¹, Javier Villacieros Alvarez¹, Josefa Perez Lucas¹, Carlos Ordas Bandera¹, Francisco Murcia Garcia¹, María Ruggiero García¹, Jose Fernandez Ferro¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid

Objetivo:

La enfermedad causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19) presenta manifestaciones neurológicas en más de un tercio de los pacientes, incluyendo ictus isquémicos (1,3%-3,8%), hemorrágicos y TVC. En la mayoría de estos casos se trataba de pacientes con infección grave y el evento cerebrovascular parecía secundario a las alteraciones hemodinámicas del paciente crítico y a la coagulopatía asociada a COVID-19. Recientemente se han publicado casos aislados de pacientes sin síntomas respiratorios graves que igualmente sufren un ictus, lo que hace presuponer otros mecanismos etiopatogénicos. Queremos describir las características de los pacientes con COVID-19 que han sufrido un ictus isquémico en nuestro hospital.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo de todas las interconsultas realizadas a Neurología entre el 23-marzo-2020 y el 15-mayo-2020 con diagnóstico confirmado de COVID-19 y diagnóstico final de ictus isquémico/infarto cerebral.

Resultados:

De 154 interconsultas atendidas, 38 fueron casos confirmados de COVID-19, 8 (21%) asociaron infartos cerebrales (mediana-NIHSS 9 [5;10]); todos varones (media de edad 62,8 ± 10 años). Seis son hipertensos, 3 fumadores y 2 diabéticos. Seis sufrieron COVID-19 grave y 2 leve-moderado. D-Dímero 2083 µg/L (1353; 4055) RIQ. Sólo 2 casos fueron activados como código ictus intrahospitalario, uno tratado con trombectomía mecánica (único con oclusión de gran vaso) y otro con trombólisis iv (rama ACM izquierda). El resto de los pacientes presentaban infartos ya establecidos en la primera valoración por el neurólogo. Tras estudio etiológico completo fueron clasificados de: 3 cardioembólicos, 2 hemodinámicos en contexto de shock e hipoxemia, 1 estado protrombótico grave (D-Dímero 22549 µg/L) y 2 sin causa aclarada (1 sospecha de vasculopatía asociada a la infección vírica). Un paciente falleció y todos menos 1 recibieron profilaxis antitrombótica.

Conclusiones:

Ante síntomas neurológicos de nueva aparición en pacientes con COVID-19 debemos sospechar un ictus isquémico y no asumir que es secundario al proceso respiratorio (hipoxia). Los ictus siguen siendo una emergencia tratable durante la pandemia COVID-19. Aunque son más frecuentes en casos graves asociados a coagulopatía, se presentan también en casos leve-moderados sin coagulopatía franca, presumiblemente por otros mecanismos causales.



P-029

Angiopatía postparto: puerperio como subgrupo de riesgo en los síndromes de vasoconstricción cerebral.

Pilar Alcántara Miranda¹, Laura Rubio Flores¹, Rubén Cazorla García¹

¹Hospital General De Villaba, Madrid

Introducción y objetivo:

La angiopatía postparto es una causa poco frecuente de ictus en el puerperio. Agrupada entre los síndromes de vasoconstricción cerebral reversible, suele cursar con cefaleas graves en la primera quincena postparto, convulsiones y vasoconstricción multifocal segmentaria, habitualmente sin otras complicaciones. Nuestro trabajo describe el caso de una puérpera con cefalea, hemorragia e infarto cerebrales como presentación de una angiopatía postparto.

Material y métodos:

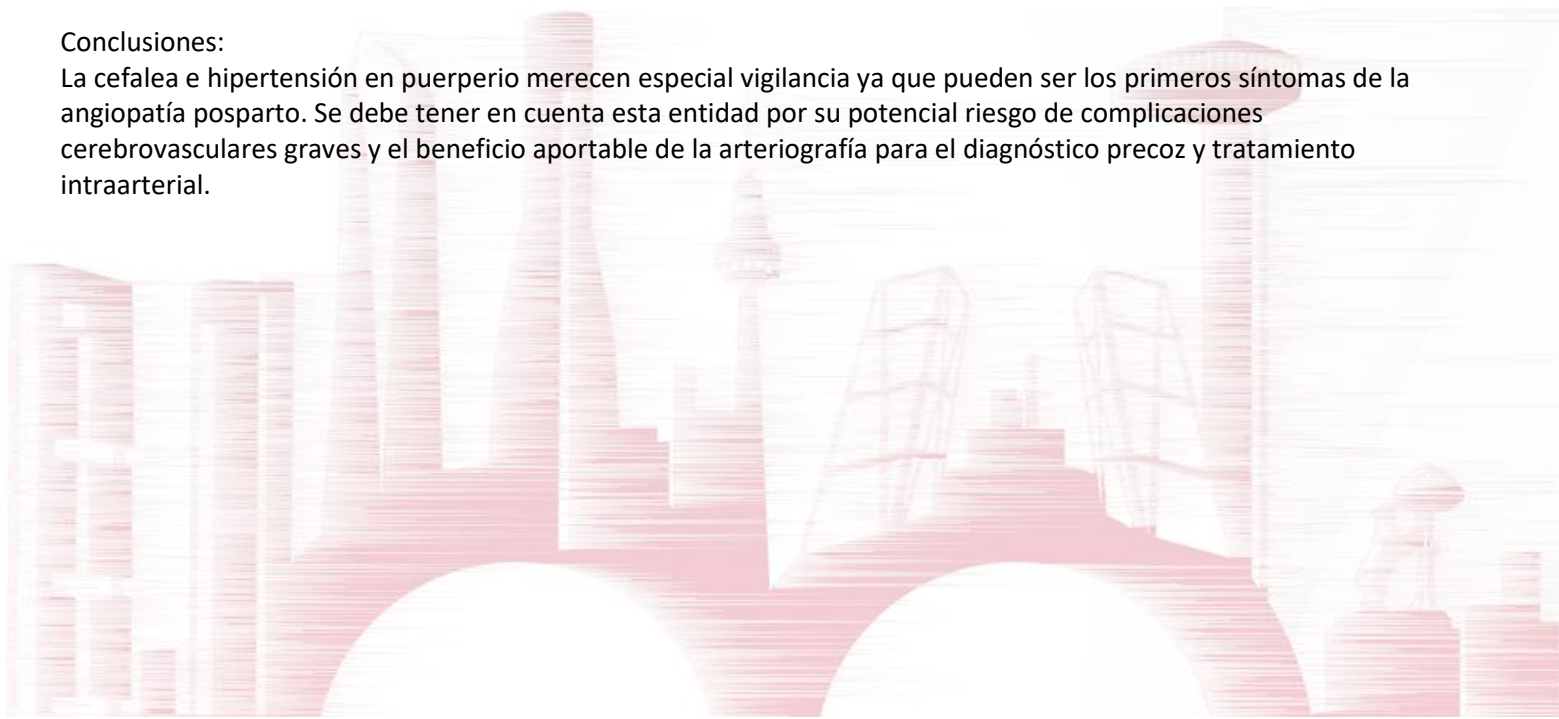
Descripción clínica y de neuroimagen de una paciente con angiopatía postparto.

Descripción del caso:

Mujer de 39 años, sin antecedentes de interés, que comienza en el día 10 postparto tras embarazo normal, con cefalea intensa holocraneal, crisis hipertensiva, hemihipoestesia y hemiplejía faciobraquiocrural izquierda de inicio brusco. El angioTC cerebral muestra hemorragia cerebral en ganglios basales derechos, sin otros datos de alteración vascular o tumoral subyacente. Tampoco alteraciones analíticas sugerentes de coagulopatía o enfermedad sistémica. En arteriografía cerebral a las 48h aparece vasoconstricción segmentaria multifocal en todos los territorios arteriales. Tras administración verapamilo intraarterial intraprocedimiento mejora el calibre arterial, manteniendo nimodipino oral en semanas posteriores. En RM de control a los pocos días de ingreso se observa infarto agudo en cabeza de caudado además de la hemorragia. La paciente presenta buena evolución durante el ingreso y en siguientes meses al alta hasta recuperación prácticamente completa de la fuerza e independencia funcional. En arteriografía de control a los tres meses se confirma resolución del vasoespasmo.

Conclusiones:

La cefalea e hipertensión en puerperio merecen especial vigilancia ya que pueden ser los primeros síntomas de la angiopatía postparto. Se debe tener en cuenta esta entidad por su potencial riesgo de complicaciones cerebrovasculares graves y el beneficio aportable de la arteriografía para el diagnóstico precoz y tratamiento intraarterial.



XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**
EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 02. Trastornos del Movimiento

Revisores:

Lydia Vela Desojo. Hospital Fundación Alcorcón, Alcorcón

Juan Carlos Martínez Castrillo. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid





P-030

Enfermedad por anti-IgLON5: una oportunidad para la inmunoterapia

Javier Villacieros Álvarez^{1,2,3}, Carlos Ordás Bandera^{1,2,3}, Cristina Prieto Jurczynska^{1,2,3}, Ana Díez Barrio^{1,2,3}, Gustavo Torres Gaona^{1,2,3}

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, ²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, ³Hospital General Villalba, Collado Villalba

Objetivos:

La enfermedad por anti-IgLON5 es una entidad recientemente descrita que abarca un espectro clínico amplio pero con características muy específicas, como el patrón único de trastorno de sueño. Describimos un caso de larga evolución que respondió parcialmente a inmunoterapia.

Material y métodos:

Descripción de un caso clínico de enfermedad anti-IgLON5 que respondió a inmunoterapia.

Resultados:

Mujer de 74 años en seguimiento por cuadro progresivo de 5 años de evolución de inestabilidad de la marcha con caídas recurrentes, asociando inicialmente calambres musculares dolorosos en MMII. Posteriormente inicia temblor cefálico y vocal, con habla entrecortada, así como disfagia progresiva. Desde el inicio describe cuadro de alteración del sueño, consistente en somniloquios, movimientos frecuentes, probable SAHS y estridor laríngeo. No asociaba deterioro cognitivo ni trastorno disautonómico.

A la exploración destaca distonía laríngea, ptosis bilateral, limitación severa de la supravversión, piramidalismo global y alteración grave de reflejos posturales.

Las pruebas complementarias (incluyendo analítica completa, RM cerebral, Dat-scan y PET cerebral) no evidenciaron alteraciones relevantes. Se realizó PL con citobioquímica normal. Se confirmó en suero y LCR positividad para anticuerpos anti-IgLON5 por CBA e inmunohistoquímica.

Recibió inmunoterapia (metilprednisolona 1g e inmunoglobulinas 0,4mg/kg iv durante 5 días) con mejoría significativa del cuadro.

Conclusiones:

La enfermedad anti-IgLON5 es una entidad infrecuente descrita recientemente, de probable origen autoinmune con degeneración secundaria en forma de taupatía. Su espectro clínico es amplio, destacando un trastorno de sueño específico, cuadro bulbar y cuadro PSP-like. La sospecha diagnóstica es fundamental por la posible respuesta a inmunoterapia a pesar de curso crónico.





P-031

COREA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UNA ENTIDAD OLVIDADA

Alberto Muñoz Ramos¹, Ana Arias Felipe¹, Marta Flores Fernández¹, Sara Vila Bedmar¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

Introducción/Objetivos: La incidencia de corea de Sydenham ha disminuido considerablemente en los últimos años, no obstante, debemos conocer el cuadro clínico y sus posibles formas de presentación.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados: Paciente de 12 años previamente sana que acude a urgencias por alteración del comportamiento y movimientos anormales de 3 días de evolución. En la exploración se objetiva inquietud motora, labilidad emocional y movimientos orofaciales y de extremidades de tipo corea. Se realiza analítica sin alteraciones y neuroimagen (TC craneal y RM cerebral) normal. El electroencefalograma muestra patrón lento generalizado sin actividad epileptiforme compatible con disfunción cerebral difusa. En la anamnesis dirigida la paciente reconoce el antecedente de faringoamigdalitis aguda los 15 días previos al inicio de los movimientos anormales, por lo que se sospecha corea de Sydenham y se confirma la existencia de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) a títulos altos. Como estudio de extensión de fiebre reumática se realiza ecocardiograma que muestra insuficiencia mitral. Se inicia tratamiento con penicilina oral durante 10 días y posteriormente intravenosa mensual. La evolución clínica es favorable, con desaparición del corea y sin progresión de la afectación cardíaca a los 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: A pesar de ser una entidad muy infrecuente, la corea de Sydenham debe incluirse en el diagnóstico diferencial y sospecharse en pacientes con un cuadro neuropsiquiátrico en asociación con movimientos anormales y el antecedente de faringoamigdalitis aguda estreptocócica. El diagnóstico precoz permite establecer un tratamiento específico y mejorar el pronóstico.





P-032

Un caso de enfermedad por anti-IgLON5 con DAT-SCAN alterado

Carmen González Ávila¹, Laura Casado¹, Sonia Quintas¹, Javier Villacieros², África Aizpun¹, Jose Aurelio Vivancos¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ²Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles

La sintomatología de la enfermedad por anti-IgLON5 es muy heterogénea y puede incluir trastornos del sueño y de la marcha, sintomatología bulbar, deterioro cognitivo con o sin corea y oftalmoparesia. Su fisiopatología es desconocida y su respuesta a tratamiento inmunosupresor resulta variable.

Describimos el caso de un paciente con enfermedad anti-IgLON5 confirmada por positividad en líquido cefalorraquídeo (LCR) con corea, inestabilidad de la marcha y síndrome bulbar que mostró un DAT-SCAN alterado.

Se trata de un varón de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes, con cuadro progresivo de 3 años de evolución de inestabilidad de la marcha, disfagia y disartria. Asociaba somnolencia diurna excesiva. Se muestran vídeos de la exploración física en la que presentaba disartria, oftalmoparesia compleja con blefaroespasma, así como mioquimia y miórritmia faciales. Asociaba deterioro cognitivo leve (MOCA 27/30 y T@M 42/50) y labilidad emocional. La marcha era cautelosa sin parkinsonismo. Durante el ingreso se realizó análisis de sangre que incluía autoinmunidad, marcadores tumorales y serología. La RM cerebral mostró atrofia frontal leve y la poligrafía detectó un SAHS moderado. Se realizó DAT-SCAN que mostró una alteración de la vía dopaminérgica presináptica izquierda. La punción lumbar presentaba citobioquímica normal, con anticuerpos anti-IgLON5 en LCR positivos.

Presentamos el segundo caso descrito con anormalidad del DATSCAN en la enfermedad por anti-IgLON5, alteración que podría guardar relación con el componente de taupatía descrita por otros autores. Es importante mantener un alto índice de sospecha de esta entidad en pacientes con corea, trastorno oculomotor y del sueño, y síndrome bulbar.





P-033

ECOGENICIDAD DE SUSTANCIA NEGRA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA A LA RETIRADA DE FÁRMACOS EN PARKINSONISMO FARMACOLÓGICO: SEGUIMIENTO A CINCO AÑOS

Belen Baena Alvarez¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Raquel Sainz Amo¹, Jorge Gómez Corral¹, Adriana Celdrán de castro García¹, Francisco Javier Buisán Catevilla¹, Nuria García Barragán¹, Íñigo corral corral¹, Alicia De Felipe Mimbrera¹, María Consuelo Matute Lozano¹, Jaime Masjuan Vallejo¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Jose Luis López Sendón Moreno¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción

El diagnóstico diferencial entre el parkinsonismo inducido por fármacos (PIF) y la Enfermedad de Parkinson (EP) es complejo, ya que el 15% de las sospechas de PIF son EP desenmascaradas por exposición farmacológica. La hiperecogenicidad de la sustancia negra (SN+) detectada por sonografía transcraneal (STC) es un biomarcador útil para el diagnóstico de EP. En un estudio previo (n:60) valoramos la utilidad de la STC en sospecha de PIF, con un valor predictivo positivo (VPP) para SN+ de 49.9%. Nuestra hipótesis consiste en que un mayor seguimiento podría aumentar el VPP si se detectasen nuevos casos de EP.

Material y métodos

Al final del estudio, se diagnosticaron 16 casos de EP y 44 de PIF (7 SN+, 37 SN-), siendo el diagnóstico de oro la resolución clínica tras retirada farmacológica. Cinco años después, analizamos los expedientes de los 44 casos con PIF.

Resultados

Tras 2.1 años de seguimiento de media (0-5), se diagnosticaron 3 casos de EP, 2 SN+ (28.6%) y 1 SN- (2.7%). Diez pacientes fallecieron (1 SN+, 9 SN-). Objetivamos mejoría de la capacidad de SN+ para diferenciar EP de PIF, con aumento de sensibilidad 88% (82.4%), especificidad 88% (85.4%) y VPP 54.5 % (49.9%), con similar VPN 96.2% (96.5%). El cociente de riesgo para el diagnóstico de EP en pacientes con sospecha de PIF y SN+ fue 11.4 (IC 95% : 3.7-34.8, p<0.0002)

Conclusiones

Estos resultados refuerzan el papel de la STC en el estudio de PIF, tanto para el diagnóstico diferencial como marcador pronóstico. En nuestro estudio, el VPP en SN+ aumentó un 5%, incluso con pérdida de seguimiento de algunos pacientes.



P-034

ENFERMEDAD DE WILSON Y PARKINSON: MÁS ALLÁ DEL METABOLISMO DEL COBRE

Belen Baena Alvarez¹, Raquel Sainz Amo¹, Adriana Celdrán de castro García¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Jorge Gómez Corral¹, Jaime Masjuan Vallejo¹, Julia Vaamonde Gamo², Juan Pablo Cabello de la Rosa², Diego Burgos Santamaría¹, Gema Sánchez Díez¹, Guillermo García Ribas¹, Isabel Parées Moreno¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, ²Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real,

Objetivos

Hasta el 40% de los pacientes con enfermedad de Wilson presentan parkinsonismo con respuesta favorable al control metabólico. Los estudios de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) sugieren afectación presináptica y postsináptica de la vía nigroestriada de la dopamina, aunque no de manera generalizada. La literatura recoge algunos casos con respuesta a levodopa. En la sonografía transcraneal destaca la hiperecogenicidad del núcleo lenticular, sin alteraciones de sustancia negra

Material y métodos

Caso clínico

Resultados

Mujer de 35 años referida a nuestras consultas tras 15 años de enfermedad de Wilson, de inicio a los 20 con deterioro cognitivo, temblor en miembros superiores y distonía, controlado de manera satisfactoria con D-penicilamina, zinc y trihexifenidilo. Diez años después, presentó distonía en pies y disartria, con respuesta parcial a trientine e inyección de toxina botulínica. Se suspendió el tratamiento tres meses sin cambios clínicos, reintroduciéndose posteriormente por aumento de transaminasas. A los cuatro años, describe enlentecimiento de la marcha y caídas frecuentes, objetivando bradicinesia y bloqueo de la marcha en la exploración. En el DaTSCAN se aprecia daño presináptico y el estudio transcraneal muestra hiperecogenicidad de la sustancia negra sin hallazgos relevantes en núcleo lenticular. Presentó mejoría clínica tras inicio de levodopa 300mg diarios, con empeoramiento marcado tras retirada de la misma.

Conclusiones

Presentamos un caso de enfermedad de Wilson con parkinsonismo de inicio tardío sin relación con niveles de cobre, DaTSCAN positivo y hallazgos sonográficos similares a los de enfermedad de Parkinson, así como respuesta a levodopa. Aunque el diagnóstico más probable sería una presentación inusual de la enfermedad de Wilson, habría que considerar un proceso independiente como una enfermedad de Parkinson juvenil.



P-035

Opicapona y safinamida: dosis equivalente de levodopa

Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Isabel Parees Moreno¹, Doña Gema Sánchez Díez¹, Elena Natera Villalba¹, Alvaro Beltrán Corbellini¹, Alberto González Plata², Araceli Alonso Cánovas¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital de Badajoz, Badajoz

Objetivo

Proporcionar una dosis equivalente de levodopa para opicapona y safinamida.

Antecedentes (esto no lo puse por las palabras)

Tomlinson et al., proporcionaron un esquema para calcular el LED de las diferentes terapias para la enfermedad de Parkinson (EP). Esta aproximación ha permitido una comparación práctica del tratamiento generalmente complejo de pacientes con EP tanto en la vida real como en ensayos clínicos. Opicapone, un inhibidor de COMT, y safinamida, un MAO-B e inhibidor glutamatérgico, se comercializaron más tarde y, hasta donde sabemos, su LED no se ha calculado.

Métodos

Búsqueda sistemática de la literatura publicada para identificar estudios sobre fórmulas de conversión para LED para safinamida y opicapona. Términos de búsqueda: :[(“L-dopa,” or “levodopa”) and (“equivalent,” or “equivalency”)] and opicapone] y lo mismo para “safinamide” Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas que incluyen Medline, Embase y PubMed. También analizamos los resultados de ensayos clínicos aleatorios (ECA) de ambos fármacos. Determinamos la reducción en el tiempo OFF o el aumento en el tiempo sin discinesia discapacitantes (objetivos primarios de los ECA) como los principales parámetros para asignar una magnitud terapéutica que permitiera la comparación con otros fármacos antiparkinsonianos.

Resultados

La búsqueda sistemática mostró tres resultados para safinamida y ninguno para opicapona. Ninguno de los tres documentos de safinamida proporcionaba ninguna conversión a LED para este medicamento. Ambos, opicapona y safinamida, tienen dos ECA relevantes. En los dos ECA con opicapona 50 mg, la reducción en el tiempo OFF fue de 0,96 h, descontando el tiempo del efecto placebo. Comparando este efecto con el de otros ICOMT, tolcapona y entacapona, el factor de conversión para opicapona 50 mg debería ser "dosis de levodopa x 0,4 LED". En los dos ECA con safinamida, la mejora del tiempo ON sin discinesias discapacitantes fue de 0,63 h, una vez descontado el efecto placebo. No hubo diferencias significativas entre safinamida 50 ó 100 mg. Comparando este efecto con el de otros IMAO-B, selegilina y rasagilina, el factor de conversión para safinamida, ya sea 50 o 100 mg, debe ser "100 mg LED"

Conclusión

La LED propuesto para opicapona 50 mg es "dosis total de levodopa x 0,4 mg" y para safinamida 50 o 100 mg es "100 mg LED".



P-036

Equivalencias para el cambio entre entacapona y opicapona como tratamiento coadyuvante a levodopa

Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Isabel Parees Moreno¹, Doña Gema Sánchez Díez¹, Elena Natera Villalba¹, Alvaro Beltrán Corbellini¹, Alberto González Plata², Araceli Alonso Cánovas¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital de Badajoz, Badajoz

Objetivo

Entacapona y opicapona son dos ICOMTs con diferente potencia y vida media. El esquema para el cambio de los ICOMTs entacapona a opicapona es bien conocido. Sin embargo, en muchos pacientes parkinsonianos complejos este esquema provoca desarreglos en su situación motora, y a veces neuropsiquiátrica, que requieren de un ajuste más individualizado. Nuestro objetivo es proporcionar un esquema para el cambio de dosis de levodopa-carbidopa-entacapona a levodopa-carbidopa más opicapona.

Material y Método

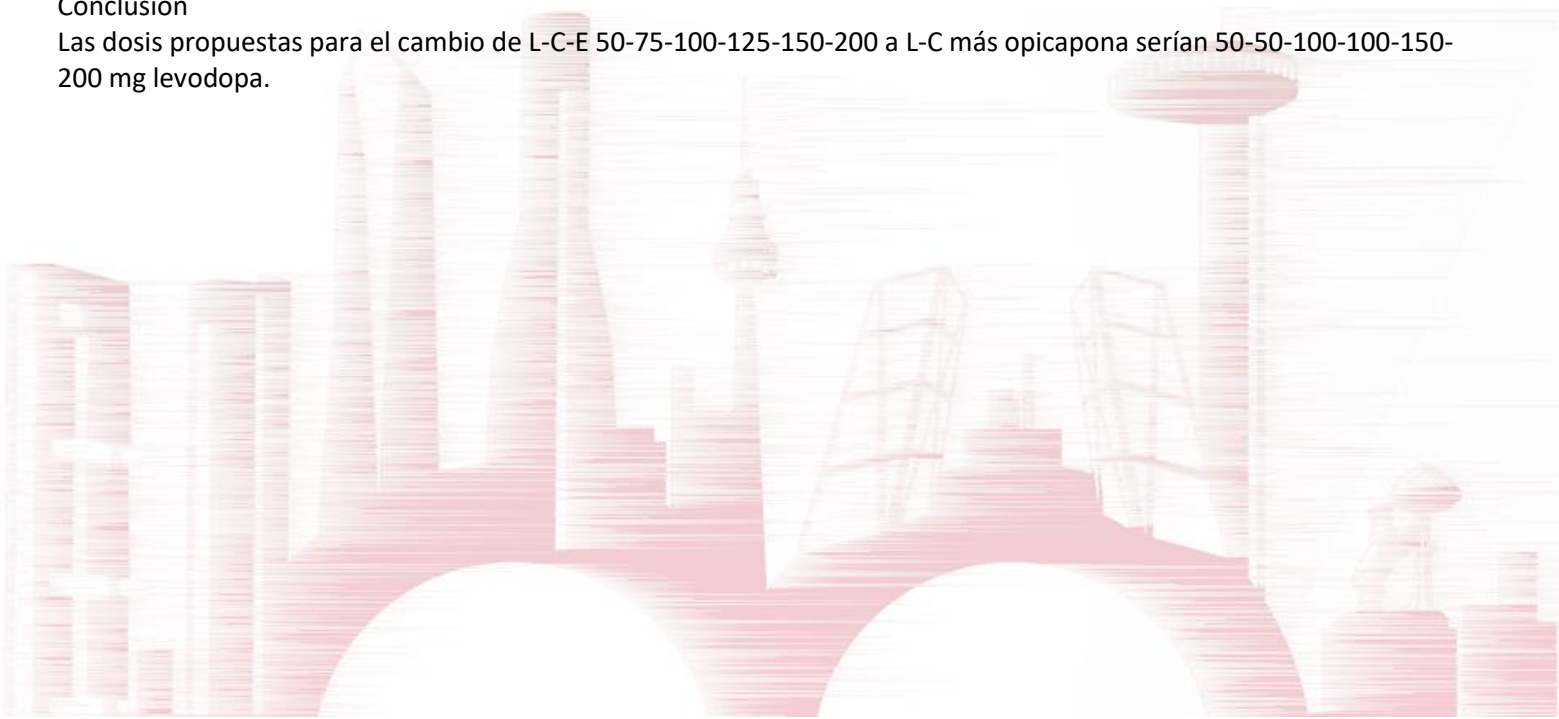
Las presentaciones de levodopa-carbidopa-entacapona (L-C-E) que se disponen tienen 50,75,100,125,150, y 200 mg de levodopa. La dosis equivalente de levodopa (LED) para entacapona es 0,33 x dosis individual de levodopa. La LED de opicapona es de 0,4 x dosis total de levodopa. Así se combinan las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas de ambos fármacos. En base a estas equivalencias se han calculado los cambios para las dosis individuales de L-C-E. Se ha buscado la aproximación más conservadora para tratar de minimizar los efectos adversos, y teniendo en cuenta que se ponen en pacientes fluctuantes con control insuficiente.

Resultados

Las combinaciones de L-C-E tienen una LED de 66,5; 99,75; 133; 166,25; 199,5; y 266 mg, respectivamente. Con opicapona (una sola toma al día) la LED sería 70, 105; 140; 175; 210; y 280 mg, respectivamente. Para el cambio de L-C-E 50-75-100-125-150-200 a L-C más opicapona proponemos pasar a 50-50-100-100-150-200 mg levodopa.

Conclusión

Las dosis propuestas para el cambio de L-C-E 50-75-100-125-150-200 a L-C más opicapona serían 50-50-100-100-150-200 mg levodopa.





P-037

¿Cómo afecta la COVID19 a nuestros pacientes con enfermedad de Parkinson? Experiencia en una Unidad de Trastornos del Movimiento

Raquel Sainz Amo¹, Belén Baena Álvarez¹, Adriana Celdrán de Castro García¹, Jorge Gómez Corral¹, Gema Sánchez Díez¹, Enric Monreal Laguillo¹, Nuria García Barragán¹, Paula Pérez Torre¹, Jose Luis López-Sendón¹, Isabel Pareés Moreno¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Pr. Araceli Alonso Cánovas¹

¹Hospital Ramon Y Cajal, Madrid

Objetivos

La enfermedad de Parkinson idiopática (EPI) afecta más a personas de edad avanzada y aumenta el riesgo de infecciones respiratorias. No se ha establecido si el SARS-CoV-2 conlleva una mayor morbilidad en la EPI.

Material y métodos

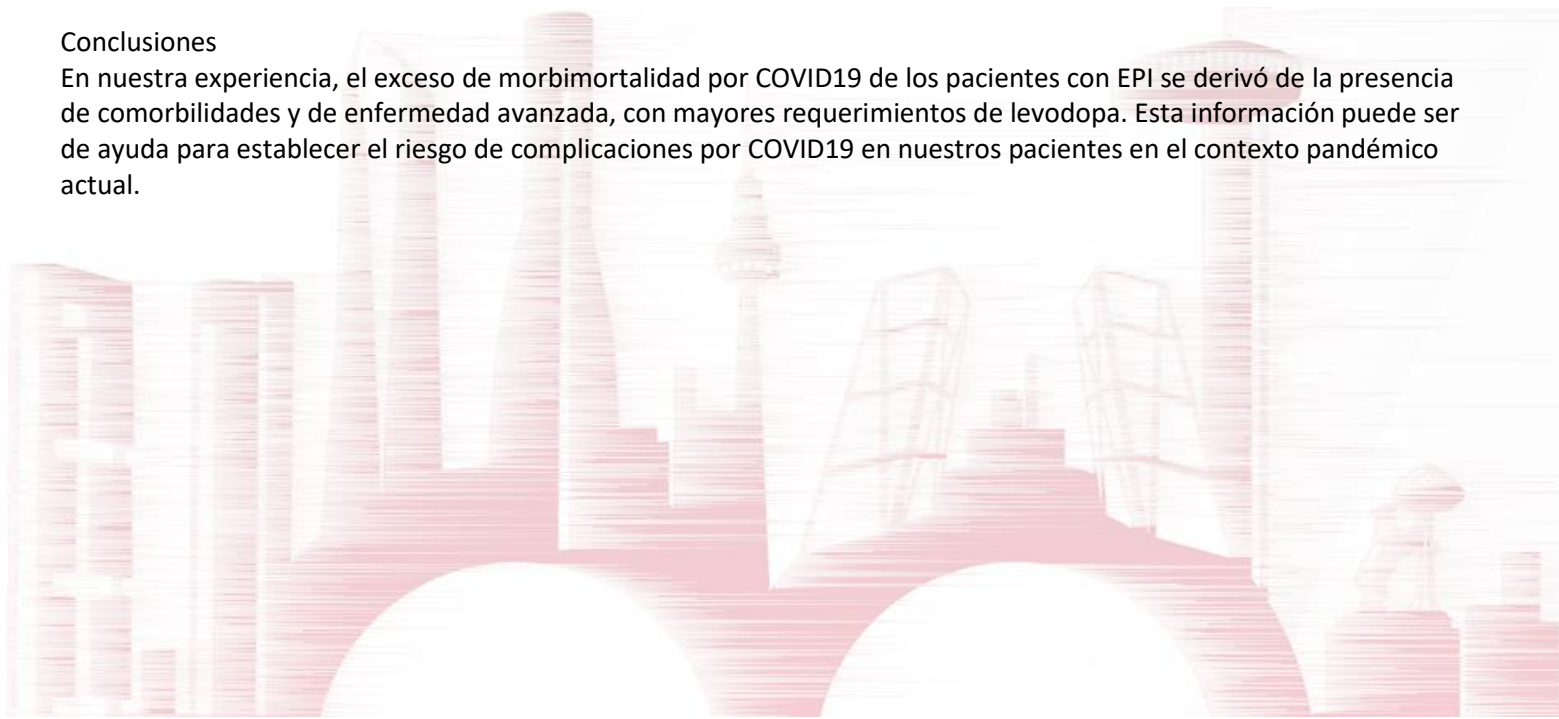
Registro sistemático de pacientes en seguimiento en nuestra unidad de trastornos de movimiento o que requirieron ingreso hospitalario en nuestro hospital terciario universitario, con diagnóstico de EPI, que presentaron COVID19 durante el periodo de pandemia. El desenlace se clasificó como leve (manejo ambulatorio), moderada-grave (requirió ingreso) y fallecido. Se analizaron variables demográficas y clínicas en relación con el mismo. Estadística descriptiva, Fisher para variables cualitativas, Kruskal-Wallis para cuantitativas.

Resultados

Se analizaron 24 pacientes, edad 76.5±9 años, 65% varones, 8±5.9 años de evolución de EPI. El 36% estaban institucionalizados. 4 tenían terapias avanzadas (1 DBS, 2 infusión duodenal de levodopa/carbidopa, 1 apomorfina en bomba). El 78% tenían comorbilidades, la más frecuente fue hipertensión arterial (52%). La covid19 fue leve en 2%, moderada-grave en 48% y 30% fallecieron. El 96% estaban en tratamiento con levodopa, dosis 694±625 mg. Los pacientes que fallecieron tenían una dosis de levodopa mayor que los supervivientes (1201.4±881mg versus 461.8±291.8mg, p=0.0264).

Conclusiones

En nuestra experiencia, el exceso de morbilidad por COVID19 de los pacientes con EPI se derivó de la presencia de comorbilidades y de enfermedad avanzada, con mayores requerimientos de levodopa. Esta información puede ser de ayuda para establecer el riesgo de complicaciones por COVID19 en nuestros pacientes en el contexto pandémico actual.





P-038

Mioclonías propioespinales tras neumonía por Covid19

Juan Luis Chico García¹, Marta Villadóniga Zambrano¹, Ignacio Regidor Bailly-Baillieri¹, Álvaro Caballero Cadenas de Llano¹, David Cabestrero Alonso¹, Belén Baena Álvarez¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Paloma Parra Díaz¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Guillermo García Ribas¹, Iñigo Corral Corral¹

¹H. Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción:

Las mioclonías propioespinales (contracciones mioclónicas de un segmento medular con propagación posterior rostral y caudal) son un trastorno del movimiento infrecuente. Aunque a la gran mayoría se les atribuye un origen funcional, este trastorno del movimiento se ha relacionado también con lesiones espinales, atrofia espinal y fármacos.

Métodos:

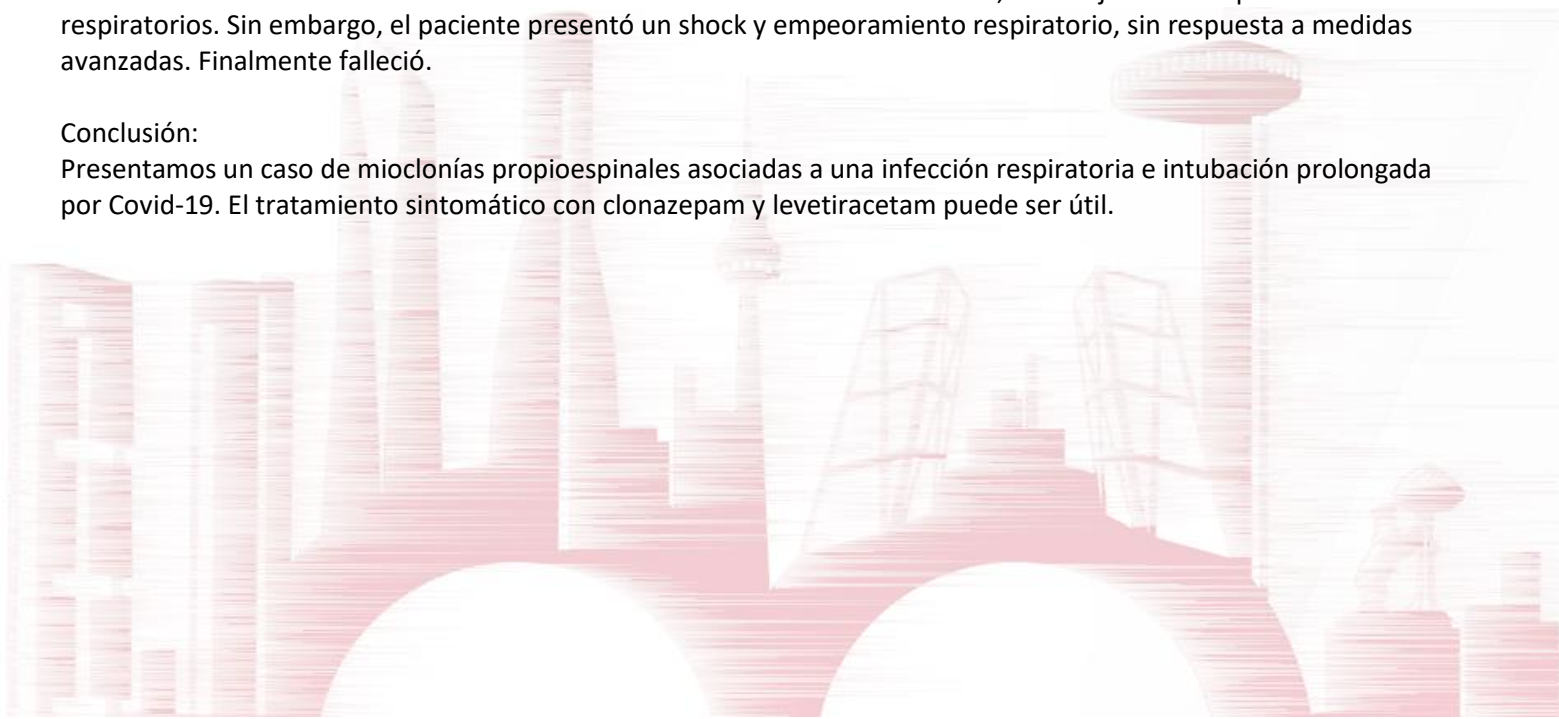
Caso clínico.

Resultados:

Un varón de 63 años presentó movimientos anormales tras un ingreso prolongado en UVI tras una pancreatitis aguda litiasica complicada con infección respiratoria grave secundaria a infección por Covid-19, presentando diversas complicaciones intercurrentes. Tras 40 días de ingreso en UVI, se empezó a retirar la sedación, tras lo cual se evidenciaron unos movimientos espontáneos anormales axiales de contracción abdominal y cervical, arrítmicos y lentos, por lo que se volvió a reintroducir sedación con propofol, fentanilo y midazolam. Bajo los efectos de estos fármacos, no obstante, seguía presentando estos movimientos al estímulo táctil y doloroso. Un EEG mostró signos de encefalopatía difusa. El EMG mostró contracciones musculares iniciadas en la musculatura supraumbilical con propagación rostral y caudal, compatibles con mioclonías propioespinales. Una RM craneal y medular no mostró hallazgos patológicos. Se inició tratamiento con Clonazepam, con respuesta incompleta, añadiéndose Levetiracetam, con resolución de los movimientos. Se inició la retirada de medicación sedante, con mejoría de los parámetros respiratorios. Sin embargo, el paciente presentó un shock y empeoramiento respiratorio, sin respuesta a medidas avanzadas. Finalmente falleció.

Conclusión:

Presentamos un caso de mioclonías propioespinales asociadas a una infección respiratoria e intubación prolongada por Covid-19. El tratamiento sintomático con clonazepam y levetiracetam puede ser útil.





P-039

Temblor refractario: ¿es perampanel un tratamiento potencialmente útil?

Álvaro Beltrán Corbellini¹, Paloma Parra Díaz¹, Juan Luís Chico García¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Isabel Pareés¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción

Alrededor 40% de pacientes con temblor esencial (TE) o distónico (TD) son refractarios a farmacoterapia. Se han realizado ensayos con perampanel (antagonista AMPA) en TE en base a la hipótesis de un incremento de neurotransmisores excitatorios, sugiriendo un posible beneficio en algunos pacientes. Reportamos nuestra experiencia con perampanel en práctica clínica real en pacientes con temblor refractario.

Métodos

Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con TE o TD refractarios tratados con perampanel en nuestra Unidad de Trastornos del Movimiento durante un periodo de 2 años.

Resultados

Estudiamos 11 pacientes (7 mujeres, edad 71 ± 8 años, 4 con TE y 7 con TD). El tiempo medio de seguimiento previo inicio de perampanel fue $7,6 \pm 4,0$ años. Los tratamientos previos/concomitantes a perampanel incluyeron propranolol, primidona, clonazepam y toxina botulínica. La dosis media de perampanel fue de 4 mg/día (titulación lenta hasta dosis efectiva, intolerancia u 8 mg/día). Durante el seguimiento posterior ($2,4 \pm 1,3$ meses), 4 (36%) pacientes mejoraron, con puntuaciones de 1-2 en la Clinical Global Impression-Improvement Scale (2 con TE y 2 con TD). En 5 pacientes (3 en monoterapia) se suspendió el fármaco por efectos adversos leves-moderados (mareo, trastornos del sueño) con dosis medias de 3,2 mg (rango 2-4 mg). Uno de ellos requirió ingreso hospitalario por por ataxia y confusión a dosis de 8 mg.

Conclusión

En nuestra serie, el tratamiento con perampanel estuvo limitado por efectos adversos frecuentes y más de la mitad de los pacientes con TE/TD refractario no presentaron mejoría.





P-040

Reserva cognitiva en pacientes con enfermedad de Parkinson sin demencia

Beatriz Fernández-Rodríguez¹, Carmen Gasca-Salas¹, Pasqualina Guida¹, David Mata-Marín¹, Ignacio Obeso-Martín¹, Lydia Vela-Desojo², José A Obeso¹

¹CINAC-HM Puerta del Sur, Móstoles, ²Hospital Fundación Alcorcón, Alcorcón

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de la reserva cognitiva (RC) sobre el estado cognitivo, considerando el grado de depósito de amiloide, en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) sin demencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron pacientes con EP de <10 años de evolución, sin demencia, entre 55 y 79 años. Se les exploró con 2 tests por dominio cognitivo, un PET-RM-18F-flutemetamol para categorizarlos en carga de amiloide alta o baja y el cuestionario de RC de Rami para clasificarlos en RC alta o baja. Se calculó una ANOVA de dos vías, con los tests neuropsicológicos como variable dependiente, la RC y la carga de amiloide como factores, ajustado por edad.

RESULTADOS

Se incluyeron 40 pacientes, con una edad media de 68,7 (5,6), 11 mujeres y 29 hombres, con duración media de enfermedad de 5,6 (2,2) años. La puntuación de la escala MDS-UPDRS-III-ON era de 22,1 (9) y OFF de 29,8 (10,4), el Hoehn and Yahr de 2 (0,5) y la dosis equivalente de levodopa de 637,2 (295) mg/24h. La puntuación media de la RC fue de 13,6 (5,1). Se encontró una relación significativa entre la RC y la puntuación en los test de atención: Digit-Span-Forward ($p=0,025$), TMTA ($p=0,021$), función ejecutiva: TMTB ($p=0,008$), lenguaje: Boston-Naming-test ($p=0,05$), función visuoespacial: líneas de Benton ($p<0,001$) y memoria: CERAD ($p=0,001$) y WMS ($P=0,002$), independiente de la carga de amiloide.

CONCLUSIONES

Una mayor RC se relaciona con un mejor rendimiento en atención, función ejecutiva, lenguaje, función visuoespacial y memoria de manera independiente a la carga de amiloide, en pacientes con EP sin demencia.





P-041

Experiencia de safinamida en parkinsonismos atípicos en un contexto clínico real

Fernando Rodríguez Jorge¹, Paula Pérez Torre¹, Isabel Parés Moreno¹, Jose López-Sendón¹, Elena Natera Villalba¹, Ana Gómez López¹, Juan Luis Chico García¹, Paloma Parra Díaz¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Samira Fanjul Arbós¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Safinamida (50-100 mg) ha demostrado eficacia en adyuvancia a levodopa en la Enfermedad de Parkinson (EP) fluctuante. Los parkinsonismos atípicos (PA, parálisis supranuclear progresiva, PSP, atrofia de múltiples sistemas, AMS, síndrome corticobasal, CBS), tienen peor pronóstico y carecen de tratamiento específico, siendo frecuente el uso de fármacos aprobados para EP fuera de indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

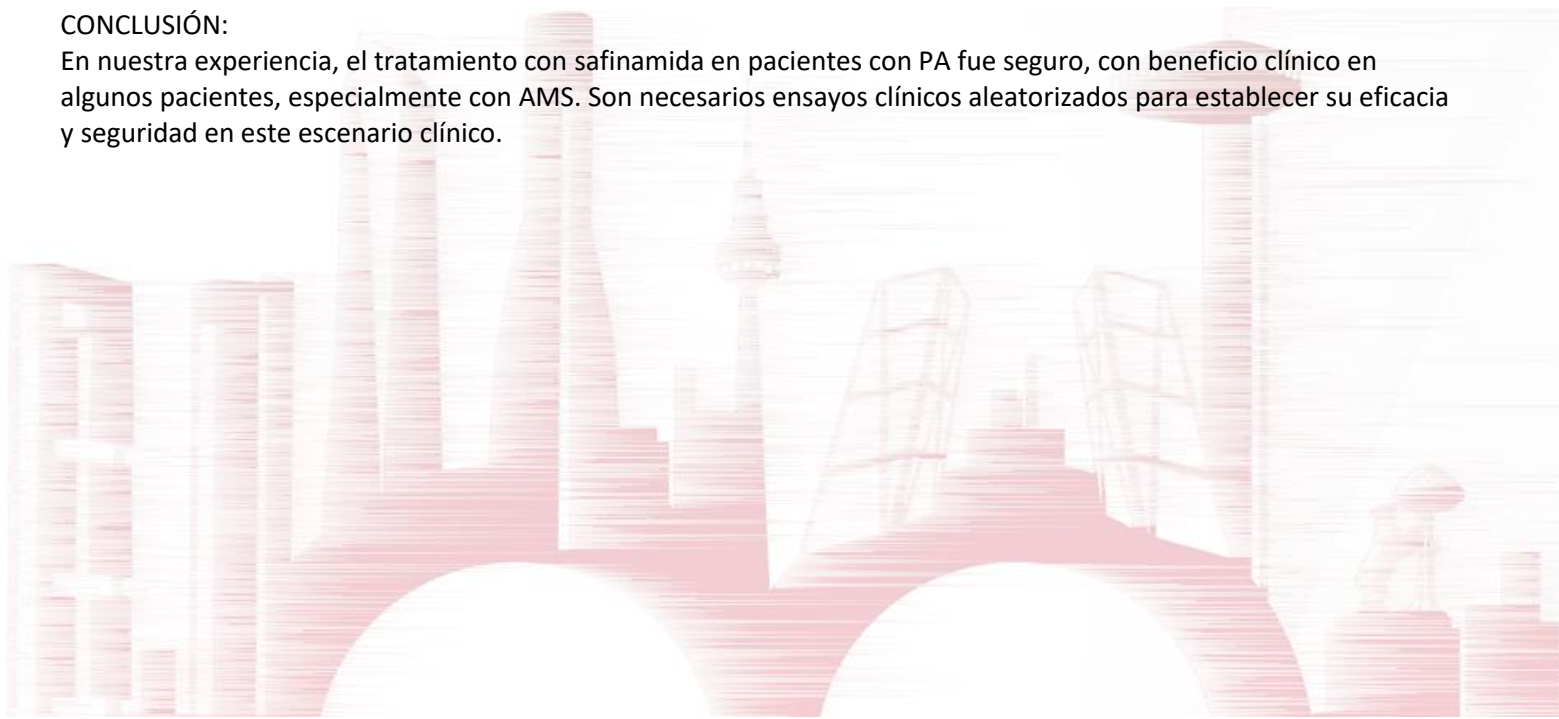
Análisis retrospectivo (2016-2020) de registros electrónicos de nuestra Unidad de Trastornos del Movimiento incluyendo pacientes con diagnóstico clínico de PA tratados con safinamida. La efectividad se valoró con la escala Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I) (1: gran mejoría, 2: mejoría, 3: mínima mejoría, 4: sin cambios, 5-7 empeoramiento)

RESULTADOS:

Veintiséis pacientes, 10 (38%) varones, con edad media de 70±10 años, con diagnóstico de AMS (14), PSP (11) y SCB (1), con duración media de la enfermedad de 7±4 años, recibieron tratamiento con safinamida 50 mg (1), 100 mg (21) o 200 mg (4), con seguimiento medio posterior de 8±9 meses. Nueve pacientes (32%) (6 AMS, 3 PSP, 1 SCB), mejoraron con safinamida [CGI-I 1 (1), 2 (6), 3 (3)] en movilidad (6), caídas (5), irritabilidad (2), dolor (2), sueño (1) y discinesias (1). Catorce pacientes no mejoraron [CGI-I 4 (11), 5 (3)], suspendiéndose el tratamiento tras 4±4 meses. Ocho pacientes (32%) tuvieron reacciones adversas leves (somnolencia, malestar general, cefalea).

CONCLUSIÓN:

En nuestra experiencia, el tratamiento con safinamida en pacientes con PA fue seguro, con beneficio clínico en algunos pacientes, especialmente con AMS. Son necesarios ensayos clínicos aleatorizados para establecer su eficacia y seguridad en este escenario clínico.





P-042

Utilidad de safinamida a dosis altas en Enfermedad de Parkinson avanzada: experiencia en un práctica clínica real

Fernando Rodríguez Jorge¹, Javier Pagonabarraga Mora², Álvaro Beltrán Corbellini¹, Juan Luis Chico García¹, Paloma Parra Díaz¹, Belén Baena Álvarez¹, Paula Pérez Torre¹, Isabel Parées Moreno¹, Juan Carlos Martínez Castrillo¹, Jose Luis López-Sendón¹, Samira Fanjul Arbós¹, Araceli Alonso Cánovas¹

¹Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, ²Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau., Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Safinamida (50-100 mg) ha demostrado eficacia en adyuvancia a levodopa en la Enfermedad de Parkinson (EP) fluctuante. Su efecto glutamatérgico parece aumentar con dosis mayores, cuya seguridad se demostró en estudios preclínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de registros electrónicos de pacientes con EP tratados con safinamida a dosis >100mg desde abril de 2019 a marzo de 2020.

RESULTADOS:

Se incluyeron 18 pacientes con EP fluctuante y control motor insuficiente con safinamida a dosis de 100 mg/día, 11 de ellos varones (61.1%), con mediana de edad 72.5 años (RIC 16), duración de la enfermedad 13.5 años (RIC 12) y estadio Hoehn y Yahr 3 (RIC 2), a los que se aumentó la dosis a 150 (4) o 200 (14) mg de safinamida al día, con un seguimiento posterior de 3.5 meses (RIC 4). Se observó mejoría clínica de la UPDRS-IV significativa (7.8 ± 3.2 vs 6.2 ± 2.1 , $p=0.007$), fundamentalmente a expensas de la disminución de la duración del off (2 ± 0.8 vs. 1.3 ± 0.5 , $p=0.013$).

Nueve pacientes (50%) reportaron mejoría clínica, (escala CGI de 1-3), en relación a la duración (3), impacto funcional (4) y dolor (2) de las discinesias, así como en la duración del off (8). Tres pacientes (20%) tuvieron efectos adversos leve-moderados, suspendiéndose el tratamiento en 2 de ellos (ambos por empeoramiento de las discinesias).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el aumento de dosis de safinamida por encima de 100 mg proporcionó una mejoría clínica a pacientes con EP fluctuante e insuficiente control motor con buena tolerancia global.





P-043

Experiencia del riluzol como tratamiento de uso compasivo para ataxias en una serie de casos de una consulta de neurología en un hospital de la comunidad de Madrid.

Jaime Medranda Corral¹, Guillermo Martín Avila, Carlos Piquero Fernandez, Almudena Rueda Marcos, Irene Gil-Olarte, Eduardo Escolar Escamilla, Ana Pinel Gonzalez, Beatriz Martinez Menendez, Carolina Saenz Lafourcade, Belen Pilo de la Fuente, Alba Carcamo

¹Hospital Universitario De Getafe, Getafe

Introducción:

El Riluzol es un medicamento de acción central inhibidor del ácido glutámico. Se han llevado a cabo diversos estudios que prueban su uso para ataxias de diversas etiologías. En estos estudios se ha observado que hay una reducción significativa en la puntuación de las escalas funcionales para pacientes con ataxia (ICARS, SARA) en comparación a placebo, por lo que parece una alternativa prometedora como tratamiento sintomático.

Objetivo:

Evaluar las características clínicas, indicación y resultados medidos por puntuación en la escala SARA del uso compasivo de Riluzol en pacientes con ataxia.

Metodo:

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de ataxias progresivas a los que se pautó tratamiento con riluzol y análisis descriptivo de la muestra.

Resultado:

La edad media fue $68,5 \pm 11$, siendo mayor el número de varones (83.3%). Un 50% de pacientes fueron seguidos >1 año. El motivo de indicación mayoritario fue ataxia genéticamente determinada (50%, dos con ataxias de Friedrich y uno con SCA tipo 6). Las otras indicaciones fueron, AMS, enfermedad de Wilson y ataxia progresiva de origen indeterminado. El 50%(3) mejoraron, un 33.33%(2) se mantuvieron estables y 16.66%(1) empeoró. Se suspendieron dos tratamientos, ambos por alteraciones gastrointestinales. Tras la retirada de la medicación, los pacientes empeoraron, uno de ellos aumentó su puntuación SARA en un 12.5%.

Conclusión:

En nuestra serie de 6 pacientes con ataxia tratados con Riluzol, Cinco se mantuvieron al menos estables durante el seguimiento en cuanto a la escala SARA. Solo 2 abandonaron el fármaco por efectos adversos gastrointestinales y ambos empeoraron neurológicamente tras la retirada del fármaco.



P-044

Evaluación de la eficacia, seguridad y tolerabilidad de la bomba de infusión de apomorfina en población anciana

Carmen Borrue Fernandez¹, Marina Mata¹

¹Hospital Infanta Sofia, San Sebastian de los Reyes

OBJETIVOS

La infusión continua mediante bomba de perfusión subcutánea de apomorfina ha demostrado ser efectiva en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada y fluctuaciones motoras no bien controladas con medicación oral y/o transdérmica. Las ventajas de esta terapia son que es reversible, fácil de usar y es eficaz para controlar tanto las fluctuaciones motoras como las no motoras. Está desaconsejado su uso si el paciente presenta una demencia franca o síntomas neuropsiquiátricos o si presenta discinesias bifásicas severas, pero la edad avanzada no es una contraindicación formal.

En este trabajo evaluamos la eficacia, tolerabilidad y seguridad de la infusión subcutánea de apomorfina en pacientes ancianos con enfermedad de Parkinson avanzada

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional.

Identificamos 15 pacientes de nuestra base de datos mayores de 75 años que actualmente están o habían estado en tratamiento con bomba de infusión subcutánea de apomorfina. Se revisaron las historias. Se registraron: tiempo de evolución de la enfermedad, medicación concomitante, antecedentes médicos, evaluación cognitiva, dosis y horas al día de infusión, efectos secundarios, mejoría del paciente, calidad de vida, impresión global del cuidador y motivo de retirada del tratamiento.

RESULTADOS

En nuestra serie 6 pacientes eran varones y 9 mujeres, con una media de edad en el momento de iniciar el tratamiento de 79,5 años (rango de edad de 76-82) y una medida de años de evolución de la enfermedad de Parkinson de 7,8. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de la diabetes. 7 pacientes presentaban un deterioro cognitivo leve y ninguno presentaba antecedentes de alteración conductual, alucinaciones o síndrome confusional.

Nueve pacientes vivían en su domicilio con cuidador y 6 en residencia.

El efecto secundario más frecuente fue la hipotensión en 7 pacientes (3 de ellos sintomática), seguido de somnolencia en 4 pacientes y síndrome confusional en 3.

Ocho pacientes mantuvieron el tratamiento más de un año, 3 lo mantuvieron entre 6 meses y un año y 4 lo retiraron antes de 6 meses.

El motivo más frecuente de retirada fue la falta de eficacia por progresión de la enfermedad. Seis de los que mantuvieron más de 1 año la terapia vivían en domicilio.

CONCLUSIONES

La terapia con infusión subcutánea de apomorfina, puede ser una opción para pacientes de edad avanzada, ya que es efectiva y segura en esta población.



P-045

Temblor e infección por SARS-CoV-2. ¿Estamos ante otra gripe española?

Cristina Guijarro-Castro¹, Miriam Rosón-González¹, Amaia García-Arratibel², Ana Morillo-Muñoz³, Alejandro Barroso-Merinerio⁴, Pilar de Luis Fernández⁵, Marta Ochoa-Mulas²

¹CINAC, Madrid, ²HM Universitario Sanchinarro, Madrid, ³HM Universitario Montepríncipe, Madrid, ⁴HM Universitario Torrelodones, Madrid, ⁵HM Madrid, Madrid, Madrid

Introducción:

La hipótesis de que una infección viral puede desencadenar la aparición de parkinsonismo se deriva de su alta incidencia tras la pandemia de gripe española en 1918 y la tormenta de citoquinas en muchos casos de infección por SARS-CoV-2. Presentamos dos casos de temblor ortostático y mioclónico tras neumonía bilateral severa por COVID19.

Material y Métodos:

Hemos registrado los pacientes que han presentado temblor o parkinsonismo tras infección por COVID19 en 5 hospitales universitarios, donde se atendieron más de 1500 pacientes con dicha infección. Los pacientes dieron su permiso para ser filmados.

Resultados:

Dos pacientes presentaron temblor mioclónico y ortostático en el contexto de Sy neumonía bilateral severa por COVID19.

Varón de 79 años de edad con AP de HTA, que tras 60 días intubado en UCI por Spor infección por COVID19, tras retirar la sedación, presenta temblor mioclónico severo en MMSS e II, de actitud y acción, que mejoran con piracetam. Se amplió estudio con RMN cerebral, serologías y estudio analítico completo incluyendo hormonas tiroideas, marcadores tumorales y onconeuronales, sin encontrarse alteraciones

Varón de 54 años de edad, que tras ingresar por neumonía bilateral por SARS-CoV-2, presenta alteración del nivel de conciencia, taquifemia y temblor mioclónico en MMSS e II; que dos meses después persisten en MMII, con las características de un temblor ortostático. Se realizó EEG, RMN cerebral, DATASCAN y punción lumbar sin alteraciones, junto con serologías y estudio analítico completo incluyendo hormonas tiroideas, marcadores tumorales y onconeuronales, sin encontrarse alteraciones. Mejoría tras tratamiento con gabapentina, tras fracaso con clonazepam.

Discusión:

Ambos pacientes fueron tratados con metilprednisolona, pero tras retirarla, el temblor no presentó mejoría. Inicialmente se atribuyó el temblor al tratamiento corticoide y la hipoxemia, pero tras la retirada y la mejoría clínica, persistieron.

En nuestros pacientes, la clínica de temblor se inició en el contexto de la infección. No presentaban antecedentes familiares ni personales de temblor ni alteración de la marcha.

Esto hace pensar que el cuadro descrito pudiera tener un origen infeccioso o parainfeccioso. En la literatura sólo hemos encontrado un caso descrito similar a los nuestros, de neurólogos del H. Virgen de la Salud de Toledo.

Conclusión:

Más casos similares son necesarios para demostrar la relación causal entre el temblor mioclónico y ortostático tras infección por SARS-CoV-2, pero estos casos aportan nuevos datos sobre como este virus podría potencialmente producir clínica neurológica.



P-046

Análisis de características clínicas y duración del tratamiento con Gel Intestinal de Levodopa/Carbidopa en pacientes con Enfermedad de Parkinson Avanzada.

Michael Armando Palacios Mendoza¹, Ana Contreras Chicote¹, Gemma Lafuente Gómez¹, Elisa Luque Buzo¹, Beatriz De la Casa Fages¹, Miguel González Sánchez¹, Javier Pérez Sánchez¹, Francisco Grandas Pérez¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos: Analizar las características clínicas y duración del tratamiento con gel intestinal de levodopa/carbidopa (GILC) en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) avanzada.

Materiales y métodos: Estudio observacional de pacientes tratados con GILC entre Enero/2010-Diciembre/2019. Se obtuvieron variables clínicas y del tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo y de supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes; veintidós (66,70%) eran mujeres, con media de edad de 69,97 años (DE±9,6). El 66,70% presentaban EP no tremórico. El tiempo de evolución hasta iniciar GILC fue 13,82 años (DE±7,68). La mediana de horas OFF/día previo a GILC fue 6 (RIC:5-9), en tanto que la mediana de la puntuación en la UPDRS-III fue 23 (RIC:19-27). La dosis media de L-dopa oral previo al GILC fue 910,23mg/día (DE±223,11). La dosis promedio de GILC fue 1323,19mg/día (DE±380,99), con una mediana de 2 dosis extra/día (RIC:2-4). Tras iniciar GILC, un 97% experimentaron mejoría de las horas OFF/día y de la puntuación en la UPDRS-III, un 39,40% mejoraron las discinesias y un 27,30% las caídas. Un 6,06% presentaron TCI de novo y en 36,40% se registró pérdida de peso. Un 66,70% presentaron complicaciones digestivas o del dispositivo. Quince pacientes (45,50%) suspendieron el GILC, un 69,24% de ellos por insuficiente control de las fluctuaciones motoras. La curva de Kaplan-Meier mostró una mediana de supervivencia del GILC de 51 meses (IC-95%:30,01-71,99). Los pacientes con caídas previas tuvieron menor supervivencia del fármaco (p=0,03).

Conclusiones: La GILC es una terapia con buena respuesta clínica inicial y duración, asociándose las caídas a menor duración del mismo; sin embargo, en nuestra serie, hallamos un porcentaje importante de retirada, principalmente por control insuficiente de las fluctuaciones motoras, y complicaciones digestivas durante el seguimiento.





P-047

Lacosamida en el tratamiento de la Discinesia paroxística cinesogénica: Descripción de un caso.

Michael Armando Palacios Mendoza¹, Miguel González Sánchez¹, Javier Pérez Sánchez¹, Elisa Luque Buzo¹, Beatriz De la Casa Fages¹, Ana Contreras Chicote¹, Andreu Massot Tarrús¹, Francisco Grandas Pérez¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos: Describir el caso de una paciente con Discinesia paroxística cinesogénica (DPC) tratada con lacosamida con buena respuesta clínica.

Material y métodos: Mujer de 24 años, con antecedentes de Síndrome de Turner mosaico 45X0-46XX, retraso psicomotor e hipertensión arterial. El cuadro clínico inicia a los 5 años de edad y se caracteriza por episodios paroxísticos de 1-2 minutos de duración de distonía cervical y en miembros superiores que aparecen al iniciar o durante una acción. La exploración física destaca talla baja con fenotipo de Síndrome de Turner, sin hallazgos neurológicos focales.

Resultados: El estudio de laboratorio inicial, así como la resonancia magnética craneal no mostraron alteraciones. Varios vídeo-electroencefalogramas han registrado los episodios anteriormente descritos sin producir cambios en el trazado. El estudio genético mostró una duplicación c.649dupC (p.R217PfsX8), en heterocigosis, en el exón 2 del gen PRRT2. La paciente fue diagnosticada de DPC asociada a mutación del gen PRRT2, iniciándose tratamiento con oxcarbazepina hasta dosis de 540mg cada 12 horas con desaparición de los episodios. En controles analíticos posteriores, la paciente presentó hipertransaminasemia y elevación de la gamma-glutamil transferasa que se atribuyó al tratamiento con oxcarbazepina. Se decidió suspender progresivamente dicho fármaco e iniciar lacosamida en dosis ascendente hasta recibir 100mg por la mañana y 50mg por la noche, sin registrarse efectos adversos o nuevos episodios durante el seguimiento.

Conclusiones: La lacosamida se muestra como una alternativa eficaz y bien tolerada en el tratamiento de la DPC, sobre todo en aquellos pacientes con contraindicaciones o intolerancia al tratamiento convencional.



XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 03. Desmielinizantes

Revisores:

Celia Oreja-Guevara. Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Inmaculada Puertas Muñoz. Hospital Universitario La Paz, Madrid
Yolanda Aladro. Hospital de Getafe, Madrid





P-048

Experiencia con tocilizumab subcutáneo en pacientes con enfermedades del espectro neuromielitis óptica durante la pandemia COVID-19

Clara Aguirre¹, Virginia Meca-Lallana¹, Beatriz del Río¹, José Vivancos¹

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Hospital Universitario La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL6 utilizado como uso compasivo en enfermedades del espectro neuromielitis óptica (NMOSD), generalmente intravenoso (IV). Hay escasos casos descritos de administración subcutánea, aunque su eficacia parece similar. En el contexto de pandemia COVID-19, se ha hecho necesario disminuir la asistencia hospitalaria, por lo que formulaciones subcutáneas pueden suponer una buena alternativa terapéutica. Presentamos 3 pacientes con NMOSD que inician tocilizumab subcutáneo (TSC) durante la pandemia COVID-19, con muy buena tolerancia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo. Revisamos historias clínicas y evolución de los pacientes.

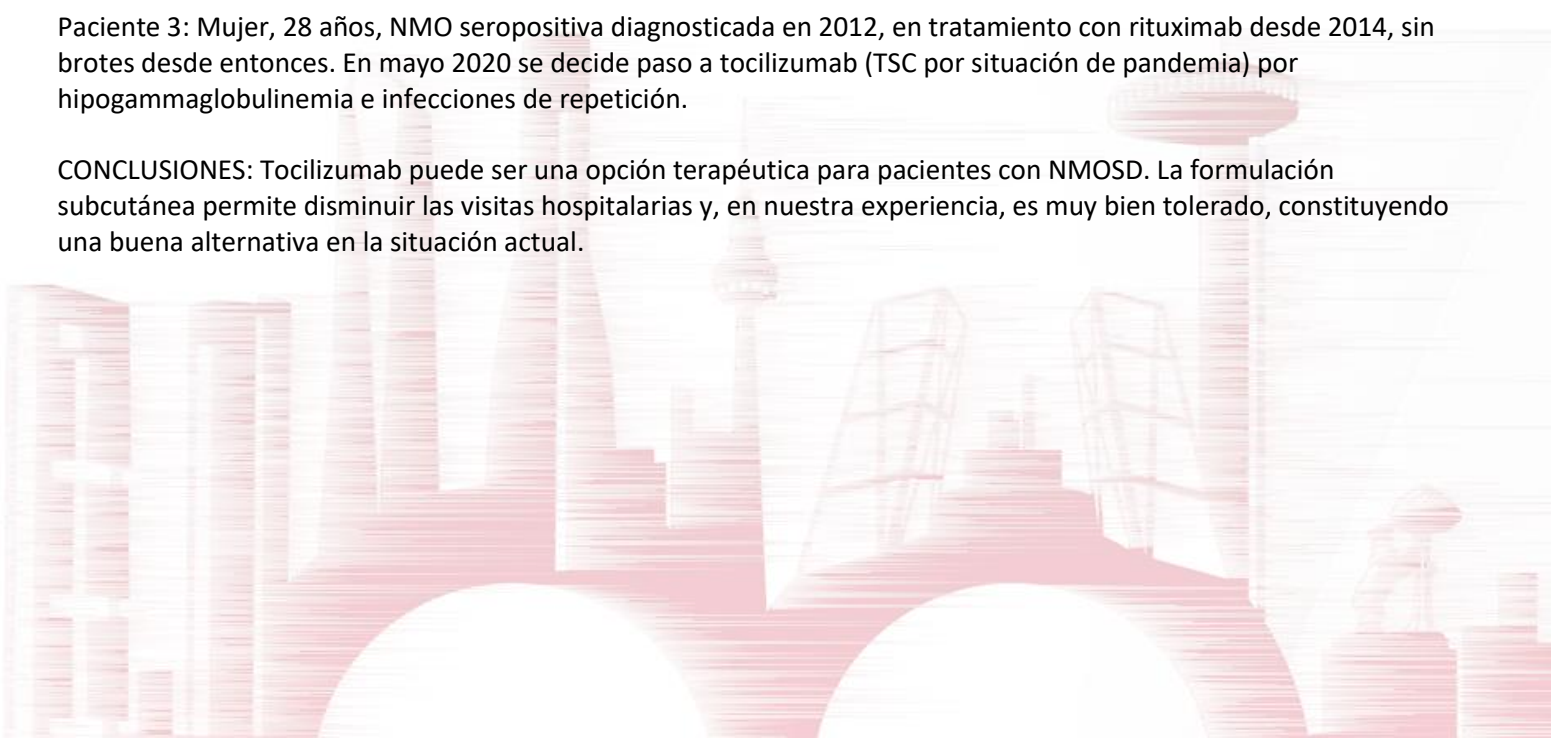
RESULTADOS:

Paciente 1: Varón, 74 años, neuromielitis óptica (NMO) diagnosticada en 2010. Inicia rituximab en 2012. Presenta dos neuritis ópticas en 2018 (pese a ausencia en sangre periférica de células CD19+ y CD27+). Por ello, en 2019 se sustituye rituximab por tocilizumab IV, con buena respuesta y tolerancia. En abril 2020, en contexto de la pandemia COVID-19, se sustituye por TSC cada 10 días para evitar visitas hospitalarias, siendo muy bien tolerado.

Paciente 2: Mujer, 40 años, en seguimiento por CRION vs NMOSD (anticuerpos anti-NMO débilmente positivos, anti-MOG negativos). En tratamiento con rituximab desde 2015. En diciembre 2019 sufre un nuevo episodio de neuritis óptica a pesar de la ausencia de células CD 19+ en sangre periférica, por lo que se sustituye rituximab por tocilizumab IV, con buena evolución. En marzo 2020, pasa a TSC semanal por situación de pandemia, con muy buena tolerancia.

Paciente 3: Mujer, 28 años, NMO seropositiva diagnosticada en 2012, en tratamiento con rituximab desde 2014, sin brotes desde entonces. En mayo 2020 se decide paso a tocilizumab (TSC por situación de pandemia) por hipogammaglobulinemia e infecciones de repetición.

CONCLUSIONES: Tocilizumab puede ser una opción terapéutica para pacientes con NMOSD. La formulación subcutánea permite disminuir las visitas hospitalarias y, en nuestra experiencia, es muy bien tolerado, constituyendo una buena alternativa en la situación actual.





P-049

Medida indirecta de la influencia de la testosterona intraútero en la Esclerosis Múltiple a través del ratio entre el segundo y cuarto dedo, y su correlación con otras enfermedades autoinmunes.

Antonio Sánchez Soblechero¹, Sonia Castro Valdeolmillos¹, Judit Villamor Rodríguez¹, José Manuel García Domínguez¹, María Luisa Martínez Ginés¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos:

El ratio entre el segundo y cuarto dedo de la mano (r2D/4D) es un marcador indirecto de niveles prenatales de testosterona. Un estudio previo postuló el papel de hormonas sexuales en el desarrollo de enfermedades autoinmunes, como Esclerosis Múltiple (EM). El objetivo es evaluar si pacientes con EM tienen r2D/4D diferente, y si hay relación entre el r2D/4D y la gravedad de la EM.

Material y método:

Estudio transversal de medición del ratio de longitud entre segundo y cuarto dedo de la mano derecha mediante calímetro (Vernier) desde la articulación metacarpofalángica hasta el extremo distal del dedo, por la cara palmar. Se estudiaron pacientes con diagnóstico de EM, con otras enfermedades autoinmunes (oEA) y sanas. Recogida retrospectiva de datos demográficos y clínicos. Como medida de gravedad de EM se utilizó la escala MSSS. Análisis mediante pruebas no paramétricas (U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).

Resultados:

Se incluyeron 120 sujetos. Grupo EM: (n=60), mediana de edad: 44 años; 41 (68,3%) eran mujeres. 53 pacientes (88,33%) tenían EMRR, 4 EMPP y 3 EMSP. Grupo control: (n=60), mediana de edad: 46 años; 36 eran mujeres (60%) y 33 (55%) sufrían oEA, (18 espondilitis anquilosante). El grupo EM y el grupo control son homogéneos para edad y sexo.

No se encontraron diferencias entre la mediana del r2D/4D en centímetros entre el grupo EM y el grupo control [mediana: 1 (RIC: 0,055) vs 1 (RIC: 0,043); $p>0,05$]; ni entre el grupo EM y el subgrupo de oEA [mediana: 1 (RIC: 0,055) vs 1 (RIC: 0,052); $p>0,05$]. Tampoco encontramos relación entre r2D/4D y la gravedad de la EM ($p=0,358$). Por género, los varones con EM tuvieron un r2D/4D menor que los del grupo control [0,97 (RIC: 0,05) vs 1 (RIC: 0,07); $p=0,049$].

Conclusiones:

En nuestro estudio, el ratio 2D/4D no se correlacionó con mayor riesgo de EM, ni con una mayor gravedad de la enfermedad. Nuestro análisis no apoya esta medida para evaluar la teoría de la influencia hormonal.



P-050

Neutropenia grave tras primer ciclo de cladribina en paciente con Esclerosis Múltiple

Clara Aguirre Hernández¹, Virginia Meca-Lallana¹, Beatriz del Río¹, José Vivancos¹

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Hospital Universitario La Princesa, Madrid

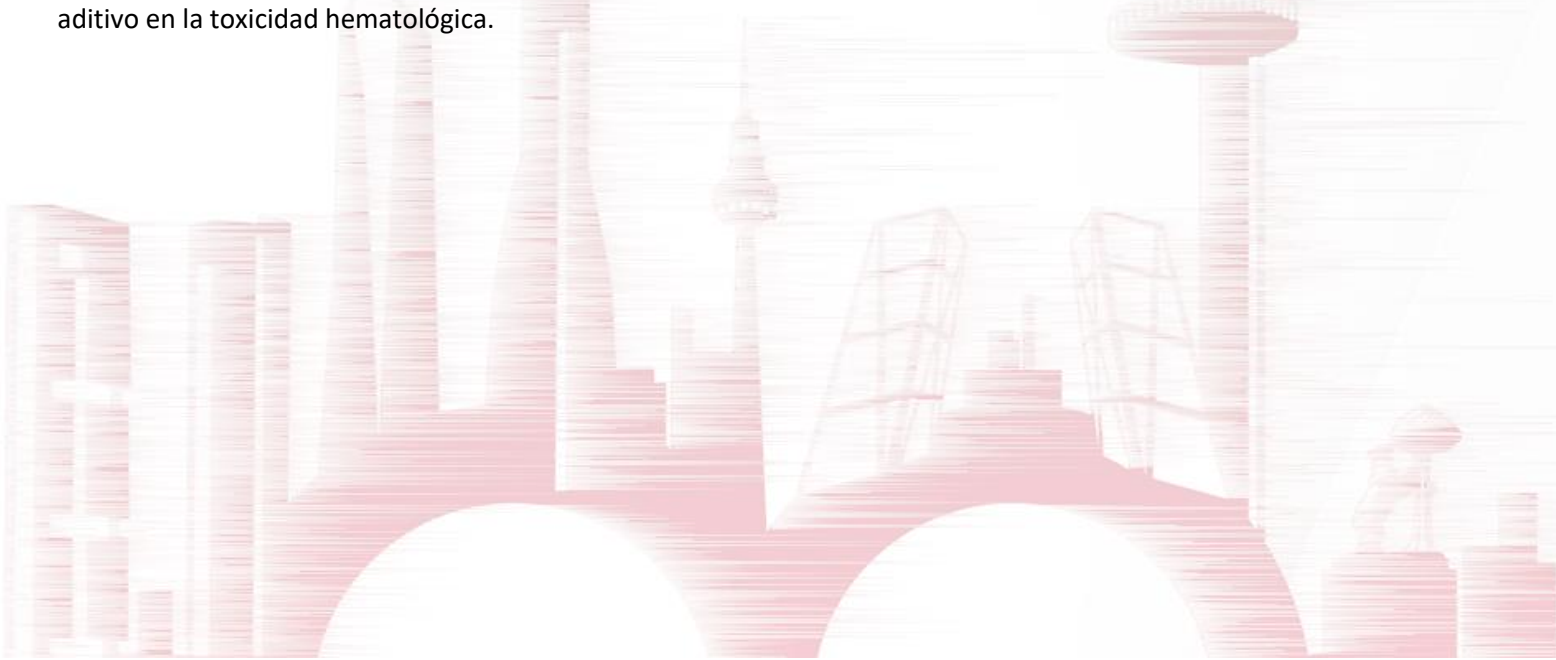
OBJETIVO: Cladribina es un análogo de la desoxiadenosina aprobado para el tratamiento de Esclerosis Múltiple (EM). Produce depleción de células T y B, pudiendo asociar linfopenia los primeros meses de tratamiento, con recuperación progresiva. La neutropenia es excepcional.

Presentamos un caso de EM con neutropenia grave tras segunda dosis de primer ciclo de cladribina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de historia clínica, pruebas complementarias y evolución.

RESULTADOS: Mujer de 53 años, con antecedente de psoriasis, presenta un neuritis óptica en 2008, en ese momento se realiza RM cerebral que muestra lesiones típicas de EM. Por estabilidad clínico-radiológica se mantiene sin tratamiento hasta 2018, cuando inicia dimetilfumarato, suspendido por linfopenia y artralgias. Una vez resuelta la linfopenia inicia cladribina en diciembre 2019. Una semana después de la segunda dosis de primer ciclo consulta por astenia. Se había añadido gabapetina al tratamiento por dolor neuropático. En analítica destaca leucopenia grave (0.51 miles/mm³), linfopenia grado IV (0.19 miles/mm³) y neutropenia grado IV (0.20 miles/mm³), resto de hemograma normal y frotis sin alteraciones. Se realiza aspirado de médula ósea que muestra ligera hipocelularidad con buena representación de las tres series, sugerente de recuperación de aplasia post-quimioterapia, compatible con neutropenia por cladribina. Se administró factor estimulante de colonias granulocitarias durante 2 días, con recuperación progresiva hasta conseguir neutrófilos normales en 10 días, persistiendo linfopenia grado II (0.74 miles/mm³) a los tres meses. La paciente ha permanecido afebril y sin incidencias, pendiente de valorar segundo ciclo de cladribina según evolución clínico-radiológica y analítica.

CONCLUSIONES: La neutropenia es un efecto adverso excepcional de cladribina, pero puede ser grave, por lo que es primordial la monitorización clínica y analítica. En nuestro caso, es posible que la suma de gabapentina tuviera efecto aditivo en la toxicidad hematológica.





P-051

Menopausia y calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple

Prof. Celia Oreja-Guevara¹, SanLópez Coello¹, Irene Gómez Estevez¹, Raquel Rodríguez Rabanal², Judit Díaz Díaz¹

¹Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Ginecología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: En los últimos años los tratamientos modificadores de la enfermedad han disminuido la discapacidad y han aumentado la supervivencia de los pacientes de esclerosis múltiple (EM) y como consecuencia de ello tenemos que tener en cuenta cuestiones que no teníamos antes como es el caso de la menopausia en estas pacientes.

Objetivos: Estudiar los síntomas de la menopausia en pacientes de EM, analizar su solapamiento con los síntomas de EM y su influencia en la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se reclutaron pacientes con EM con menopausia (hasta 5 años) y perimenopausia (el año previo a la menopausia en el que se muestran alteraciones menstruales). Se recogieron los datos demográficos, ginecológicos, los síntomas de EM y menopausia, tratamientos actuales y calidad de vida (encuesta basada en la escala de Cervantes).

Resultados: 30 pacientes fueron incluidas, 15 con perimenopausia (edad media: 47 años), y 15 con menopausia (edad media : 49). Los síntomas más frecuentes fueron: sofocos (85%), sequedad vaginal (70%), aumento de peso (60%) y cambios de ánimo (60%). 85% de las pacientes no apreciaron cambios en la fatiga, alteraciones urinarias y espasticidad sin embargo 50% de ellas refirieron un empeoramiento de la enfermedad con respecto al periodo anterior a la perimenopausia. 40% de todas las pacientes menopaúsicas estudiadas tuvieron una reducción de la calidad de vida y un aumento de los síntomas depresivos. No hubo asociación entre la obesidad, la paridad y el grado de severidad de los síntomas. No hubo relación entre los síntomas referidos y los tratamientos de esclerosis múltiple usados.

Conclusiones: No se evidencia un aumento de los síntomas típicos de EM, sin embargo los síntomas de menopausia disminuyen la calidad de vida de las pacientes y les llevó a un empeoramiento subjetivo de la enfermedad. Por tanto, es importante reconocer los síntomas de la menopausia en estas pacientes y tratarlos para mejorar la calidad de vida de las pacientes.





P-052

Estudio longitudinal comparativo con Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) en pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente (EMRR) tratados con fingolimod y dimetilfumarato.

Judit Díaz-Díaz¹, Loreto Estefanía Hidalgo¹, María Teresa Merino Díez¹, Adrián Valls-Carbó¹, Irene Gómez-Estévez¹, Inés González-Suárez, Susana Noval Martín², María Capote Díez², Ruben Sanchez Jean³, Prof. Celia Oreja-Guevara¹

¹Neurología. IdISSC. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, ²Oftalmología. Hospital Universitario La Paz, Madrid,

³Oftalmología. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos

Analizar la relación entre el grosor de la capa de las fibras nerviosas de la retina (RNFL) y distintas variables clínicas en pacientes con EMRR.

Comparar el efecto sobre el grosor de la RNFL de fingolimod vs dimetilfumarato (DMF) en pacientes con EMRR.

Material y métodos

Estudio longitudinal prospectivo no intervencionista, en pacientes con EMRR que iniciaron tratamiento con fingolimod o DMF según práctica clínica habitual.

Se analizaron características demográficas, neuritis óptica (NO) y tasa anualizada de brotes (TAB).

Se realizó una OCT antes del inicio del fármaco, a los 6 meses, 2 años y 6 años.

Resultados

Se estudiaron 26 pacientes, 14 tratados con fingolimod y 12 con DMF, 70% mujeres, edad media de 32 años y tiempo desde el diagnóstico de 9 años. El antecedente de NO fue el factor más asociado con la RNFL basal siendo ésta $\leq 90\mu\text{m}$ en el 73% de los pacientes; 91% vs 60% de los pacientes con/sin antecedentes de NO. El tiempo de evolución de la enfermedad también se asoció con menor RNFL media basal, aunque no de manera estadísticamente significativa ($p=0,319$); <5 años: $90,83(\text{DE } 10,32)$; $5-10$ años: $85,33(\text{DE } 8,31)$ y >10 años: $82,77(\text{DE } 8,82)$. Además, el 75% de los pacientes con ≥ 1 brotes durante el seguimiento presentaron una disminución de la RNFL.

Comparando ambos tratamientos, basalmente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo ni RNFL media (fingolimod $85,32 (\text{DE } 8,19)$ vs. DMT $85,75 (\text{DE } 10,62)$ ($p=0,877$)) pero si en la TAB en el año previo con una media en tratados con fingolimod de $1,46 (\text{DE } 1,45)$ y en tratados con DMF de $0,36 (\text{DE } 0,67)$ ($p=0,018$).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la TAB en el primer, segundo y sexto año.

A los 6 años del inicio del tratamiento, la RNFL mejoró en los tratados con fingolimod en $1,29\mu\text{m}(\text{DE } 4,79)$ y empeoró en $-3,71\mu\text{m}(\text{DE } 2,32)$ en los tratados con DMF($p=0,005$).

Conclusiones

El grosor de la RNFL está disminuido en pacientes con EMRR con o sin antecedentes de NO.

En pacientes tratados con fingolimod se observa un aumento de la RNFL que podría deberse a una menor degeneración axonal.

El decremento lento y progresivo de la RNFL observado en pacientes con DMF parece corresponder a la evolución normal de la RNFL con el paso del tiempo en pacientes con EMRR. El estudio nos muestra la posible utilidad de la OCT como biomarcador de respuesta al tratamiento.



P-053

Evidencia en la mejora de la mielinización en pacientes tratados con siponimod: Resultados del subestudio fase III EXPAND RM

Federico Tazón¹, D. L. Arnold², P. Vermersch³, B. A. C. Cree⁴, A. Bar-or⁵, G. Giovannoni⁶, R. Gold⁷, D. Piani-Meier⁸, S. Arnould⁸, S. Ritter⁹, G. Karlsson⁸, L. Kappos¹⁰, R. J. Fox¹¹

¹Novartis Farmaceutica S.A, Barcelona, ²NeuroRx Research, Montreal, Quebec,, Canadá, ³University Lille, Lille, Francia, ⁴UCSF Weill Institute for Neurosciences, Department of Neurology, University of California San Francisco, San Francisco, EEUU, ⁵Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Filadelfia, EEUU, ⁶Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Londres, Reino Unido, ⁷Department of Neurology, St Josef-Hospital/Ruhr-University Bochum, Bochum, Alemania, ⁸Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza, ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, Nueva Jersey, EEUU, ¹⁰Neurologic Clinic and Policlinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel, Basilea, Suiza, ¹¹Mellen Center for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Neurological Institute, Cleveland, EEUU

Objetivos:

Los cambios en la ratio de transferencia de magnetización (RTM) son ampliamente utilizados como un marcador de los cambios en la densidad de mielina en el cerebro. Siponimod ha demostrado evidencia de efectos remielinizantes en estudios preclínicos. Este análisis exploratorio evalúa el efecto de siponimod en RTM vs placebo en diferentes regiones del cerebro, y la recuperación de RTM en las lesiones.

Material y método:

En este subestudio prospectivo de RTM EXPAND se incluyeron 633 pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP, siponimod [n=409]; placebo [n=224]). El RTM se analizó en el tejido cerebral de apariencia normal, la materia gris cortical y materia blanca de apariencia normal en basal, al mes 12 (M12) y mes 24 (M24). El RTM fue normalizado para reducir la variabilidad entre los escáneres. La mediana del cambio absoluto del RTM normalizado (RTMn) desde basal expresado en porcentaje se derivó de modelos mixtos para medidas repetidas. Las métricas de recuperación RTM se evaluaron en las nuevas lesiones RTM comparando la disminución en RTMn en el tiempo desde antes hasta después de la aparición de las lesiones para el grupo siponimod y placebo.

Resultados:

Siponimod redujo la mediana de disminución del RTMn desde basal hasta M12 y M24 vs placebo en todos los tejidos cerebrales. La disminución fue menor con siponimod en M24, en todos los tejidos: de 55% a 98% (p<0,005). Los resultados del cambio absoluto en la media ajustada de RTMn desde basal, por tejido cerebral fueron los siguientes: Tejido cerebral con apariencia normal: M12 (siponimod -0,016 vs placebo -0,024, % de reducción: -38%, p=0,3178), M24 (siponimod -0,022 vs placebo -0,056, % de reducción: -61%, p=0,0187); materia gris cortical: M12 (siponimod -0,019 vs placebo -0,026, % de reducción: -27%, p=0,4236), M24 (siponimod -0,025 vs placebo -0,056, % de reducción: -55%, p=0,0468); materia blanca de apariencia normal: M12 (siponimod 0,002 vs placebo -0,019, % de reducción: -105%, p=0,0209) M24 (siponimod -0,001 vs placebo -0,045, % de reducción: -98%, p=0,0018).

Conclusiones:

Siponimod demostró un efecto consistente y significativo en la disminución de RTM en el tiempo en la materia blanca de apariencia normal y en la materia gris cortical frente al placebo, y mejoró la recuperación RTM en lesiones de nueva formación. Estos datos son consistentes con las observaciones en modelos preclínicos, y apoyan un potencial efecto beneficioso de siponimod en la remielinización en pacientes EMSP.



P-054

Efecto de siponimod en la atrofia de la materia gris en pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva: Análisis de subgrupos del estudio EXPAND

María González Gragera¹, R.J. Fox², D.L. Arnold³, G. Giovannoni⁴, B.A.C. Cree⁵, A. Bar-Or⁶, R. Gold⁷, R.H.B. Benedict⁸, D. Piani-Meier⁹, S. Arnould⁹, S. Ritter¹⁰, F. Dahlke⁹, G. Karlsson⁹, L. Kappos¹¹, P. Vermersch¹²

¹Novartis Farmaceutica S.A., Barcelona, ²Mellen Center for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Neurological Institute, Cleveland, EEUU, ³NeuroRx Research and Montréal Neurological Institute, McGill University, Montreal, Canada, ⁴Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Londres, Reino Unido, ⁵UCSF Weill Institute for Neurosciences, Department of Neurology, University of California San Francisco, San Francisco, EE.UU., ⁶Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Filadelfia, EEUU, ⁷Department of Neurology, St Josef-Hospital/Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany, ⁸Department of Neurology, University at Buffalo, Buffalo, EEUU, ⁹Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza, ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, EEUU, ¹¹Neurologic Clinic and Policlinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel, Basilea, Suiza, ¹²Univ. Lille, INSERMU995, CHU Lille, FHU Imminent, F-59000, Lille, Francia

Objetivos:

Varios estudios sugieren que la atrofia de la materia gris (MG) está asociada con la discapacidad irreversible a largo plazo y el deterioro cognitivo. Se ha descrito la reducción significativa con siponimod de la atrofia de la MG en pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP). Analizamos el efecto de siponimod versus placebo en la reducción de la atrofia de la MG cortical (MGc) y talámica en subgrupos de pacientes con EMSP del estudio Fase 3 EXPAND.

Material y método:

Se evaluó el cambio porcentual en el volumen de MGc y del tálamo desde basal al mes (M) 12 y al M24 (población por protocolo, N=1560). El efecto de siponimod versus placebo se determinó utilizando un modelo mixto para medidas repetidas en subgrupos de pacientes definidos por edad y características de la enfermedad.

Resultados:

En total, se observó una reducción porcentual significativa del volumen MGc al M12 versus M24 en siponimod/placebo en todos los pacientes ($p=0,0001$): (692p/337p) del 102%→63% (0,01vs-0,39/-0,60vs-1,04) y en tálamo (696p/342p) del 50%→42% (-0,47vs-0,94/-1,02vs-1,27).

En todos los subgrupos el cambio del volumen MGc fue similar ($p<0,0001$): “edad≤45 años” (246p/120p) de 116%→68% (0,10vs-0,61/-0,30vs-0,94), “edad>45 años” (466p/217p) de 93%→58% (-0,04vs-0,60/-0,45vs-1,08), “EDSS≥6” (373p/172p) de 100%→60% (0,00vs-0,61/-0,42vs-1,04), “EDSS<6” (319p/165p) de 103%→64% (0,02vs-0,59/-0,37vs-1,04), “enfermedad activa” (347p/169p) de 97%→56% (-0,02vs-0,68/-0,50vs-1,14), “enfermedad no activa” (344p/167p) de 108%→71% (0,04vs-0,53/-0,27vs-0,94), “sin terapia modificadora de la enfermedad previa” (TME) (152p/74p) de 89%→55% (-0,08vs-0,71/-0,61vs-1,36), y con TME previa (540p/263p) de 100%→65% (0,04vs-0,57/-0,33vs-0,94).

En el tálamo, el cambio observado en los subgrupos fue: “edad ≤ 45 años” (247p/121p) de 67%→61% (-0,38vs-1,16/-0,82vs-2,12; $p=0,0001$), “edad>45 años” (449p/221p) de 35%→31% (-0,53vs-0,82/-1,12vs-1,63; $p<0,05$), “EDSS<6” (320p/169p) de 59%→43% (-0,40vs-0,98/-0,98vs-1,71; $p=0,0001$ / $p<0,05$), “EDSS≥6” (376p/173p) de 40%→47% (-0,54vs-0,90/-1,00vs-1,88; $p<0,05$ / $p<0,001$), “enfermedad activa” (348p/173p) de 40%→34% (-0,74vs-1,24/-1,41vs-2,15; $p<0,001$ / $p<0,05$), “enfermedad no activa” (347p/168p) de 68%→58% (-0,20vs-0,63/-0,56vs-1,34; $p<0,05$ / $p<0,001$), “sin terapia modificadora de la enfermedad previa” (TME) (154p/177p) de 46%→41% (-0,79vs-

XVIII**REUNIÓN ANUAL**

DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA

DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



1,47/-1,57vs-2,64; $p<0,05$), y con TME previa (542p/265p) de 51%→44% (-0,38vs-0,78/-0,85vs-1,53; $p<0,001$). El mayor cambio se detectó en: “actividad de la lesión detectada con gadolinio”(-3,56), “actividad de la enfermedad”(-2,15), “edad≤45 años”(-2,12) y “duración de la enfermedad≤15 años”(-2,09).

En todos los subgrupos analizados, siponimod redujo la atrofia de MGc versus placebo de un 48%→116%($p<0,01$) y la atrofia talámica de un 31%→68%($p<0.05$).

Conclusiones:

Siponimod disminuyó la atrofia de MGc y talámica en todos los subgrupos de pacientes con EMSP, incluidos aquellos con enfermedad menos activa y mayor discapacidad. Estos efectos sobre la atrofia de MG están alineados con los resultados clínicos favorables a largo plazo observados con siponimod.





P-055

TRATAMIENTO CON OCRELIZUMAB EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SUS DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN

Luis Lobato Perez¹, Elda María Alba Suárez¹, Inmaculada Puertas Muñoz¹, Beatriz Chamorro-Hernández¹, Antonio Tallón Barranco¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

Describir evolución clínica de pacientes con diagnóstico de EM tratados con ocrelizumab, en relación a brotes, progresión y hallazgos radiológicos y analíticos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EM con ocrelizumab. Variables: datos demográficos, resultados analíticos, RM cerebral y evolución clínica al inicio, tres y seis meses tras tratamiento.

Resultados

22 pacientes con EM, 15 RR, 2 SP y 5 PP. Tiempo medio diagnóstico-inicio ocrelizumab 6,7 años (DT=6,7). Duración media tratamiento 225 días (DT=111,9). Número tratamientos previos 1,8 (DT=1,3). EDSS medio al inicio 3,5 (DT=2,3). Ningún paciente presentó brotes ni progresión de enfermedad durante el seguimiento. Un paciente presentó nueva lesión con captación de gadolinio en RM cerebral. Uno abandonó el tratamiento por toxicodermia. Ninguno presentó covid19. La cifra de linfocitos CD19 y NK era significativamente inferior a los 6 meses tras tratamiento ($p=0,001$; $p=0,002$). Todos los pacientes presentaban cifras de LCD19 inferiores al 2% previo nueva infusión de tratamiento. Las formas EMRR presentaban mayor reducción de linfocitos tras tratamiento ($p=0,005$), con cifra pretratamiento inferior de IgM ($p=0,026$) e igualación a los 6 meses. Las cifras de IgG eran inferiores en pacientes con formas EMRR a los 6 meses de tratamiento ($p=0,046$).

Conclusión

Ocrelizumab es eficaz en el control de la enfermedad, con baja tasa de infección incluso durante la pandemia covid19. Entre infusiones la cifra de LCD19 no supera 2%, requisito para el tratamiento con otros anti-CD20. El efecto sobre el sistema inmune de ocrelizumab podría ser diferente según forma de presentación de EM y tratamiento previo.





P-056

Eficacia a largo plazo del tratamiento con siponimod hasta 5 años en pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva: Análisis de la fase de extensión del estudio EXPAND

Julia Sabín¹, L. Kappos², G. Giovannoni³, R. Gold⁴, R. J. Fox⁵, P. Vermersch⁶, R.H.B. Benedict⁷, A. Bar-or⁸, N. Rouyre⁹, D. Piani-Meier⁹, S. Ritter¹⁰, A. Kilaru⁹, F. Dahlke⁹, G. Karlsson⁹, 11 B.A.C. Cree¹¹

¹Hospital Universitario Puerta De Hierro de Majadahonda, Madrid, ²Neurologic Clinic and Policlinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel, Basilea, Suiza, ³Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Londres, Reino Unido, ⁴Department of Neurology, St Josef-Hospital/Ruhr-University Bochum, Bochum, Alemania, ⁵Mellen Center for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Neurological Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio/Estados Unidos,, ⁶Univ. Lille, INSERMU995, CHU Lille, FHU Imminent, F-59000, Lille, Francia, ⁷Department of Neurology, University at Buffalo, Buffalo, EEUU, ⁸Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Filadelfia, EEUU, ⁹Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza, ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, EEUU, ¹¹Department of Neurology, UCSF Weill Institute for Neurosciences, University of California San Francisco, San Francisco, EEUU

Objetivos:

En el estudio principal EXPAND, siponimod redujo significativamente la progresión de la discapacidad confirmada a los 3/6 meses (m) (PDC3m / PDC6m) y el deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP). Se analizó la eficacia a largo plazo de siponimod sobre la progresión de la discapacidad, la velocidad de procesamiento cognitivo (VPC) y el número de brotes en pacientes con EMSP de la fase principal y la extensión del estudio EXPAND.

Material y método:

En este análisis se incluyeron los pacientes que habían recibido ≥ 1 dosis de tratamiento aleatorizado (siponimod 2mg / placebo; corte de datos a los 36 m de la extensión [abril, 2019]; duración total del estudio ≤ 5 años). Los análisis de eficacia incluyeron: tiempo hasta PDC3m / tiempo hasta PDC6m, tiempo hasta empeoramiento significativo de VPC confirmado a los 6m (EC6m; ≥ 4 puntos en el Symbol Digit Modalities Test [SDMT]) y tasa anual de brotes (TAB) para el grupo continuado (CSG: siponimod en principal / extensión) y grupos de cambio (PSG: placebo en principal / cambio a siponimod en extensión).

Resultados:

De los 1224 (74% de 1651 pacientes aleatorizados) que se incluyeron en la fase de extensión, 878 (72%) continuaron en la fase. Los pacientes en CSG versus PSG presentaron menos probabilidades de sufrir PDC3m ($p=0,0064$) y PDC6m (% pacientes sin evento hasta mes 48 [IC 95%]: 58,65 [55,34-61,96] versus 52,40 [47,58- 57,21]; $p=0,0048$). El tiempo hasta PDC6m se prolongó un 54% (21,0m versus 13,6m) para el percentil 25 y el riesgo de PDC6m se redujo en un 22% (HR [IC 95%]: 0,78 [0,66;0,92]) en CSG versus PSG; en CSG no se alcanzó la mediana de tiempo hasta PDC6m. La reducción en VPS en SDMT se retrasó (68,28 [65,16-71,3] versus 58,45 [53,67-63,24]; $p=0,0014$), el tiempo hasta PDC6m se prolongó un 62% (29,6m versus 18,3m) para el percentil 25 y el riesgo de EC6m se redujo un 23% en CSG versus PSG. La TAB se redujo un 52% en CSG versus PSG ($p<0,0001$); el efecto fue similar en los brotes sin recuperación completa, que precisaron de esteroides / hospitalizaciones.

XVIII**REUNIÓN ANUAL**

DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA

DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



Conclusiones:

Los beneficios obtenidos sobre la progresión de la discapacidad, velocidad de procesamiento cognitivo y nuevos brotes por CSG sobre PSG durante el período evaluado se mantienen hasta los 5 años, demostrando el efecto sostenido del tratamiento y la ventaja del inicio temprano del tratamiento con siponimod en pacientes con EMSP.





P-057

ALEMTUZUMAB COMO POSIBLE DESENCADENANTE DE REACTIVACIÓN DE PARASITOSIS TROPICAL

Inmaculada Puertas Muñoz¹, Antonio Tallón Barranco¹, Laura Lacruz Ballester¹, Elda Alba Suárez¹, D. Luis Lobato Pérez¹, Elena Trigo², ME Palacios Lázaro¹,

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

²Hospital Universitario La Paz-Carlos III, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente (EMRR) activa. Mecanismo anti-CD52, marcador presente en linfocitos, eosinófilos, macrófagos y células dendríticas, modulando la activación de linfocitos T. Induce neutropenia transitoria con infecciones como efecto secundario frecuente, siendo obligado descartar infección activa antes de su administración.

La infección crónica por Strongyloides Stercoralis y sus potenciales complicaciones en pacientes sometidos a terapias inmunosupresoras es una entidad descrita pero no siempre contemplada en el cribado previo a la instauración del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un caso de hipereosinofilia, gastritis eosinofílica y anemia microcítica secundarias a reactivación de parasitosis crónica por Strongyloides Stercoralis (SE) que se manifestó tras tratamiento con Alemtuzumab.

RESULTADOS

Varón de 55 años natural de Argentina, con EMRR de larga evolución, tratado previamente con Avonex, Betaferon y Natalizumab con respuesta subóptima, por lo que se inició Alemtuzumab. Durante la administración de tratamiento, presentó rubor y prurito generalizado que cedieron con polaramine y prednisona.

En controles analíticos se observó incremento progresivo de eosinófilos - hasta 74,0 % Eosinófilos 7,58 *x10e3/ μ L (0,02-0,65)- y anemia (Hemoglobina 11,9gr/dL), con recuperación de cifras de linfocitos. Clínicamente presentaba prurito importante y ligera astenia, sin progresión ni brotes de su enfermedad.

En la gastroscopia se objetivó gastritis eosinofílica con Strongyloides Stercoralis (SE) + IgG anti-Strongyloides reactiva (ELISA:5,76;positivo>1).

Cultivo de heces: se observan larvas de Strongyloides stercoralis.

Tras tratamiento con Ivermectina, 200mcg/kg durante 2 días separados 15 días, se han normalizado las cifras de eosinófilos y hemoglobina (Hb 13.8 g/dL, E260, 5,3%), con resolución del prurito y negativización de la serología de SE.

CONCLUSIÓN

- Alemtuzumab puede reactivar infecciones crónicas silentes, manifestándose en meses posteriores. Es importante identificar esta complicación, estudiarla y no atribuirle directamente a efecto adverso del fármaco.
- Resaltamos la importancia de ampliar los estudios serológicos como herramienta de cribado previa a la instauración de tratamientos inmunomoduladores para evitar situaciones de hiperinfestación parasitaria.



P-058

Evaluación longitudinal del estatus serológico y del index de anticuerpos anti-virus JC en pacientes de esclerosis múltiple tratados con dimetilfumarato, fingolimod y natalizumab

Alba Cárcamo Fonfría¹, Estudiante Laura Rua Méndez², Guillermo Ávila¹, Belen Pilo de la Fuente¹, Alejandro Mendez Burgos¹, Yolanda Aladro Benito¹

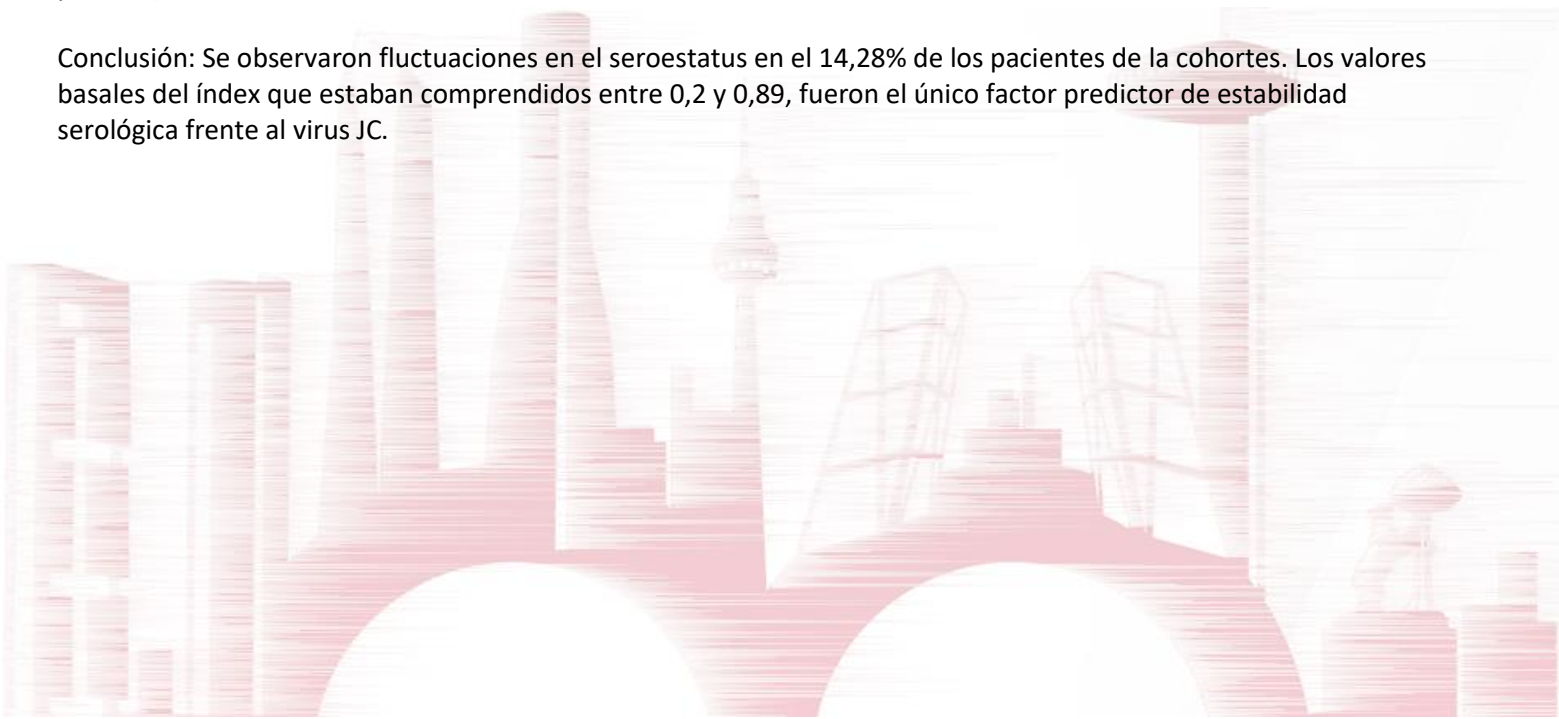
¹Hospital Universitario De Getafe, Parla, ²Universidad Europea de Madrid, Madrid

Introducción y objetivos: El 50-70% de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) presentan anticuerpos anti-virus John Cunningham (VJC), poliomavirus responsable de la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP). El tratamiento con dimetilfumarato (DMF), fingolimod (FLM) y natalizumab (NTZ) se ha asociado con LMP. La presencia de anticuerpos anti-VJC y su valor index son biomarcadores de riesgo de LMP para natalizumab. La información sobre la estabilidad del index de anti-VJC es insuficiente. El objetivo fue evaluar la estabilidad del seroestatus y del index de anticuerpos anti-VJC en pacientes con EM tratados con DMF, FLM y NTZ.

Material y métodos: estudio longitudinal retrospectivo en 105 pacientes de EM tratados con DMF, FLM o NTZ entre 2009 y 2019. Se incluyeron pacientes con al menos 2 determinaciones de anticuerpos anti-VJC. Se consideró inestabilidad serológica a la presencia de cambios en el seroestatus (seroconversión y serorreversión) y en la categoría de index de anticuerpos anti-VJC en al menos una muestra.

Resultados: El 69,5% fueron mujeres, con una edad media de 41,3 años. El 46% estuvieron o están en tratamiento con DMF, el 38,1 % con FLM y el 15,2 % con NTZ. Un 65,7% fueron seropositivos en la primera determinación. El 29% mostró cambios en la categoría de index y el 14,28% en el seroestatus, pero las tasas de seroconversión y serorreversión mantenidas en el tiempo fueron 1,90% y 2,86% respectivamente. Solo valores de index entre 0,2 y 0,89 predijeron cambios en el seroestatus (OR 7,7; IC95% 2,0-29,8, p=0,003) y en el index (OR 22,9; IC95% 5,4-97,7; p<0,001).

Conclusión: Se observaron fluctuaciones en el seroestatus en el 14,28% de los pacientes de la cohortes. Los valores basales del index que estaban comprendidos entre 0,2 y 0,89, fueron el único factor predictor de estabilidad serológica frente al virus JC.





P-059

Síndrome Hemofagocítico Grave en probable relación a tratamiento con Alemtuzumab en paciente con Esclerosis Múltiple

Rafael Jenaro Martínez Marín¹, Inmaculada Puertas Muñoz¹, Ángel Robles Marrhuenda¹, Elda María Alba Suárez¹, Laura Lacruz Ballester¹, Antonio Tallón Barranco¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

Estudio de la relación entre Síndrome Hemofagocítico (SHF) y la administración de alemtuzumab en paciente con Esclerosis Múltiple (EM).

Material y métodos:

Descripción de caso clínico de SHF grave tardío en paciente EM en tratamiento con Alemtuzumab y revisión de la literatura de casos.

Resultados:

Varón de 39 años con EM remitente-recurrente, diagnosticado en 2010, tratado anteriormente con Betaferon y Natalizumab, en tratamiento con alemtuzumab desde inicio del año 2017, recibió segunda dosis 15 meses antes del ingreso.

Ingresa por fiebre, astenia, sudoración nocturna, vómitos y debilidad generalizada, objetivándose bicitopenia (Leucocitos 1800/ μ L, Plaquetas 122000/ μ L), hiperferritinemia (2718 ng/ML), hipertrigliceridemia (165 mg/dL), hipertransaminasemia (ASAT/GOT 1085 UI/L, ALAT/GPT 1292 UI/L), y hepatoesplenomegalia.

Se descartó etiología infecciosa, tumoral y progresión de la EM, confirmando diagnóstico de SHF con aspirado de médula ósea. Recibió tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y corticoides, con mejoría clínica progresiva a lo largo de 3 meses, en tratamiento de mantenimiento con rituximab en la actualidad.

Se observó 2 casos de SHF atribuidos a alemtuzumab en EM, encontrando dos casos en la literatura, postulándose etiología autoinmune secundaria a la repoblación celular que ocurre de manera tardía tras su administración.

Conclusión:

- El tratamiento con Alemtuzumab podría ser un desencadenante de síndrome hemofagocítico como efecto secundario tardío infrecuente de probable etiología autoinmune.
- Debemos sospecharlo ante la aparición de citopenias e hiperferritinemia en el seguimiento a largo plazo de pacientes tratados con Alemtuzumab dada su gravedad, elevada mortalidad y la necesidad de tratamiento urgente.





P-060

EXPERIENCIA CLÍNICA CON FINGOLIMOD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE INFANTO-JUVENIL

Virginia Meca Lallana¹, Clara Aguirre¹, Verónica Cantarin³, Carolina Díaz¹, Monica Sobrado², Rosalía Martín¹, Maria Madrid², Jose Vivancos²

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes Servicio de Neurología Instituto de Investigación Princesa Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ²Servicio de Neurología Instituto de Investigación Princesa Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ³Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Esclerosis Múltiple(EM) infanto juvenil es la que se diagnostica antes de los 18 años. Es una entidad poco frecuente que supone entre el 3-5% de los diagnósticos de EM. Puede producir discapacidad en edades más tempranas que la EM del adulto por lo que se trata de una enfermedad más agresiva. Los DMT en edad infanto juvenil se usan en base a la experiencia clínica. Fingolimod es el primer tratamiento modificador del curso de la enfermedad aprobado en ficha técnica para el tratamiento de la EM pediátrica tras un ensayo clínico(ensayo PARADIGMS). Presentamos nuestra experiencia en 7 pacientes con EM infanto-juvenil

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional. Retrospectivo, de práctica clínica diaria en pacientes con Esclerosis Múltiple Infantil-juvenil tratados con Fingolimod

RESULTADOS

Presentamos 7 pacientes con EM infanto-juvenil. 5 niñas y 2 niños. Mediana de edad de debut de la enfermedad 15,1(DE1,5), Media de brotes en el año previo 1,6(DE0) Media de lesiones captantes en RM basal 3,7(DE6,4), media de lesiones en T2 20(DE2,8). 6 de los pacientes tenían lesiones medulares. Mediana al inicio de Fingolimod 16 años, 3 de los pacientes son naive y el resto proviene de inyectables. La media de tiempo de uso de Fingolimod es de 22,3 meses(DE25). Los pacientes no presentaron nuevos brotes ni actividad en RM. No se reportaron eventos adversos durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

La edad de nuestros pacientes es similar a los del ensayo pivotal, en su mayoría post puberales, y con una enfermedad muy activa. Fingolimod se comporta en nuestros pacientes con EM infanto-Juvenil como un fármaco muy efectivo y seguro, y con muy buena tolerabilidad y adherencia.





P-061

EXPERIENCIA PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INMUNOMEDIADA EN EL HOSPITAL DE DÍA

Virginia Meca Lallana¹, Esther Ramirez², Alberto Morell², Javier P Gisbert³, Maria Chaparro³, Esteban Dauden⁴, Mar Llamas⁴, Rosario Garcia de Vicuña⁵

¹Unidad de Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid,

²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid,

³Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid,

⁴Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ⁵Servicio de

Reumatología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD) es una Unidad multidisciplinar que incluye profesionales de patologías inflamatorias inmunomediadas (EIMI): Enfermedades Reumatológicas (REU), Enfermedades Desmielinizantes (DES), Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), Psoriasis (PSO), y el Servicio de Farmacia Hospitalaria. Su objetivo es el abordaje trasversal de EIMI desde el punto de vista biológico, terapéutico, asistencial y de gestión. El análisis de los "Patient Reported Experience Measurements" (PREMs) es un indicador de calidad que permite planificar actuaciones concretas de mejora asistencial. Objetivo principal: evaluar los PREMs en pacientes con EIMI atendidos en hospital de día.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo multidisciplinar (UTByD). Duración: de 3 meses. Pacientes con EIMI tratados en Hospital de Día. Utilizamos IEXPAC: cuestionario validado específico para enfermedades crónicas: 11 preguntas generales, 4 específicas; puntuación 1-10. Preguntas divididas en 5 bloques: información de internet, información social, información práctica, bienestar y atención sanitaria. Puntuación inferior a 10: área de mejora. Análisis estadístico: test paramétricos ANOVA y t-Student para muestras independientes.

RESULTADOS

Analizamos 160 pacientes, 80 (49%) REU, 40 (26%) DES, 27 (17%) EII y 13 (8%) PSo. Media de puntuación global 6,16 (1,69); mediana en información 3,75 (IQR=2,92-5,83); en bienestar 10 (IQR=7,5-10) y en atención sanitaria 9,16 (IQR=6,67-10). Diferencias estadísticamente significativas en: Información social entre el sexo masculino/femenino (4,4/3,3) ($p=0,006$); Información social rangos de edad (<45 años/45-65/>65 años) (4,5/4,2/3,0) ($p=0,023$) y en información de internet rangos de edad (<45 años/45-65/>65 años) (2,4/2,4/1,3) ($p=0,029$).

Diferencias significativas en cuestionario global entre los diferentes servicios clínicos a favor de DES ($p=0,001$) y en: Información de internet (REU/DES/EII/PSo) (1,1/3,6/2,5/0,9); Información práctica (REU/DES/EII/PSo) (7,0/7,9/6,8/5,5).

CONCLUSIONES

En nuestra población, el uso de IEXPAC ha demostrado utilidad para detectar áreas de mejora en el cuidado de salud. El apartado con mayor oportunidad de mejora es el correspondiente a información. Los apartados mejor puntuados fueron los relacionados con el bienestar y la atención sanitaria. Detectamos diferencias significativas en PREMs en sexo y edad, y entre servicios en algunas áreas.



P-062

ESTUDIO DE VIABILIDAD Y SATISFACCIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VIRTUAL PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PROTOCOLO REHABVR

Virginia Meca Lallana¹, Daniel Prefasi², Walter Alabarce³, Teresa Hernandez⁴, Fabiola Garcia⁵, Angélica Portaño³, David Gomis³, Nieves Tellez⁶, Cristina García-Bernaldez², Jorge Mauriño², Nicolas Medrano², Aranzazu Vazquez⁴

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes Servicio de Neurología Instituto de Investigación Princesa Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ²Roche Farma, Madrid, ³La Frontera VR, Madrid, ⁴Servicio de Rehabilitación. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ⁵Fundación Madrileña de Esclerosis Múltiple, Madrid, ⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La realidad virtual(RV)es una herramienta muy prometedora para el tratamiento rehabilitador en pacientes con Esclerosis Múltiple(EM).Permite aumentar la motivación del paciente y la adherencia a la rehabilitación.Además de datos de eficacia,resulta importante disponer de información sobre la satisfacción del usuario para incluir sistemáticamente la RV en la práctica clínica habitual. Objetivo:presentar el protocolo de un ensayo con Rehabilitación(física y cognitiva)con RV(RRV).El objetivo principal del ensayo es evaluar la viabilidad con un nuevo programa RRV.Objetivos secundarios:efectividad,calidad de vida,seguridad y adherencia al programa de RRV comparado con rehabilitación convencional(RC)

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo de 6 meses,unicéntrico.N:48pacientes con EM:32pacientesRRV y 16 RC. Software de RV diseñado específicamente para pacientes con EM por un equipo multidisciplinar,basado en un programa propio y eficaz de RC

RESULTADOS

Programa de sesiones de rehabilitación hospitalaria grupal 4 semanas(RV+RC vsRC),y posteriormente rehabilitación domiciliaria 5 meses(RV vs RC).Satisfacción evaluada por el Cuestionario de evaluación de satisfacción del usuario(USEQ)a 6 meses.Para objetivos secundarios se medirá:EDSS,"9-HOLE PEG TEST""TIMED 25-FOOT WALK",Test de la marcha de 6 minutos(6MWT),escala de equilibrio de Berg,escala de Ashworth modificada,espasmos de Penn,Batería breve de Rao(BRB Rao),Escala del Impacto de la EM(MSIS-29),SF-36,EuroQoL5-D,Escala modificada del impacto de la fatiga(MFIS),escala de Barthel,Escala de las dificultades en el trabajo en EM(MSWDQ-23)Escala de depresión y ansiedad(HADS),Escala de Beck,características demográficas y clínicas,encuesta de seguridad.Se evaluarán de forma basal,mes1 y mes6.

CONCLUSIONES

Presentamos el protocolo de un ensayo clínico con un novedoso sistema de RV propio específicamente diseñado para EM.El estudio proporcionará información sobre la viabilidad de su implantación en practica clínica y su efectividad en EM



P-063

EXPERIENCIA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON INFECCIÓN POR SARS-CoV2

Virginia Meca Lallana¹, Clara Aguirre¹, Carolina Diaz¹, Beatriz del Río¹, Rosalía Martín¹, Jose Vivancos²

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, ²Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por SARS-CoV-2 se ha extendido por todo el mundo generando una pandemia sin precedentes. Los pacientes con esclerosis múltiple (EM) en estado de inmunosupresión (IS) podrían considerarse en riesgo de complicaciones por COVID-19, aunque hay teorías que postulan un posible papel protector de la IS selectiva. Objetivo: describir nuestra experiencia en pacientes con EM e infección por SARS-CoV-2 de una Unidad de EM de un Hospital de Madrid

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de práctica clínica habitual en pacientes con EM afectados por SARS-CoV-2 con diagnóstico clínico (al menos 3 de los siguientes: fiebre, anosmia, tos, diarrea, mialgias), por PCR y/o serología.

RESULTADOS

41 casos de infección por SARS-CoV-2. 21 mujeres, edad media 39,4 años (DE 10,3). 38 EM en brotes (EMR) y 3 progresivas (EMP). Tiempo de evolución de la EM 9 años (DE 1,4). 39 pacientes tratados con modificadores del curso de la EM (DMT): 46,3% orales y 39% ac monoclonales, 10% inyectables. 27 pacientes provenían de DMT previos. EDSS media 2,5 (DE 0,7). 11 pacientes con actividad clínica en el año previo. 18 casos SARS-CoV-2 confirmados por PCR y/o serología y 23 diagnosticados por clínica. 17% requirieron ingreso (6 presentaron neumonía). 6 casos asintomáticos. Ningún paciente precisó UCI. No fallecimientos. 3 de los pacientes presentaban otras comorbilidades. Los pacientes ingresados tenían edad y EDSS media mayor, sin diferencias significativas. En 7 de los pacientes hubo empeoramiento de la EM. En 10 de los pacientes fue necesario retrasar/o suspender su DMT por la infección.

CONCLUSIONES

En todos nuestros pacientes con EM la infección por SARS-CoV-2 presentó buena evolución. Solo el 17% requirió ingreso y el 14,6% de casos fue asintomático. El 95% de los pacientes estaban tratados con DMT. En nuestra experiencia la infección por SARS-CoV-2 no parece comportarse de forma más agresiva en este grupo de pacientes. La IS selectiva podría favorecer la mejor evolución. Se precisan registros más largos para establecer conclusiones firmes



P-064

SÍNDROMES DESMIELINIZANTES AGUDOS POR ANTICUERPOS ANTI-MOG Y SU ASOCIACIÓN PROCESO INFECCIOSO AGUDO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Sara Sánchez Velasco¹, Jose Manuel Caballero Caballero¹, Mar García Romero¹, Ignacio Pascual Pascual¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

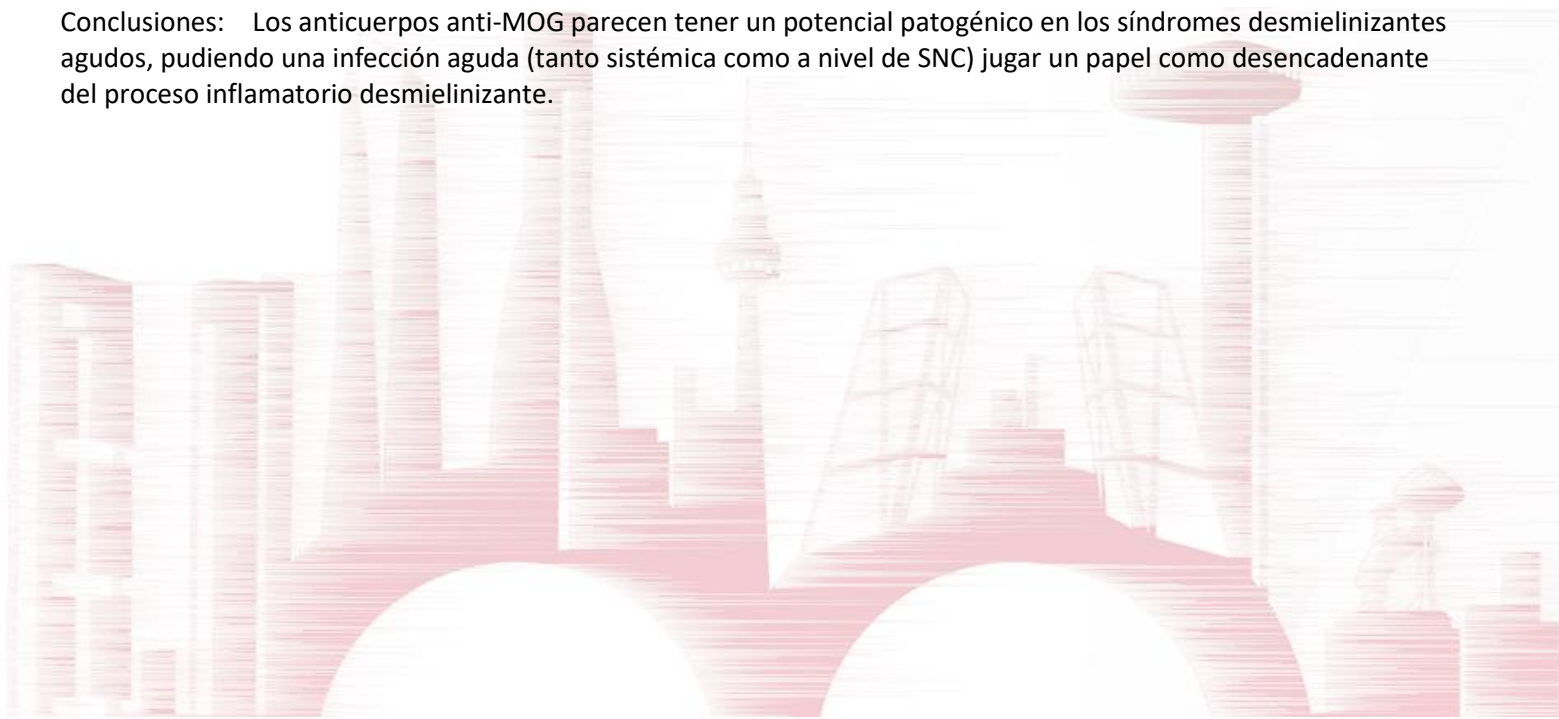
Objetivos: Explorar el papel de los anticuerpos anti glicoproteína de la mielina del oligodendrocito (MOG) en diferentes síndromes desmielinizantes en el contexto de un proceso infeccioso agudo.

Material y métodos: Descripción de un nuevo caso y revisión sistemática de la literatura utilizando PubMed y EMBASE. Se incluyeron reportes de casos en edad pediátrica y adulta. Se recogieron características demográficas, tipo de síndrome desmielinizante (neuritis óptica, mielitis, encefalomiелitis tipo ADEM y encefalitis), infección concomitante asociada, hallazgos en pruebas de imagen, características del LCR, manejo terapéutico y evolución clínica.

Resultados: Describimos el caso de un varón de 5 años que presenta hallazgo de edema de papila bilateral con serología compatible con infección aguda por EBV, que cursa de forma subclínica. Asocia anticuerpos anti-MOG en suero positivos. Se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenosa seguido de corticoterapia oral, con buena evolución clínica.

En la revisión bibliográfica, se encuentran otros 18 casos de síndromes desmielinizantes agudos en pacientes con infección concomitante. En el análisis combinado de los 19 casos, se encuentran 5 pacientes en edad pediátrica y 14 adultos, con predominio de varones 63.23% (n=12). Entre los síndromes descritos se encuentran: neuritis óptica (21.1%), mielitis (42.1%), encefalitis/encefalopatía (21.1 %) y combinación de varios (15.8%). Se discute la asociación entre el proceso infeccioso y la presencia de anticuerpos anti-MOG, así como los posibles mecanismos patogénicos.

Conclusiones: Los anticuerpos anti-MOG parecen tener un potencial patogénico en los síndromes desmielinizantes agudos, pudiendo una infección aguda (tanto sistémica como a nivel de SNC) jugar un papel como desencadenante del proceso inflamatorio desmielinizante.





P-065

Infección por Covid19 en pacientes con Esclerosis Múltiple

Prof. Celia Oreja-Guevara¹, Irene Gómez Estévez¹, Matilde Castro Hernández¹, Eduardo Martínez Pérez¹, Judit Díaz Díaz¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción:

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune del SNC en la cual se usan tratamientos inmunomoduladores e inmunosupresores para poder reducir los brotes y modificar su evolución. Al aparecer la Covid19 se plantearon diferentes recomendaciones españolas y europeas sobre qué hacer con las terapias de EM.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes con EM que han sufrido la Covid19 y qué acciones se han tomado con respecto a las tratamientos DMTs en estos pacientes

Métodos:

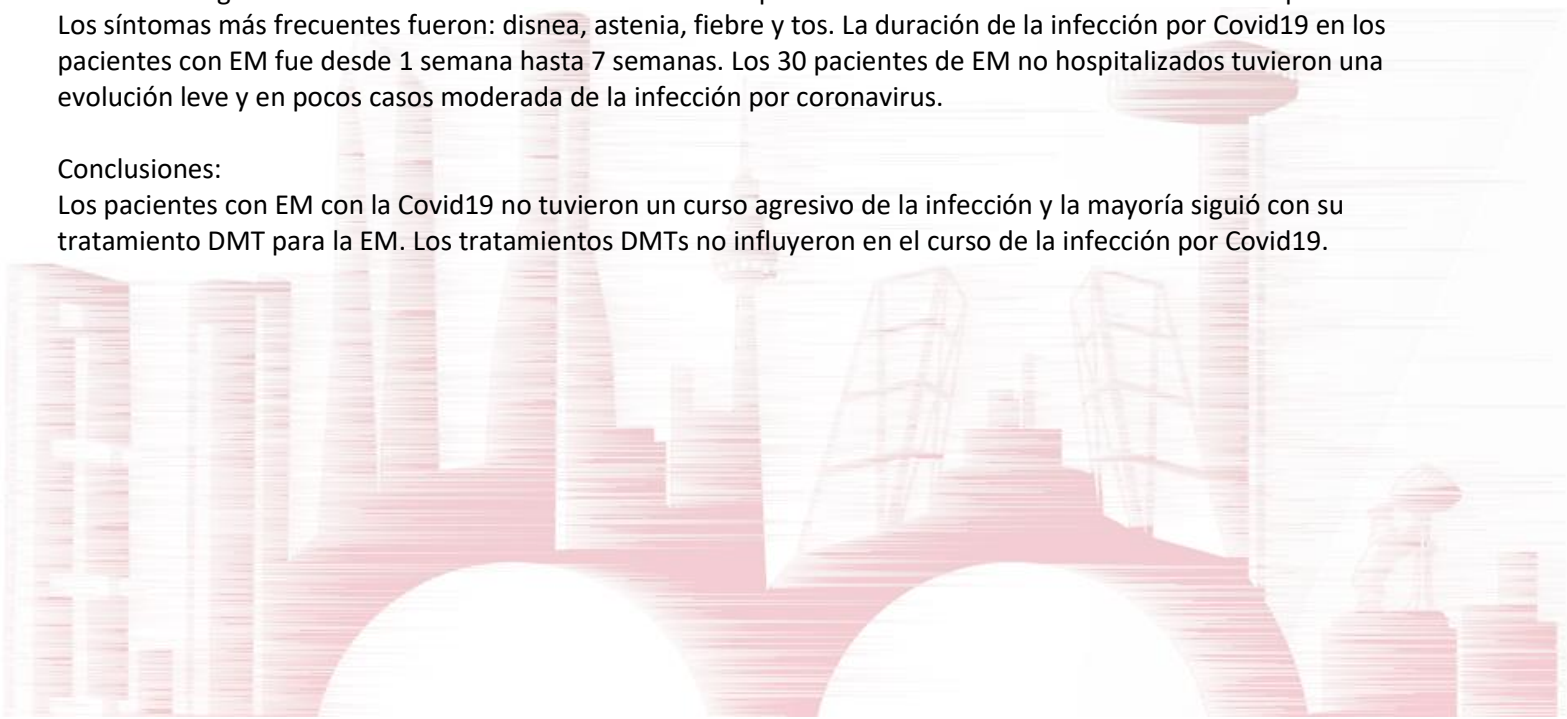
Estudio prospectivo. Se analizaron las características demográficas, síntomas de Covid19, variables de la EM y los tratamientos de estos pacientes. Se analizaron qué tratamientos habían sido suspendidos o retrasados por la pandemia, los síntomas y el curso de la enfermedad por covid19.

Resultados:

35 pacientes con EM fueron infectados por Covid19. Edad media 40 años con una duración de la enfermedad de 10 años y un EDSS medio de 2.5. 28 tenían RR, 3 EMSP, 2 EMPP. 18 fueron confirmados por PCR/serología y 4 por criterios radiológicos. Sólo 5 pacientes fueron hospitalizados, ninguno en la UCI y uno de ellos murió (EMSP, EDSS 8). Ninguno recibió ventilación artificial ni tocilizumab. 31 pacientes estaban tratados con DMTs (48% segunda línea). Se suspendieron 3 tratamientos con una duración máxima de 10 días y se retrasaron 5 tratamientos con un máximo de 4 semanas. Ningún tratamiento DMT se relacionó con un empeoramiento de la evolución de la infección por Covid19. Los síntomas más frecuentes fueron: disnea, astenia, fiebre y tos. La duración de la infección por Covid19 en los pacientes con EM fue desde 1 semana hasta 7 semanas. Los 30 pacientes de EM no hospitalizados tuvieron una evolución leve y en pocos casos moderada de la infección por coronavirus.

Conclusiones:

Los pacientes con EM con la Covid19 no tuvieron un curso agresivo de la infección y la mayoría siguió con su tratamiento DMT para la EM. Los tratamientos DMTs no influyeron en el curso de la infección por Covid19.





P-066

ESTUDIO COMPARATIVO DEL VALOR PRONÓSTICO DE LAS BANDAS OLIGOCLONALES DE IgM LÍPIDO-ESPECÍFICAS RESPECTO AL ÍNDICE DE REIBER DE IgM EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO.

Enric Monreal¹, Susana Sainz de la Maza¹, Jose Ignacio Fernández Velasco², Paulette Esperanza Walo Delgado², Mercedes Espiño², Noelia Villarubia², Ana Gómez López², Jaime Masjuan¹, Lucienne Costa-Frossard¹, Luisa María Villar Guimerans²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN: La evidencia acerca del papel pronóstico del índice de Reiber de IgM (IRM) en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA) es cada vez mayor. Previamente se ha descrito el valor predictivo de las bandas oligoclonales de IgM lípido-específicas (BOCMLE), pero no hay estudios comparativos entre las BOCMLE y el IRM.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes con un SCA atendidos en el Hospital Universitario Ramón y Cajal con ≥ 2 años de seguimiento. Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas e inmunológicas. El objetivo fue comparar la predicción de segundo brote entre el IRM y las BOCMLE, así como en el riesgo de EDSS 3, 6 y EMSP.

RESULTADOS: Se incluyó a 196 pacientes, 131 (66,8%) mujeres, con una edad mediana (rango) de 31 (12-63) años y un seguimiento medio (DE) de 13,2 ($\pm 7,0$) años. Un total de 52 (26,5%) pacientes tenían BOCMLE y 32/193 (16,6%) IRM, con una concordancia del 59,4%. El riesgo de un segundo brote (EM clínicamente definida) fue significativamente mayor únicamente en pacientes con BOCMLE (HR ajustado 1,80 (IC95% 1,24-2,62), $p=0,002$), siendo las diferencias no significativas con IRM. Asimismo, las BOCMLE predijeron un mayor riesgo de EDSS 3 (OR 1,97 (IC95% 1,02-3,83), $p=0,044$), EDSS 6 (OR 3,82, $p=0,001$) y EMSP (OR 2,67, $p=0,013$) en pacientes con EM, pero no la IRM.

CONCLUSIONES: Las BOCMLE son un marcador pronóstico más sensible y fiable para predecir la evolución de los pacientes con un SCA en comparación con el índice de Reiber de IgM.



XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 04. Epilepsia

Revisores:

Nuria García Barragán. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

María de Toledo. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid





P-067

Linfoma dural de la zona marginal IgG4 positivo: una casa infrecuente de crisis focales

Raquel Sainz Amo¹, Irene Carretero Barrio¹, Héctor Pian Arias¹, Mónica García-Cossío¹, Francisco Javier Buisan Catevilla¹, Belén Baena Álvarez¹, Jorge Gómez Corral¹, Adriana Caldrán de Castro García¹, María López Gutiérrez¹, Rodrigo Carrasco Moro¹, Nuria García Barragán¹

¹Hospital Ramon Y Cajal, Madrid

Objetivos

Los linfomas duros de la zona marginal (LZM) representan un grupo poco común de linfomas de células B de bajo grado que radiológicamente son similares a los meningiomas. La expresión de IgG4 en estos linfomas se ha descrito recientemente, haciendo plantearse el diagnóstico diferencial con la enfermedad relacionada con IgG4.

Material y métodos

Una mujer de 73 años sin antecedentes previos de epilepsia acude a Urgencias por crisis focales agrupadas de origen frontal con extensión de brazo derecho y flexión del brazo izquierdo, requiriendo benzodiacepinas y fenitoína intravenosa para control. La exploración neurológica mostró disfunción frontal con inatención, ecolalia y perseverancia, anosognosia y dificultad para la planificación motora, conceptualización, sensibilidad a la interferencia y control motor.

Resultados

Las crisis se controlaron con fenitoína oral. Una RMN craneal mostró una lesión leptomeníngea frontal izquierda con realce homogéneo tras administración de gadolinio. Con estos hallazgos, el diagnóstico radiológico de presunción fue meningioma en placas. Se realizó cirugía de la lesión. El examen histológico reveló un infiltrado denso de linfocitos B con numerosas células IgG4 positivas presentando además reordenamiento clonal de la región variable IGH, siendo el diagnóstico final LZM. El estudio se completó con PET-TAC y biopsia de médula ósea que no mostraron alteraciones. Después de un año de seguimiento la paciente no ha presentado nuevas crisis.

Conclusiones

Los LZM IgG4 positivos son una neoplasia meníngea rara. Pueden debutar con crisis focales y deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de los tumores meníngeos, ya que tienen buen pronóstico a largo plazo con cirugía local.





P-068

ANTICUERPOS ANTIRECOVERINA EN PACIENTE CON ESTATUS EPILÉPTICO: NO TODO SON LOS OJOS.

Carlos Piquero Fernández¹, Guillermo Martín Ávila¹, Jaime Medranda Corral¹, Irene Gil-Olarte Montesinos¹, Almudena Rueda Marcos¹, Ana Pinel González¹, Eduardo Escolar Escamilla¹, Carolina Sáenz Lafourcade¹, Alba Cárcamo Fonfría¹, Belén Pilo de la Fuente¹, Beatriz Martínez Menéndez¹, Nora Lebrato Rubio², Indira Astudillo Rodríguez²

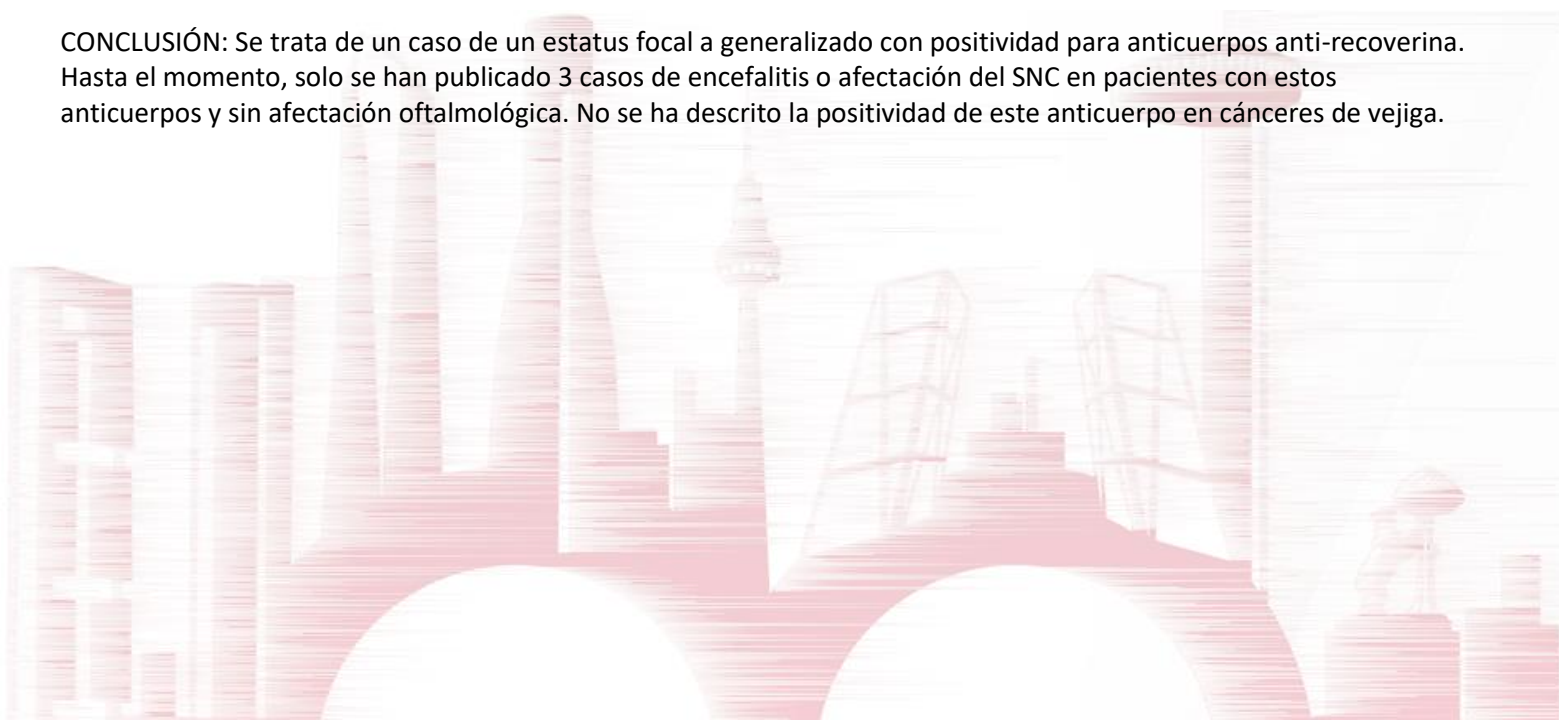
¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario De Getafe., Getafe, ²Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario De Getafe., Getafe

INTRODUCCIÓN: Los síndromes neurológicos paraneoplásicos y las encefalitis autoinmunes son trastornos neurológicos raros de interés creciente. Dentro de los anticuerpos dirigidos contra la superficie neuronal de origen paraneoplásico, se encuentran los anticuerpos anti-recoverina. Clásicamente, estos anticuerpos se han asociado con la retinopatía asociada a determinados cánceres, encontrándose principalmente en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas. Recientemente se han encontrado 3 casos de pacientes con encefalitis y afectación del SNC asociadas a estos anticuerpos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedente de cáncer de vejiga intervenido, que ingresa en el servicio de neurología con diagnóstico de estatus epiléptico focal a generalizado tónico-clónico de etiología incierta.

RESULTADOS: En estudios complementarios realizados durante el ingreso, se apreciaron cambios en RMN cerebral en secuencias de difusión sugerentes de daño intraparenquimatoso en relación con estatus epiléptico. En el estudio analítico, se evidenció la presencia de anticuerpos anti-recoverina dentro de los antineuronales solicitados. En la evolución, el paciente mejoró desde el punto de vista neurológico y electroencefalográfico tras la administración de fármacos anticomiciales pero presentó complicaciones infecciosas secundarias a su patología oncológica y finalmente falleció.

CONCLUSIÓN: Se trata de un caso de un estatus focal a generalizado con positividad para anticuerpos anti-recoverina. Hasta el momento, solo se han publicado 3 casos de encefalitis o afectación del SNC en pacientes con estos anticuerpos y sin afectación oftalmológica. No se ha descrito la positividad de este anticuerpo en cánceres de vejiga.





P-069

Electroencefalograma en pacientes con bradicardia severa y pérdida de consciencia. ¿Hay anomalías epileptiformes?

Silvina Espada Rubio¹, Emilia Petrica¹, Verónica López Diego¹, Estefanía Cantador Pavón¹, Juan Ignacio López Carbonero¹, Lucia Fabia Polo¹, Cristina Cordero Sánchez¹, Javier Casas Limón¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón

Objetivos: El síncope y las crisis epilépticas son causas de pérdida de consciencia y el diagnóstico diferencial puede ser difícil. Además, el síncope puede ser secundario a una crisis epiléptica por disregulación del sistema autonómico, como en algunas crisis focales temporales, en las que pueden aparecer alteraciones como bradicardia, apnea y asistolia. El objetivo del trabajo es recalcar la importancia de diagnosticar estos episodios para su correcto tratamiento, y evitar complicaciones como la muerte súbita (SUDEP).

Material y Método: Se exponen dos casos. Paciente 1: mujer de 60 años, con antecedente de síncope de repetición con estudio cardiológico y neurológico normal, que presenta un episodio de desviación cefálica e hipertensión derecha, con movimientos tónico-clónicos generalizados y pérdida de consciencia; sin focalidad a la exploración. Paciente 2: mujer de 36 años, sin antecedentes, con episodios repetidos de opresión torácica, visión borrosa y náuseas, seguidos de pérdida de consciencia y relajación esfinteriana; con malestar posterior; sin focalidad a la exploración.

Resultados: En el EEG se observa: Paciente 1: anomalías intercríticas temporales bilaterales y una crisis eléctrica focal temporal izquierda, con bradicardia severa al final de la crisis y episodio sincopal posterior, con lentificación generalizada de la actividad cerebral. Paciente 2: episodio de bradicardia seguida de asistolia; con la consecuente lentificación generalizada de la actividad cerebral; sin anomalías epileptiformes.

Conclusiones: Aunque ambos pacientes presentan síncope durante el EEG, el registro es distinto, demostrándose que el origen del episodio en el caso 1 es una crisis focal temporal y en el caso 2 un probable síncope cardiogénico; lo que supone un abordaje terapéutico distinto. Por eso, es fundamental evaluar conjuntamente el registro EEG con el canal de ECG.





P-070

PSICOSIS Y EPILEPSIA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Luis Lobato Perez¹, Clara Lastras Fernández-Escandón¹, María José Aguilar-Amat Prior¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

Describir la experiencia con pacientes diagnosticados de epilepsia y psicosis, sus características clínicas, comorbilidades y otros factores asociados.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes en seguimiento en consultas de epilepsia que presentaron al menos un episodio psicótico. Variables: demográficas, pruebas complementarias relacionadas con epilepsia, fármacos recibidos y comorbilidades.

Resultados

6 pacientes (50% mujeres). Edad media 39,7 años (DT=8,2). Primer episodio psicótico a los 37 años de media (DT=8,5). Tiempo medio entre diagnóstico epilepsia y brote de 12,4 años (DT=6,8). 83,3% epilepsia focal, siendo la más frecuente del lóbulo temporal (80%). 50% de etiología estructural, 67% con lesiones en RM cerebral. 80% presentaban epilepsia farmacorresistente con mal control de crisis en el momento del episodio. Irritabilidad en el 100%, alucinaciones auditivas en 33%. El 80% se encontraba en tratamiento con levetiracetam. Ninguno presentaba antecedentes de consumo de tóxicos. 80% presentaban antecedentes previos de comorbilidad psiquiátrica, más frecuente depresión (60%) y 40% antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. El 100% precisó tratamiento combinado con neurolépticos y benzodiacepinas en el momento agudo. El 40% requirieron ingreso hospitalario.

Conclusión

En nuestra experiencia los episodios psicóticos en pacientes con epilepsia se han relacionado con epilepsia de larga evolución, epilepsia focal del lóbulo temporal, alteraciones en RM cerebral y farmacorresistencia. Levetiracetam era el principal fármaco implicado en el momento del episodio psicótico. Resaltamos la importancia de interrogar sobre antecedentes de enfermedad psiquiátrica y evitar fármacos con perfil de efectos adversos psiquiátricos en estos pacientes.





P-071

Crisis vasoclusivas y crisis epilépticas controladas con levetiracetam en paciente con anemia drepanocítica

Alicia González Martínez¹, María De Toledo Heras¹, Alba Vieira Campos¹, Francisco Martínez Dubarbie¹, Laura Casado Fernández¹, Inés García Muro¹, José Vivancos¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: Se estima que la prevalencia de crisis epilépticas en pacientes con anemia drepanocítica es mayor que en la población general. Asimismo, se piensa que existen determinados factores que pueden influir en su desarrollo, tales como la vasculopatía y la hipoperfusión focal. Aunque las crisis epilépticas son comunes y susceptibles de un control deficiente y una mayor mortalidad, no suponen un motivo de consulta frecuente ni se tratan, por lo general, de manera adecuada. El uso de fármacos antiepilépticos podría mejorar el control de crisis en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de una mujer de 32 años con anemia drepanocítica y crisis tónico-clónicas generalizadas en el contexto de dolor por crisis vasoclusivas secundarias a su enfermedad de base, controladas con levetiracetam.

RESULTADOS: Mujer de 32 años con antecedente de infección por *Plasmodium malariae* en su país de origen (Guinea), anemia drepanocítica en tratamiento crónico con hidroxycarbamida y convulsiones tónico-clónicas generalizadas en el contexto de dolor por episodios vasoclusivos mensuales en los últimos 7 años, en seguimiento en la Consulta de Epilepsia Refractaria de un hospital terciario. Presenta un electroencefalograma (EEG) que muestra un foco epileptógeno temporal bilateral, de predominio izquierdo. Tras 5 años desde el inicio de los episodios, la paciente requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por estatus epiléptico por lo que comenzó tratamiento con levetiracetam. Desde entonces, se encuentra en tratamiento con levetiracetam con reducción en la frecuencia de crisis, actualmente plurianuales.

CONCLUSIONES: En pacientes procedentes de áreas donde existe una mayor prevalencia de anemia drepanocítica, como es Guinea, es importante incidir en la anamnesis sobre la presencia de crisis epilépticas a menudo subestimadas y no tratadas. El presente caso ilustra cómo el tratamiento antiepiléptico podría mejorar el control de las crisis epilépticas en el contexto de crisis vasoclusivas en pacientes con anemia drepanocítica.





P-072

Utilidad de las escalas de ansiedad GAD-7, depresión NDDI-E, somnolencia Epworth y calidad de vida QOLIE-31-P en pacientes con epilepsia en práctica clínica real

Alicia González Martínez¹, Francisco Martínez Dubarbie¹, Alba Vieira Campos¹, Álvaro Planchuelo Gómez¹, José Vivancos¹, María De Toledo¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

OBJETIVOS: El objetivo del presente proyecto es estudiar la presencia de comorbilidad psiquiátrica, fundamentalmente ansiedad y depresión, somnolencia y la calidad de vida mediante escalas validadas en pacientes con epilepsia en práctica clínica real, así como su relación con otras variables clínicas y demográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio observacional descriptivo transversal mediante uso de escalas validadas de trastornos de ansiedad (GAD-7), depresión (NDDI-E), trastornos del sueño (Epworth) y calidad de vida (QOLIE-31-P) en pacientes con epilepsia atendidos en la Unidad de Epilepsia refractaria de un hospital terciario.

RESULTADOS: Reclutamos 84 pacientes, edad $44,3 \pm 17,4$ años, 48,2% mujeres, duración de epilepsia $21,5 \pm 15,9$ años, número de fármacos antiepilépticos $1,9 \pm 1,2$. Encontramos ansiedad grave (GAD-7 > 14) en 14,3%, depresión (NDDI-E > 15) en 20,2%; somnolencia anómala (Epworth > 10) en 14,3% de los pacientes, y QOLIE-31-P $62,0 \pm 19,2$. Cada punto más en la escala GAD-7, es un 21% más probable padecer ansiedad (OR 1,21; IC 95% 1,09-1,36; $p=0,0008$), puntuaciones de NDDI-E ≤ 15 suponen un 85% menos de posibilidades de tener depresión (OR 0,15; IC 95% 0,04-0,51; $p=0,002$). Encontramos asociación positiva entre depresión según NDDI-E con frecuencia de crisis ($p=0,017$) y número de fármacos ($p=0,019$); y ansiedad grave según GAD-7 y número de fármacos ($p=0,019$). Encontramos correlación negativa entre QOLIE-31-P con NDDI-E ($r=-0,68$; $p<0,0001$) y GAD-7 ($r=-0,76$; $p<0,0001$).

CONCLUSIONES: Las escalas validadas en epilepsia para la detección de ansiedad (GAD-7) y depresión (NDDI-E) son útiles en la detección de estos trastornos en práctica clínica real. La valoración de la presencia de comorbilidad psiquiátrica ansioso-depresiva es especialmente relevante en pacientes con mayor frecuencia de crisis, mayor número de fármacos y peor calidad de vida.





P-073

Tratamiento con lacosamida: diferencias clínicas en cuanto a su uso en mono y politerapia.

Sara Gómez Enjuto¹, José Lapeña Motilva¹, Daniel Fouz Ruiz¹, Gonzalo Ogando Durán¹, Virgilio Hernando Requejo¹, Nuria Huertas González¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

Objetivos: Lacosamida es un fármaco bloqueante de los canales de sodio (SCB) aprobado como terapia complementaria en las crisis de inicio parcial y más recientemente como monoterapia. Nos proponemos describir los resultados de monoterapia y politerapia en nuestra práctica clínica habitual.

Material y métodos: Tras la revisión de nuestros datos, obtuvimos 99 pacientes tratados con lacosamida durante los últimos 10 años en un hospital secundario, con un seguimiento mínimo de 6 meses. 31 de estos pacientes se encontraban en tratamiento con monoterapia mientras que 68 de ellos se encontraban en tratamiento con politerapia (media 2,64 fármacos; mínimo 2 y máximo 5), siendo lacosamida el último fármaco en ser añadido. En cuanto a la dosis media de lacosamida/día, fue de 215 mg en monoterapia (DE 69,8; IC 75,6-354,79) y de 238 mg (DE 99,2; IC 40,2-437,2) para los pacientes en politerapia.

Resultados: Obtuvimos un descenso de crisis/mes del 70% Vs 40% en los pacientes tratados con monoterapia y politerapia respectivamente. En cuanto a la tasa de respuesta (descenso de 50% de crisis/mes), observamos un resultado del 62% en los pacientes en monoterapia y del 38% en los pacientes en politerapia.

Además, el tratamiento en politerapia con levetiracetam es un factor predictor para que el paciente quede libre de crisis en comparación con los pacientes que no tienen este tratamiento prescrito (44% Vs 13,95%; OR ajustada 3,1; p de 0,04). Sin embargo, el tratamiento combinado con otros fármacos bloqueadores de canales del sodio no muestra diferencias significativas (OR ajustada 0,61; p 0,55). Del resto de fármacos, la combinación en politerapia más frecuente en nuestra serie fue ácido valproico, seguido de carbamacepina, lamotrigina y fenitoína. El análisis ajustado de estas combinaciones no muestra significación estadística en el porcentaje de pacientes libres de crisis ni en la tasa de respondedores en ninguna de ellas

Conclusiones: Los resultados obtenidos van en consonancia con los datos previos disponibles en monoterapia y politerapia. El tratamiento conjunto de lacosamida y levetiracetam en nuestra serie muestra una tendencia a una mayor proporción de pacientes libres de crisis en relación con otros tratamientos, lo que sería importante considerar en nuestra práctica clínica diaria. Es necesario contar con estudios con mayor muestra para confirmar los resultados.



P-074

Factores de riesgo asociados al desarrollo de estatus epiléptico

María Luisa Almarcha Menargues¹, María José Abenza Abildua¹

¹Hospital Infanta Sofía, Madrid

Objetivos: El estatus epiléptico (EE) es uno de los motivos de consulta de Urgencias más frecuentemente atendidos en un servicio de Neurología. Nos proponemos evaluar las variables demográficas, clínicas y otros factores de riesgo previamente conocidos o no que conlleven un aumento de riesgo de estatus epiléptico según las características de la población de nuestro centro.

Material y Métodos: Análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes consecutivos mayores de 18 años, con estatus epiléptico confirmado mediante EEG en nuestro centro entre Enero 2018 y Marzo 2020.

Resultados: Se registran 38 pacientes, analizados 30. Edad media 73.67 ± 6.83 año, 50% mujeres. Situación basal: 70% dependientes (principalmente 26.7% deterioro cognitivo leve, 20% demencia). Antecedentes: 50% epilepsia tratada, 33.3% ictus, 16.7% enfermedad renal (ERC) en diálisis 11.1% hemorragias intracraneales, 7.4% áreas de malacia, y 3.7% EE previo. Causa desencadenante en el 76.7%: infecciones (16.6%), ictus agudo (9.9%), incumplimiento terapéutico (6.7%). Fallecidos 8 pacientes (26,7%), 7 de ellos mayores de 80 años. Mortalidad 38% en pacientes con diálisis, 33% con epilepsia previa. El grado de dependencia previa no se relacionó con la mortalidad (IC 0,89-1,93, $p=0.048$).

Conclusión: En nuestro centro observamos una edad media de debut de EE mayor que la mayoría de series publicadas. Los antecedentes más relacionados con desarrollar EE fueron el ictus y la epilepsia previa. Más de la mitad de pacientes eran dependientes, pero este factor no se asoció a mayor mortalidad. Los factores asociados a mayor mortalidad fueron la edad mayor de 80 años, y pacientes en diálisis.





P-075

Manejo farmacológico del estatus epiléptico en nuestro centro

María Luisa Almarcha Menargues¹, María José Abenza Abildua¹

¹Hospital Infanta Sofía, Madrid

Objetivos: Evaluar y describir el manejo farmacológico, complicaciones y pronóstico de los pacientes con estatus epiléptico (EE), atendidos en un hospital de nivel 2.

Material y Métodos: Análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de manejo farmacológico de los pacientes mayores de 18 años, con estatus epiléptico confirmado mediante EEG, en nuestro centro desde Enero-2018 a Marzo-2020

Resultados: Se registraron 38 pacientes, analizados 30. Edad media 73.67 ± 6.83 años, 50% mujeres. El 50% eran epilépticos conocidos. Síntomas de debut: 50% motores, 50% alteración de conciencia. El electroencefalograma urgente (EEG) mostró estatus focal motor: 30%, no convulsivo focal 13.3%, tónico clónico generalizado: 13.3%, no convulsivo: 43.3%. Los fármacos antiepilépticos (FAE) más utilizados en monoterapia fueron Levetiracetam (73.3%), Valproico (56.7%), Fenitoína (33.3%) y Lacosamida (16.6%). En el 43.3% fueron necesarios 2 FAEs o más. El 26.7% fueron refractarios. La combinación de fármacos más empleada fue valproico y fenitoína (23.3%). El 23.3% requirieron ingreso en UCI, todos por clínica motora; El 20% presentó una complicación infecciosa (las más frecuentes neumonías: 13.3%, e infección de orina: 6.7%). Fallecieron el 26.7% (50% status motor, 50% status no convulsivo), casi todos mayores de 80 años (IC 0,38-2,12; $p=0.36$)

Conclusión: El fármaco más empleado en monoterapia para la resolución del status en nuestro centro es el levetiracetam, algo mayor que en otras series. Casi la mitad de los pacientes requirieron al menos 2 fármacos para controlar el estatus. Sólo una cuarta parte de los pacientes requirieron ingreso en UCI. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonías e infecciones de orina.





P-076

Eficacia de perampanel en la mejora de la calidad del sueño en pacientes epilépticos: experiencia en un hospital secundario

Gonzalo Ogando Durán¹, Daniel Fouz Ruíz¹, Srta. Sara Gómez Enjuto¹, Virgilio Hernando Requejo¹, Nuria Huertas González¹, Carlos Alberto Cemillán Fernández¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

Objetivos: Comprobar la eficacia de perampanel en cuanto a la mejoría de la calidad del sueño en pacientes epilépticos que requieren tratamiento diario para el insomnio.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de 5 años de todos los pacientes tratados con perampanel en nuestro centro durante al menos 3 meses, centrándonos en aquellos que requerían hipnóticos para mejorar el sueño nocturno, y valorar su evolución tras el inicio de perampanel.

Resultados: Se revisaron un total de 61 pacientes. Obtuvimos un grupo de 10 pacientes que requerían el uso de hipnóticos (Clonazepam 1mg, Clobazam 5 y 10mg, Lorazepam 1mg, Bromazepam 1.5mg o Pregabalina 25mg) para tratamiento del insomnio. Seis (60%) fueron hombres. La edad media fue de 47.5 (28-75) años. Cinco pacientes (50%) tenían diagnóstico de epilepsia focal, tres (30%) generalizada y dos (20%) indeterminada. Un paciente (10%) estaba en monoterapia, tres (30%) en biterapia y seis (60%) en politerapia. La reducción media de crisis fue del 72%, con cinco (50%) pacientes libres de crisis tras añadir perampanel. Sólo dos (20%) pacientes presentaron efectos adversos que requirieron suspender el tratamiento (mareo, parasomnias frecuentes). La dosis media de perampanel en los pacientes que requerían hipnóticos para dormir fue de 4.2 mg (2-6mg). Tras iniciar perampanel, siete pacientes (70%) retiraron de forma completa los hipnóticos, manteniendo la misma calidad de sueño nocturno, o mejorándola de forma subjetiva, con el cambio de tratamiento. Tres pacientes (30%) retiraron los hipnóticos, pero su calidad de sueño nocturno no mejoró, persistiendo problemas de insomnio o requiriendo la reintroducción de un hipnótico.

Conclusiones: Perampanel es un fármaco empleado como terapia concomitante de crisis focales con o sin generalización secundaria y crisis tónico-clónicas generalizadas. Nuestra muestra, aunque pequeña, revela una eficacia muy notable en cuanto a la mejoría de la calidad del sueño nocturno, llegando a retirar fármacos hipnóticos en gran parte de los pacientes que lo requerían, además de presentar buena eficacia para el control de crisis. El tratamiento es bien tolerado, con una tasa de efectos adversos intolerables baja. Consideramos que estos resultados son de especial relevancia en los pacientes epilépticos, dado que la mala calidad del sueño es un desencadenante de crisis, y muchos requieren de ayuda farmacológica para mejorar el insomnio.





P-077

Eslicarbacepina frente a lacosamida en mono y politerapia antiepiléptica: experiencia de un hospital secundario

Daniel Fouz Ruiz¹, Jose Lapeña Motilva¹, Sara Gómez Enjuto¹, Gonzalo Ogando Duran¹, Virgilio Hernando Requejo¹, Nuria Huertas González¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Pozuelo

Eslicarbacepina y lacosamida son fármacos bloqueantes de los canales de sodio activados por voltaje aprobados para el tratamiento, tanto en monoterapia como adyuvante, de crisis parciales con o sin generalización secundaria.

Hemos evaluado comparativamente grupos de pacientes tratados con eslicarbacepina o con lacosamida en un hospital secundario, tanto con monoterapia como politerapia, incluyendo sólo a aquellos que hubiesen recibido el tratamiento durante, al menos, seis meses. El grupo de la eslicarbacepina se componía de 31 pacientes, 10 hombres y 21 mujeres con una edad media de 43,8 años, de los cuales 28 presentaban epilepsia focal y 3 generalizada. Eslicarbacepina fue utilizada en monoterapia en 6 pacientes y como adyuvante en 25 (número medio de FAEs en politerapia 2,3), con una dosis media diaria de 832,3 mg. El grupo de la lacosamida se componía de 57 pacientes, 32 hombres y 25 mujeres con una edad media de 47,7 años, de los cuales 54 presentaban epilepsia focal y 3 generalizada. Lacosamida fue utilizada en monoterapia en 13 pacientes y como adyuvante en 44 (número medio de FAEs en politerapia 2,2), con una dosis media diaria de 256,1 mg.

Se objetivó un efecto similar en la disminución de las crisis, siendo respondedores (descenso de más del 50% en la incidencia de crisis) al tratamiento 16 pacientes del grupo de eslicarbacepina (51,6%) y 27 del de lacosamida (47,4%), llegando a estar libres de crisis 11 pacientes del grupo de eslicarbacepina (35,5%) y 20 del de lacosamida (35,1%).

Por tanto, ambos fármacos logran una mejoría similar, tanto en monoterapia como en politerapia, en la frecuencia de crisis, consiguiendo lacosamida este efecto con una menor dosis diaria.





P-078

Epilepsia autoinmune: Características clínicas y respuesta al tratamiento.

Michael Armando Palacios Mendoza¹, Gabriel Velilla Alonso¹, Rafael Leal Hidalgo¹, Pedro José Melgarejo Otálora¹,
María Luisa Galiano Fragua¹, Andreu Massot Tarrús¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos: Analizar las características clínicas y respuesta al tratamiento en pacientes con epilepsia autoinmune (EA).

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de EA en nuestro centro entre Enero/2011-Enero/2020. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las características clínicas y tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes; 14 mujeres (58,30%), con mediana de edad de 36,50 años (RIC:17-69). El 58,30% tenían anticuerpos en suero/líquido cefalorraquídeo (LCR), siendo los más habituales los anti-NMDAR (42,85%) y anti-LGI1 (21,42%). El 16,70% tenían origen paraneoplásico. El 62,5% tenían hiperproteínorragia en LCR. El 58,30% tenían alteraciones en la RM cerebral, localizadas en la región temporal en el 85,70%. Todos los casos presentaron alteraciones electroencefalográficas: 45,80% actividad epileptiforme y 45,80% enlentecimiento focal. El tipo de crisis epiléptica (CE) más habitual fueron las crisis focales motoras clónicas (45,90%). Un 41,70% presentó estatus epiléptico (EE), siendo la causa de fallecimiento en dos pacientes. Los fármacos anticrisis más empleados fueron el levetiracetam (87,50%) y lacosamida (58,30%). Veintidós casos (91,70%) requirieron inmunoterapia, siendo los más frecuente los corticoesteroides (95,20%) e inmunoglobulinas IV (81%), La mediana de líneas de inmunoterapia usadas fue 2 (RIC: 2-4) Tras inicio de inmunoterapia, presentaron mejoría clínica el 90,50% y remisión completa de las CE el 50%. La mejoría de las CE con la inmunoterapia fue más frecuente en aquellos pacientes con anticuerpos en suero/LCR ($p=0,042$) y que no presentaron EE ($p<0,001$). La remisión completa de las CE fue más frecuente en pacientes con anticuerpos anti-NMDAR ($p=0,043$).

Conclusiones: La mayoría de pacientes con EA fueron tratados con inmunoterapia con buena respuesta clínica y control de las CE. Presentaron mejor respuesta terapéutica aquellos sujetos con anticuerpos en suero/LCR, especialmente anti-NMDAR, y que no presentaron EE.



XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**
EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 05. Demencia

Revisores:

Guillermo García Ribas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Javier Olazarán. Unidad de Investigación y Tratamiento de los Trastornos de la Memoria del
Hospital Universitario HM Madrid





P-079

Rehabilitación cognitiva a través del neurofeedback de un paciente con traumatismo craneoencefálico severo

Aida Arroyo Ferrer¹, PhD Ignacio Serrano², Francisco José Sánchez Cuesta¹, PhD María Dolores Castillo², PhD Eduardo Roncón², PhD David de Noreña³, Prof, PhD Marcos Ríos³, Prof. Juan Pablo Romero Muñoz^{1,3}

¹Universidad Francisco De Vitoria, Pozuelo de Alarcón, ²CSIC, GNEC-CAR, Arganda del Rey, ³Hospital Beata María Ana, Madrid

OBJETIVO: El neurofeedback se ha visto eficaz en el tratamiento de los déficits de atención. La rehabilitación de la atención está relacionada con la mejora de los procesos cognitivos. El objetivo de este estudio es mejorar las capacidades cognitivas y atencionales de un paciente con TCE usando en neurofeedback como terapia y comparar los resultados con los obtenidos tras la terapia neuropsicológica clásica.

MÉTODO Y MATERIAL: Se realizaron ocho sesiones de treinta minutos de neurofeedback guiado por EEG en zona motora en un paciente de 20 años con TCE grave. Se evaluó con una batería neuropsicológica y un EEG al comienzo de la terapia, inmediatamente después y 14 días después del final. Tras un período de lavado, se realizó un EEG tras dos semanas de rehabilitación NPS.

RESULTADOS: Las escalas neuropsicológicas indican una mejora en la atención y los procesos cognitivos después de la terapia, volviendo a los valores iniciales después de un período de descanso.

El EEG muestra una reducción de la potencia theta frontal y central del HI, un aumento de la potencia bilateral en el precúneo y cuneo y en menor medida en la banda beta baja. Después del período de descanso, el EEG no difería del inicial. El EEG obtenido después de la terapia neuropsicológica se parecía al obtenido después del neurofeedback.

CONCLUSIONES: El neurofeedback fue tan efectivo como la terapia con NPS para mejorar las habilidades cognitivas y atencionales. Las zonas que experimentaron cambios en el EEG están relacionadas con los procesos cognitivos que mejoraron tras la terapia





P-080

Diferencias clínicas, radiológicas y electroencefalográficas entre los pacientes con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob de inicio predominantemente focal vs no-focal

Antonio Sánchez Soblechero¹, Ana Gómez Roldós¹, Alberto Lozano Ros¹, Cecilia AlejanDurán², Andreu Massot Tarrús¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos:

Los síntomas iniciales en la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) en ocasiones son inespecíficos y el deterioro cognitivo puede tardar en aparecer. La detección de signos clínicos focales, podrían favorecer un diagnóstico precoz.

El objetivo es evaluar las características clínicas y resultados de pruebas complementarias de pacientes con ECJ con sintomatología de inicio predominantemente focal y compararlas con aquellos con inicio bilateral o no focal.

Material y método:

Revisión retrospectiva de casos de ECJ en nuestro centro entre 2005-2020, diferenciando aquellos que debutaron con síntomas predominantemente focales y no-focales. Se analizan los datos demográficos, clínicos y exploraciones complementarias.

Resultados:

Se incluyeron 13 pacientes (7 mujeres); seis con síntomas de inicio predominante focal (dos afasia, dos rigidez y/o distonía, uno dismetría, uno hemihipoestesia); y otros siete con inicio no-focal (6 presentaba alteración de la marcha y deterioro cognitivo, y uno apatía).

Del grupo focal, 5 pacientes tuvieron crisis epilépticas durante el desarrollo de la enfermedad y 3 mioclonías multifocales. Del grupo no-focal, ningún paciente tuvo crisis epilépticas y los 7 presentaban mioclonías multifocales.

La mediana de edad de inicio y de supervivencia fue menor en los de inicio focal (55 vs 64 años y 3 vs 5 meses), respectivamente.

La RM mostró una afectación lateralizada con correlato topográfico a los síntomas y predominio cortical (5/6 cortical, 3/6 subcortical) en los pacientes de inicio focal; mientras que la afectación fue bilateral de predominio subcortical (6/6 subcortical vs 3/6 cortical) en los de inicio no-focal (en un paciente de este grupo no se le hizo RM).

En el primer EEG, se observó una punta-onda u onda aguda periódicas contralaterales a los síntomas en 5/6 pacientes con inicio focal; mientras que en 3/7 pacientes con inicio no-focal, la afectación bilateral fue simétrica (dos enlentecimiento y uno complejos periódicos).

La proteína 14-3-3 en LCR fue positiva en 5/5 pacientes de inicio predominantemente focal y 6/6 de inicio no-focal. En 1 paciente de cada grupo no se determinó la 14-3-3.

XVIII**REUNIÓN ANUAL**

DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA

DE NEUROLOGÍA22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



En cuanto al diagnóstico final: 3 pacientes del grupo focal y 5 del grupo no-focal recibieron diagnóstico de ECJ probable; y 3 pacientes del grupo focal y 2 del grupo no-focal de ECJ definitiva.

Conclusiones:

La ECJ con predominio de síntomas focales en su debut presenta un inicio más precoz, desarrollan más crisis epilépticas y presentan una supervivencia más corta. Los síntomas focales se correlacionan con la lateralidad de los hallazgos en RM y EEG.





P-081

ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANAL REPETITIVA PERSONALIZADA EN LA AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Jordi Matías-Guiu Antem¹, Vanesa Pytel¹, María Nieves Cabrera Martín¹, Alfonso Delgado Álvarez¹, Paloma Balugo¹, Miguel Yus Fuertes¹, María Teresa Carreras², María José Gil Moreno³, Teresa Moreno Ramos¹, Prof José Luis Carreras Delgado¹, Prof Jorge Matías-Guiu Guía¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Hospital La Princesa, Madrid, ³Hospital de Torrejón, Torrejón

Introducción. La afasia progresiva primaria (APP) es un síndrome neurodegenerativo que no tiene actualmente un tratamiento eficaz. Se distinguen tres variantes, de las cuales las variantes no fluente y semántica se relacionan con la degeneración lobar frontotemporal. La estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) ha demostrado eficacia en la depresión y la rehabilitación postictus, y se ha propuesto como tratamiento para distintos trastornos neurodegenerativos, todavía con escasa evidencia. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de la rTMS guiada con neuronavegación, en lenguaje, cognición global, síntomas neuropsiquiátricos y metabolismo cerebral en pacientes con APP.

Material y método. Estudio piloto aleatorizado, doble ciego, de diseño cruzado, de rTMS en pacientes con APP. Un subgrupo de pacientes recibió 15 sesiones de rTMS en un área seleccionada de forma personalizada (sitio activo) y otro grupo en sitio de control. El objetivo primario fue evaluar el cambio en lenguaje espontáneo (número de palabras en 3 minutos). Los objetivos secundarios incluyeron cambios en otras tareas del lenguaje, cognición global (ACE-III), impresión global de cambio, síntomas neuropsiquiátricos (NPI) y metabolismo cerebral evaluado mediante PET-FDG.

Resultados. Se reclutaron 20 pacientes con APP (14 APP no fluentes y 6 APP semánticas). El grupo que recibió rTMS en sitio activo mostró mejoras en el lenguaje espontáneo, en otras tareas del lenguaje, en la impresión global del cambio, en apatía y depresión, respecto al grupo control. Este grupo también mostró mejora o estabilización de los resultados en el examen post-tratamiento respecto al basal. Se observó aumento del metabolismo en los lóbulos frontal y parieto-temporal izquierdos, cíngulo posterior y precuneus bilateral.

Conclusiones. Nuestros hallazgos sugieren que la rTMS de alta frecuencia, sobre un área personalizada, mejora el lenguaje, la percepción de cambio, la apatía y la depresión. El aumento del metabolismo cerebral regional sugiere un aumento de la actividad sináptica con el tratamiento. Este estudio apoya la realización de futuros estudios randomizados fase III mediante TMS en la APP.



P-082

Machine learning aplicado a la imagen PET-FDG en demencias

Jordi Matias-Guiu Antem¹, María Nieves Cabrera Martín¹, Vanesa Pytel¹, Josefa Díaz Álvarez², Laura Hernández Lorenzo¹, Teresa Moreno Ramos¹, Prof José Luis Ayala Rodrigo³, Prof Jorge Matías-Guiu Guía¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Universidad de Extremadura, Mérida, ³Universidad Complutense, Madrid

Introducción. La Inteligencia Artificial se aplica actualmente en muchos campos científicos con el objetivo de extraer conocimiento de conjuntos de datos grandes, complejos y heterogéneos. La enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia frontotemporal (DFT) se encuentran entre las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes que causan demencia. El diagnóstico a menudo es complejo, lo que supone evaluaciones exhaustivas y seguimiento. Nuestra hipótesis fue que la aplicación de técnicas de machine learning, y específicamente los algoritmos genéticos, a la tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodeoxiglucosa (PET-FDG) puede ayudar en el diagnóstico seleccionando las características más significativas y automatizando el diagnóstico. En este estudio, nuestro objetivo fue desarrollar algoritmos para tres de las principales dificultades diagnósticas: discriminación entre pacientes con EA o DFT y controles sanos (CS), diagnóstico diferencial entre DFT conductual (DFTvc) y EA, y diagnóstico diferencial entre las variantes de afasia progresiva primaria (APP).

Métodos: Se incluyeron 81 pacientes con DFTvc, 88 pacientes con EA, 68 pacientes con APP y 39 CS. Todos los pacientes fueron evaluados mediante un protocolo clínico y cognitivo exhaustivo, seguimiento. La PET-FDG fue realizada al diagnóstico. Se desarrollaron algoritmos genéticos (K-Nearest Neighbour y BayesNet Naives. Se utilizó la base ADNI para validación con una muestra externa.

Resultados. La capacidad de discriminación de la PET-FDG fue 92-95 % para EA vs CS, 95-96 % para DFTvc vs CS, 89-90% para EA vs DFTvc, y 90-91% para la clasificación de los subtipos de APP. Se logró reducir el número de características (regiones cerebrales) necesarias, con tasas de reducción entre el 62 y el 95% con respecto al número total de variables, y se seleccionaron varias regiones clave.

Conclusión: Nuestro estudio apoya el uso de la PET-FDG, habiéndose obtenido una tasa muy elevada de diagnóstico de la EA, DFT y trastornos relacionados. Los algoritmos genéticos identificaron las características más significativas, que pueden ser relevantes para la evaluación automatizada de imágenes FDG-PET cerebrales. En general, nuestro estudio contribuye al desarrollo de un diagnóstico automatizado y optimizado de las enfermedades neurodegenerativas mediante el análisis del metabolismo cerebral.



P-083

Distinta tasa de letalidad en COVID-19 en enfermedad de Alzheimer y Demencia Frontotemporal.

Vanessa Pytel¹, Jordi Matías-Guiu Antem¹, Prof Jorge Matías-Guiu Guía¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos. La presencia de demencia es un factor de riesgo para una mayor severidad de la infección por SARS-CoV-2. Además, el riesgo de exposición a la infección puede ser mayor en estos pacientes. Asimismo, el genotipo ApoEε4 se ha vinculado también con una mayor severidad de la infección. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la frecuencia y mortalidad de COVID-19 en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia frontotemporal (DFT).

Métodos. Realizamos un estudio observacional de series de casos en un solo centro. Se contactó telefónicamente a los cuidadores del paciente y se les entrevistó mediante un cuestionario semi-estructurado. Se incluyeron 204 (147 (72.1%) con EA, y 57 (27.9%) con DFT se inscribieron.

Resultados. Treinta y un pacientes (15,2%) fueron diagnosticados de COVID-19. 13 de 31 (41,9%) pacientes con la infección fallecieron. Los pacientes con EA y DFT no mostraron diferencias en la frecuencia de COVID-19, pero los pacientes con EA mostraron una mayor mortalidad (54.5% de fallecimientos en el grupo EA vs 7.7% en el grupo DFT, $p = 0.045$). En el análisis de regresión logística, vivir en residencias y el diagnóstico de EA se asociaron independientemente con una mayor probabilidad de muerte. La edad, la hipertensión arterial y el estadio de la demencia no fueron predictores independientes cuando se introdujeron en el modelo de regresión asociado con el lugar de residencia y el diagnóstico.

Conclusiones . Los pacientes con EA mostraron una mayor tasa de letalidad por COVID-19 que los pacientes con DFT. Vivir en residencias fue el factor más relevante asociado con el riesgo de infección y muerte por COVID-19.





P-084

Síndrome de la mano Alien en el contexto de enfermedad de Jakob-Creutzfeldt esporádica: a propósito de un caso clínico

Mariana Isabel Muñoz García¹, Paloma Martín Jimenez¹, Mariano Ruiz Ortiz¹, Guillermo Ortega Gonzalez¹, Maria Paz Guerrero Molina¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

Objetivo/Introducción: La clínica de la enfermedad de Jakob-Creutzfeldt (EJC) es muy heterogénea si se tienen en cuenta las variantes esporádicas, familiares y adquiridas; así como la influencia genética (polimorfismos del gen PRNP) y de los tipos de priones, por lo que es necesario un umbral bajo de sospecha. Presentamos un caso de enfermedad EJC probable que presentó entre sus signos clínicos iniciales, un síndrome de mano 'alien' (SMA) de perfil parietal en mano dominante.

Material y métodos: Descripción del caso clínico y uso de imágenes.

Resultados: mujer de 76 años, diestra y previamente independiente, que presenta un cuadro progresivo de 20 de días de evolución de alteración conductual, del lenguaje y de la marcha con movimientos anormales en mano derecha. A la exploración inicial presenta afasia mixta sensitivo-motora y mioclonías asíncronas en las 4 extremidades de predominio en hemisferio derecho, apraxia de imitación y ausencia de control voluntario con movimientos pasivos de levitación y posturas distónicas en miembro superior derecho, rigidez extrapiramidal en miembros inferiores y ataxia de la marcha. Analíticamente, no presentaba aumento de reactantes de fase aguda, alteraciones iónicas u hormonales. El EEG inicial objetivó actividad lenta de fondo con ondas agudas trifásicas de predominio en región centro-parieto-occipital izquierda. La RMN objetivó restricción a la difusión cortical en corteza parieto-occipital izquierda y en corteza occipital derecha. Se obtuvieron resultados normales o negativos en la cito-bioquímica, citología y microbiología en LCR, y en el panel de anticuerpos anti-neuropilo y anti-onconeuronales en suero y LCR. El resultado de la proteína 14-3-3 en LCR fue negativo. La paciente cumplía criterios de EJC probable, con al menos dos criterios clínicos y tanto EEG como RMN típicas con exclusión de otras patologías probables. En su evolución, la paciente presentó deterioro clínico progresivo con evolución hacia afasia global, rigidez y aparición de signos de afectación de vía piramidal en menos de dos semanas. Se decidió, junto con familiares, traslado a un centro de cuidados paliativos y necropsia tras el fallecimiento.

Conclusiones: El SMA aunque poco frecuente, es cada vez más reconocido como un signo clínico útil en el diagnóstico de la EJC. Revisiones de casos similares indican que incluso puede ser el signo clínico inicial o único. La etiopatogenia y correlación topográfica es desconocida, pero parece reflejar un trastorno del control voluntario con ausencia de integración de información somatosensorial hacia áreas de planificación motora.

XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**
EDICIÓN VIRTUAL 



SESIÓN PÓSTER 06. Enfermedades Neuromusculares

Revisores:

Cristina Domínguez. Hospital 12 de Octubre, Madrid

María Rabasa Pérez. Hospital de Fuenlabrada, Madrid





P-085

Miositis como evento adverso inmune relacionado con los inhibidores del checkpoint: serie de casos

Clara Lastras Fernández-Escandón¹, Gabriel Torres Iglesias¹, Elda Alba Suárez¹, Elena De Celis Ruiz¹, Mireya C. Fernández Fournier¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos

Estudiar las características de los pacientes con miositis asociada al tratamiento con inhibidores del checkpoint (ICP).

Material y Métodos

Descripción de los casos de miositis por ICP atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital La Paz entre enero de 2019 y marzo de 2020. Análisis de datos demográficos, características clínicas, estrategias diagnóstico-terapéuticas y evolución.

Resultados

Se estudiaron 3 pacientes con una edad media de 74 años (DE 11.3); dos varones con cáncer urotelial tratados con durvalumab (1 en combinación) y una mujer con adenocarcinoma endometrial tratada con un anti-PD1. Los síntomas aparecieron entre el 2º y 4º ciclo de tratamiento en el 66% de los pacientes. Todos presentaron debilidad simétrica con afectación oculomotora, bulbar y de extremidades, con grado CTCAE ≥ 3 y elevación media de CK de 4739 UI/l. Un paciente presentó miocarditis con elevación de troponina y bloqueo auriculoventricular completo. La electromiografía demostró miopatía en todos los casos, polineuropatía en el 66 % y afectación de la unión neuromuscular en el 33 %. Se suspendió el ICP en todos los casos. Los 3 pacientes recibieron corticoides a dosis altas, dos precisaron tratamiento con plasmaféresis como tratamiento de segunda línea y uno de ellos inmunoglobulinas por falta de respuesta. Todos los pacientes presentaron mejoría, pero ninguno presentó resolución completa.

Conclusión

La miositis por ICP se presenta de forma temprana tras el inicio del tratamiento, con una afectación grave en la mayoría de los pacientes, que precisa de un tratamiento inmunoterápico agresivo para mejorar su evolución.





P-086

Síndrome de Parsonage-Turner con afectación bulbar. A propósito de un caso

Juan Ignacio López Carbonero¹, María Elena Novillo López¹, Erika María Beck Román¹, Estefanía Cantador Pavón¹, Silvana Espada Rubio¹, Verónica López Diego¹, Cristina Cordero Sánchez¹, Lucía Fabiá Polo¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón

Introducción: El síndrome de Parsonage-Turner o neuralgia amiotrófica es una entidad causante de plexopatía braquial que cursa con atrofia, debilidad muscular y dolor neuropático. La afectación extrabraquial está infrecuentemente descrita, y es muy excepcional que exista afectación de musculatura bulbar, aunque se han reportado casos en la literatura. La afectación motora bulbar plantea el diagnóstico diferencial con otras patologías, como la esclerosis lateral amiotrófica, cuya trascendencia pronóstica es notablemente distinta. En este trabajo presentamos un caso clínico de síndrome de Parsonage-Turner con manifestaciones clínicas de afectación de pares craneales bajos.

Caso clínico: Mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Presenta cuadro progresivo de varios meses de evolución de disfonía, disfagia para líquidos y amiotrofia con dolor neuropático en cintura escapular y miembro superior derecho, limitación a la elevación del hombro y a la abducción más de 90º, escápula alada y reflejos osteotendinosos localmente abolidos, sin fasciculaciones visibles. La protrusión lingual está desviada hacia la derecha. La sensibilidad y el resto de la exploración neurológica fueron normales.

Resultados: El estudio electrofisiológico demostró signos de radiculopatía cervical múltiple y disminución de los potenciales de acción motores, en ausencia de fasciculaciones, fibrilaciones u ondas positivas, compatible con plexopatía cervical aguda. La RM craneocervical y de plexo braquial con contraste no mostraron ninguna lesión significativa. Se realizó despistaje de neoplasia oculta que fue negativo. Se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa. En la evolución presentó mejoría ligera en la disfagia y disartria.

Conclusiones: La afectación de pares craneales bajos es una presentación muy infrecuente pero plausible en el síndrome de Parsonage-Turner, con el riesgo de un diagnóstico erróneo de esclerosis lateral amiotrófica bulbar y las consecuencias pronósticas y terapéuticas que tiene sobre el paciente. La ausencia de fasciculaciones clínicas o eléctricas y la afectación radicular cervical múltiple en el EMG llevaron al diagnóstico final.





P-087

Rabdomiolisis aguda asociada a Sorafenib

Juan Luis Chico García¹, Jorge Gómez Corral¹, Adriana Celdrán de Castro García¹, Paloma Parra Díaz¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Marta Villadóniga Zambrano¹, Raúl Zapater López¹, Eduardo Tavio Hernández¹, Isabel Pareés Moreno¹, Guillermo García Ribas¹, Iñigo Corral Corral¹

¹H. Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción:

El sorafenib es un inhibidor de la tirosin-kinasa que ha demostrado una mejoría de la supervivencia en pacientes con hepatocarcinoma avanzado. Este fármaco se ha relacionado previamente con algunos casos de miositis y rabdomiolisis.

Métodos:

Caso clínico

Resultados:

Un varón de 59 años con un hepatocarcinoma secundaria a una cirrosis alcohólica inició tratamiento con sorafenib por progresión tumoral, con mala tolerancia: presentó diarrea y decaimiento del estado general, asociando a las 24-48 horas un cuadro progresivo de debilidad proximal en ambos miembros inferiores y cambio en la voz. A los 5 días, precisaba una silla de ruedas para desplazarse. La exploración mostró un habla disfónica sin fatigabilidad y una debilidad proximal 4/5 en brazos y 1/5 en ambos miembros inferiores, con fuerza distal conservada. La analítica mostró una CK de 31.872. Se suspendió el sorafenib y se inició sueroterapia intensa. Los estudios analíticos fueron negativos. El EMG mostró un patrón miopático, con una estimulación repetitiva normal. Una RM mostró edema muscular de predominio en musculatura del compartimento posterior del muslo. La CK disminuyó progresivamente con la suspensión del tratamiento y la sueroterapia, con discreta mejoría de fuerza. Dada la situación terminal del paciente, se decidió traslado a un centro de cuidados paliativos.

Conclusión:

En nuestro caso, la temporalidad y la respuesta a la suspensión del fármaco hacen valorar el potencial efecto tóxico del sorafenib en el músculo; debe tenerse en cuenta ante cuadros de debilidad muscular aguda en el contexto de este tratamiento.



XVIII



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / **2020**
EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 07. Neurología General

Revisores:

Javier Pardo Moreno. Hospital Rey Juan Carlos, Madrid

Joaquín Ojeda. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

Antonio Martínez-Salío. Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

Beatriz Parejo Carbonell. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid





P-088

Antiepilépticos como neuromoduladores en patología no epiléptica. Percepción de la población general. Estudio piloto.

Janet Fernández Varela², Olivia Romera Rincón², PT Francisco José Sánchez Cuesta², Psy Aida Arroyo Ferrer², **Prof. Juan Pablo Romero Muñoz^{1,2}**

¹Unidad de Daño Cerebral, Hospital Beata María Ana, Madrid, ²Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid

1. **Objetivos:** Determinar cuáles son las indicaciones conocidas por la población general del uso de los fármacos antiepilépticos, la aceptación social de su consumo y la percepción de sus efectos.
2. **Materiales y métodos:** Se ha realizado una encuesta telemática anonimizada a través de redes sociales que incluye datos demográficos y 16 preguntas cerradas y de tipo liker (enfermedades en las que se usan /potencia relativa / efectos adversos conocidos/ historial de consumo y efectos/ percepción social).
3. **Resultados:** Participan 309 sujetos: 38,29 13,9 años; 71,2% mujeres; 50,2% estudios superiores. El 80,3% sabe lo que son los fármacos antiepilépticos y, el 50,5% piensa que son útiles para otras patologías a parte de la epilepsia. El 33,3% de quienes lo utilizan los toman para el tratamiento de la epilepsia. El 59,5% piensa que son fármacos “fuertes” y el 29,9% “muy fuertes”. El 42,7% piensa que provocan adicción, 40,5% cree que su vida o calidad de vida podría verse afectada, y, el 80,9% no tendría reparo en admitir que consume estos fármacos. Los jóvenes con estudios universitarios tienen mayor reparo en admitir el consumo de estos fármacos ($P>0,05$).
4. **Conclusiones:** Existe una percepción sesgada y limitada de los usos y efectos de los fármacos antiepilépticos en patologías como migraña, arritmia, dolor neuropático, trastorno bipolar, depresión y ansiedad, lo que puede limitar la adherencia y aceptación del tratamiento. Se ha observado que la edad del encuestado y el nivel de estudios está relacionado con el estigma de su consumo.





P-089

Aceptación social y percepción de los usos de los antidepresivos en patología no depresiva. Estudio Piloto.

Olivia Romera Rincón², Janet Fernández Varela², Francisco José Sánchez Cuesta², Aida Arroyo Ferrar², **Prof. Juan Pablo Romero Muñoz¹**

¹Unidad de Daño Cerebral, Hospital Beata María Ana, Madrid, ²Facultad de Ciencias Experimentales, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid

Los usos de fármacos antidepresivos y antiepilépticos en neurología son amplios. El objetivo de este estudio piloto es explorar cuales son las indicaciones conocidas por la población general del uso de estos fármacos, la aceptación social de su consumo y la percepción de sus efectos.

Materiales y métodos: Encuesta telemática anonimizada a través de redes sociales que incluye datos demográficos y 16 preguntas cerradas y de tipo liker (enfermedades en las que se usan /potencia relativa / efectos adversos conocidos/ historial de consumo y efectos/ percepción social).

Resultados: 309 sujetos participan: 38,29±13,9 años; 71,2% mujeres; 50,2% estudios superiores. El 97,4% conoce los antidepresivos, 39,5% opina que no tienen utilidad fuera de la depresión, 70% de los que los consumen los usan para trastornos depresivos. 61,2% los consideran fármacos “fuertes”; 85,5% opina que producen adicción; 60,5% creen que han afectado a su calidad de vida, aunque el 72,8% de los encuestados dice no tener reparo en admitir su consumo. Los jóvenes con estudios superiores saben más sobre los antidepresivos, pero son los más reacios a admitir su uso de manera abierta ($p>0,05$).

Conclusiones: Existe una percepción sesgada y limitada de los usos y efectos de los fármacos antidepresivos en patología no depresiva lo cual puede limitar la adherencia y aceptación en el tratamiento de patologías neurológicas. El nivel de estudios y edad de los encuestados está ligado al estigma de su consumo. Se hace patente la necesidad de campañas de información a los pacientes y considerar empezar a llamarlos genéricamente como neuromoduladores en lugar de antidepresivos.





P-090

Hipotensión intracraneal espontánea: serie de casos tratados con parche hemático epidural frente a tratamiento conservador

Paloma Parra Díaz¹, Juan Luis Chico García¹, Elena Natera Villalba¹, Belén Baena Álvarez¹, Consuelo Matute Lozano¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Nuria García Barragán¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Íñigo Corral Corral¹, Alicia Villareal Fuentes¹, Leonor Gijón Moreno¹, Francisco Javier Buisán Catevilla¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Objetivos: El parche hemático epidural (PHE) autólogo es un tratamiento efectivo en la hipotensión intracraneal espontánea (HIE), pudiendo ser dirigido al punto de fuga de LCR o a ciegas. No obstante, en muchos centros se opta por una actitud conservadora basada en prolongados periodos de reposo.

Material y métodos: Comparamos los datos de una serie histórica de HIE con tratamiento conservador, con una serie prospectiva de casos consecutivos diagnosticados en nuestro servicio desde junio 2018 a junio 2019 tratados con PHE.

Resultados: En la serie histórica identificamos cinco pacientes (3 hombres, edad media 40 años), y en la prospectiva tres pacientes (2 hombres, edad media 36 años). En todos se documentó HIE mediante RM craneal, punción lumbar o ambas, y se realizó estudio para localizar la fuga de LCR mediante mieloTC, salvo en uno, estudiado mediante mieloRM. Todos los casos retrospectivos recibieron analgesia y reposo, con un tiempo medio de recuperación de 68,6 días (30-130). Ninguno había presentado complicaciones de la HIE. Los tres casos prospectivos fueron tratados con PHE autólogo dirigido al punto de fuga, documentándose mejoría inmediata tras el procedimiento. Como complicaciones de la HIE, un caso presentó trombosis venosa cortical, resuelta tras el PHE. Otro caso había presentado hematoma subdural, requiriendo cirugía. Durante el seguimiento todos los casos tratados con PHE permanecieron asintomáticos, con pruebas de imagen de control normales.

Conclusión: Nuestra serie muestra que el tratamiento con PHE dirigido es seguro, reduciendo el tiempo de recuperación, y contribuye a la resolución de las complicaciones asociadas a la HIE.





P-091

Experiencia clínica con erenumab en migraña crónica refractaria en la Unidad de Cefaleas de un hospital público de complejidad intermedia

Juan Ignacio López Carbonero¹, Javier Casas Limón¹, Erika María Beck Román¹, Verónica López Diego¹, Estefanía Cantador Pavón¹, Silvina Espada Rubio¹, Cristina Cordero Sánchez¹, Lucía Fabiá Polo¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón

Introducción: Recientemente han sido aprobados en el tratamiento de la migraña anticuerpos monoclonales dirigidos frente al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP). Esta nueva diana farmacológica ha supuesto una alternativa terapéutica de interés cuando otros preventivos orales y las inyecciones de toxina botulínica son insuficientes. En este trabajo presentamos resultados de experiencia en vida real en pacientes con migraña crónica refractaria tratados con erenumab en nuestro centro.

Métodos: Se han incluido pacientes con migraña crónica refractaria tratados con al menos tres dosis de erenumab entre enero y mayo de 2020. Mediante la historia clínica y entrevistas telefónicas hemos recogido variables demográficas (edad, género) y clínicas (años de evolución, tratamientos preventivos previos, días mensuales de cefalea y migraña, efectos secundarios) así como las escalas HIT-6 (antes y después del tratamiento) y PGI-I de impacto subjetivo.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, mayoritariamente mujeres, con una edad mediana de 49 años, una mediana de 28 años de evolución de migraña y una mediana de 6 preventivos orales más toxina botulínica fallidos, que han recibido entre 3 y 5 dosis de erenumab. Se observa una reducción significativa en los días de cefalea y migraña mensuales, superior al 50% para los días de migraña en 10 pacientes y para los días totales de cefalea en 9 pacientes. También se observa mejoría significativa en la puntuación HIT-6 y una percepción beneficiosa en la PGI-I. Los principales efectos adversos fueron estreñimiento y astenia, ambos bien tolerados. Sólo en un caso se suprimió el tratamiento por reacción anafiláctica. La validez de los resultados está limitada por la pequeña muestra y los potenciales sesgos de información en la recogida de datos.

Conclusiones: Erenumab ha resultado efectivo en nuestros pacientes con migraña crónica refractaria, con repercusión significativa en su calidad de vida y sin efectos adversos significativos en la mayoría de casos.





P-092

Azul de metileno: la importancia de las interacciones farmacológicas.

María Victoria Blanco Fuentes¹, Antonio José Pedraza Muñoz¹, Ventura Anciones Rodríguez¹

¹Hospital Universitario La Zarzuela ., Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El Azul de metileno es un colorante orgánico empleado durante procedimientos quirúrgicos como la paratiroidectomía. Se administra de forma intravenosa y tiñe el tejido paratiroideo permitiendo su visualización. Además es un potente inhibidor reversible de la monoaminoxidasa A (IMAO) que interviene en el metabolismo de la serotonina.

El objetivo del trabajo es hacer hincapié en las interacciones farmacológicas como posible causa de complicaciones neurológicas en pacientes post quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente ingresada este año en nuestro Hospital.

RESULTADO

Paciente de 71 años que ingresa para paratiroidectomía. Seguía tratamiento crónico con clomipramina 75 mg. Tras la cirugía presentó un cuadro de bajo nivel de conciencia, confusión mental y alteración del lenguaje sin fiebre ni otros datos. Se realizaron TAC craneal, punción lumbar y EEG resultando normales. El cuadro revirtió progresivamente en el transcurso de los días siguientes, siendo diagnosticada de síndrome serotoninérgico por interacción entre el azul de metileno y la clomipramina.

DISCUSIÓN

El síndrome serotoninérgico es el resultado de niveles altos de serotonina en el SNC causando unos síntomas que van desde leves hasta graves.

Los fármacos más frecuentemente implicados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRSN).

La clomipramina, es un antidepresivo tricíclico perteneciente al grupo de los ISRSN que actúa inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina liberadas en la hendidura sináptica.

El uso concomitante de IMAOs (azul de metileno) con antidepresivos puede potenciar este síndrome tal y como ocurrió en nuestra paciente.

El síndrome serotoninérgico secundario a esta interacción ha sido descrito en la literatura sobre todo con los ISRS y frecuentemente es una causa infradiagnosticada de procesos encefalopáticos post quirúrgicos.

CONCLUSIÓN

Queremos resaltar la importancia de considerar las interacciones farmacológicas como potencial causa de cuadros neurológicos que pueden simular otras etiologías como encefalitis y estatus epiléptico no convulsivo entre otras. Sería recomendable valorar suspender la medicación antidepresiva en estos pacientes los días previos a la cirugía.



P-093

Revisión de una serie de casos diagnosticados de síndrome de HaNDL.

Gabriel Velilla Alonso¹, Michael Armando Palacios Mendoza¹, María Desamparados Guillem Mesado¹, Ana Isabel Saldaña Díaz¹

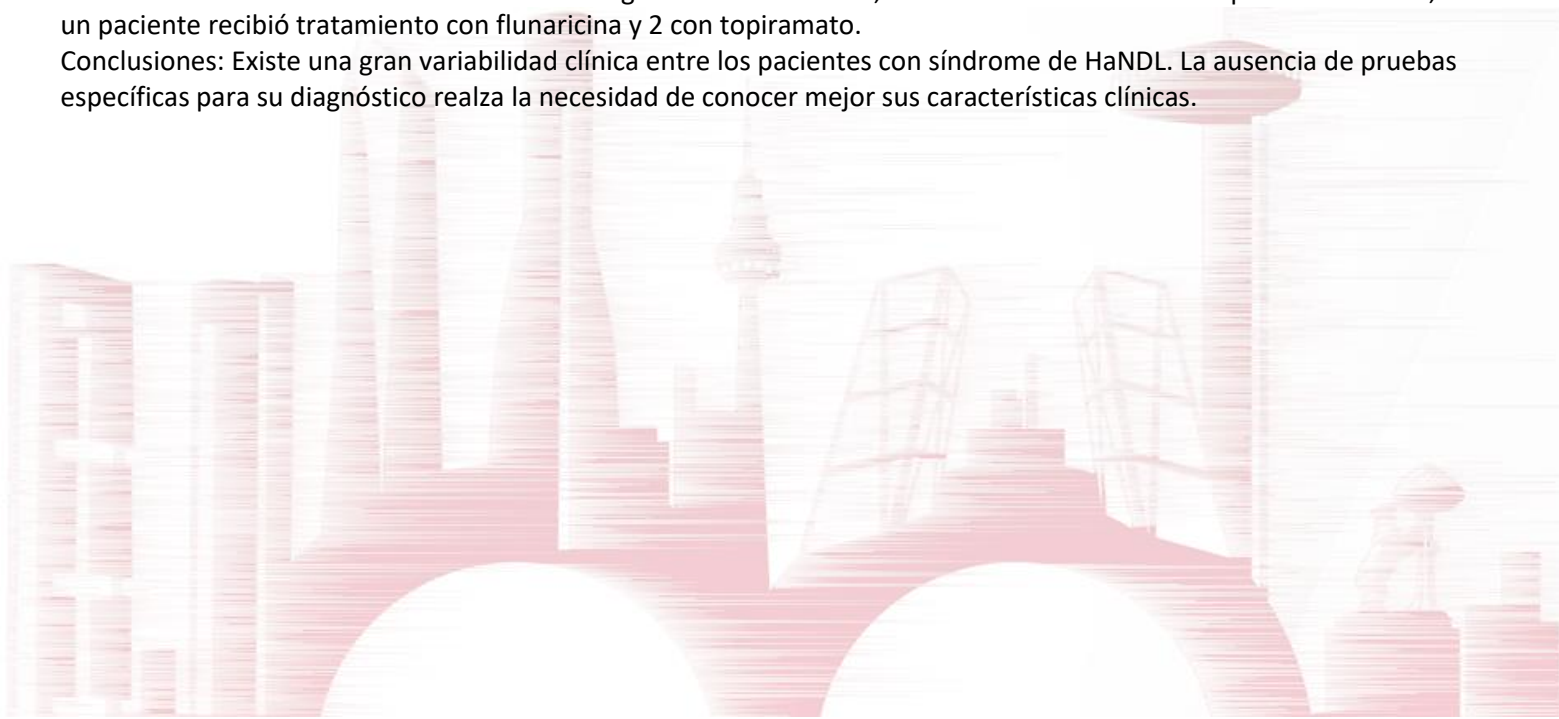
¹HGU Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos: La naturaleza monofásica y benigna del síndrome de cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis linfocitaria en líquido cefalorraquídeo (HaNDL) limita la información disponible sobre esta entidad infrecuente. Describimos las características clínicas de los casos síndrome de HaNDL.

Material y método: Se recogieron retrospectivamente datos demográficos, clínicos y pruebas complementarias de los pacientes diagnosticados de síndrome de HaNDL en nuestro centro entre enero de 2015 y enero de 2020.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, 6 de ellos eran varones y 2 mujeres. La mediana de edad fue de 40 años (rango 22-46). Entre los antecedentes patológicos destacables, dos pacientes tenían antecedentes de enfermedad tiroidea autoinmune y otro fue diagnosticado durante el ingreso de enfermedad mixta del tejido conectivo. Seis de los ocho casos presentaron más de un episodio de focalidad, mediana de 3 episodios (1-4). Seis casos ocurrieron en los meses de septiembre y octubre. La mediana de duración desde el primer episodio hasta resolución del último fue 7,5 días (1-20). En ninguno se identificó un claro desencadenante. En cuanto al tipo de cefalea, en 4 ocasiones fueron hemicraneales izquierdas (presentando los 4 focalidad hemisférica izquierda) y en 4 bilaterales: 2 holocraneales y 2 frontales. Los síntomas más frecuentes fueron sensitivos (6 casos) y afasia (6), seguidos de síntomas visuales (4) y motores (2). La mitad de los casos (4/8) presentaban hipocomplementemia. En el líquido cefalorraquídeo (LCR), la mediana de presión de apertura fue de 19,5 mmHg (8-50), proteínas 85,5 mg/dL (45-140) y leucocitos 161,5/μL (42-313), 92,5% (65-100) mononucleares. De los 5 pacientes en los que se realizó estudio inmunológico en LCR, todos presentaban elevación de índice IgM y disfunción de barrera. Se realizó SPECT cerebral en 6 pacientes, de los cuales se objetivó hipoperfusión focal en 4. En 4 se realizó TC de perfusión durante la fase aguda, con disminución focal de flujo en 3 casos sin presencia de estenosis vascular asociada. En todos ellos se realizó RMN craneal, observándose en 2 pacientes focos de hiperintensidad en surcos que desaparecieron en la RMN de control. 5 de los 8 casos mostraron en el EEG enlentecimiento focal congruente con el déficit, con normalización en el EEG posterior. Al alta, un paciente recibió tratamiento con flunaricina y 2 con topiramato.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad clínica entre los pacientes con síndrome de HaNDL. La ausencia de pruebas específicas para su diagnóstico realza la necesidad de conocer mejor sus características clínicas.





P-094

SÍNDROME DE HaNDL Y BANDAS OLIGOCLONALES EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: BAJA PROBABILIDAD DE MECANISMO INMUNOLÓGICO

Belen Baena Alvarez¹, Juan Luis Chico García, Paloma Lapuente Sánchez, Jorge Gómez Corral¹, Raquel Sainz Amo¹, Adriana Celdrán de castro garcía¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Paloma Parra Díaz¹, Álvaro Beltrán Corbellini, Maria Luisa Villar Guimerans¹, Íñigo Corral Corral¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción

El síndrome de cefalea y déficits neurológicos transitorios con pleocitosis en líquido cefalorraquídeo (acrónimo en inglés, HaNDL) es una entidad de etiología desconocida. Varios trabajos defienden un mecanismo autoinmune, en los que se postula que podría estar en relación con algunos anticuerpos específicos, si bien estos hallazgos aún no se han reproducido. Sin embargo, ningún trabajo previo ha analizado de manera específica la presencia de síntesis intratecal de inmunoglobulinas como indicador de activación inmunológica en el sistema nervioso central.. En este estudio, analizamos la síntesis de anticuerpos intratecales mediante la determinación de BOC

Material y métodos

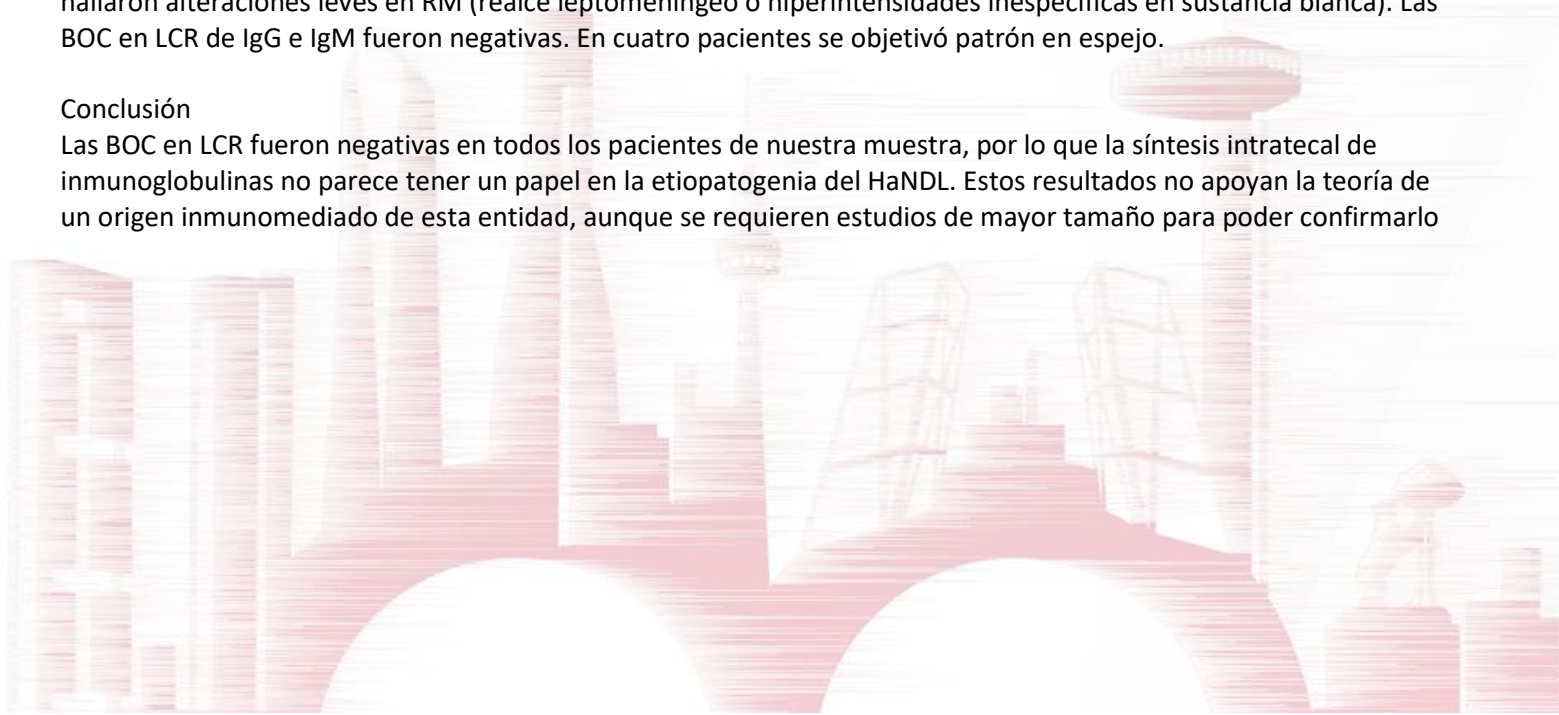
Estudio retrospectivo de pacientes con criterios diagnósticos de HaNDL (ICH-3) y estudio de bandas oligoclonales (BOC) IgG e IgM en LCR

Resultados

Se incluyeron un total de 16 pacientes (6 hombres, mediana de edad 28 años, rango 15-51). El 93.75% presentó afasia, 43.75% hemiparesia, 31.35% hemihipoestesia y el 18.75% hemianopsia. Doce pacientes presentaron más de un déficit neurológico (75%). Cinco pacientes (31.2%) asociaron náuseas y vómitos. El recuento medio de linfocitos en LCR fue de 59 (rango 17-351). La mediana de episodios totales de focalidad neurológica y cefalea en nuestra muestra fue de 1.5 episodios (rango 1-6), con una mediana de duración total de 72 horas (rango 3-720). En cinco pacientes se hallaron alteraciones leves en RM (realce leptomeníngeo o hiperintensidades inespecíficas en sustancia blanca). Las BOC en LCR de IgG e IgM fueron negativas. En cuatro pacientes se objetivó patrón en espejo.

Conclusión

Las BOC en LCR fueron negativas en todos los pacientes de nuestra muestra, por lo que la síntesis intratecal de inmunoglobulinas no parece tener un papel en la etiopatogenia del HaNDL. Estos resultados no apoyan la teoría de un origen inmunomediado de esta entidad, aunque se requieren estudios de mayor tamaño para poder confirmarlo





P-095

Pronóstico de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con manifestaciones neurológicas

Jesús García Castro¹, Alejandro Medina López¹, Javier Roa Escobar¹, Javier A. Membrilla López¹, Ana Plaza Herráiz², Lucía Sánchez Casado¹, Iñigo De Lorenzo Martínez de Ubago¹, Clara Lastras Fernández-Escandón¹, Juan María Sánchez Caro¹, Rafael Martínez Marín¹, Sara Sánchez Velasco¹, Sergio Secades García¹, Gabriel Torres Iglesias¹, Elisa Alonso López¹, Luis Lobato Pérez¹, Miguel Ramírez¹, Ángel Martín Montes¹, Blanca Fuentes Gimeno¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas

Objetivo

Analizar el pronóstico de pacientes con infección por SARS-CoV-2 y manifestaciones neurológicas.

Material y método

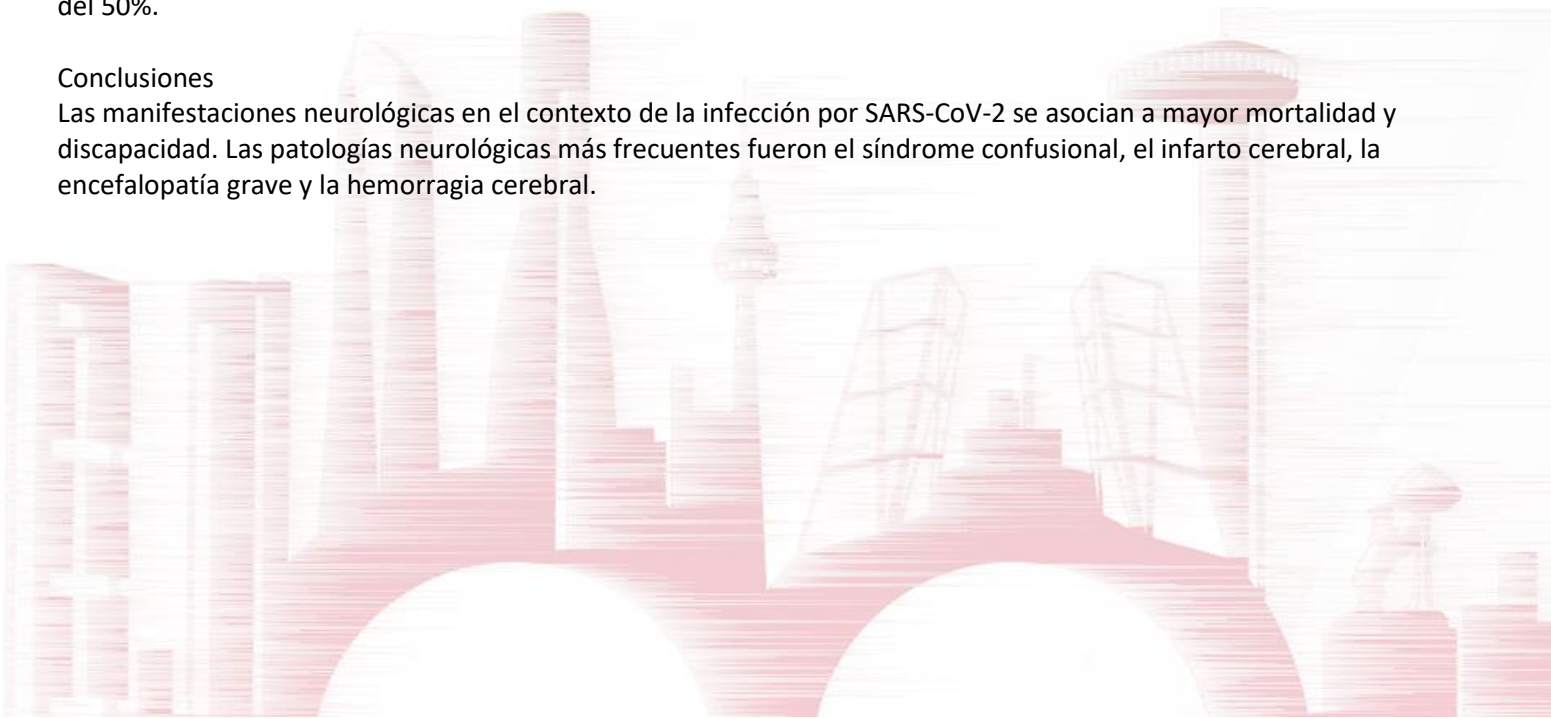
Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en un hospital terciario con infección por SARS-CoV-2 confirmada entre el 24 de febrero y el 28 de abril de 2020, con síntomas neurológicos al ingreso o durante el mismo. Se recogieron datos clínicos, pruebas complementarias e indicadores pronósticos: mortalidad y Escala de Rankin modificada (ERm) al alta.

Resultados

N=90. Al ingreso el 75,5% eran independientes (ERm<3). El 39% presentó neumonía grave (CURB65≥2) y el 18,2% ingresó en UCI. Mortalidad=32,6% (en registros oficiales de la Comunidad de Madrid, la mortalidad hospitalaria se estima en 19,45%). La afectación neurológica más frecuente fue el síndrome confusional agudo (25,8%) con mortalidad del 18,8% y tasa de dependencia al alta (ERm≥3) del 49,9%. El infarto cerebral (23,3%) presentó una mortalidad del 57,1; el 76,2 % de los casos con ERm≥3 al alta. La encefalopatía grave (16,7%) presentó una mortalidad del 66,7% y dependencia 71,4%; la hemorragia cerebral representó un 12,2% de los casos con mortalidad 45,5% y dependencia del 80%. Las crisis epilépticas (11,1%) presentaron una mortalidad del 22,2% y una dependencia al alta del 50%.

Conclusiones

Las manifestaciones neurológicas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2 se asocian a mayor mortalidad y discapacidad. Las patologías neurológicas más frecuentes fueron el síndrome confusional, el infarto cerebral, la encefalopatía grave y la hemorragia cerebral.





P-096

Mielopatía inducida por Metotrexate tras tratamiento con quimioterapia intratecal de neoplasias hematológicas malignas

Raquel Sainz Amo¹, Belén Baena Álvarez¹, Jorge Gómez Corral¹, Adriana Celdrán de Castro García¹, Anabelle Chinae Rodríguez¹, Nuria García Barragán¹, Francisco Javier Buisán Catevilla¹

¹Hospital Ramon Y Cajal, Madrid

Objetivos

La quimioterapia triple intratecal (Metotrexate, Citarabina y Glucocorticoides) se utiliza después del trasplante de progenitores hematopoyéticos para prevenir recurrencias en el sistema nervioso central. Este tratamiento puede provocar neurotoxicidad, siendo la forma más frecuente la leucoencefalopatía. Sin embargo, se han descrito casos de mielopatía asociados a este tratamiento.

Material y métodos

Registro retrospectivo de mielopatías después de tratamiento con quimioterapia intratecal.

Resultados

Se identificaron dos hombres de 30 y 59 años que habían recibido quimioterapia triple intratecal después de trasplante de progenitores hematopoyéticos por leucemia linfoblástica aguda y linfoma NK/T extranodal, respectivamente. Ambos desarrollaron una paraparesia subaguda con hiperreflexia e hipopalestesia de miembros inferiores. Se realizó una punción lumbar con citología sin células malignas en ambos casos. Una RMN medular mostró mielopatía extensa con afectación de cordones posteriores, de D5 a cono medular (paciente A) y de C2 a cono medular (paciente B). Los dos presentaban niveles reducidos de ácido fólico implicando al Metotrexate como causa. Los niveles de vitamina B12 fueron normales. El paciente B desarrolló además leucoencefalopatía. En el paciente A se inició tratamiento con ácido fólico, cianocobalamina, metionina, S-adenosilmetionina y dextrometorfano sin beneficio. Ambos pacientes fallecieron por complicaciones de la inmunosupresión.

Conclusiones

La mielopatía de cordones posteriores es una complicación rara y con mal pronóstico que debe ser considerada en pacientes que han recibido quimioterapia intratecal con Metotrexate. Si bien no existe un tratamiento efectivo, el diagnóstico precoz puede ayudar a disminuir la toxicidad acumulada. Comenzar la quimioterapia triple intratecal a la mínima dosis eficaz debe ser considerado.





P-097

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS TEMPRANAS Y TARDIAS EN PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIÓN POR SARS-CoV2

Ana Plaza Herraiz¹, Gabriel Torres Iglesias², Iñigo de Lorenzo Martínez de Ubago², Lucía Sánchez Casado², Luis Lobato Pérez², Miguel Ramirez Torres², Rafael Jenaro Martínez Marín², Sara Sánchez Velasco², Sergio Secades García², Juan María Sánchez Caro², Javier Amos Membrilla López², Jesús García Castro², Alejandro Medina López², Javier Roa Escobar², Ángel Martín Montes², Blanca Fuentes Gimeno²

¹Hospital De Valdepeñas, Valdepeñas, ²Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivo:

Describir las manifestaciones clínicas y momento de presentación de trastornos neurológicos en pacientes infectados por el SARS-CoV-2 durante la pandemia por COVID-19. Analizar el perfil de marcadores inflamatorios relacionados con la infección COVID-19 en estos pacientes

Material y métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes valorados por el Servicio Neurología de un hospital terciario diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 desde el 25 de febrero al 28 de abril de 2020. Se consideró manifestación precoz o tardía si ocurría antes o después de 7 días del inicio de síntomas de la infección COVID-19.

Resultados:

N=90 (edad media=66,73 años (DE18,17); 63,3% varones). 44,5% tenían enfermedades neurológicas previas. 72,2% presentaron infección respiratoria (67% neumonía bilateral). La mayoría manifestaciones neurológicas aparecieron de forma precoz. La manifestación neurológica más frecuente fue el síndrome confusional (25,6%), apareciendo en la mayoría de los casos después del séptimo día (84,5%, mediana=16 días). El infarto cerebral (21 casos) apareció de forma precoz en la mayoría de los casos (75%, mediana=2 días) al igual que las crisis epilépticas (10 casos, 60% precoces, mediana=2 días). Los casos registrados de hemorragia cerebral (n=11) aparecieron más frecuentemente de forma tardía (mediana=10,5 días). El D-Dímero fue mayor en el infarto cerebral precoz respecto al tardío (3537,5vs2426,5 mg/dL; p=0.07). No observamos diferencias significativas en otros marcadores inflamatorios (PCR, IL-6, procalcitonina)

Conclusiones:

El síndrome confusional asociado a la infección por COVID-19 se observa con más frecuencia a partir del séptimo día mientras que el infarto cerebral aparece más frecuentemente de forma precoz presentando niveles más elevados de D-Dímero al ingreso.



P-098

Experiencia en la encefalitis anti-LGI1: aquí también el tiempo podría ser cerebro

Juan Luis Chico García¹, Ana Gómez López¹, Raquel Sainz Amo¹, Fernando Rodríguez Jorge¹, Álvaro Beltrán Corbellini¹, Paloma Parra Díaz¹, Elena Natera Villalba¹, Erik Sturla Stiauren Fernández¹, Rafael Carlos Toledano Delgado¹, Iñigo Corral Corral¹, José López Sendón¹, Beatriz Parejo Carbonell³, María Luisa Martínez Ginés⁴, Antonio Gil-Nágel Rein², Mónica Kurtis Urra², Ángela Carrasco Sayalero¹, Carlota García-Hoz Jiménez¹, Roberto Pariente Rodríguez¹, Francisco Javier Buisán Catevilla¹

¹H. Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, ²H. Ruber Internacional, Madrid, ³H. Universitario Clínico San Carlos, Madrid, ⁴H. Gregorio Marañón, Madrid

Introducción:

Los anticuerpos contra LGI-1 son la segunda causa más frecuente de encefalitis autoinmune (EA). Sin embargo, su pronóstico y tratamiento son bastante desconocidos.

Métodos:

Estudio retrospectivo multicéntrico de paciente con encefalitis antiLGI-1.

Resultados:

Se incluyeron 12 pacientes (7 varones, mediana de edad 73.5 años, rango 56-83). Todos los pacientes presentaron alteraciones cognitivas; 10 pacientes presentaron crisis epilépticas (8 presentaron crisis distónicas faciobraquiales, con una mediana de frecuencia de 60/día, rango 30-200). 7 pacientes tenían hiponatremia y 3 alteraciones en el LCR; 8 presentaron EEG patológico y 7 hiperintensidad de señal temporal en la RM. En 1 paciente se diagnosticó un cáncer de vejiga. Se realizó estudio de HLA DRB1*07:01 en 4 pacientes, presente en los 4. La mediana del tiempo al diagnóstico fue de 90 días (rango 1-1350).

8 pacientes recibieron una terapia de primera línea (4 bolos de esteroides, 1 IVIG y 3 ambos) y 4 recibieron una inmunoterapia de segunda línea (3 micofenolato y 1 azatioprina). 8 pacientes recibieron antiepilépticos, con mala respuesta y con 5 pacientes presentando efectos adversos. A los 3 meses tras el inicio del tratamiento, 8 pacientes eran independientes, 2 pacientes mantuvieron discapacidad funcional y 2 pacientes habían fallecido. Los pacientes con mala evolución presentaron retraso diagnóstico y terapéutico.

Conclusión:

El reconocimiento temprano de la encefalitis antiLGI-1 es crucial dado que un tratamiento precoz puede mejorar el pronóstico. La inmunoterapia se presenta como el pilar del tratamiento, tanto para el curso de la enfermedad como para el control de las crisis.



P-099

Aumento de incidencia de encefalitis vírica en pandemia COVID-19

Silvina Espada Rubio¹, Veronica Lopez Diego¹, Estefanía Cantador Pavón¹, Juan Ignacio López Carbonero¹, Lucia Fabia Polo¹, Cristina Cordero Sanchez¹, Maria Elena Novillo Lopez¹, Pilar Sobrino Garcia¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón

Objetivos: Tras la primoinfección, los herpesvirus permanecen latentes, pudiendo reactivarse periódicamente, dando lugar a complicaciones infecciosas del SNC. Esta reactivación puede estar favorecida por varios factores, entre ellos la linfopenia, muy frecuente en la infección por SARS-CoV2. El objetivo del estudio es valorar si existe un aumento de incidencia de patología neurológica por herpesvirus durante la pandemia COVID.

Material y Método: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el que se compara la tasa de incidencia de patología neurológica secundaria a infección vírica durante los periodos de enero a mayo de 2019 y 2020, describiendo las características de la infección de cada paciente y teniendo en cuenta aquellos con cuadro clínico, analítico y/o radiológico sugestivo de COVID-19.

Resultados: Se observa una tasa de incidencia superior en 2020 respecto a 2019, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (IRR 3.3, p-valor 0.15). Además, teniendo en cuenta la temporalidad mensual en 2020, se observa un incremento de la tasa de incidencia en abril con respecto al resto de meses, también estadísticamente significativo (IRR 1.7, p-valor 0.03). En mayo se observa una mayor tasa de incidencia, pero no llega a ser significativa (IRR 1.4, p-valor 0.505). En 2020, el 83.3% de los casos fueron encefalitis; mientras que en 2019 representan el 40%.

Conclusiones: Se puede afirmar que durante abril de 2020 se ha producido un aumento de la incidencia de infecciones del SNC por herpesvirus, fundamentalmente de encefalitis, con respecto al 2019, coincidiendo con el brote de infección por SARS-CoV2.





P-100

Síndromes paraneoplásicos neurológicos asociados con anticuerpos anti Zic4 aislados: experiencia de un centro hospitalario de tercer nivel y revisión de la literatura.

Gabriel Torres Iglesias¹, Antonio Tallón Barranco¹, Elda Alba Suárez¹

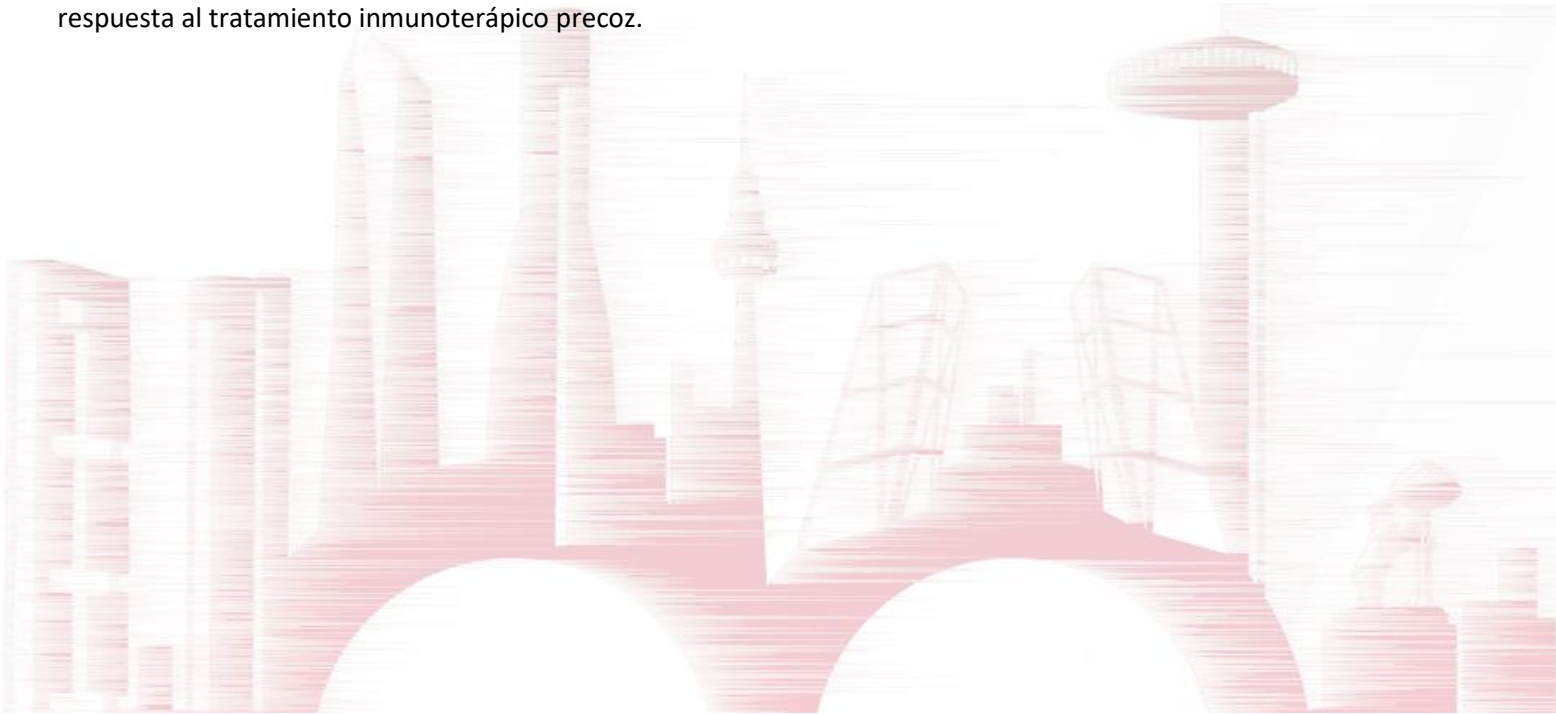
¹HULP, Madrid

Objetivos: Describir las características demográficas, manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de pacientes diagnosticados de síndrome paraneoplásico neurológico (SPN) por anticuerpos anti Zic4 (Ac Zic4) aislados.

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura incluyendo reporte de los casos publicados (PubMed; 26-05-2020), y aporte de tres nuevos casos diagnosticados en un hospital de tercer nivel. Se analizaron características demográficas, SPN predominante, neoplasia asociada, tratamiento y evolución.

Resultados: Estudiamos un total de 19 pacientes: la mayoría varones (72,2%), mediana de edad de 64 años (40-94). El SPN predominante más frecuente fue la degeneración cerebelosa (68,5%), seguido de la polineuropatía sensitiva subaguda (15,7%) y del SPN multifocal (10,5%). En un 78,9 % de los pacientes se relacionó con tumor, siendo el más común el cáncer de pulmón de células pequeñas (52,6%). El SPN se presentó antes del diagnóstico del tumor en el 53,8% de los pacientes. No llegó a demostrarse neoplasia asociada en un 21,1% de los casos. Se reportó el régimen terapéutico en 7 de los 19 casos. Los tratamientos inmunoterápicos más utilizados fueron los corticoides (71,4%), seguidos de inmunoglobulinas (42,9%) y plasmaféresis (14,3%) en segunda línea. Un 71,4% recibió tratamiento dirigido contra la neoplasia. El 85,7% de los pacientes respondieron al tratamiento, la mayoría de ellos mejoraron, pero sin resolución completa de los síntomas (57,1%). Fallecieron un 28,6% de los tratados.

Conclusiones: Los SPN relacionados con Ac Zic4 aislados se presentan generalmente como una degeneración cerebelosa asociada a una neoplasia, la mayoría de las veces un cáncer de pulmón de células pequeñas, con buena respuesta al tratamiento inmunoterápico precoz.





P-101

¿Puede confundirse el inicio de un síndrome paraneoplásico por anticuerpos antiHu con los efectos secundarios de la quimioterapia? A propósito de un caso

Gemma Lafuente Gómez¹, Gabriel Velilla Alonso¹, Rafael Leal Hidalgo¹, Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Ana Contreras Chicote¹, María Luisa Martínez Ginés¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos:

Son conocidos los efectos secundarios neurológicos de múltiples regímenes de quimioterapia frecuentemente utilizados en la práctica clínica. Debido a la gravedad de algunos de ellos, no es infrecuente la suspensión de dicho tratamiento por las potenciales secuelas derivadas. Algunos de estos efectos secundarios de la quimioterapia pueden ser confundidos con manifestaciones de cuadros paraneoplásicos. Presentamos el caso de una paciente con cáncer microcítico de pulmón cuyo tratamiento quimioterápico fue retirado por la aparición de sintomatología neurológica progresiva. El estudio posterior concluyó en el diagnóstico de síndrome paraneoplásico por anticuerpos antiHu.

Material y métodos: Revisión de historia clínica, pruebas complementarias, evolución del caso y bibliografía relacionada.

Resultados:

Mujer de 48 años diagnosticada recientemente de cáncer microcítico de pulmón que desarrolló sordera neurosensorial y neuropatía sensitiva en miembros inferiores mientras recibía tratamiento con carboplatino-etopósido. La sintomatología se atribuyó al tratamiento quimioterápico por lo que fue retirado. Consulta un mes después por cuadro progresivo de alteración del comportamiento con agitación, heteroagresividad, alucinaciones auditivas, alteraciones de la memoria y dificultad para mirar a la izquierda.

A la exploración destacaba un síndrome del uno y medio izquierdo, hipoestesia distal de miembros inferiores y ataxia sensitiva. Se realizó una resonancia magnética craneal que mostró hallazgos compatibles con encefalitis límbica. El electromiograma evidenció una polineuropatía sensitiva de tipo axonal moderada-severa de miembros inferiores. En el análisis de líquido cefalorraquídeo se vio una leve pleocitosis linfocitaria (95% mononucleares), leve hiperproteinorraquia (57 mg/dL) y presencia de anticuerpos antiHU.

La paciente recibió tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas y plasmaféresis sin mejoría y con progresión del cuadro neurológico. Dada la mala situación basal de la paciente, se desestimó la introducción de otros tratamientos antineoplásicos.

Conclusiones:

Entre los efectos secundarios neurológicos de la quimioterapia se encuentran manifestaciones presentes en cuadros paraneoplásicos. Debido a esto, puede confundirse el inicio de un cuadro paraneoplásico con los efectos adversos farmacológicos. Esto conlleva implicaciones pronósticas ya que en ocasiones llegan a retirarse tratamientos antineoplásicos. Es necesaria la alta sospecha diagnóstica y el estudio dirigido ante la aparición de estos síntomas para una correcta filiación de la etiología de estas manifestaciones neurológicas comunes en ambos cuadros clínicos.



P-102

Síndrome de Ulises: A proposito de un caso.

Rafael Leal Hidalgo¹, Ana Gómez Roldós¹, Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Gemma Lafuente Gómez¹, Javier Ricardo Pérez Sánchez¹, José Manuel García Domínguez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos:

El síndrome de Ulises es un trastorno psiquiátrico caracterizado por el desarrollo de síntomas conversivos somáticos que afecta a población inmigrante expuesta a un elevado nivel de estrés. Debido a la globalización, se trata de una patología emergente en los países de acogida. A continuación, presentamos el caso de una paciente con síntomas neurológicos atribuibles a esta patología.

Material y método:

Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés, natural de Venezuela. A los pocos meses de emigrar a España, por motivos económicos y sin soporte familiar, comienza a desarrollar un cuadro de movimientos paroxísticos anormales en las cuatro extremidades, asociando un año después un cuadro amnésico con afectación parcheada y fluctuante de la memoria a medio y largo plazo, con un empeoramiento progresivo de los síntomas hasta limitar sus actividades diarias, motivo por el cual decide consultar.

Resultados:

Presenta una exploración neurológica atípica: es capaz de recuperar recuerdos mediante distracción, al explorar la marcha esta es abigarrada, presenciamos un episodio de temblor asimétrico y arrítmico de los cuatro miembros sin pérdida de consciencia asociada y con llano durante el episodio, que cede con los movimientos voluntarios. Las pruebas complementarias realizadas (análisis de sangre y líquido cefalorraquídeo, EEG, TC y RM craneal) no presentaron hallazgos patológicos de interés. Durante el ingreso fue valorada por Psiquiatría, a quienes impresiona de un cuadro disociativo, iniciando tratamiento con psicofármacos.

Conclusiones:

Los trastornos conversivos suponen en la práctica habitual un reto diagnóstico. Los datos atípicos que evidenciamos en la anamnesis, así como en la exploración, pueden orientar hacia trastornos de la esfera psiquiátrica una vez descartada la existencia de patología neurológica subyacente, reduciendo así la iatrogenia de pruebas complementarias o tratamientos innecesarios o inadecuados y que solo resultan en efectos deletéreos para la salud del paciente. Es esperable que en el futuro patologías como el síndrome de Ulises aumenten su incidencia, por lo que debemos estar atentos para detectar casos como el de nuestra paciente.





P-103

Pacientes con ritmo: registro de patrones periódicos, evolución clínica e influencia del tratamiento anticomicial.

Jaime Medranda Corral¹, Guillermo Martín Avila, Carlos Piquero Fernandez, Indira Astudillo Rodriguez, Nora Lebrato Rubio, Eduardo Escolar Escamilla, Carolina Saenz Lafourcade, Ana Pinel Gonzales, Irene Gil-Olarte, Alba Carcamo, Beatriz Martinez Menendez

¹Hospital Universitario De Getafe, Getafe

INTRODUCCIÓN. Los Patrones Electroencefalográficos Periódicos (PEP) son grafoelementos de morfología variable, que pueden asemejarse a las descargas epileptiformes y que característicamente se registran a frecuencias e intervalos periódicos de 0,5 segundos, que tienen una morfología y una duración constantes en comparación y ocurren a un intervalo cuantificable y casi regular de entre 0,5 y 4 segundos. Constituyen siempre un hallazgo anormal en el electroencefalograma (EEG). Podemos diferenciar 3 tipos: descartar lateralizadas periódicas, descargas generalizadas, descargas lateralizadas periódicas bilaterales.

OBJETIVOS. Estudiar el tipo de patrones periódicos, las características, evolución y la influencia o no del tratamiento farmacológico en el registro encefalográfico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo en una pequeña Cohorte de pacientes con EEGs con patrones periódicos.

RESULTADOS. La edad media fue 67 ± 19 , la mayoría eran varones (56.6%). El 77.8% de pacientes nunca habían tenido crisis comiciales. El bajo nivel de conciencia fue la clínica principal por la que se realizaron los EEGs (66.7%). El patrón periódico más repetido fue GPD en un 61,1%, siendo la etiología más frecuente la tóxico-metabólica seguida de cerca por la postanóxica. El 44,4% de los pacientes fallecieron durante el ingreso que motivó la realización de los EEGs, Se empleó tratamiento anticomicial (FAEs) en 17 pacientes, 13 de los cuales tuvieron EEG de control. En estos, solo 1 paciente experimentó mejoría en el EEG. El 81.8% de pacientes tuvieron secuelas significativas o fallecieron en el contexto de los patrones periódicos

CONCLUSIÓN. El 81.8% de los enfermos presentaron secuelas o fallecieron tras el hallazgo electroencefalográfico. La etiología más frecuente, fue la tóxico-metabólica. Solo se pudo atribuir cambios en el EEG al tratamiento anticomicial en uno de los casos con EEG de control.





P-104

Inflamación relacionada con angiopatía amiloide cerebral (ir-AAC): descripción de una serie clínica.

Paloma Martín-Jiménez¹, María Paz Guerrero-Molina¹, Sara Llamas-Velasco¹, Alberto Villarejo-Galende¹

¹Hospital 12 De Octubre, Madrid

OBJETIVOS: La angiopatía amiloide cerebral se caracteriza por el depósito de beta-amiloide en la media y adventicia de vasos corticales y leptomeníngeos. En un pequeño subgrupo de pacientes, se asocia a inflamación vascular o perivascular dando lugar a un infrecuente proceso inflamatorio del sistema nervioso central conocido como inflamación relacionada con angiopatía amiloide cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de una serie de 6 pacientes con diagnóstico de ir-AAC entre 2005-2020. Se aplicaron de forma retrospectiva los criterios diagnósticos de Auriel et al, JAMA Neurol 2016.

RESULTADO: El 83% de los pacientes fueron hombres. La edad media al diagnóstico fue de 81 años (mediana 80,5 años, rango 73-94). La forma de presentación fue subaguda (83%) o aguda (16%), con manifestaciones cognitivas (100%), comiciales (83%), focales (33%), cefalea (33%) y alteraciones conductuales (83%). En LCR se constató hiperproteínorraquia en el 50% de los casos, y pleocitosis (de 30 células) en uno de los seis pacientes. Ninguno presentó actividad epileptiforme en el EEG aunque en el 50% sí se observó actividad lenta difusa. En todos se objetivaron alteraciones radiológicas, siendo los hallazgos más comunes la existencia de una hiperintensidad de señal subcortical asimétrica en T2 y FLAIR, con realce leptomeníngeo tras la administración de contraste (100%) y la presencia de microsangrados (83%). Se llevó a cabo biopsia para confirmar el diagnóstico en uno de los seis pacientes. Se realizó un PET de amiloide en dos de los pacientes, siendo positivo en uno de ellos. Se instauró tratamiento (corticoides ± inmunomoduladores) en todos los casos, observándose respuesta al menos parcial en todos ellos.

CONCLUSIONES: La ir-AAC forma parte de un espectro de enfermedades en el que también se incluye la angeítis por beta-amiloide, que se caracterizan por inflamación perivascular y vasculitis verdadera respectivamente. El diagnóstico de certeza es histopatológico, sin embargo, existen una serie de criterios clínicos y radiológicos con buena sensibilidad y excelente especificidad, que nos permiten llegar al diagnóstico de esta entidad tratable sin necesidad de biopsia cerebral.





P-105

Estudio de prevalencia y semiología del dolor de cabeza en pacientes hospitalizados por COVID-19

Alicia González Martínez¹, Carmen Ramos¹, Víctor Fanjul Hevia¹, Jorge Serrano Ballesteros², Almudena Villa Martí², Claudia Álvarez², José Vivancos¹, Ana Beatriz Gago Veiga¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es describir las características de la cefalea presente en la infección por SARS-CoV-2 en pacientes ingresados en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado mediante consulta telefónica a pacientes con COVID-19 y cefalea hospitalizados entre marzo y abril de 2020. Se recogen sus características clínicas así como variables demográficas y relacionadas con la enfermedad COVID-19.

RESULTADOS: De un total de 327 pacientes con COVID-19 hospitalizados en periodo descrito, 47 pacientes presentaron cefalea durante la infección por SARS-CoV-2 (14,5%). 45% eran mujeres, de edad mediana de 55 años, 9 (42,9%) pacientes presentaban cefalea previa a la COVID-19 (5 consistente con migraña), 2 presentaron un empeoramiento de su cefalea previa, 6 (66,7%) desarrollaron una cefalea diferente. Las características de la cefalea durante la infección por SARS-CoV-2 fueron: localización holocraneal (36,4%), opresiva (42,9%), intensidad moderada (31,8%), acompañada de náuseas (27%), vómitos (13,6%), sonofobia (27,2%) fotofobia (27,2%), osmofobia (9%), duración media de 9 días, y en ausencia de síntomas trigémino autonómicos. La cefalea fue síntoma inicial en 7 pacientes (31,8%) y apareció durante la primera semana en 6 (27,3%). 16 pacientes refieren mejoría de la cefalea tras el tratamiento COVID-19 (71,4%). Asocia en 9 pacientes (33,3%) diarrea, 9 (40,9%) anosmia/hiposmia, 12 (54,5%) hipogeusia/ageusia y 6 (27,3%) hipopsia.

CONCLUSIONES: Los resultados el presente estudio sugieren que existe un tipo de cefalea presente durante la COVID-19 similar a la cefalea aguda vírica sistémica. Según nuestra serie, aparece con mayor frecuencia como primer síntoma o en la primera semana y podría estar en relación con una entrada del virus por bulbo olfatorio o digestivo, con propagación transneuronal periférica y desarrollo de dicha cefalea, dada la elevada presencia de afectación de nervios periféricos, si bien son necesarios estudios con un mayor número de pacientes.





P-106

Síndromes neurológicos inmunomediados por inhibidores del checkpoint: experiencia en un centro de tercer nivel.

Álvaro Beltrán Corbellini¹, Ainara Soria², Pablo Álvarez², Fernando Rodríguez Jorge¹, Juan Luís Chico García¹, Paloma Parra Díaz¹, Íñigo Corral Corral¹, Francisco Javier Buisan Catevilla¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal., Madrid

Introducción

La inmunoterapia con inhibidores del checkpoint (IC) se ha extendido en relación con el tratamiento del cáncer. Los efectos adversos inmunomediados que afectan al sistema nervioso pueden ser fatales y es necesario caracterizarlos correctamente. En este estudio, compartimos nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes.

Métodos

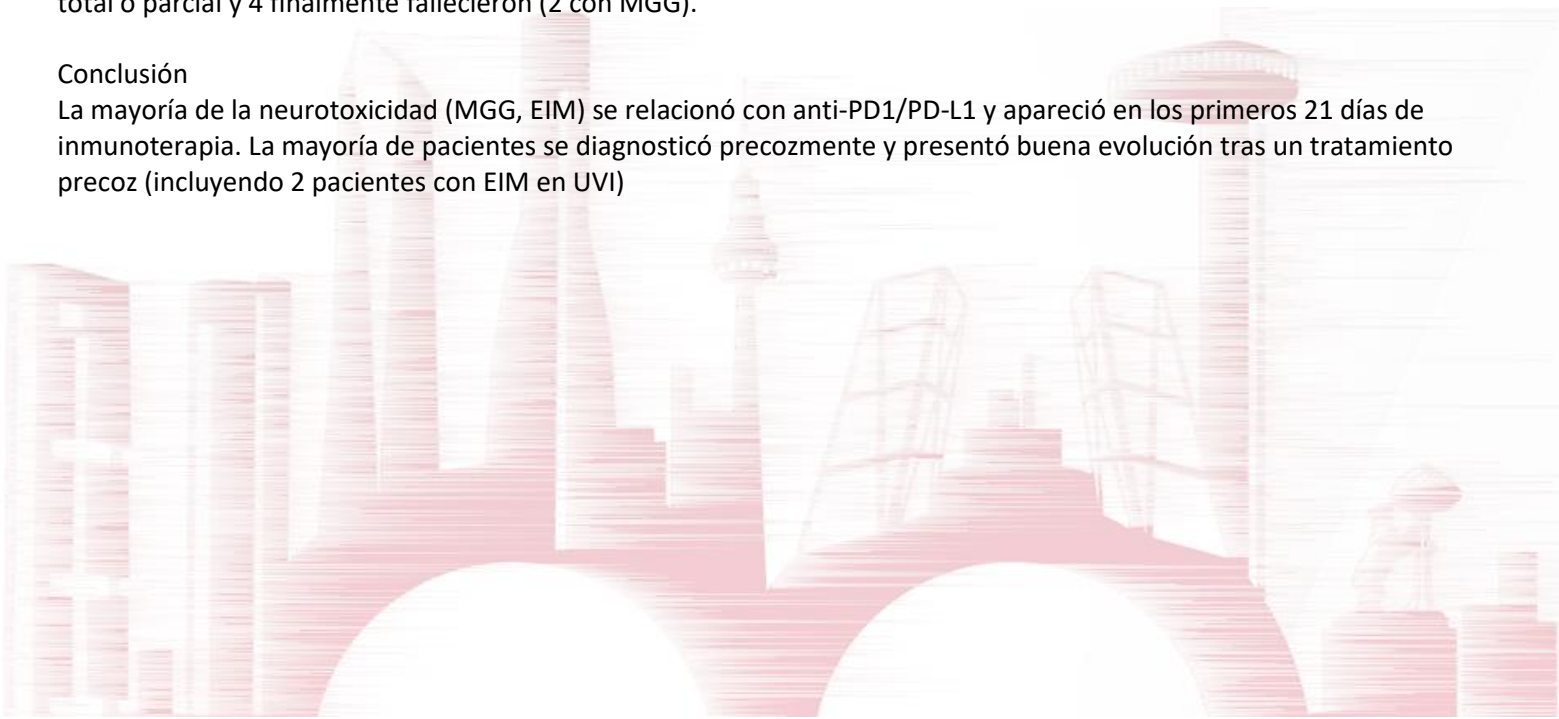
Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes en tratamiento con IC que manifestaron neurotoxicidad inmunomediada a lo largo de un periodo de 3 años (2016-2019) en un centro de tercer nivel.

Resultados

12 pacientes fueron incluidos (8 en tratamiento con anti-PD-1 o anti-PD-L1, 1 con anti-CTLA4 y 3 en terapia combinada). 4 pacientes desarrollaron miastenia gravis generalizada (MGG), 3 encefalitis inmunomediada (EIM), 3 encefalopatía relacionada con la inmunoterapia sin datos radiológicos/analíticos de encefalitis, 1 polineuropatía mixta y 1 polimiositis. Entre los pacientes con MGG, 3 fueron seropositivos, 3 debutaron en los primeros 21 días de inmunoterapia y todos estaban en tratamiento con anti-PD-1/PD-L1. Entre los pacientes con EIM, todos mostraron pleocitosis en LCR, ninguno mostró alteraciones en RM craneal, 1 estaba en tratamiento con anti-PD-L1, otro con anti-CTLA4 y otro en terapia combinada. 11 pacientes suspendieron el IC y recibieron bolos de corticoides intravenosos. La mitad de los pacientes recibió inmunoglobulinas intravenosas. Diez pacientes presentaron mejoría total o parcial y 4 finalmente fallecieron (2 con MGG).

Conclusión

La mayoría de la neurotoxicidad (MGG, EIM) se relacionó con anti-PD1/PD-L1 y apareció en los primeros 21 días de inmunoterapia. La mayoría de pacientes se diagnosticó precozmente y presentó buena evolución tras un tratamiento precoz (incluyendo 2 pacientes con EIM en UVI)





P-107

NEUROIMAGEN EN LISTERIA, CUANDO LO TÍPICO ES ATÍPICO

Begoña Venegas Pérez¹, Daniel Gallo Valentin¹, Marta Drake Pérez²

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, ²Servicio de Radiología, Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander

1. Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos por Resonancia Magnética (RM) cerebral en relación a un brote de Listeria Monocytogenes ocurrido entre los meses de junio-julio de 2019 en Cantabria.

2. Material y métodos

Se revisaron las RM cerebrales de 5 pacientes con cuadro compatible con meningoencefalitis infecciosa con crecimiento en LCR de Listeria Monocytogenes. A los 3 meses se realizó una RM de control en los pacientes supervivientes. Así mismo se comparó con la bibliografía disponible más reciente.

3. Resultados

Los pacientes (1 mujer, 4 varones) tenían edades comprendidas entre los 62-83 años. Entre los antecedentes de los varones destacaban alcoholismo (3 pacientes), senectud (1 paciente), HTA (3 pacientes), Dislipemia (2 pacientes) y ex/tabaquismo (4 pacientes). La mujer presentaba inmunosupresión. Ninguno tenía realizada RM previa por otro motivo. En 4 de los casos (80%) la RM cerebral mostró lesiones de sustancia blanca parcheadas sugestivas de leucopatía isquémica crónica microangiopática con rasgos atípicos (predominio subcortical bifrontoparietal y asimétrica frente al predominio periatral y simétrico de la leucopatía isquémica crónica habitual). En un paciente además existía material que restringía en difusión en astas occipitales y cisterna interpenduncular, sugestivo de meningitis purulenta. El 5º paciente no tenía lesiones en RM. Ninguno presentaba los rasgos típicos (abscesos o afectación de troncoencéfalo). Se realizó un control por RM a los 3 meses de los 2 pacientes supervivientes que había presentado lesiones observándose en uno de ellos una disminución en el tamaño e hiperintensidad en T2 y FLAIR, así como desaparición de los focos de restricción tras 6 semanas de tratamiento con ampicilina.

Se compararon estos hallazgos con los descritos en la cohorte de neurolisteria más amplia estudiada por RM (71 pacientes, grupo MONALISA), donde lo más frecuente (59%) fue la presencia de lesiones de sustancia blanca parenquimatosas similares a las que describimos.

1. Conclusiones

En nuestra pequeña serie, las características clásicamente asociadas a neurolisteriosis son poco frecuentes siendo el hallazgo más habitual la presencia de lesiones de sustancia blanca inespecíficas pero atípicas para catalogarlas de isquémicas crónicas.

El comportamiento radiológico a los 3 meses hace pensar que estas lesiones tengan un carácter reactivo inflamatorio local más que un origen isquémico lesional.

A pesar de la inespecificidad, la leucopatía no debe infraestimarse en un contexto epidemiológico infeccioso concreto con presentación atípica, ya que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuados contribuyendo a un peor pronóstico para una infección que de por sí ya es grave.



P-108

Primera recopilación de datos en el uso de tratamientos preventivos para la migraña, incluyendo el anticuerpo monoclonal erenumab, según la experiencia personal del paciente

María Navarro¹, Charly Gaul², Heike Israel-Willner³, Mirja Koch⁴, Katrin Schuh⁴

¹Novartis Farmacéutica, S. A., Barcelona, ²Migraine and Headache Clinic, Koenigstein am Taunus, Alemania, ³NFZB, Specialized Center of Neurology Berlin, Berlín, Alemania, ⁴Clinical Research Neuroscience, Novartis Pharma GmbH, Nuremberg, Alemania

Objetivos: La perspectiva del paciente respecto a nuevas opciones terapéuticas no se recoge sistemáticamente. La calidad de vida, incluyendo las actividades de la vida diaria, el tiempo con la familia y el bienestar del paciente, son factores decisivos en el manejo de la migraña. Por ello es fundamental entender la perspectiva del paciente en el tratamiento con erenumab, un anticuerpo monoclonal completamente humano que se une al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP, según sus siglas en inglés), disponible desde noviembre de 2018 en Alemania.

Material y método: Desde julio a diciembre de 2019, un cuestionario online a pacientes alemanes diagnosticados con migraña recopiló detalles acerca de su enfermedad y su experiencia con las terapias para la migraña. Además, a los pacientes que habían sido tratados con erenumab durante ≥ 3 meses se les preguntó por los resultados del tratamiento y el impacto en su vida.

Resultados: Un análisis intermedio incluyó 19.740 pacientes con migraña, el 39% de los cuales había recibido previamente tratamiento preventivo y el 37% estaba en tratamiento no farmacológico. El análisis incluyó 91 pacientes tratados con erenumab con una media de duración de la enfermedad de 18 años. Estos pacientes tratados con erenumab habían sido tratados con una media de 6,1 tratamientos preventivos farmacológicos distintos. El 85% de los pacientes con erenumab declaró que podía enfrentarse mejor a las actividades de la vida diaria, el 83% perdió menos días a causa de la migraña desde el inicio de tratamiento y el 47% había experimentado una mejoría en los síntomas de la migraña tras la primera inyección.

Conclusiones: El estudio PERISCOPE proporciona los primeros datos de práctica clínica en pacientes alemanes tratados con erenumab y muestra el beneficio que experimentan con erenumab respecto a mejor calidad de vida y reducción de síntomas específicos de la migraña.

Los datos en práctica clínica son recogidos principalmente por clínicos, centros especializados en cefalea y neurólogos para entender la eficacia y seguridad del producto. Sin embargo, en la indicación de la migraña, los beneficios personales del paciente como su cambio en la calidad de vida y la impresión de primera mano sobre los días perdidos por la migraña (en trabajo/escuela/tiempo con la familia y amigos) y la capacidad de volver a planificar su vida son factores decisivos para entender los resultados del tratamiento.



P-109

Parálisis del nervio hipogloso: serie de 17 casos de una entidad infrecuente.

David Seoane Fernández¹, Lucas Roca Rodríguez¹, Mariano Ruiz Ortiz¹, Antonio Martínez Salio¹, Alberto Villarejo Galende¹, Marta González Sánchez¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

Objetivos: La neuropatía del nervio hipogloso (XII) es un cuadro clínico poco frecuente que tiene un amplio abanico etiológico. Presentamos una serie clínica de esta entidad.

Materiales y métodos: Serie descriptiva, retrospectiva y unicéntrica de los casos de parálisis del XII aislada o en contexto de neuropatía craneal múltiple (NCM) identificados por su codificación diagnóstica en un hospital terciario, entre los años 2000-2020.

Resultados: Se identificaron 17 casos, 11 mononeuropatías del XII y 6 NCM. En el primer grupo, 7/11 varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 55 años (rango 44-71) y etiologías diversas: 2 idiopáticos, 2 pseudoaneurismas carotídeos tras disección, 1 neuroborreliosis, 2 posquirúrgicos (endarterectomía carotídea e intubación) y 4 tumorales (linfoma B estadio IV, tumor de células gigantes occipital, 2 metástasis occipitales). En el segundo grupo, 3/6 varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 45,5 años (rango 14-76) y todos asociados a tumores: 2 por lesión directa (cordoma del clivus, paraganglioma yugular), 3 tras cirugía (ependimoma de fosa posterior, dos paragangliomas yugulares) y 1 tras radioterapia (cáncer de cavum). Los casos de nuestra serie presentan hallazgos de neuroimagen representativos de esta entidad. Al comparar ambos grupos, la etiología tumoral fue más frecuente en las NCM (100% vs. 36,4%). Todos los casos idiopáticos y secundarios a patología carotídea fueron mononeuropatías (18,2 y 27,2% respectivamente). La focalidad hipoglosa mejoró sin limitación funcional en 10/11 (90,9%) mononeuropatías y en 3/6 (50%) NCM.

Conclusiones: La afectación del XII aislada presentó etiologías diversas, pero en contexto de NCM se asoció invariablemente a tumores o a su tratamiento. El pronóstico funcional fue mejor en las mononeuropatías del XII. Nuestros hallazgos concuerdan con lo descrito en la literatura previa.





P-110

Un varón de 40 años con panuveítis y alteración mnésica durante la pandemia de COVID-19.

David Seoane Fernández¹, Lucas Roca Rodríguez¹, Mariano Ruiz Ortiz¹, Noemí Franco Domingo¹, María Isabel Laespada García¹, Daniel Sánchez Tejerina, María Rosa González Crespo¹, Alberto Villarejo Galende¹, Marta González Sánchez¹

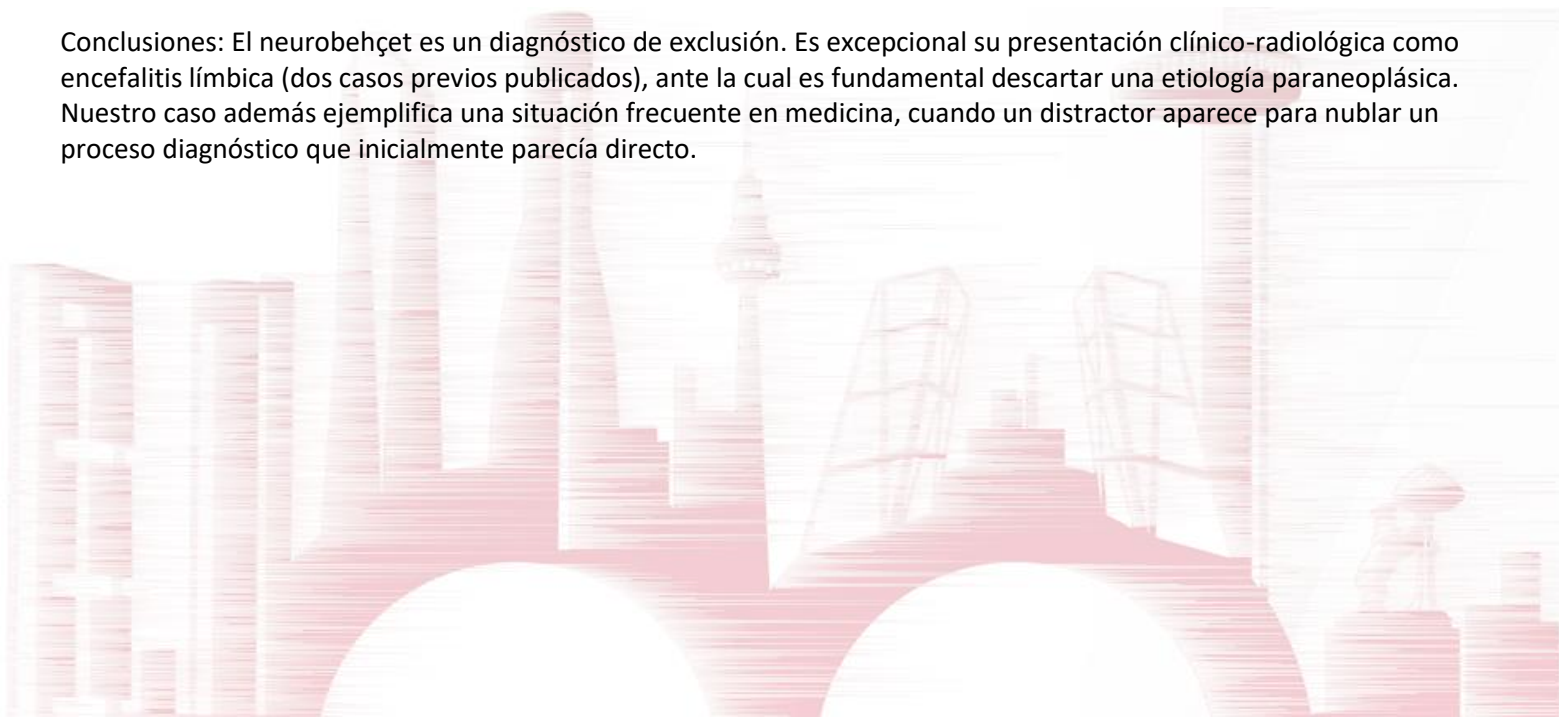
¹Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

Objetivos: Comunicar una etiología excepcional de encefalitis límbica.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico. Revisión de la literatura.

Resultados: En marzo de 2020, un varón de 40 años consultó por pérdida de memoria reciente, alteraciones conductuales, cefalea inespecífica y fiebre diaria de semanas de evolución. En noviembre de 2019 le diagnosticaron una panuveítis bilateral idiopática, y tenía antecedentes de aftas orales recurrentes y lesiones acneiformes en los últimos cinco años. En la exploración presentaba febrícula, amnesia anterógrada, una afta oral aislada y signos de vasculitis retiniana bilateral. Tras TC craneal normal, se obtuvo LCR con pleocitosis mononuclear e hiperproteínorraquia. Se orientó como una meningoencefalitis subaguda en contexto de un síndrome úveo-meníngeo, con afectación multisistémica con criterios de enfermedad de Behçet. La RM craneal reveló una meningoencefalitis de predominio límbico, atípico para un neurobehçet, y el PET cerebral mostró hipometabolismo en ambos lóbulos temporales. Se ampliaron estudios de autoinmunidad, microbiología y anticuerpos onconeuronales en suero y LCR, negativos. Se rastrearon tumores ocultos mediante ecografía escrotal y PET-TC toracoabdominopélvico, hallándose un infiltrado pulmonar y una adenopatía adyacente hipermetabólicos compatibles con malignidad. ¿Era verosímil una encefalitis límbica paraneoplásica simultánea a la enfermedad de Behçet? Pero días después el proceso pulmonar evolucionó a una neumonía intersticial bilateral sugestiva de COVID-19, con confirmación serológica posterior y buena evolución. Eliminado el distractor, se diagnosticó finalmente de neurobehçet.

Conclusiones: El neurobehçet es un diagnóstico de exclusión. Es excepcional su presentación clínico-radiológica como encefalitis límbica (dos casos previos publicados), ante la cual es fundamental descartar una etiología paraneoplásica. Nuestro caso además ejemplifica una situación frecuente en medicina, cuando un distractor aparece para nublar un proceso diagnóstico que inicialmente parecía directo.





P-111

Identificación de factores predictores de recurrencia en amnesia global transitoria.

Sergio Secades García¹, Elena de Celis Ruíz¹, Blanca Fuentes¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos: Definir las características demográficas y clínicas de los pacientes con amnesia global transitoria (AGT) recidivante e identificar posibles factores de riesgo de repetición de los episodios.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes atendidos por Neurología en Urgencias hospitalarias de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 22 meses (agosto 2018-Mayo 2020) que cumplieron criterios clínicos de AGT. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivalente comparando a pacientes con un único episodio de AGT frente a pacientes con al menos dos episodios, para identificar posibles factores asociados a la incidencia AGT recurrente (sexo, edad, comorbilidad, duración del episodio, desencadenante referido).

Resultados: Se incluyeron un total de 123 pacientes con diagnóstico de AGT. Un 60,5% mujeres. 23 presentaron al menos una recidiva. La edad media fue de 65,18 años (DE±11,1) sin diferencias significativas entre los grupos. Se observó una mayor incidencia en ambos grupos en las primeras horas del día (hasta un 44.3% de los casos ocurrieron entre las 8-12 am.) No hubo diferencias significativas en cuanto duración de los episodios o antecedentes patológicos previos (factores de riesgo vascular, migraña, epilepsia u otras patologías). El sexo femenino se mostró como el principal marcador de riesgo para la repetición de episodios ($p=0,016$; OR 3.817; IC95% 1.21-12.03). Un 35% de los pacientes con AGT recidivante refirieron esfuerzo o maniobra de Valsalva como desencadenante ($p=0,04$; OR 3.2; IC95% 1.03-10.011).

Conclusiones: El sexo femenino se asocia a un mayor riesgo de repetición de episodios de AGT recurrente. El desencadenante de esfuerzo también es significativamente mas frecuente en AGT recurrente. Sin influencia de otros factores como la edad, los factores de riesgo vascular o los posibles desencadenantes.





P-112

Síndrome Cognitivo-Afectivo Cerebeloso asociado a Degeneración Cerebelosa Paraneoplásica por anticuerpos anti-Yo secundaria a carcinoma de ovario.

Jorge Gómez Corral¹, Fernando Pérez Trapote¹, Belén Baena Álvarez¹, Ana Gómez López¹, Adriana Celdrán de Castro¹, Raquel Sainz Amo¹, Eva María Guerra Alia¹, Javier Torres Jiménez¹, María Fernández Abad¹, Enrique Moratalla Bartolomé¹, Guillermo García Rivas¹, Beatriz Zarza Sanz¹, Francisco Javier Buisán Catevilla¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Objetivos: Se expone un caso clínico de Degeneración Cerebelosa Paraneoplásica con expresión inicialmente motora por anticuerpos anti-Yo secundarios a carcinoma de ovario. Posteriormente presenta afectación de funciones superiores que cumple los criterios diagnósticos propuestos por Schmahmann de Síndrome Cerebeloso Cognitivo-Afectivo.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Una mujer de 35 años de edad consulta por inestabilidad y mareo con giro de objetos. El mes previo había consultado por diplopía. En la exploración destacaba ataxia, nistagmo multidireccional y descoordinación de extremidades izquierdas. Se detectaron anticuerpos anti-Yo en suero y LCR asociados a elevación de Ca125. Las pruebas de imagen sugerían neoplasia ovárica bilateral con implantes peritoneales. Se comprobó ausencia de infiltración en SNC. Presentó leve mejoría transitoria con IGIV y bolos de corticoides. Tras biopsia de adenopatía positiva para carcinoma seroso de ovario de alto grado se inicia quimioterapia neoadyuvante con respuesta parcial y posterior anexectomía bilateral. Estadiaje IIIB. Presenta de nuevo mejoría leve transitoria con posterior extensión de clínica motora a extremidades derechas y síndrome disejecutivo por la que se descarta de nuevo infiltración de SNC. En la evolución presenta crisis epilépticas focales controladas con un único fármaco. La inexorable progresión a afasia grave, apatía y confinamiento en cama condiciona retirada de tratamiento activo.

Conclusiones: La afectación de funciones superiores por patología cerebelosa ha sido estudiada en los últimos años. Presentamos uno de los pocos casos descritos de Síndrome Cognitivo-Afectivo Cerebeloso asociado a Degeneración Cerebelosa por anti-Yo aplicando criterios diagnósticos de Schmahmann.





P-113

Diagnóstico etiológico en las Infecciones del Sistema Nervioso Central: PCR múltiple

Marta Guillán Rodríguez¹, Antía Martínez Pillado¹, Concepción Pérez-Jorge Peremarch¹, Natalia Barbero Bordallo¹, Juana C Martínez-Ramos¹, Beatriz Alvarez Mariño¹, Carlos Ordás Bandera¹, Sara Bellido Cuellar¹, Jose Fernández Ferro¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid

Objetivo:

Tradicionalmente el diagnóstico microbiológico de las infecciones del SNC (ISNC) se ha realizado mediante cultivos LCR y técnicas moleculares como la PCR en tiempo real. Los microorganismos causantes de estas infecciones se identifican en menos del 40% de los casos. Nuevas técnicas cualitativas multiplexadas como el FilmArray Meningitis/Encephalitis Panel® (PCR-múltiple) permiten estudiar hasta 14 patógenos en una hora con una sensibilidad-94.2% y especificidad-99.8%. Analizamos si esta herramienta diagnóstica ha aumentado el número de ISNC con agente etiológico conocido en nuestro hospital.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico al alta de meningitis, encefalitis o meningoencefalitis desde 30-abril-2012 hasta 20-diciembre-2019. Dividimos en dos grupos: PrePCR-múltiple y PostPCR-múltiple a partir de marzo-2015 que se dispone de la técnica a petición del facultativo.

Resultados:

166 casos fueron identificados: 123-meningitis, 19-encefalitis y 24-meningoencefalitis. El 44,5% mujeres, edad media $39,3 \pm 26,2$ años, 50% (43) de los agentes conocidos fueron virus. El grupo PrePCR-múltiple n=71 casos y el grupo PostPCR-múltiple n=95 casos fueron similares en características clínicas. El agente causal fue identificado en el grupo PrePCR-múltiple en 28 casos (39,4%) vs en el grupo PostPCR-múltiple con 56 casos (58,9%), $p=0.0129$. Fueron necesarias 98 PCR simples (51-VH1-2, 11-VVZ, 36-Enterovirus) para llegar a 19 diagnósticos microbiológicos (19,3%) en el grupo PrePCR-múltiple vs 83 PCR (54-PCR múltiples y 29-VHS) para 37 diagnósticos (44,5%) en el grupo PostPCR-múltiple, $p=0.0003$. A pesar de esto el médico ajusto el tratamiento en un porcentaje similar de casos y no hubo diferencias en estancia hospitalaria, días de tratamiento, secuelas ni mortalidad entre los dos grupos.

Conclusiones:

En nuestra serie, el estudio etiológico de las ISNC empleando la PCR múltiple aumenta la rentabilidad de la muestra y disminuye el número de técnicas de biología molecular necesarias para alcanzar un diagnóstico. Esta técnica permite identificar en un solo paso más agentes causales y por tanto debería permitir al facultativo dirigir mejor el tratamiento.



P-114

Beneficios de una Unidad de alta resolución neurológica (UAR). Resultados a 4 años

Juana Martínez Ramos¹, Drs Begoña Venegas Perez¹, Gustavo Torres Gaona¹, María Ángeles Aranda Calleja¹, Elena Guerra Schulz¹, Natalia Barbero Bordallo¹, Jose Fernández Ferro¹

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid

Objetivos:

En un escenario de demanda creciente de la patología neurológica, ponemos en marcha la UAR buscando una atención integral de la patología neurológica preferente mediante una atención rápida que garantice un enfoque diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz, reduciendo al mínimo el coste humano y económico

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de la actividad de la UAR realizada en el hospital de día desde octubre de 2015 hasta diciembre 2019, determinando procedencia de los pacientes, tiempo hasta su valoración, tipo de patología neurológica, pruebas complementarias realizadas (analítica, sonografía, neuroimagen, neurofisiología, monitorización ECG 5h o PL), ingresos evitados y días de estancia ahorrados

RESULTADOS:

Han sido valorados 485 pacientes. El tiempo medio hasta la valoración fue de 6,7 días. La procedencia fue 49% de consultas externas y 39% de la guardia. El 36% de los pacientes ingresaron con sospecha de patología cerebrovascular y el 29 % patología desmielinizante. Del total de pacientes 266 (54,8%) precisaron estudio completo y 218 (44,9%) solo una prueba. Tras el estudio la gran mayoría (86%) de los pacientes fueron derivados a una consulta monografica, 5% fueron altas directas y solo 1,7% precisó ingreso. Se evitaron 127 ingresos. Ajustando por motivo de consulta, la estancia media depurada y días de valoración se calcula un índice estancia/días evitados de 3,8.

CONCLUSIONES:

La patología preferente manejada a través de la UAR permite ofrecer una atención integral y rápida, evita ingresos innecesarios y permite un uso más eficiente de los recursos asistenciales





P-115

Reducción de la alodinia tras el tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP

Rafael Jenaro Martínez Marín¹, Gabriel Torres Iglesias¹, María Sastre Real¹, Manuel Lara Lara¹, Javier Díaz de Terán Velasco¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos: La alodinia cutánea (AC) es un marcador clínico de la presencia de sensibilización central y cronificación de la migraña. La monitorización de la alodinia como factor pronóstico es una práctica cada vez más recomendada. El nacimiento de los nuevos AMC son una nueva oportunidad para contribuir a la decronificación de la migraña y la reversión del fenómeno de sensibilización central. Medir los cambios que se producen en la AC en pacientes con migraña refractaria (MR) tras 3 meses de tratamiento

Material y Metodos: Estudio prospectivo de pacientes con MR que recibieron tratamiento con AMC entre febrero y marzo 2020. Se evaluaron datos demográficos, variables clínicas y medición de la AC mediante la ASC (Allodynia Symptom Checklist) de manera basal y tras 3 meses de tratamiento.

Resultados:

N= 40 pacientes con una Edad media de 48,1 años (DE: ± 10), la mayoría mujeres (92,3%) diagnosticadas de migraña crónica (79,5%). Los pacientes fueron clasificados según la puntuación de alodinia ASC en "No alodinia" (0-2), "alodinia leve" (3-5), "alodinia moderada" (6-8) y "alodinia grave" (>9). 14 pacientes presentaron alodinia leve (29%), 8 pacientes moderada (16,7%) y 4 grave (10,4%), con una mediana de ASC basal de 5 (RIC 5,7) y media de 5,46 (DE 3,13). Tras 3 meses de tratamiento la media de puntuaciones en la escala ASC de 4,64 (DE 2,87), sin una disminución significativa en el global (T de Student de muestras emparejadas, $p=0,238$). Al comparar la progresión de los pacientes con alodinia moderada-grave, observamos una disminución con tendencia a la significación de la alodinia media desde 8,64 (DE 2,42) a 4,82 (DE 3,68) (T de Student de muestras emparejadas, $p=0,002$).

Conclusiones: El tratamiento con AMC en pacientes con MR reduce la AC de manera más efectiva en el subgrupo que presenta un grado moderado-grave.



XVIII

REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



SESIÓN PÓSTER 08. Cefalea

Revisores:

Germán Latorre González. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Ana Beatriz Gago Veiga. Hospital Universitario De La Princesa, Madrid





P-116

Bloqueo anestésico del nervio occipital mayor: efecto sobre la fotofobia en pacientes con migraña

Javier A. Membrilla López¹, María Sastre¹, Lucía Sánchez Casado¹, Javier Díaz de Terán¹

¹H. U. La Paz, Madrid

OBJETIVO: Estudiar el efecto del bloqueo anestésico (BA) del nervio occipital mayor (NOM) sobre la fotofobia en pacientes con migraña.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional caso-control prospectivo en el que se reclutó a pacientes con migraña y fotofobia evaluados en una Unidad de Cefaleas. Los casos fueron pacientes a los que se realizó BA del NOM (si EVA>7 en consulta). Se completaron la escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HAD), el cuestionario de calidad de vida específico de migraña (MSQ), la escala de Utah de impacto de fotofobia (UPSIS-12) y el cuestionario coreano de fotofobia (KUMC-8) antes del bloqueo (V1) y una semana después (V2).

RESULTADOS: Se reclutaron 31 pacientes: 21 casos (67.7%) y 10 controles. En V1, las puntuaciones medias (\pm DE) de los casos no presentaron diferencias significativas con respecto a los controles (HAD-A: 10.8 ± 3.8 vs 8.9 ± 3.7 , $p=0.59$; HAD-D: 8.3 ± 4.7 vs 6.3 ± 3.2 , $p=0.55$; MSQ-RFR: 39.6 ± 21.4 vs 42.4 ± 14.3 , $p=0.93$; MSQ-RFP: 56.2 ± 24.9 vs 56.5 ± 16.8 , $p=0.71$; MSQ-EF: 45.4 ± 30.0 vs 45.4 ± 27.5 , $p=0.44$; UPSIS-12: 26.6 ± 8.1 vs 28.9 ± 7.8 , $p=0.71$; KUMC-8: 6.8 ± 1.1 vs 6.8 ± 6.0 , $p=0.55$). En V2, los casos presentaron una mejoría estadísticamente significativa en las escalas de valoración de fotofobia (UPSIS-12: -7.2 , $p=0.001$; KUMC-8: -1.3 , $p=0.017$). Se observó mayor reducción en UPSIS-12 en los casos sin aura respecto a los casos con aura (-11.6 vs -5.0 puntos, $p=0.038$).

CONCLUSIÓN: El bloqueo del NOM tiene un efecto beneficioso para la fotofobia de los pacientes migrañosos, cuantificado con las escalas UPSIS-12 y KUMC-8. Los pacientes sin aura experimentaron un mayor beneficio. El BA podría ser un recurso terapéutico útil ante la fotofobia.





P-117

Anamnesis de la cefalea en Urgencias: evaluación del impacto de una sesión formativa

Carlos Hervás Testal¹, Sonia Quintas Gutierrez¹, Ms. Alba Somovilla¹, Jaime Alonso Maroto¹, Carmen Del Arco¹, José Vivancos Mora¹, Ana Gago Veiga¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, Madrid

Introducción y objetivos.

Las cefaleas constituyen una de las patologías más frecuentes en Neurología y representan alrededor del 25% de los motivos de consulta neurológicos en los Servicios de Urgencias donde, generalmente, una anamnesis y exploración física dirigidas son suficientes para su manejo inicial.

Se pretende evaluar el impacto de una sesión formativa sobre el manejo básico de una cefalea atendida en el Servicio de Urgencias, dirigida a médicos en formación (MIR), y valorar el impacto de esta intervención en el manejo diagnóstico-terapéutico de las cefaleas primarias.

Material y métodos.

Estudio cuasiexperimental de intervención en el que se comparan el número de ítems recogidos en la anamnesis de las historias clínicas de pacientes atendidos por cefalea y el porcentaje de pacientes con un diagnóstico y/o manejo específico durante los dos meses anteriores con los dos meses posteriores a la sesión formativa.

Resultados.

Finalmente se analizaron 369 historias clínicas, 196 pre-sesión y 173 post-sesión. El número de ítems esenciales muestra un incremento post-intervención de 4,34 a 4,67 ($p=0,007$) y en los ítems totales de 6,91 a 7,59 ($p=0,001$). Asimismo, se detectó un aumento del 11,8% en el porcentaje de pacientes que recibieron un diagnóstico concreto de cefalea primaria al alta ($p=0,002$) en el grupo post-intervención.

Conclusión.

Las intervenciones educativas colectivas pueden contribuir a mejorar el proceso de anamnesis. Esto las sitúa como medidas potencialmente coste-efectivas para optimizar el manejo del paciente con cefalea en Urgencias, constituyendo el primer paso para modificar el escalón diagnóstico-terapéutico del proceso clínico-asistencial.





P-118

Las nuevas terapias contra CGRP son efectivas en pacientes con cefalea por uso excesivo de medicación

Javier Díaz De Terán Velasco^{1,2,3}, María José Ruiz-Castrillo¹, Manuel Lara¹, María Sastre Real¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Universitario La Paz Institute for Health Research (IdiPAZ), Madrid, Spain, Madrid, Spain, ³CranioSPain Research Group. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Universidad Autónoma de Madrid. Physiotherapy Department. Madrid, Spain, Madrid

Objetivo: Evaluar la efectividad de los anticuerpos monoclonales (AMC) dirigidos contra el CGRP (galcanezumab) o su receptor (erenumab) en pacientes con cefalea por uso excesivo de medicamentos (CUEM) y migraña refractaria. Contar su impacto en el consumo de medicación sintomática (MS).

Métodos: Estudio prospectivo realizado en la Unidad de cefaleas del Hospital La Paz. Se reclutaron 33 pacientes con migraña y CUEM que recibieron tratamiento con AMC. Se evaluaron cambios en días de migraña al mes (DMM), tasas de respuesta, reducción de consumo de MS y escalas de discapacidad (HIT6, MIDAS) tras 3 meses de tratamiento.

Resultados: Edad media de $49,3 \pm 10,2$ años siendo el 91% mujeres. 60,6 % tenía comorbilidad psiquiátrica. La mayoría (81,8%) presentaban migraña crónica y los restantes episódica de alta frecuencia. La media de preventivos previos usados era de $7,6 \pm 3,4$ y todos habían probado OnabotulinumtoxinA.

Basalmente tenían $19,2 \pm 6,0$ de días de migraña al mes (DMM) con un consumo mensual de AINES de $21,0 \pm 22,8$ y de $17,7 \pm 13,5$ triptanes; HIT6 $67,3 \pm 5,3$, MIDAS $40,2 \pm 40,5$.

El 81,8% recibió erenumab y el 18,2% galcanezumab

A los 3 meses de tratamiento tuvieron una disminución de: DMM $7,8 \pm 9,3$; AINEs mensuales $11,6 \pm 17,9$; triptanes mensuales $9,1 \pm 7,8$; MIDAS: $38,4 \pm 46,8$, HIT-6: $10,6 \pm 12,9$. El 43,8% dejó de cumplir criterios de CUEM.

Las tasas de respuesta de $\geq 30\%$, $\geq 50\%$ y $\geq 70\%$ en los DDM fue del 63,6%, 51,5% y 30,3% respectivamente.

Conclusión: Tras 3 meses de tratamiento los AMC son efectivos reduciendo la gravedad, discapacidad y el consumo de MS en pacientes con migraña y CUEM asociada. La presencia de CUEM no debe ser una limitación para la indicación de estas terapias.



P-119

Las terapias anti CGRP mejoran el catastrofismo y la comorbilidad psiquiátrica.

Gabriel Torres Iglesias¹, Rafael Martínez Moran¹, María Sastre Real¹, Javier Díaz de Terán¹

¹HULP, Madrid

Introducción y objetivo: Los anticuerpos monoclonales (AMC) contra el CGRP representan un avance importante en el manejo de la migraña refractaria (MR). El catastrofismo es una conducta mal adaptativa al dolor que condiciona en gran medida la evolución de una enfermedad y tiene relación con la presencia de ansiedad y depresión. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del tratamiento con AMC contra CGRP en el catastrofismo y los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con MR.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con MR que recibieron tratamiento con AMC entre febrero y mayo del 2020. Se evaluaron datos basales demográficos, días de migraña al mes (DMM), tratamientos previos, respuesta al tratamiento (definida como reducción igual o mayor 50% DMM), Catastrofismo ante el dolor Pain Catastrophizing Scale (PCS), ansiedad y depresión con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (subescalas HADSA y HADSD). Se recogieron estos parámetros de nuevo tras 3 meses de tratamiento.

Resultados: 50 pacientes recibieron tratamiento con AMC de ellos 40 habían completado tratamiento durante 3 meses. Edad media de 48,1 años (DE: ± 10), la mayoría mujeres (92,3%). 8 pacientes (20,5%) estaban diagnosticados de migraña episódica de alta frecuencia y 31 (79,5%) de migraña crónica. La media de DMM fue 19,7 días (DE: $\pm 6,7$). 33 (86,8%) pacientes cumplían criterios de cefalea por uso excesivo de medicamentos. Se trataron con Erenumab 33 (82,5%), y recibieron tratamiento con Galcanezumab 7 (17,5%). 21 (52,5%) pacientes respondieron al tratamiento. La medida del catastrofismo evaluada por la escala PCS mejoró significativamente después del tratamiento (28,2 vs 16,1; $p < 0,01$). De media los respondedores mejoraron 14,3 puntos y los no respondedores 9,8 puntos, aunque esta diferencia no fue significativa ($p = 0,178$). La ansiedad medida por la subescala HADSA mejoró significativamente tras tratamiento a los 3 meses (10 vs 7,4; $p < 0,001$). La depresión medida por la subescala HADSD mostró mejoría en los valores tras tratamiento (9,3 vs 5,7), pero no fue estadísticamente significativa ($p < 0,281$).

Conclusiones: Los AMC contra el CGRP son efectivos reduciendo el catastrofismo y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con MR tras 3 meses de tratamiento.





P-120

Neuralgia del nervio intermediario, cuando el oído da la cara.

Alex Jaimes¹, Enf. Olga Pajares¹, Jaime Rodríguez Vico

¹Unidad de Cefaleas - Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo/Métodos:

Describir las características clínicas de 2 pacientes con neuralgia del nervio intermediario

Introducción:

La neuralgia del nervio intermediario es un dolor craneofacial considerablemente infrecuente. Se caracteriza por otalgia paroxística, por lo que en 1907 fue descrita por Hunt como neuralgia del geniculado, considerando que podía ser secundaria a la afectación de la rama sensitiva del NC VII. Posteriormente, Clark y Taylor demostraron que la etiología subyacía en el nervio intermediario. Está entidad está incluida en la International Classification of Headache Disorders 3rd edition (ICHD-3) en el apartado 13: Lesiones dolorosas de los pares craneales y otros dolores faciales.

Resultados:

Caso 1: hombre de 63 años, con antecedente de carcinoide endobronquial y urotelioma vesicular con recidiva en el pulmón derecho (ambos en remisión) y síndrome ansioso-depresivo. Desde al menos 5 años antes de la consulta, presentaba paroxismos de dolor tipo descarga eléctrica en la profundidad del canal auditivo izquierdo, ocasionalmente irradiado hacia la región temporal ipsilateral y menos frecuentemente con dolor referido a la zona del trapecio ipsilateral. A diario presentaba múltiples episodios de segundos de duración con una Intensidad 8/10. No identificaba desencadenantes. Fue valorado en diferentes centros por otorrinolaringología sin evidenciar hallazgos patológicos. La exploración neurológica fue normal. Ante la sospecha de neuralgia del nervio intermediario se realizó RM cerebral que no evidenció contacto vascular u otros hallazgos patológicos. Se inició tratamiento con Eslicarbazepina en dosis ascendente hasta 1200mg/día con desaparición completa del dolor. Tras 1 año de seguimiento el paciente permanece asintomático.

Caso 2: Mujer de 26 años, sin antecedentes de interés, que desde hacía 11 meses presentaba episodios de dolor tipo descarga eléctrica de segundos de duración a nivel profundo del canal auditivo derecho, sin irradiación cefálica o faríngea, de intensidad 10/10, con frecuencia diaria, sin desencadenantes. Había sido valorada por otorrinolaringología sin evidenciar patología. La exploración neurológica fue estrictamente normal. Ante la sospecha de neuralgia del nervio intermediario se realiza RM cerebral y CASI que no evidencia contacto vascular u otros hallazgos. Se inició tratamiento con Eslicarbazepina en dosis ascendente hasta 800mg/día con mejoría progresiva de los síntomas, en la última revisión presentaba 4 episodios/mes, se subió la dosis a 1200mg/día pero se desconoce la evolución dado que perdió el seguimiento.

Conclusiones:

La neuralgia del nervio intermediario es una patología infrecuente, con unas características particulares que la diferencian de otras entidades. Su correcto diagnóstico permite un mejor abordaje terapéutico.



A

A Obeso, J	O-006	Alonso Cánovas, A	O-005, P-033, P-035, P-036, P-037, P-039, P-041, P-042
Abenza Abildua, M	P-074	Alonso Cánovas, A	P-034
Abenza Abildua, M	P-075	Alonso de Leciñana, M	O-003, P-002, P-003, P004
Adams, D	O-017	Alonso de Leciñana Cases, M	P-001
Aguilar-Amat Prior, M	P-070	Alonso López, E	P-003, P-095
Aguirre, C	O-002, O-007, P-010, P-017, P-018, P-020, P-048, P-060, P-063	Alonso Maroto, J	P-015, P-117
Aguirre Hernández, C	O-001, P-007, P-013, P-015, P-050	Alonso-López, E	P-002
Aguirre Hernández, C	P-014	Alvarez Mariño, B	P-028, P-113
Aizpun, Á	P-010, P-032	Alvargonzález, C	O-002
Aizpún, Á	O-002	Anciones, C	O-012
Aizpun Armendariz, A	P-020	Anciones Rodriguez, V	P-092
Aizpun Armendariz, A	P-016	Aranda Calleja, M	O-004
Aizpún Armendariz, Á	P-015	Aranda Calleja, M	P-114
Alabarce, W	P-062	Arias, E	O-022
Aladro Benito, Y	O-008, P-058	Arias Felipe, A	P-031
Alarcón, T	O-007	Armada, E	P-003
Alba Alcántara, L	P-025	Arnold, D	P-053
Alba Suárez, E	P-057, P-085, P-100	Arnold, D	P-054
Alba Suárez, E	P-055, P-059	Arnould, S	P-053, P-054
Albert, P	O-002, P-020	Arroyo Ferrar, A	P-089
Alcántara Miranda, P	P-029	Arroyo Ferrer, A	P-079, P-088
Aldave Orzaiz, B	P-026	Arroyo Ferrer, A	P-022
Aledo-Serrano, Á	O-012	Astudillo Rodriguez, I	P-103
Alguacil Núñez, C	P004	Astudillo Rodríguez, I	P-068
Almarcha Menargues, M	P-074, P-075	Ayala Rodrigo, J	P-082
Alonso, C	P-017	Azcárate Díaz, F	P-005
Alonso, F	O-006	Azcárate Díaz, F	P-024
Alonso, J	P-017, P-018	Azcárate Díaz, F	O-021
Álvarez, C	P-105	Álvarez Mariño, B	O-004
Álvarez, P	P-106	Ávila, G	P-058



B

Baena Alvarez, B	P-009, P-033, P-034, P-094	Beltrán Corbellini, Á	P-094
Baena Álvarez, B	P-019, P-037, P-038, P-042, P-067, P-090, P-096, P-112	Benedict, R	P-056
Baena Álvarez, B	P-011, P-027	Benedict, R	P-054
Balugo, P	P-081	Berber, E	O-017
Barbero Bordallo, N	O-004, P-012	Blanco Fuentes, M	P-092
Barbero Bordallo, N	P-028, P-113, P-114	Blesa, J	O-006
Barbosa, A	O-001	Borrue Fernandez, C	P-044
Bar-or, A	P-056	BOTE GASCON, M	O-022
Bar-or, A	P-053, P-054	Brannagan, T	O-017
Barroso-Merinerio, A	P-045	Buisan Catevilla, F	P-067, P-106
Beck Román, E	P-086, P-091	Buisán Catevilla, F	P-033, P-090, P-096, P-098, P-112
Bellido Cuellar, S	O-004, P-028, P-113	Buiza Palomino, L	P-003
Beltran Corbellini, A	P-035, P-036	Burgos Santamaría, D	P-034
Beltrán Corbellini, Á	O-005, O-010, P-019, P-038, P-039, P-041, P-042, P-087, P-090, P-098, P-106		

C

Caballero Caballero, J	P-064	Castro Hernández, M	P-065
Caballero Cadenas de Llano, Á	P-038	Castro Valdeolmillos, S	P-049
Cabello de la Rosa, J	P-034	Cazorla García, R	P-029
Cabestrero Alonso, D	P-038	Cebrián Escudero, J	P-013
Cabrera Martín, M	O-014, P-081, P-082	Celdrán de Castro, A	P-019, P-112
Caldrán de Castro García, A	P-067	Celdrán de castro garcía, A	P-094
Calleja Castaño, P	O-021, P-005, P-024	Celdrán de castro García, A	P-033
Canabal, A	O-002	Celdrán de castro García, A	P-034
Caniego, J	P-010, P-020	Celdrán de Castro García, A	P-009, P-011, P-027, P-087, P-096
Caniego, J	O-001, P-006, P-007	Celdrán de Castro García, A	P-037
Caniego, J	O-002	Cemillán Fernández, C	P-076
Caniego Monreal, J	P-014	Chamorro-Hernández, B	P-055
Caniego Monreal, J	P-015	Chaparro, M	P-061
Cantador Pavón, E	P-069, P-086, P-091, P-099	Chico García, J	O-010, P-038, P-041, P-042, P-087, P-090, P-094, P-098
Cantarin, V	P-060	Chico García, J	O-005, P-039, P-106
Capote Díez, M	P-052	Chico-García, J	P-019



Carcamo, A	P-043, P-103
Cárcamo Fonfría, A	O-008, P-068
Cárcamo Fonfría, A	P-058
Cárdenas Fernández, M	O-013
Cardeñoso, L	O-007
Carneado-Ruiz, J	P-025
Carrasco Moro, R	P-067
Carrasco Sayalero, Á	P-098
Carreras, M	P-081
Carreras Delgado, J	P-081
Carretero Barrio, I	P-067
Casado, L	P-032
Casado Fernandez, L	P-006
Casado Fernández, L	P-021
Casado Fernández, L	P-071
Casas Limón, J	P-069, P-091
Castillo, M	P-079
Castrillo Cortecero, L	P-012
Corral Corral, Í	P-033

China Rodríguez, A	P-096
Coelho, T	O-017
Conde-Moreno, E	P-003
Contreras Chicote, A	P-046, P-047, P-101
Cordero Sanchez, C	P-099
Cordero Sánchez, C	P-069, P-086, P-091
Corral Corral, I	P-038, P-087, P-098
Corral Corral, Í	P-090, P-094, P-106
Costa-Frossard, L	P-066
Costa-Frossard França, L	O-010
Cree,	P-056
Cree, B	P-053
Cree, B	P-054
Cruz, A	P-019
Cruz Culebras, A	P-009, P-011, P-027
Cuadrado Cenual, M	O-013
Cuetos, F	O-014, O-015

D

Dahlke, F	P-054, P-056
Dauden, E	P-061
De Celis Ruiz, E	P-085
De Felipe Mimbrera, A	P-019, P-027, P-033
De Felipe Mimbrera, A	P-009
De la Casa Fages, B	P-046, P-047
De La Fuente, E	P-020
De la Fuente Sanz, E	P-013
De La Fuente Sanz, E	O-002, P-016
De Lorenzo Martínez de Ubago, I	O-009, P-095
De Toledo, M	P-072
De Toledo Heras, M	P-071
Del alamo, M	O-006
Del Arco, C	P-117
Delgado, C	O-014
Delgado Álvarez, A	O-015
Delgado Alonso, C	O-013
Delgado Álvarez, A	O-013, O-014, P-081
Díaz, C	P-063
de Celis Ruiz, E	P-001
de Celis Ruíz, E	P-111
de Felipe Mimbrera, A	P-011

Díaz, C	O-007, P-060
Díaz Álvarez, J	P-082
Díaz de Terán, J	P-116, P-119
Díaz de Terán Velasco, J	P-115
Díaz De Terán Velasco, J	P-118
Díaz Díaz, J	P-051, P-065
Díaz Otero, F	P-008
Díaz-Díaz, J	P-052
Díaz-Pérez, C	P-013
Diekhorst, L	P-002, P-003, P004
Díez Barrio, A	P-030
Díez Tejedor, E	P-001, P004
Diez-Tejedor, E	O-003
Díez-Tejedor, E	P-002, P-003
Domínguez, M	P-017, P-018
Domínguez González, C	O-021
Drake Pérez, M	P-107
Durán, C	P-080
de Luis Fernández, P	P-045
de Miguel Sánchez de Puerta, C	P-101, P-102
de Noreña, D	P-079



REUNIÓN ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA
22-23 Octubre / 2020
EDICIÓN VIRTUAL



de la Fuente, E P-010

de Lorenzo Martínez de
Ubago, I P-097

del Río, B O-007, P-048, P-050,
P-063

E

Elias, W O-006
Escolar Escamilla, E P-043, P-068, P-103
Espada Rubio, S P-069, P-086, P-091,
P-099

Espiño, M P-066
Estefania Hidalgo, L P-052

F

Fabia Polo, L P-069, P-099
Fabiá Polo, L P-086, P-091
Fanjul Arbós, S P-041

Fanjul Arbós, S P-042
Fanjul Hevia, V P-105
Fernandez, B O-006
Fernández Abad, M P-112
Fernández Bullido, Y P-008
Fernandez Ferro, J P-028
Fernández Ferro, J O-004, P-012, P-113,
P-114

Fernández Fournier, M O-009
Fernández Fournier, M P-085
Fernández Varela, J P-089

Fernández Varela, J P-088

Fernández Velasco, J P-066
Fernández-Fournier, M O-011
Fernández-Fournier P-023
Fernández, M
Fernández-Rodríguez, B P-040
Ferreirós, R P-015
Flores Fernández, M P-031
Fouz Ruiz, D P-073, P-077
Fouz Ruíz, D P-076
Fox, R P-053, P-056
Fox, R P-054

Franco Domingo, N P-110
Franquet, A P-016
Fuentes, B O-003, P-002, P-003,
P004, P-111
Fuentes Gimeno, B P-001, P-095, P-097

G

Gago Veiga, A P-117

Gago Veiga, A P-105
Galan Davila, L O-016, O-017
Galiano Fragua, M P-078
Gallo Valentin, D P-107
Garcia, F P-062
Garcia, P P-017

Gómez Corral, J P-009, P-011, P-033,
P-034, P-037, P-067,
P-087, P-094, P-096,
P-112
Gómez Corral, J P-027
Gómez de Frutos, M P004
Gómez Enjuto, S P-073, P-076, P-077
Gómez Estevez, I P-051
Gómez Estévez, I P-065
Gómez López, A O-010, P-041, P-066,
P-098, P-112



García Barragán, N P-033, P-037, P-067,
P-090, P-096
García Castro, J P-095
García Castro, J P-097
García de Vicuña, R P-061
García Domínguez, J P-049, P-102
García Madrona, S P-009, P-011, P-027
García Muro, I P-071
García Pastor, A O-020, P-008
García Ribas, G P-034, P-038, P-087

García Rivas, G P-112
García Romero, M P-064
GARCIA RON, A O-022

García-Arratibel, A P-045
García-Barragán, N O-012
García-Bermejo, M P-003
García-Bernaldez, C P-062
García-Cossío, M P-067
García-Hoz Jiménez, C P-098
García-Madrona, S P-019
García-Morales, I O-012
Gasca-Salas, C P-040
Gaul, C O-019, P-108
Gijón Moreno, L P-090
Gil Moreno, M P-081
Gil Núñez, A P-008
Gil-Nagel, A O-012
Gil-Nágel Rein, A P-098
Gil-Olarte, I P-043, P-103
Gil-Olarte Montesinos, I P-068

Giovannoni, G P-056
Giovannoni, G P-053, P-054
Gold, R P-056
Gold, R P-053, P-054

H

Hernandez, F O-006
Hernandez, T P-062
Hernández Lorenzo, L P-082

Hernando Requejo, V P-077
Hernando Requejo, V P-076

Gómez Roldós, A P-008, P-102
Gómez Roldós, A P-080
Gómez-de Frutos, M P-002, P-003
Gómez-Estévez, I P-052
Gómez-Porro, P P-025
Gomis, D P-062
González, C P-020
González, C O-002
González Ávila, C P-010, P-015, P-016,
P-032

González Crespo, M P-110
González Gragera, M P-054
González Martínez, A P-021, P-026, P-071,
P-072, P-105

González Ortega, G P-024
González Plata, A P-035, P-036
González Ramallo, V O-020
González Sánchez, M P-109, P-110
González Sánchez, M P-046, P-047
Gonzalez-Duarte, A O-017
González-Martínez, A P-006
González-Suárez, I P-052
Grandas Pérez, F P-046, P-047
Guerra Alia, E P-112
Guerra Schulz, E P-114
Guerrero Molina, M P-084
Guerrero Sola, A O-016
Guerrero-Molina, M P-104
Guida, P O-006, P-040
Guijarro-Castro, C P-045
Guillán Rodríguez, M O-004, P-012, P-028,
P-113

Guillem Mesado, M P-093
Gutiérrez Fernández, M P004
Gutiérrez-Fernández, M P-002, P-003

Hernando Requejo, V P-073
Hervás, C P-010, P-020
Hervás Testal, C P-013, P-015, P-016,
P-117
Horga, A O-016
Huertas González, N P-073, P-076, P-077



I

Iglesias Mohedano, A P-008
Israel-Willner, H P-108

Iturrate Basarán, I P-015

J

Jaimes, A P-120

Jiménez-Huete, A O-012

K

Kappos, L P-053, P-054, P-056
Karlsson, G P-056
Karlsson, G P-053, P-054

Kilaru, P-056
Koch, M O-019, P-108
Kurtis Urra, M P-098

L

Lacruz Ballester, L P-059
Laespada García, M P-110
Laespada García, M O-021
Lafuente Gómez, G P-046, P-101, P-102

Lobato Pérez, L P-057, P-095, P-097
López, M P-097
López, M P-097
López Carbonero, J P-069, P-086, P-091, P-099

Lapeña Motilva, J P-077
Lapeña Motilva, J P-073
Lapiente Sánchez, P P-094
Lara, M P-118
Lara Lara, M P-115
Laso García, F P004
Laso-García, F P-002, P-003
Lastras Fernández-Escandón, C O-003, P-070, P-085, P-095
Leal Hidalgo, R P-078, P-101, P-102
Lebrato Rubio, N P-068, P-103
Llamas, M P-061
Llamas-Velasco, S P-104
Lobato Perez, L P-055, P-070

López Coello, S P-051
Lopez Diego, V P-099
López Diego, V P-069, P-086, P-091
López Gutiérrez, M P-067
López Sendón, J P-098
López Sendón Moreno, J P-009, P-033
López-Sendón, J P-037, P-042
López-Sendón, J P-041

Lorenzo-Llorente, I P-002
Losantos García, I P-001
Lozano Ros, A P-080
Luque Buzo, E P-046, P-047

M

Machado, M O-020
Madrid, M P-060
Maldonado Morillo, A O-018
Manzanares, R O-001
Mañez-Miro, J O-006
Martín, R P-060, P-063

Masjuan Vallejo, J P-034
Masjuán Vallejo, J P-019
Massot Tarrús, A P-047, P-078, P-080
Mata, D O-006
Mata, M P-044
Mata-Marín, D P-040



Martin Avila, G	O-008	Matias-Guiu Antem, J	O-013, O-014, O-015, P-082, P-083
Martín Avila, G	P-043	Matías-Guiu Antem, J	P-081
Martín Avila, G	P-103	Matias-Guiu Guía, J	O-014
Martín Ávila, G	P-068	Matias-Guiu Guía, J	O-013
Martin Garcia, R	P-025	Matías-Guiu Guía, J	O-015, P-083
Martín Jimenez, P	P-084	Matías-Guiu Guía, J	P-081, P-082
Martin Montes, Á	O-011	Matute Lozano, C	P-011, P-019, P-090
Martín Montes, Á	P-097	Matute Lozano, M	P-009, P-027
Martín Montes, Á	P-095	Matute Lozano, M	P-033
Martinez Castrillo, J	P-035, P-036	Mauricio, E	O-017
Martínez Castrillo, J	O-005, P-033, P-034, P-037, P-038, P-039, P-041, P-042	Mauriño, J	P-062
MARTINEZ DEL RIO, C	O-022		
Martínez Dubarbie, F	P-071, P-072	Meca Lallana, V	O-007, P-060, P-061, P-062, P-063
Martinez Fernandez, R	O-006	Meca-Lallana, V	P-048, P-050
Martínez Ginés, M	P-049, P-098, P-101	Medina López, A	P-095
Martínez Marín, R	P-095	Medranda Corral, J	P-043, P-068, P-103
Martínez Marín, R	P-059, P-115	Medrano, N	P-062
Martínez Marín, R	P-097	Melgarejo Otálora, P	O-020, P-078
Martinez Menendez, B	P-043, P-103	Membrilla López, J	P-095, P-116
Martínez Menéndez, B	P-068	Mendez Burgos, A	P-058
Martínez Moran, R	P-119	Méndez Burgos, A	O-008
Martinez Pérez, E	P-065	Merino Díez, M	P-052
Martínez Pillado, A	P-113	Miñano Guillamon, E	P-028
Martínez Ramos, J	P-114	Monje, M	O-006
Martínez Ramos, J	O-004	Monreal, E	P-066
Martínez Ramos, J	P-012	Monreal Laguillo, E	O-010, P-037
Martínez Salio, A	O-021	Morales García, E	P-024
Martínez Salio, A	P-024, P-109	Moratalla Bartolomé, E	P-112
Martínez Sellés, M	O-020	Morell, A	P-061
Martínez Vergara, A	P-026	Moreno García, S	O-021
		Moreno Ramos, T	O-013, O-014, P-081, P-082
Martínez Vicente, L	P-014		P-045
Martinez-Poles, J	O-012	Morillo-Muñoz, A	O-020
Martínez-Ramos, J	P-028, P-113	Muñoz, P	P-084
Martínez-Salio, A	P-005	Muñoz García, M	P-031
Martín-Jiménez, P	P-104	Muñoz Ramos, A	P-028
Masjuan, J	P-011, P-066	Murcia Garcia, F	P-006, P-007
Masjuan Vallejo, J	P-009, P-027, P-033	Muro, I	P-014, P-021
		Muro García, I	



N

Natera Villalba, E	P-035, P-036, P-041, P-090, P-098	Noval Martín, S	P-052
Navarro, M	O-019, P-108	Novillo Lopez, M	P-099
Nombela Merchán, F	P-013	Novillo López, M	P-086

O

Obeso, J	P-040	Ordás Bandera, C	O-004, P-113
Obeso-Martín, I	P-040	Ordás Bandera, C	P-030
Ochoa Lopez, C	P-025	Oreja-Guevara, C	P-051, P-052, P-065
Ochoa-Mulas, M	P-045	Ortega Casarrubios, M	P-005
Ogando Duran, G	P-077	Ortega Gonzalez, G	P-084
Ogando Durán, G	P-076	Ortega Madueño, I	O-013
Ogando Durán, G	P-073	Ostos Moliz, F	P-005
Olmedo, M	O-020	Otero Ortega, L	P004
Ordas Bandera, C	P-028	Otero-Ortega, L	P-002, P-003

P

P Gisbert, J	P-061	Pérez-Jorge Peremarch, C	P-113
Pagonabarraga Mora, J	P-042	Pérez-Mato, M	P-002, P-003
Pajares, O	P-120	Petrica, E	P-069
Palacios Mendoza, M	O-020, P-046, P-047, P-078, P-093	Pian Arias, H	P-067
Pareés, I	O-005	Piani-Meier, D	P-056
Pareés, I	P-039	Piani-Meier, D	P-053, P-054
Parees Moreno, I	P-035, P-036	Pilo de la Fuente, B	P-058
Pareés Moreno, I	P-037, P-087	Pilo de la Fuente, B	O-008, P-068
Parées Moreno, I	P-034, P-041, P-042	Pilo de la Fuente, B	P-043
Parejo Carbonell, B	P-098	Pineda-Pardo, J	O-006
Pariente Rodríguez, R	P-098	Pinel Gonzales, A	P-103
Parra Díaz, P	O-005, O-010, P- 019, P-038, P-039, P-041, P-042, P-087, P-090, P-098	Pinel Gonzalez, A	P-043
Parra Díaz, P	P-094, P-106	Pinel González, A	P-068
Pascual, N	P-015	Piquero Fernandez, C	P-043, P-103
Pascual Pascual, I	P-064	Piquero Fernández, C	P-068
Pastor Yvorra, S	P-001	Planchuelo Gómez, Á	P-072
Paz, E	P-017	Plaza Herraiz, A	P-097
Pedraza Muñoz, A	P-092	Plaza Herráiz, A	P-095
Perez Lucas, J	P-028	Polydefkis, M	O-017
Pérez Martínez, D	O-021	Portaña, A	P-062
Pérez Sánchez, J	P-046, P-047	Prefasi, D	P-062



Pérez Sánchez, J P-102
Pérez Torre, P P-011, P-037, P-041,
P-042
Pérez Trapote, F P-112

Prieto Jurczynska, C P-030
Puertas Muñoz, I P-055, P-057, P-059

Pytel, V O-013, O-014, O-015,
P-081, P-082, P-083

Q

Quintas, S P-032
Quintas Gutierrez, S P-117

R

Rábano Suárez, P	O-021, P-005	Rodríguez Pardo de Donlebún, J	O-003
Ramirez, E	P-061	Rodriguez Rabanal, R	P-051
Ramírez, M	P-095	Rodriguez Vico, J	P-120
Ramirez Torres, M	P-097	Rodríguez-Abella, H	O-020
Ramos, C	O-001, O-002, P-006, P-010, P-016, P-017, P-018, P-020, P-021, P-105	Rodriguez-Rojas, R	O-006
Ramos Martín, C	P-013, P-014		
Ramos Martín, M	P-015	Rojo, L	O-002
Regidor Bailly-Baillieri, I	P-038	Romera Rincón, O	P-088, P-089
Reig, G	O-002, P-007, P-017, P-018	Romero Muñoz, J	P-079, P-088, P-089
Rigual, R	O-003	Romero Muñoz, J	P-022
Rios, M	P-079	Roncón, E	P-079
Ritter, S	P-056	Ros Castelló, V	P-019
Ritter, S	P-053, P-054	Rosón-González, M	P-045
Roja Escobar, J	P-095, P-097	Rouyre, N	P-056
Robles Marrhuenda, Á	P-059	Rua Méndez, L	P-058
Roca Rodriguez, L	P-109	Rubio Flores, L	P-029
Roca Rodríguez, L	P-110	Rueda Marcos, A	P-043, P-068
Rodríguez Castejón, M	P-013	Ruggiero García, M	P-028
RODRIGUEZ HERMIDA, D	O-022	Ruiz Molina, A	P-025
Rodríguez Jorge, F	O-005, O-010, P-009, P-019, P-033, P-038, P-039, P-041, P-042, P-087, P-090, P-094, P-098, P-106	Ruiz Ortiz, M	P-084, P-109, P-110
	P-034	Ruiz Ortiz, M	O-021
Rodríguez Jorge, F	P-005, P-024		
Rodríguez López, A	P-008	Ruiz-Ares, G	O-003
Rodríguez López, Á		Ruiz-Castrillo, M	P-118



S

Sabín, J	P-056	Sánchez Tejerina, D	P-110
Saenz Lafourcade, C	P-043	Sánchez Velasco, S	O-011, P-064, P-095, P-097
Saenz Lafourcade, C	P-103	Sastre, M	P-116
Sáenz Lafourcade, C	P-068	Sastre Real, M	P-119
Sáez Béjar, C	P-026	Sastre Real, M	P-115, P-118
Sainz Amo, R	O-010, P-009, P-011, P-027, P-033, P-037, P-067, P-094, P-096, P-098, P-112	Schmidt, H	O-017
Sainz Amo, R	P-034	Schuh, K	O-019, P-108
Sainz de la Maza, S	P-066	Secades García, S	P-023, P-095, P-111
Sainz de la Maza Cantero, S	O-010	Secades García, S	P-097
Saldaña Díaz, A	P-093	Seoane Fernández, D	P-109, P-110
San Pedro Murillo, E	P-024	Serrano, I	P-079
Sánchez, G	O-005	Serrano Ballesteros, J	P-105
Sánchez Caro, J	P-095, P-097	Sobrado, M	P-060
Sánchez Casado, L	P-097, P-116	Sobrino García, P	P-099
Sánchez Casado, L	P-095	Somovilla, A	P-117
Sánchez Cuesta, F	P-022, P-079, P-088, P-089	Soria, A	P-106
Sánchez Díez, G	P-034, P-035, P-036	Stiauren Fernández, E	P-098
Sánchez Díez, G	P-037	Straube, A	O-019
Sanchez Jean, R	P-052	Stude, P	O-019
Sánchez Sánchez, C	P-005, P-024	Suárez Coalla, P	O-014
Sánchez Soblechero, A	O-020, P-008, P-049, P-080	Sweetser, M	O-017

T

Tallón Barranco, A	P-055, P-057, P-059, P-100	Torres Iglesias, G	O-003, O-011, P-085, P-095, P-097, P-100, P-115, P-119
Tavio Hernández, E	P-087	Torres Jiménez, J	P-112
Tazón, F	P-053	Trigo, E	P-057
Tellez, N	P-062	Trillo, S	O-001, O-002, P-006, P-010, P-017, P-018, P-020
Toledano, R	O-012	Trillo Senín, S	P-013, P-015, P-016, P-026
Toledano Delgado, R	P-098	Trillo Senín, S	P-014
Torres Gaona, G	P-030, P-114	Trillo-Senín, S	P-021



V

Vaamonde Gamo, J	P-034
Vales Montero, M	P-008
Valiente, E	P-017, P-018
Valls-Carbó, A	P-052
Vazquez, A	P-062
Vázquez Alen, P	O-020
Vázquez Alén, P	P-008
Vega, J	O-002, P-006, P-010, P-017, P-018, P-020, P-021
Vega, J	P-007
Vega Carreño, I	O-008
Vega Pris, L	O-001
Vega Villar, J	P-014, P-015
Vela, L	O-006
Vela-Desojo, L	P-040
Velasco Calvo, R	P-025
Velilla Alonso, G	P-008, P-078, P-093, P-101
Venegas Perez, B	P-114
Venegas Pérez, B	P-107
Vera, R	P-019
Vera Lechuga, R	P-009, P-011, P-027
Vermersch, P	P-056
Vermersch, P	P-053, P-054

W

Walo Delgado, P	P-066
White, M	O-017

X

Ximenez-Carrillo, A	P-017, P-018
Ximénez-Carrillo, Á	O-001, P-007

Vieira Campos, A	P-071, P-072
Vila Bedmar, S	P-031
Villa Martí, A	P-105
Villacieros, J	O-002, P-021, P-032
Villacieros Alvarez, J	P-028
Villacieros Álvarez, J	P-030
Villadóniga Zambrano, M	P-038, P-087
Villamor Rodríguez, J	P-049
Villar Guimerans, L	O-010, P-066
Villar Guimerans, M	P-094
Villareal Fuentes, A	P-090
Villarejo Galende, A	O-021
Villarejo Galende, A	P-109, P-110
Villarejo-Galende, A	P-104
Villarubia, N	P-066
Vivancos, J	O-007, P-017, P-018, P-060, P-063
Vivancos, J	O-001, O-002, P-006, P-007, P-021, P-026, P-048, P-050, P-071, P-072, P-105
Vivancos, J	P-010, P-020
Vivancos, J	P-032
Vivancos Mora, J	P-014
Vivancos Mora, J	P-013, P-015, P-016, P-117
Wixner, J	O-017
Ximénez-Carrillo Rico, Á	P-015

XVIII

REUNIÓN ANUAL

DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA

DE NEUROLOGÍA

22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL



Y

Yus Fuertes, M

P-081

Z

Zapata Wainberg, G

P-014, P-015

Zapata-Wainberg, G

O-001

Zapater López, R

P-087

Zarza Sanz, B

P-112



XVIII

REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA **DE NEUROLOGÍA**



22-23 Octubre / **2020**

EDICIÓN VIRTUAL

