



XVII Reunión de la Sociedad Castellano-Manchega de Neurología

9 y 10 de marzo de 2018.

Hospital General Mancha Centro.

Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES

Primera sesión 9-3-2018:

Moderadores:

- Dr. Carlos Marsal Alonso. Jefe de Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo. Presidente de la SCMN.
- Dr. Santiago Navarro Muñoz. Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Tutor de residentes.

Comunicaciones orales:

16:30 a 16:45 - “Ictus no tan criptogenético”. Camacho Nieto A, Muñoz-Torrero Rodríguez JJ, Franco Salinas AR, Ruiz Escribano L, Parralo López A, Ibáñez Alonso R. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen: El ictus criptogenético es aquel en el que tras un estudio completo etiológico no se encuentra causa y supone hasta el 25-40% de todos los infartos. Presentamos en caso de un varón de 43 años que en los últimos 9 años presenta 6 infartos cerebrales, todos ellos en el territorio vertebrobasilar

izquierdo. El estudio etiológico, extenso y repetido, fue no concluyente sin datos de cardioembolia ni de arteriopatía, descartándose también etiologías inhabituales. Los infartos recurrentes en el mismo territorio sugerían arteriopatía del territorio vertebrobasilar. El diagnóstico etiológico fue de ictus criptogenético y se pautó tratamiento con aspirina. En un interrogatorio específico, el paciente refiere que todos los casos han podido tener como desencadenante la abducción del brazo izquierdo y rotación cefálica ipsilateral. Se realiza una arteriografía dinámica donde se objetiva un acodamiento en el segmento V2 izquierdo a nivel de C4-C5 que origina una estenosis anular solo evidente en las series realizadas con la maniobra de provocación. Esto se confirmó con un dúplex TSA dinámico.

El síndrome del arquero es una causa rara de insuficiencia vertebrobasilar producida por una oclusión mecánica de la arteria vertebral durante la rotación cervical por diversas causas (bandas fibrosas musculares, estructuras óseas anormales, tumores...).

16:45 a 17:00 - “Protocolo de atención a la primera crisis epiléptica en el Complejo Hospitalario de Toledo”. Almansa Castillo R, Ayuga Loro F, Teijeira Azcona A, Cazorla Cabrera C, Rubio Díaz R, Cabeza Álvarez CI. Complejo Hospitalario de Toledo.

Resumen:

Introducción: Cualquier persona puede presentar una crisis comicial no provocada sin que ello signifique que va a desarrollar Epilepsia. Es importante identificar quienes no

van a precisar tratamiento de aquellos que si están en alto riesgo de volver a tener crisis y serán diagnosticados finalmente de Epilepsia. Una valoración experta y un EEG en las primeras horas mejora la fiabilidad en el diagnóstico, aumenta el cumplimiento terapéutico por parte del paciente y disminuye los efectos adversos en relación con tratamientos innecesarios.

Pacientes y método: En el Servicio de Neurología, Neurofisiología Clínica y Urgencias del CHUT hemos puesto en marcha el siguiente protocolo de estudio de primera crisis:

1. Detección de primera crisis no provocada en el Servicio de Urgencias: Allí primera valoración del paciente, cumplimentan el formulario de primera crisis y comunican el caso al Neurólogo de Guardia para revisión y registro.

2. Análisis de los casos, cada mañana, por el Equipo de Epilepsia y comunicación a los Neurofisiólogos Clínicos para realización de un EEG en el plazo de 24-48 horas.

3. Consulta precoz (1 semana) con el equipo de Epilepsia.

Conclusiones: En la próxima reunión de la SCM de Neurología queremos exponer los resultados preliminares a 6 meses

17:00 a 17:15 – “Repercusión sobre el tiempo puerta-aguja de un nuevo modelo organizativo de código ictus en el Hospital General La Mancha Centro”. Santos-Pinto A, del Saz-Saucedo P, Huertas-Arroyo R, García-Ruiz R, Lomas-Meneses A, Alises-Moraleda JM, González-Spínola J, Carriedo-Scher C, Dominguez-Martínez J, Ortega-Santiago A, Cortés-Ramos MU, López-Laguna G, Arias-Arias A, Talavera-Encinas O, Botia-Paniagua E. Hospital General La Mancha Centro.

Resumen:

Objetivos: La eficacia del tratamiento trombolítico para el ictus isquémico decrece a medida que se retrasa su aplicación. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de una intervención reorganizativa del código ictus(CI) en nuestro centro sobre las latencias intrahospitalarias.

Métodos: Se registraron todos los pacientes sometidos a tratamiento trombolítico en los últimos 4 años. En 2017 se llevaron a cabo actividades formativas del personal, así como una reorganización del CI consistente en la implantación del llamado “modelo Helsinki”. Se comparan los resultados del protocolo de CI previo(2014-2016) frente al modelo actual.

Resultados: 89 pacientes fueron sometidos a tratamiento trombolítico en el periodo de estudio, de ellos 28 según el nuevo modelo organizativo. Se obtuvo una reducción significativa del tiempo puerta-aguja desde 57 a 30,5min($p<0,001$). El porcentaje de pacientes tratados en los primeros 60, 30 y 20 minutos aumentó del 62,3%, 14,7% y 6,5% al 92,8%, 60,7% y 28,5% respectivamente. En el nuevo modelo, los pacientes recibidos desde el sistema de CI extrahospitalario tuvieron un tiempo puerta-aguja significativamente menor que los activados de forma intrahospitalaria(21,64 vs 39,4 min, $p<0,001$).

Conclusión: Con la implicación de todo el personal participante en el CI y la implantación de medidas reorganizativas es posible conseguir mejoras significativas en las latencias intrahospitalarias.

17:15 a 17:30 - “La Fatiga en Esclerosis Múltiple y en la Lesión Medular: aspectos fisiopatológicos”. Ponente: Oliviero A. Autores: Mordillo-Mateos L, Soto-León V, Brocalero-Camacho A, Onate-Figueroa A, Peinado-Palomino D, Torres-Pareja M, Mendoza-Laiz N, Oliviero A. Hospital Nacional de Parapléjicos y Universidad de Castilla La Mancha.

Resumen: La fatiga es un síntoma frecuente en la Esclerosis Múltiple y en la Lesión Medular. Los mecanismos neurofisiológicos de la fatiga son poco conocidos. Los tratamientos farmacológicos no siempre son eficaces. Los estudios neurofisiológicos y de comportamiento sugieren que hay diferentes orígenes del síntoma fatiga y que probablemente se necesiten diferentes tratamientos en relación al sustrato

fisiopatológico de cada paciente. La alteración corticoespinal parece ser la causa principal de la fatiga en la lesión medular mientras otros factores son predominantes en esclerosis múltiple.

17:30 a 17:45 - “Ojos que ven...”. Rojas-Bartolomé L, Perona Moratalla AB, Díaz-Maroto I, Redondo Peñas I, Gracia Gil J, Romero-Sánchez CM, Palazón García E, García García J, Segura T. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen:

Objetivo: Infiltrar toxina botulínica (TB) es la terapia de elección en distonías focales. Administrarla mediante guía electromiográfica y ecográfica aumenta la precisión de la técnica. Presentar la evolución clínica de una serie de pacientes con distonía cervical tratados en nuestro centro mediante infiltración de TB ecoguiada.

Material y métodos: Seleccionamos los pacientes con distonía cervical atendidos en la consulta de toxina ecoguiada desde febrero de 2016. Se recogen variables sociodemográficas, músculos infiltrados y dosis de toxina utilizada. Los cambios clínicos se valoran mediante la escala “Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale” (TWSTRS), videofilmación y/o impresión global del cambio, antes y después del tratamiento.

Resultados: 22 pacientes, 18 mujeres (81,82%), mediana de edad 51.5 (rango 31-79) con infiltración de esternocleidomastoideo, trapecio, elevador de la escápula, esplenio, escalenos y oblicuo inferior, dosis media de TB 149U (rango 50-340U). En 10 pacientes se obtuvo mejoría clínica según TWSTRS o videofilmación. En el resto de la muestra la impresión global del cambio fue satisfactoria. No se observaron efectos secundarios en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: La administración de TB ecoguiada es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de distonía cervical. La mayor precisión en la infiltración muscular supone una mejora en el manejo de estos pacientes.

17:45 a 18:00 - “Disección carotídea bilateral y aneurisma del top de la basilar en mujer joven que consulta por parestesias”. Ponente: Vargas Fernandez C. Autores: Galiana Ivars A, López García A, Vargas Fernandez C, Corral Pérez F, Sánchez del Valle O. Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.

Resumen:

Introducción: La displasia fibromuscular (DFM) es una enfermedad arterial rara, probablemente infradiagnosticada, que afecta principalmente a mujeres.

Caso clínico: Mujer de 45 años fumadora, con dislipemia e hipertensión refractaria, que consulta en urgencias por parestesias hemicorporales izquierdas del despertar, siendo diagnosticada de crisis hipertensiva y derivada a consultas de neurología. La RM cerebral objetiva lesiones isquémicas en territorio frontera entre las arterias cerebral anterior y media derechas. Se pierde el seguimiento, consultando la paciente semanas después por episodio de debilidad de miembro superior izquierdo, disartria y paresia facial izquierda. Se aprecia en nueva RM lesión isquémica parietal derecha y amputación de ACI ipsilateral. La arteriografía demuestra una disección carotídea bilateral, con estenosis mayor del 90% en ACI derecha y del 80% en ACI izquierda, y aneurisma sacular incidental del top de la basilar. La paciente se encuentra doblemente antiagregada y en espera de angioTC renal.

Conclusiones: La DFM es una arteriopatía no arterioesclerótica infrecuente cuyos síntomas dependen de los vasos afectados. Muchos pacientes son paucisintomáticos, lo que unido a su gran variabilidad clínica dificulta su diagnóstico. El conocimiento de esta entidad ha mejorado sustancialmente los últimos años, constituyendo un sustrato patológico cada vez más reconocido de ictus en paciente joven.

Segunda sesión 9-3-2018:

Moderadores:

- Dr. Tomás Segura Martín. Jefe de Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Vicepresidente de la SCMN.
- Dr. Pablo del Saz Saucedo. Servicio de Neurología. Hospital General La Mancha Centro. Tutor de residentes.

Comunicaciones orales:

18:30 a 18:45 - “Neurotoxicidad secundaria a Metronidazol, a propósito de un caso”. Sánchez Herán I, Povedano Margarit B, Álvarez Bravo G, Carvalho Monteiro G, Yusta Izquierdo A. Hospital General Universitario de Guadalajara.

Resumen: Presentamos el caso de un varón de 59 años que ingresa por cuadro progresivo de dos semanas de inestabilidad para la marcha.

Como antecedentes presenta factores de riesgo cardiovascular, fumador, exbebedor, síndrome malabsortivo con desnutrición e hidrosadenitis supurativa con celulitis glútea en tratamiento con metronidazol desde hace cuatro meses.

En la exploración destaca gran afectación cerebelosa con disartria, marcha atáxica, disimetría y disdiadococinesia en extremidades izquierdas; y además nistagmo horizonto-rotatorio hacia la derecha e hipopalestesia hemicorporal izquierda.

Una primera RM cerebral evidencia en secuencias T2 y difusión áreas de hiperseñal simétricas en ambos núcleos dentados cerebelosos, esplenio y rodilla del cuerpo caloso, lámina cuadrigémina y sustancia blanca frontal. Se trata de lesiones características de neurotoxicidad por metronidazol, sin poder descartar encefalopatía de Wernicke asociada.

Se suspende metronidazol y se añaden suplementos vitamínicos para cubrir ambas entidades, desapareciendo la clínica rápidamente. Se repite la RM cerebral a los cinco días con resolución de la práctica totalidad de las lesiones.

Aunque podríamos encontrarnos ante un caso solapado de neurotoxicidad por metronidazol y síndrome de Wernicke, los hallazgos en neuroimagen y la rápida reversibilidad clínico-radiológica apuntan como causa más probable a la primera, tratándose de una entidad muy poco frecuente.

18:45 a 19:00 – “Ictus embólico de origen indeterminado”. Ponente: Franco-Salinas AR. Autores: Ruiz-Escribano L, Franco-Salinas AR, Camacho-Nieto A, Parralo-López A, Hernández-González A, Corrales-Arroyo MJ. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen:

Introducción y objetivos: El ictus isquémico criptogénico o indeterminado constituye el 25% del total. ESUS (Embolic Strokes of undetermined Source) es un concepto creado para identificar pacientes con ictus criptogénico con probable mecanismo embólico subyacente. El objetivo de nuestra presentación es revisar distintos casos correspondientes a ESUS y discutir su seguimiento y abordaje terapéutico.

Material y métodos: Revisión de distintos casos ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ictus de etiología indeterminada

Resultados: En la valoración inicial de casos clasificados como ictus criptogénico con sospecha de origen embólico que no se pudo demostrar, el seguimiento y la realización de pruebas complementarias adicionales ayudó al diagnóstico de ESUS.

Conclusiones: Hablamos de ESUS cuando se han descartado otras causas mayoritarias de ictus isquémico. Si bien la fibrilación auricular es uno de los factores de más importante, no es el único. Ante un ictus isquémico criptogénico es importante completar

el proceso diagnóstico, descartando otras causas de ictus y buscando fuentes cardioembólicas de bajo riesgo a priori. Esto es fundamental desde el punto de vista terapéutico; se viene sugiriendo que la anticoagulación puede tener más beneficios en cuanto a prevención secundaria que la antiagregación, aunque son necesarios más estudios.

19:00 a 19:15 - “El tratamiento de las crisis epilépticas en los servicios de Urgencias: Datos obtenidos del análisis preliminar prospectivo, y multicéntrico de los pacientes que acuden a los servicios de Urgencias por crisis epilépticas del Hospital de Virgen de la Luz Cuenca”. González Martínez F, Huete Hurtado A, Fernández Alonso C, Alonso Avilés R, Liñán López M, en representación de los participantes de ACESUR. Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca y centros del estudio ACESUR.

Resumen:

Objetivo: Evaluar prospectivamente los pacientes con Crisis Epilépticas (CE) en los Servicios de Urgencias (SU) y el tratamiento que reciben y por quien lo reciben.

Material y métodos: Estudio preliminar, prospectivo, multicéntrico y transversal de los primeros 180 pacientes recogidos con seguimiento posterior a 30 días, durante 4 meses alternos; reunimos 21 SU hospitalarios y 1 extrahospitalario. Adultos >18 años con el diagnóstico de CE al alta del SU atendido los días pares del mes de febrero de 2017. Ya se ha cerrado el proyecto después de un año con más de 700 pacientes recogidos pendientes de reevaluación.

Resultados: 180 pacientes: edad 50 (35-68) años. 107 (59,4%) hombres, 174 (96,7%). Diagnosticados de epilepsia en 106 (58,9%). Tuvieron crisis Generalizada 115 (63,9%), focal secundariamente generalizada 43 (23,9%) y 22 (12,2%) focal, 44 (24,4%) acúmulo de crisis y 12 (6,6%) con status epiléptico. 62 (34,4%) primer episodio de CE. Etiología principal: 79 (43,9%) desconocida, 23 (12,8%) tóxico-metabólica, 6 (3,3%) traumática, 10 (5,6%) infecciosa, 16 (8,9%) tumoral, 22 (12,2%) vascular, 24 (13,3%). Interconsulta a Neurología de guardia: 66 (36,7%). Extrahospitalaria se trataron 26 casos (24,8%) y se administraron benzodicepinas: 17 (16,2%) y 1 con levetiracetam. El 77% de los pacientes fueron dados de alta desde urgencias. En un 20% se prescribió benzodicepinas y en un 56% estos fue con diacepam. Se utilizaron FAEs iv en 58 pacientes de los cuales 49 fue con levetiracetam.

Conclusiones. Las CE provocan un 1% de las causas de urgencias médicas en los adultos. La crisis más frecuente en los SU fue la generalizada, siendo un 7% de status generalizado. En un tercio de los pacientes se trataba de la primera CE. Los fármacos más utilizados fueron las BZD y el levetiracetam. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta desde el SU/ 77%.

19:15 a 19:30 - “Protocolo de detección de fibrilación auricular paroxística silente en ictus criptogénico mediante implante de holter insertable”. Pérez Matos JA, Lobato Casado P, Muñoz Escudero F, Ayuga Loro F, Segundo Rodríguez JC, Morín Marín MM, Pachon Iglesias M. Complejo Hospitalario de Toledo.

Resumen: Presentamos un protocolo de selección de pacientes candidatos a implante de holter insertable con detección remota cuyo objetivo es aumentar la tasa de detección de FA paroxística en ictus criptogénico. Asimismo correlacionamos la existencia de anomalías cardíacas estructurales o disritmias (factores de riesgo cardioembólicos menores) con arritmias potencialmente embolígenas. Seleccionamos aquellos ictus criptogénicos que presenten: Ictus no lacunar en TAC/RM. Ictus isquémico multiterritorial cortical o subcortical Ausencia de estenosis intra/extracraneales $\geq 50\%$ en relación al área vascular de la isquemia. No fuentes cardioembólicas de alto riesgo. No otras causas de ictus. Para ello realizamos: TAC/RM. ECG al ingreso, a las 24h y tras el alta de la UI. Monitorización ECG de al menos 24h (en UI) o Holter ECG de 24h (en planta). Ecocardiograma transtorácico con detección shunt mediante suero salino agitado.

Evaluación arterias intra/extracraneales (angiografía, TAC/RM, dúplex). Seleccionaremos aquellos ictus criptogénicos con sospecha de FAp silente que presenten anomalías cardíacas estructurales y/o anomalías del ritmo distintas a FA. El implante se realizará previo al alta. Hasta la fecha se han implantado 12 pacientes en 9 meses (tasa de detección: 16.6%). Pensamos que el cribado basándonos en dichos criterios puede servir para reducir costes y seleccionar mejor aquellos pacientes candidatos.

19:30 a 19:45 - "Utilidad clínica del microRNA-15a-5p plasmático como marcador de diagnóstico precoz en la enfermedad de Alzheimer". Alcahut Rodríguez CA, Ferial Vilar I, Monteagudo Gómez M, Castro-Robles B, Serrano-Heras G, Segura T. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen: Los procesos degenerativos en los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) comienzan años antes de que se manifiesten los primeros síntomas, por lo que ha crecido el interés de la comunidad clínica-científica por identificar nuevos biomarcadores de diagnóstico precoz.

Objetivo: Analizar si existen diferencias en los niveles plasmáticos de microRNA-15a-5p entre los pacientes con EA prodrómica y los sujetos sanos.

Material y métodos: Estudio de prevalencia que incluyó 8 pacientes con diagnóstico clínico de EA probable según los criterios NIA-AA (2011) en fase prodrómica (GDS-3) y 8 sujetos control sin alteraciones cognitivo-mnésicas apareados por sexo/edad. Se extrajo una muestra de sangre periférica para analizar los niveles de microRNA-15-5p circulante mediante retrotranscripción-PCR-tiempo real.

Resultados: Edad media-pacientes: 67.8 ± 8.2 años, Edad media-sujetos sanos: 67.3 ± 5.2 años. Distribución por sexo: 5 mujeres/grupo. El análisis molecular reveló diferencias en la expresión del microRNA-15a-5p circulante entre los dos grupos. Los niveles plasmáticos de microRNA-15a-5p en el 62.5% de los pacientes con EA-prodrómica fue claramente superior al detectado en los sujetos sanos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el microRNA-15a-5p (regulador epigenético del gen de la proteína precursora de amiloide) podría tener utilidad clínica como marcador no invasivo de detección precoz en la EA.

19:45 a 20:00 – "Experiencia clínica con Souvenaid en el Hospital Mancha Centro". Navarro Muñoz S, Rueda Medina I, Espejo Martínez B, Mangas Aveleira C, Ossona Rivas M. Hospital General la Mancha Centro.

Resumen:

Introducción. En la enfermedad de Alzheimer (EA) existe una pérdida de sinapsis que se relaciona con los déficits cognitivos. Fortasyn Connect (Souvenaid®) contiene una combinación patentada de nutrientes diseñada para mejorar la función sináptica.

Objetivos. Evaluar mediante un estudio de práctica clínica real si existe beneficio con Souvenaid® en pacientes con Deterioro cognitivo ligero amnésico (DCLa) o EA leve.

Pacientes y método. En una primera visita basal se clasificó a los pacientes en DCLa, DCL por EA prodrómica y Demencia por EA leve. Se realizó una valoración basal cognitiva, funcional y conductual con un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados. La adherencia en nuestro estudio fue del 50%. El motivo de abandono más frecuente fue la intolerancia. Tras 12 meses de tratamiento, hubo una mejoría o estabilidad en el área cognitiva memoria en un 77'27% de los pacientes, siendo el grupo de DCLa los que obtuvieron un mayor beneficio. En la mitad de los pacientes con EA leve se observó una mejoría en la capacidad funcional y la mejoría más significativa se observó a nivel conductual.

Conclusiones. La administración precoz de un suplemento médico alimentario como Souvenaid® mejora la evolución del DCLa y la EA leve.