

XVII Reunión Anual de la Asociación Madrileña de Neurología

Madrid, 10-11 de octubre de 2019

1.

Encefalitis autoinmune: experiencia de nueve años en un hospital terciario

P.J. Melgarejo Otálora, M.A. Palacios Mendoza, M.L. Martínez Ginés, C. Cátedra Caramé, J.P. Cuello, A. Lozano Ros, J.M. García Domínguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Pacientes y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con criterios de encefalitis autoinmune entre 2010-2018 en nuestro centro. Se han recogido datos demográficos, clínicos, resultados en pruebas complementarias, tratamientos y secuelas. **Resultados.** Se incluyeron 25 pacientes con una mediana de edad de $31,22 \pm 29,39$ años. La mediana de seguimiento fue de $29,44 \pm 28,45$ meses. Los síntomas de inicio más frecuentes fueron neuropsiquiátricos (92%; $n = 23$) y crisis epilépticas (44%; $n = 11$). La resonancia magnética mostró alteraciones en el 52%; el líquido cefalorraquídeo, en el 40%, y el electroencefalograma, en el 84%. El diagnóstico más frecuente fue encefalitis límbica (52%), seguido de encefalomielit aguda diseminada. En el 72% ($n = 18$) se identificó anticuerpo, el más frecuente, el antirreceptor de NMDA (24%; $n = 6$). Dos pacientes tenían neoplasia oculta. Un 84% ($n = 21$) se trataron con metilprednisolona, un 52% ($n = 13$) con inmunoglobulinas intravenosas y un 44% ($n = 11$) con plasmáferesis por mala respuesta. El 60% ($n = 15$) presentó secuelas, las más frecuentes, crisis epilépticas (20%; $n = 5$). Se registró un *exitus*. En el análisis univariante, únicamente el sexo femenino y la presencia de síntomas psicóticos se relacionaron con un ma-

yor porcentaje de secuelas, sin alcanzar significación estadística ($p = 0,05$ y $p = 0,06$, respectivamente). **Conclusiones.** La encefalitis autoinmune es un diagnóstico complejo por su gran heterogeneidad. En nuestro estudio, la encefalitis límbica fue el diagnóstico más habitual y el electroencefalograma fue la prueba que se alteró con mayor frecuencia. La respuesta aguda a tratamientos inmunomoduladores resultó generalmente buena, aunque el porcentaje de secuelas fue elevado. No se encontraron factores asociados al pronóstico funcional.

2.

Safinamida en el tratamiento de los síntomas urinarios en pacientes con enfermedad de Parkinson

A. Gómez López, A. Sánchez Sánchez, A. Beltrán Corbellini, M.V. Ros Castelló, E. Natera Villalba, J.L. Chico García, S. Fanjul Arbós, J.L. López Sendón, P. Pérez Torre, I. Pareés Moreno, J.C. Martínez Castrillo, A. Alonso Cánovas
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Los síntomas urinarios son comunes, incapacitantes y de difícil tratamiento en la enfermedad de Parkinson (EP). La safinamida está aprobada como un tratamiento adicional a la levodopa para mejorar las fluctuaciones motoras. Se analiza el efecto que presenta sobre los síntomas urinarios de los pacientes con EP. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos con EP sin demencia atendidos en la unidad de trastornos del movimiento. Se evaluaron basalmente mediante la subescala urinaria de la SCOPA-AUT (escala de síntomas autonómicos en EP de seis ítems, valo-

rados de 0 a 3) y el número de episodios de nicturia por el neurólogo en la consulta (V0) y un mes después (V1), telefónicamente, por otro investigador ciego a la historia clínica y tratamiento. Se registraron los cambios en el tratamiento en VO –adición de safinamida (S+) u otros cambios (S-)– que se hicieron a juicio del neurólogo especialista según la situación clínica. Estadística: descriptiva, Wilcoxon, ANOVA. **Resultados.** De 169 pacientes incluidos, 16 fueron excluidos por incontinencia urinaria grave, 13 por ausencia de síntomas urinarios, 26 por toma previa de safinamida y 3 por intolerancia a la safinamida durante el seguimiento. Se analizaron 110 pacientes: 32 en S+ (100 mg) y 78 en S- (49 sin cambios, 13 con ajuste de levodopa, 7 con un agonista dopaminérgico y 6 con otro inhibidor de la monoaminooxidasa. Ambos grupos fueron similares en variables demográficas y clínicas (sexo, edad, Hoehn y Yahr, duración de la enfermedad), salvo en los síntomas urinarios basales, más graves en el grupo S+ que en el grupo S- ($9,1 \pm 3,1$ frente a $7,2 \pm 3,6$; $p = 0,0098$). En V1, el grupo S+ presentó una mejoría significativa tanto en SCOPA AUT-U total ($9,1 \pm 3,1$ frente a $6,6 \pm 3$; $p = 0,00004$) como en urgencia ($1,8 \pm 1$ frente a $1,4 \pm 1$; $p = 0,01$), incontinencia ($1,3 \pm 1$ frente a $0,8 \pm 0,9$; $p = 0,0044$), frecuencia ($1,7 \pm 1,3$ frente a 1 ± 1 ; $p = 0,00264$), nicturia ($2,7 \pm 0,9$ frente a $2 \pm 1,3$; $p = 0,00256$) y episodios de nicturia ($2,3 \pm 1,4$ frente a $1,1 \pm 1,1$; $p = 0,0001$), sin cambios significativos en el grupo S-. **Conclusiones.** La safinamida en dosis de 100 mg parece ser efectiva en la mejoría de los síntomas urinarios en la EP, especialmente en la nicturia. El mecanismo es probablemente multifactorial, con posible contribución de una mejoría de la atención, el sueño

los síntomas motores. Son necesarios estudios controlados para confirmar estos hallazgos.

3.

Ecografía transcraneal en la infección por VIH: investigando la asociación con la clínica neurológica e infecciosa

A. Alonso Cánovas, J. Martínez Poles, M.J. Pérez Elías, J.L. Casado, A. Moreno, C. Quereda, E. Navas Elorza, F. Dronda, M.J. Vivancos, S. Moreno, J. Masjuán, J.C. Martínez Castrillo, I. Corral

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede asociar trastornos neurológicos por el propio virus y por la inmunosupresión. La ecografía transcraneal detecta alteraciones de la sustancia negra, tercer ventrículo y ganglios basales, útiles para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Un estudio previo ($n = 40$) relacionó el área de la sustancia negra con síntomas motores y cognitivos en pacientes con VIH. **Sujetos y métodos.** Estudio transversal de pacientes consecutivos con VIH atendidos en consultas externas. Se realizó evaluación neurológica (*International HIV Dementia Scale*, I-HIV-DS, UPDRS-III) y ecografía transcraneal, y se compararon los resultados con una muestra histórica de ecografías transcraneales de 132 controles. **Resultados.** En un período de seis días se incluyeron 123 pacientes, 80% varones, con una media de 47 ± 13 años de edad y 15 ± 12 años desde el diagnóstico, un 32% con nadir de $CD4 < 200$, un 25% con criterios de sida y un 26% con coinfección por virus de la hepatitis C. Siete habían tenido complicaciones neuro-

lógicas: ictus ($n = 3$), encefalitis por VIH ($n = 2$), toxoplasmosis ($n = 2$), leucoencefalopatía multifocal progresiva ($n = 1$) y encefalitis por virus varicela zóster ($n = 1$). Diecinueve pacientes (16%) puntuaban < 11 en la I-HIV-DS y 10 (4%) tenían alteraciones en la UPDRS-III. La UPDRS-III, pero no la I-HIV-DS, se asoció con el diagnóstico de sida ($p = 0,0018$) y nadir CD4 < 200 ($p = 0,0001$). De 115 pacientes (93%) valorables por ecografía transcraneal, 19 presentaban hiperecogenicidad de la sustancia negra (17% frente a 11% en los controles; no significativo), 7 mostraban ampliación del tercer ventrículo (6% frente a 5%; no significativo) y 31 alteraciones en los ganglios basales (30% frente a 9%; $p = 0,00043$), sin asociación significativa con ninguna variable demográfica o clínica. **Conclusiones.** Se halló una prevalencia de hiperecogenicidad de la sustancia negra similar en VIH y en controles, pero una mayor prevalencia de hiperecogenicidad de los ganglios basales no descrita previamente y de significado incierto.

4.

Predictores de alteraciones en tomografía computarizada de perfusión en imitadores de ictus: estudio PRISM (*Perfusion Patterns in Stroke Mimics*)

A. González Martínez^{a,b}, S. Trillo Senín^{a,b}, L. Casado Fernández^{a,b}, C. Benavides Bernaldo de Queirós^a, I. Muro García^{a,b}, M. de Toledo Heras^{a,b}, R. Manzanares^a, A. Barbosa del Olmo^a, J.A. Vivancos Mora^{a,b}

^aHospital Universitario La Princesa.

^bInstituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid.

Introducción. Los *stroke-mimics* o imitadores de ictus representan hasta el 25% de los ictus, con un número creciente en las próximas décadas. Estudios recientes muestran cambios en la tomografía computarizada (TC) de perfusión en algunos *stroke-mimics*, especialmente en crisis convulsivas. **Objetivo.** Estudiar características clínicas y alteraciones en TC de perfusión en una serie de *stroke-mimics* atendidos como código ictus. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo, retros-

pectivo, con recogida prospectiva de datos, de pacientes con diagnóstico de *stroke-mimics* atendidos como código ictus en un hospital terciario entre enero de 2015 y marzo de 2018 en los que se realizó TC multimodal (basal, angiogramografía y TC de perfusión). Se registraron variables clínicas y demográficas, alteraciones en TC de perfusión, patrón y tipo de mapa afectado (tiempo al pico, volumen y flujo sanguíneo cerebral), así como posibles predictores de alteración en TC de perfusión. **Resultados.** De 1.761 pacientes atendidos como código ictus en 3,5 años, 284 (16,12%) fueron *stroke-mimics*. Edad media: 63,40 \pm 19,11 años; 60,9% mujeres. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron crisis epilépticas (33,10%), migraña (8,71%) y estado epiléptico (7,31%). Se observaron alteraciones en TC de perfusión en 74 pacientes (25,78%). La alteración fue principalmente unilateral (91,89%), con un patrón de alteración focal en territorio no vascular (47,29%) o hemisférico (36,48%), predominantemente parietooccipital (41%). Las alteraciones en TC de perfusión fueron más frecuentes en los mapas de tiempo al pico (95,94%), seguidas del flujo (54,6%) y del volumen sanguíneo cerebral (24,32%). La presencia de afasia (χ^2 ; $p < 0,0001$) y la edad (χ^2 ; $p < 0,05$) se correlacionan con la presencia de alteración en TC de perfusión. Los *stroke-mimics* que presentaron alteraciones en TC de perfusión con mayor frecuencia fueron estado epiléptico (50%), crisis epilépticas (48,35%), migraña (12,5%) y síndrome de encefalopatía posterior reversible (12,5%). **Conclusiones.** El estudio sugiere una significativa utilidad de la TC de perfusión para el diagnóstico de *stroke-mimics* en el código ictus, especialmente en presencia de afasia. El patrón de afectación hemisférico o focal en territorio no vascular sugiere el diagnóstico de *stroke-mimics*. Según nuestro conocimiento, este trabajo presenta la serie más larga de *stroke-mimics* evaluados con TC multimodal completa.

5.

Eficacia del erenumab en pacientes con migraña crónica con y sin alodinia

R. Lipton^a, D. Buse^{a,b}, D. Dodick^c, S. Richards^d, J. Klatt^e, D. Mikol^f, S. Cheng^g, D. Chou^h, F. Tazón^g

^aAlbert Einstein College of Medicine. Nueva York, Estados Unidos. ^bMontefiore Medical Center. Nueva York, Estados Unidos. ^cMayo Clinic. Scottsdale, Estados Unidos. ^dAmgen Ltd. Uxbridge, Reino Unido. ^eNovartis Pharma AG. Basilea, Suiza. ^fAmgen Inc. Thousand Oaks, Estados Unidos. ^gNovartis Farmacéutica SA. Barcelona, España.

Introducción. La alodinia se asocia con la cronificación de migraña y puede tener implicaciones negativas para el pronóstico y la respuesta al tratamiento. El erenumab está aprobado para la prevención de la migraña en Estados Unidos y en la Unión Europea; sin embargo, se desconoce su eficacia en la alodinia. **Objetivo.** Evaluar la eficacia del erenumab, un anticuerpo humano antirreceptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina, en pacientes con migraña crónica con y sin alodinia. **Pacientes y métodos.** Se realizó un análisis *post hoc* de un estudio pivotal, doble ciego, aleatorizado (tres meses), en pacientes con migraña crónica (NCT02066415) tratados con erenumab (70 o 140 mg/mes) para los subgrupos en la basal: sin alodinia (puntuación < 3 en la lista de síntomas de alodinia, ASC-12) frente a alodinia moderada-grave (ASC-12 ≥ 6). La eficacia se midió con el cambio en días de migraña al mes desde el inicio. Los resultados se agruparon por dosis (debido al tamaño muestral). **Resultados.** De los 648 pacientes aleatorizados con puntuaciones basales en la ASC-12, 386 (59,6%) no presentaban alodinia y 153 (23,6%) mostraban alodinia moderada-grave. Las medias de días de migraña al mes basales fueron 17,6 \pm 4,8 y 18,9 \pm 4,3, respectivamente. Frente a placebo, el erenumab obtuvo mayores reducciones en días de migraña al mes al tercer mes en ambos subgrupos. La media de cambio de mínimos cuadrados fue -6,6 (IC 95%: -7,4, -5,8) frente a -4,0 (IC 95%: -4,9, -3,1) en el subgru-

po sin alodinia y -7,3 (IC 95%: -8,6, -6,1) frente a -4,1 (-5,7, -2,5) en el subgrupo con alodinia moderada-grave. Las diferencias de los respectivos tratamientos fueron -2,5 (IC 95%: -3,7, -1,4; $p = 0,001$) y -3,3 (IC 95%: -5,3, -1,3; $p < 0,001$). El porcentaje de pacientes que alcanzaron reducciones $\geq 50\%$ en días de migraña al mes al tercer mes fue superior para el erenumab en ambos subgrupos. Tasas de respuesta de erenumab frente a placebo: 41,5% frente a 23,2% (*odds ratio*: 2,3; IC 95%: 1,49, 3,68; $p < 0,001$) para el subgrupo sin alodinia y 44,0% frente a 23,0% (*odds ratio*: 2,69; IC 95%: 1,27, 5,70; $p = 0,008$) para el subgrupo con alodinia moderada-grave. **Conclusiones.** El erenumab demostró eficacia en pacientes con migraña crónica sin alodinia o con alodinia moderada-grave. Estos resultados sugieren que la alodinia no predice una respuesta negativa del tratamiento con erenumab.

6.

Factores determinantes del grado de circulación colateral leptomenígea estimada mediante la escala PATHS en el ictus de la arteria cerebral media

S. Trillo Senín^a, M.C. Ramos^a, C. Aguirre^a, P. Alcántara Miranda^a, J.L. Caniego^b, C. Díaz Pérez^a, J. Vega^b, A. Ximénez Carrillo^a, F. Nombela^a, J. Vivancos^a

^aUnidad de Ictus. ^bNeurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Introducción. La circulación colateral leptomenígea (CCL) es de gran importancia en el pronóstico del ictus. Sin embargo, pocos estudios han investigado qué factores la determinan en el ictus isquémico en fase aguda, con resultados frecuentemente contradictorios. **Objetivo.** Estudiar los factores asociados al grado de CCL en pacientes con ictus de la arteria cerebral media en su fase aguda. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico agudo secundario a oclusión del segmento M1 de la arteria cerebral media o carótida terminal tratados con trombectomía en nuestro centro. El grado

de CCL se estimó mediante la escala PATHS, que permite una evaluación dinámica de la CCL en imágenes fuente de tomografía computarizada de perfusión en tres regiones críticas. Se analiza la asociación del grado de CCL con características basales, tratamiento previo, parámetros analíticos, variables clínicas y radiológicas. En total se estudian 52 variables. **Resultados.** Muestra de 202 pacientes. Se asoció un peor estado de CCL con estenosis carotídea contralateral ($p = 0,035$), ictus previo ($p = 0,009$), mRS basal > 1 ($p = 0,013$), mayor edad ($p = 0,034$), toma previa de antagonistas del calcio ($p = 0,037$), mayores niveles de glucemia ($p = 0,009$) y creatinina ($p = 0,038$), menores niveles de albúmina ($p = 0,030$), tiempos de evolución más cortos ($p = 0,010$), puntuaciones más altas de NIHSS pretratamiento ($p < 0,001$), menor probabilidad de recibir trombólisis intravenosa antes de la trombectomía ($p = 0,038$), oclusión de la carótida terminal ($p = 0,002$), menor ASPECTS basal ($p < 0,001$) mayor *core* de infarto en el volumen de flujo cerebral ($p < 0,001$) y mayor vasculopatía de pequeño vaso ($p = 0,025$). En el análisis multivariante, la edad, la glucemia, el ASPECTS y el *core* en volumen de flujo cerebral se asociaron al grado de CCL. **Conclusiones.** Los factores determinantes del grado de CCL en el ictus de la arteria cerebral media se relacionaron fundamentalmente con un mayor grado de enfermedad cerebrovascular previa, siendo mayormente no modificables. Futuros estudios deberán investigar la relación de la CCL y la glucemia como factor modificable en la fase aguda del ictus.

7.

Relevancia de establecer el diagnóstico genético en miopatías mitocondriales. Estudio de diez casos de ptosis con o sin oftalmoparesia

C. Domínguez González^{a,f,g,h}, C. de Fuenmayor Fernández de la Hoz^a, A. Hernández Laín^b, M.I. Mora^c, A. Blázquez Encinar^{d,f,g,h}, M.A. Martín Casanueva^{d,e,f,g,h}

^aUnidad de Neuromuscular. ^bServicio de Anatomía Patológica; Sección de Neuropatología. ^cServicio de Genética.

^dLaboratorio de Enfermedades Neuro-metabólicas y Mitocondriales. ^eServicio de Bioquímica. Hospital Universitario 12 de Octubre. ^fInstituto de Investigación i+12. ^gCIBERER. ^hRaregenomics-CM. Madrid.

Introducción. No es infrecuente que ante casos que se manifiestan con ptosis palpebral, con o sin oftalmoparesia, asociada o no a síntomas motores en extremidades, una vez descartado el diagnóstico de miastenia, se llegue al de miopatía mitocondrial ante el hallazgo de cambios histológicos o bioquímicos sugestivos de esta patología en una biopsia de músculo (fibras rojo rasgadas, fibras COX negativas o alteración de la cadena respiratoria mitocondrial). Muchas veces, esta prueba se considera definitiva y el diagnóstico de miopatía mitocondrial queda establecido. **Pacientes y métodos.** Se presentan diez casos con síntomas comunes de ptosis \pm oftalmoparesia \pm fatiga muscular precoz ante esfuerzos físicos o debilidad fija, en quienes el diagnóstico genético resulta crucial. Todos ellos estaban diagnosticados de miopatía mitocondrial tras una biopsia de músculo y análisis de la actividad de los complejos de la cadena respiratoria mitocondrial, en algunos tras el fracaso de tratamientos inmunosupresores por la sospecha inicial de patología autoinmune de la placa motora. **Resultados.** Cuatro casos son ejemplo de la importancia de alcanzar el diagnóstico genético para realizar asesoramiento familiar: misma clínica y biopsia superponible, pero herencia autosómica dominante (mutación en *TWINK*), recesiva (mutación en *POLG*), materna (mutación puntual en el ADN mitocondrial), o de aparición esporádica no transmisible (deleción única en el ADN mitocondrial). Dos casos con diagnóstico de miopatía mitocondrial en base a hallazgos histológicos (presencia de fibras COX negativas) y déficit enzimático de la cadena respiratoria mitocondrial (un caso con déficit del complejo I y otro con déficit del complejo IV), se tratan en realidad de miastenias congénitas que responden a tratamientos específicos (mutaciones recesivas en *DOK7* y *MUSK*). En cuatro casos, el diagnóstico molecular permite detectar y tratar precozmente

complicaciones e iniciar un tratamiento personalizado que modifica el curso natural de la enfermedad (mutaciones en *TK2* y tratamiento con nucleósidos). **Conclusiones.** La importancia de realizar un adecuado consejo genético en las familias o la posibilidad de iniciar un tratamiento específico obligan a considerar un caso con sospecha de enfermedad mitocondrial como no diagnosticado hasta identificar el defecto genético-molecular subyacente. La falta de especificidad de las alteraciones musculares, histológicas y bioquímicas, que sugieren patología mitocondrial, hacen necesario que la aproximación al diagnóstico molecular deba precederse siempre de un estudio clínico detallado que permita excluir diagnósticos alternativos.

8.

Depósito incidental de hierro en los ganglios de la base: ¿importa el patrón de afectación?

A. Beltrán Corbellini, P. Pérez Torre, A. Alonso Cánovas, F. Rodríguez Jorge, J.L. Chico García, P. Parra Díaz, E. Natera Villalba, A. Gómez López, S. Fanjul Arbós, J.L. López Sendón, J.C. Martínez Castrillo, I. Parés Moreno

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. El depósito de hierro en los ganglios basales (DHGB) es una de las claves radiológicas para diagnosticar enfermedades neurodegenerativas como la neurodegeneración con acúmulo cerebral de hierro. Sin embargo, también puede asociarse a la edad o ser un hallazgo incidental en resonancias magnéticas craneales para el estudio de otras patologías, sin conocerse su significado patológico. **Objetivo.** Describir una serie de pacientes con DHGB evaluados en consultas de neurología y sus características clinicoradiológicas en relación al diagnóstico. **Pacientes y métodos.** Estudio de corte retrospectivo con inclusión de pacientes con DHGB en resonancia magnética durante un período de 15 años en un hospital de tercer nivel. **Resultados.** Un total de 25 pacientes presentaron DHGB en resonancia magnética. El 56% se diagnosticó de trastornos del movimiento,

siendo la enfermedad de Parkinson y la parálisis supranuclear progresiva los más frecuentes (21,4% cada uno), mientras que el 44 % recibió un diagnóstico sin relación con los trastornos del movimiento (ictus lo más frecuente: 36,4%). La edad media fue similar en ambos grupos (67,7 y 66,7 años). El globo pálido presentó afectación similar en ambos grupos. El caudado resultó significativamente más afectado entre los pacientes con trastornos del movimiento ($p = 0,04$) y se observaron tendencias similares, aunque no significativas, para el putamen y la sustancia negra. Todos los pacientes con enfermedad de Parkinson presentaron afectación de globo pálido y putamen, y el 66%, del caudado. **Conclusiones.** El DHGB podría presentar diferentes patrones de afectación nuclear según se padezcan o no trastornos del movimiento. Su significado patológico permanece aún sin aclarar y se necesita más investigación para perfilar criterios de neuroimagen y sus implicaciones clínicas.

9.

Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección aguda por el virus de la hepatitis E

G. Torres Iglesias, A. Plaza Herráiz, B. Fuentes, J. Rodríguez Pardo, M. Fernández Fournier, E. Díez Tejedor

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo. Analizar la posible asociación causal de la infección por virus de la hepatitis E (VHE) en el síndrome de Guillain-Barré (SGB), que se está identificando como una manifestación extrahepática emergente de la infección por VHE. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes con SGB y sus variantes, diagnosticados en el Servicio de Neurología de un hospital universitario entre enero de 2015 y diciembre de 2018. Se analiza edad, sexo, pródomos, marcadores de daño hepático, serología de virus hepatotropos y otros. **Resultados.** Se estudiaron un total de 36 pacientes. Edad media: $47,3 \pm 23,2$ años, sin diferencias significativas entre sexos. Presentaron clínica prodrómica digestiva el 41,7%, con ictericia en sólo un pacien-

te (2,8%). La mediana de tiempo de evolución desde pródromos a síntomas neurológicos fue de 7 días (rango: 1-30 días). El aumento de la GOT y la GPT se registró en un 19,4% y 27,8%, respectivamente, y sólo dos pacientes (5,6%) presentaron elevación de la bilirrubina. La frecuencia de evaluación de virus hepatotropos fue: VHB, 72,2%; VHC, 72,2%; VHA, 27,8%, y VHE, 8,3%, siendo éste el que mostró un mayor porcentaje de seropositividad (33,3%). Se analizó serología de citomegalovirus en el 86,1% y de virus de Epstein-Barr en el 83,3%, siendo positivos en dos casos cada uno. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el aumento de la GOT ($p = 0,044$) y la GPT ($p = 0,001$) con la seropositividad para los virus estudiados. **Conclusiones.** La infección aguda por VHE posiblemente esté infradiagnosticada en pacientes con síntomas de SGB, ya que es el virus hepatotropo en el que se realiza con menor frecuencia la determinación.

10.

Trombectomía mecánica en el ictus de circulación anterior: ¿son las oclusiones de segmentos M1 y M2 realmente diferentes?

C. Ramos^a, S. Trillo^a, C.I. Gómez-Escalonilla Escobar^b, F. Ostos^c, P. Simal Hernández^b, P. Calleja Castaño^c, J. Vega^d, S. Rosati^e, F. Ballenilla Marco^f, C. Díaz^a, J. Egido^b, P. Rábano Suárez^c, J.L. Caniego^d, J. Vivancos^a

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. ^bUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. ^cUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. ^dNeurroradiología Intervencionista. Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa.

^eNeurroradiología Intervencionista. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. ^fNeurroradiología Intervencionista. Servicio de Radiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Objetivos. Si la trombectomía mecánica es igualmente segura y efectiva en pacientes con oclusión del segmento M2 de la arteria cerebral media resulta incierto. Se comparan las complicaciones y los resultados de la

trombectomía mecánica de segmentos M2 con los obtenidos en segmentos M1. **Pacientes y métodos.** Estudio multicéntrico, retrospectivo, con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos con ictus agudo tratados con trombectomía mecánica en tres centros de ictus, desde su implantación hasta diciembre de 2018. Se comparan complicaciones y evolución en pacientes con oclusiones de M1 y M2, y se estudian las diferencias entre M2 superior/inferior y entre M2 dominantes, según la arteria central del surco (M2-DACS) y el calibre (M2-DPC). **Resultados.** Muestra de 785 pacientes, 157 (20%) de ellos con oclusión de M2. La oclusión de M1 se asoció con mayor NIHSS pretratamiento ($p < 0,001$) y menor ASPECTS ($p < 0,001$). En la trombectomía mecánica de M2 se produjo una mayor proporción de migración distal ($p < 0,032$) y menor de transformación hemorrágica a las 24 horas ($p < 0,014$). No hubo diferencias en complicaciones sintomáticas, transformación hemorrágica sintomática, mRS o mortalidad a los tres meses. En el análisis por subgrupos, se observó una tendencia a mayor independencia funcional en oclusión de M2 inferior y M2-DPC, comparado con M1 ($p = 0,069$, ambas). No se encontraron diferencias en oclusiones de M1 respecto a M2 superior o M2-DACS, ni comparando subgrupos de M2 entre sí. **Conclusión.** El estudio sugiere un pronóstico funcional tras la trombectomía similar en oclusiones de M1 o M2, aunque una presentación más leve en el segundo caso. La oclusión de M2-DACS y M2 superior podría ser similar a M1, mientras que la oclusión de M2-DPC o inferior podría presentar mejor evolución.

11.

Vesículas extracelulares como biomarcador en pacientes con hemorragia cerebral: estudio piloto

F. Laso García, R.J. Martínez Marín, M.C. Gómez de Frutos, L. Diekhorst, E. Alonso López, L. Otero Ortega, J. Rodríguez Pardo, E. Díez Tejedor, M. Gutiérrez Fernández, M. Alonso de Leciana

Laboratorio de Neurociencia y Cerebrovascular. Servicio de Neurología. Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. UAM. Madrid.

Objetivo. Las vesículas extracelulares están involucradas en la transferencia intercelular de moléculas, participando en la fisiopatología y en procesos de reparación de diferentes enfermedades. Se explora la relación entre el número de vesículas extracelulares y la gravedad de la hemorragia intracerebral con su evolución. **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo observacional de pacientes con hemorragia intracerebral primaria. Se recogen edad, sexo, factores de riesgo vascular, comorbilidades (índice de Charlson), etiología, gravedad clínica (NIHSS basal y a los siete días/alta), volumen de la hemorragia intracerebral y situación funcional al alta (mRS). En muestras de suero basal y a los siete días se extraen las vesículas extracelulares y se cuantifican por ELISA. **Resultados.** Muestra de 26 pacientes con hemorragia intracerebral, 9 mujeres y 17 hombres, con una edad media de $69,5 \pm 19$ años. Mediana de NIHSS basal: 12,5 (rango intercuartílico: 11). El volumen de la hemorragia intracerebral y la gravedad clínica se correlacionan con el número de vesículas extracelulares en la evaluación basal: $r = 0,48$ ($p = 0,02$) y $r = 0,43$ ($p = 0,04$), respectivamente. El número de vesículas extracelulares se relaciona con la probabilidad de mejorar clínicamente a los siete días (disminución de la puntuación en la NIHSS respecto a la basal), de tal manera que cifras $< 2,6 \times 10^6$ se asocian con mayor probabilidad de mejoría (72% frente a 28%; $p = 0,034$). **Conclusión.** El estudio piloto sugiere una relación entre las vesículas extracelulares y la gravedad de la hemorragia intracerebral. Además, las vesículas extracelulares podrían relacionarse con el pronóstico. Estos datos justifican la investigación de la posible implicación de las vesículas extracelulares en la fisiopatología de la hemorragia intracerebral.

12.

Seguridad y viabilidad de la apertura de la barrera hematoencefálica guiada por ultrasonidos focales en la enfermedad de Parkinson con demencia

C. Gasca Salas^{a,b}, B. Fernández Rodríguez^a, J.A. Pineda Pardo^a, D. Mata Marín^{a,b}, P. Guida^a, I. Obeso^{a,b}, M. del Álamo^{a,b}, F. Hernández Fernández^{a,b,c}, R. Rodríguez Rojas^{a,b}, C. Ordás Bandera^d, J.A. Obeso^{a,b}

^aCINAC-HM Puerta del Sur. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED). ^cDepartamento de Enfermería. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea. ^dDepartamento de Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción. La barrera hematoencefálica (BHE) limita la entrada de moléculas con acción terapéutica en el sistema nervioso central. La combinación de ultrasonidos focales de baja frecuencia con microburbujas ha mostrado la apertura focal de la BHE y la reducción de la patología β -amiloide y tau en modelos animales de enfermedad de Alzheimer. Hasta el momento, sólo se conoce la seguridad de esta técnica en pacientes con enfermedad de Alzheimer. **Pacientes y métodos.** Ensayo clínico en fase I, abierto, diseñado para evaluar la seguridad y viabilidad de esta técnica en pacientes con enfermedad de Parkinson. Se incluyeron pacientes con enfermedad de Parkinson y demencia leve-moderada asociada, con edad entre 60 y 80 años. Los pacientes fueron tratados en dos ocasiones separadas por un período mínimo de dos semanas. Se realizó una resonancia magnética con gadolinio, inmediatamente posttratamiento y uno y siete días posttratamiento. Se realizaron valoraciones periódicas de seguridad y una valoración neuropsicológica y de imagen mediante tomografía por emisión de positrones de amiloide y fluorodeoxiglucosa para evaluar posibles cambios clínicos y de imagen. **Resultados.** Se trató a cinco pacientes. Se objetivó una apertura focal de la BHE de forma satisfactoria. A los siete días

de seguimiento, la resonancia magnética cerebral mostró que la BHE se había cerrado en todos los casos. Ningún paciente presentó efectos adversos importantes y se pudo repetir dicha técnica de forma satisfactoria. **Conclusiones.** Este primer estudio de apertura focal de la BHE mediante ultrasonidos en la enfermedad de Parkinson muestra que es un tratamiento seguro, reversible y que se puede hacer de forma repetida. Estos datos abren la posibilidad de usar esta terapia para introducir medicación en el sistema nervioso central, siendo también posible que esta apertura pueda reducir las proteínas patológicas. De esta forma se conseguiría tratar de forma específica las enfermedades neurodegenerativas.

13.

Análisis de la actividad asistencial de la consulta de neurocirugía en un hospital de nivel 2 en Madrid

M.J. Abenza Abildúa^a, C. Pérez López^b, M.L. Almarcha Menargues^a, A. Zamarrón Pérez^b, A. Gómez de la Riva^b, M.L. Gandía González^b, B.J. Hernández García^b, M. Román de Aragón^b, J. Giner García^b, A. Miralles Martínez^a, J.M. Roda Frade^b

^aHospital Universitario Infanta Sofía.

^bHospital Universitario La Paz-Carlos III-Cantoblanco. Madrid.

Objetivo. Los hospitales del nivel 2 carecen en su cartera de servicios de algunas especialidades como neurocirugía, cirugía vascular, torácica o plástica. Su presencia de forma programada en estos centros permitiría un acceso más rápido y cercano para los pacientes con necesidad de una valoración quirúrgica. Se describe la actividad de la consulta ambulatoria de neurocirugía en un hospital de nivel 2 en Madrid. **Pacientes y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo observacional de pacientes atendidos en la consulta programada semanal de neurocirugía, de marzo de 2016 a marzo de 2017. Se analizan edad, sexo, tipo de patología atendida, ocupación e incomparencia, número de altas directas, número de cirugías programadas y servicios que derivan

a los pacientes. **Resultados.** 555 pacientes, 1,78 solicitudes por 1.000 habitantes/año, edad media de 56,76 años, 304 mujeres (54,77%), tasa de ocupación del 78,72%, tasa de incomparencia del 3,42%. Del total, 90 pacientes operados previamente (16,21%), 111 pacientes con patología intracraneal (20%), 14 de ellos con traumatismo craneoencefálico. Se solicitaron nueve arteriografías para tratamiento endovascular de patología aneurismática. 415 con patología de columna (74,77%). De la patología de columna, 150 con patología cervical (27%), 14 con patología dorsal (2,52%), 251 con patología lumbar (45,22%). 32 con patología de nervio periférico (5,76%). Alta directa, 182 pacientes (32,79%), y 132 programados para cirugía (23,78%). 24 pacientes con indicación de neuroestimulador (4,32%). Los servicios que más consultaron: neurología, 242 pacientes (43,60%); rehabilitación, 199 pacientes (35,85%); traumatología, 85 pacientes (15,31%); reumatología, 51 pacientes (9,18%), y unidad del dolor, 30 pacientes (5,40%). **Conclusión.** La mitad de los pacientes consultan por patología degenerativa lumbar. La tasa de incomparencia es muy baja, favorecida por la cercanía y rapidez de la asistencia al paciente. Sólo una cuarta parte de los pacientes atendidos tienen indicación de cirugía. Junto con el número de altas directas, estas consultas en hospitales secundarios agilizan la atención y resolución de estos pacientes sin derivación a otros centros de mayor complejidad, ayudando a racionalizar los recursos.

14.

Oclusión aislada de la arteria carótida interna sin afectación del polígono de Willis en pacientes con ictus agudo

I. de Lorenzo Martínez de Ubago, J. Rodríguez Pardo de Donlebún, B. Marín Aguilera, M. Ramírez Torres
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La trombectomía mecánica es eficaz en pacientes con ictus agudo debido a oclusión arterial intracraneal. Sin embargo, en los que existe una oclusión aislada de la arte-

ria carótida interna extracraneal con polígono de Willis permeable, no hay evidencia de su utilidad. El objetivo es analizar las características y el pronóstico de dichos pacientes. **Pacientes y métodos.** Se analizaron todos las angiogramas de arterias cerebrales y supraaórticas urgentes realizadas entre 2016-2018 a pacientes atendidos como código ictus en un centro de ictus. Se incluyeron en el estudio aquellos con oclusión aislada de la arteria carótida interna extracraneal con polígono permeable, atendidos en las primeras nueve horas desde el inicio de los síntomas. Se recogieron factores demográficos, de riesgo vascular, situación basal, características clínicas (NIHSS, ASPECTS, colateralidad). Se analizó la influencia de estos factores en el pronóstico (muerte o dependencia a los tres meses). **Resultados.** Se analizaron 642 estudios de angiogramas, de los cuales sólo 14 cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de 75 ± 12 años. Siete pacientes presentaban $\text{NIHSS} \leq 7$. Todos presentaban un $\text{ASPECTS} > 6$. Sólo un paciente recibió trombólisis intravenosa y ninguno trombectomía mecánica. De los siete pacientes con $\text{NIHSS} > 7$, cinco fallecieron y sólo uno era independiente a los tres meses. En los siete pacientes con $\text{NIHSS} \leq 7$, ninguno falleció y cinco eran independientes a los tres meses. No se halló relación entre el ASPECTS inicial y el pronóstico. **Conclusión.** El pronóstico de los pacientes con oclusión aislada de la arteria carótida interna extracraneal e ictus moderado-grave es infausto y no tiene tratamiento recanalizador.

15.

Factores determinantes de transformación hemorrágica previa a la anticoagulación y relación con el momento de su inicio tras el infarto cerebral

E. de la Fuente Sanz, A. Aizpún Armendáriz, C. González Ávila, C. Hervás Testal, S. Trillo Senín, C. Ramos Martín, J. Cebrián Escudero, C. Díaz Pérez, C. Aguirre Hernández, A. Ximénez Carrillo, J. Vivancos Mora

Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivos. El momento de inicio de la anticoagulación tras un infarto cerebral está condicionado por diversos factores, especialmente la presencia de transformación hemorrágica preanticoagulación. Se evalúan los factores asociados a la transformación hemorrágica preanticoagulación y qué otros factores se relacionaron con el tiempo hasta inicio de la anticoagulación (T-ACO) y las complicaciones tras ella. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro desde enero de 2015 a enero de 2018 por infarto cerebral secundario a fibrilación auricular no valvular en los que se empezó la anticoagulación en el primer mes. **Resultados.** Muestra de 198 pacientes. Edad: 80 años (rango: 73-86 años). 61,1% mujeres. mRS previo: 0 (rango: 0-2). Mediana de T-ACO: 3 días (rango: 2-7 días). Anticoagulante inicial: anticoagulantes orales de acción directa, 119 (60,1%); heparinas no fraccionadas, 58 (30,5%); heparinas de bajo peso molecular, 16 (8,1%); acenocumarol, 4 (2%). NIHSS en el momento de la anticoagulación: 2 (rango: 0-5). Volumen del infarto: $20,66 \pm 6,48$ mL. Transformación hemorrágica a los tres meses, 27 de 189 (14,3%): 25 preanticoagulación y asintomáticas y dos postanticoagulación y sintomáticas. Recurrencia a los tres meses: 9 de 196 (4,6%): tres preanticoagulación y seis postanticoagulación. mRS a los tres meses: 2 (rango: 1-3). Mortalidad a los tres meses: 7 de 185 (3,8%). De los factores analizados, solamente el volumen del infarto y la puntuación del NIHSS se asociaron a la presencia de transformación hemorrágica preanticoagulación ($p < 0,001$; $p = 0,009$). Ni estos factores ni el T-ACO se asociaron de forma significativa a la presencia de transformación hemorrágica postanticoagulación, transformación hemorrágica sintomática, recurrencia precoz global y recurrencia preanticoagulación. En el análisis multivariante, los factores que se asociaron de forma independiente a un mayor T-ACO fueron la transformación hemorrágica preanticoagulación ($b = 0,435$; $p < 0,001$), el volumen del infarto ($b = 0,284$; $p < 0,001$) y el NIHSS ($b = 0,145$; $p < 0,001$). **Conclusiones.** En nuestro estudio, la presen-

cia de transformación hemorrágica preanticoagulación se asoció a un mayor volumen del infarto y NIHSS, influyendo estos factores en un mayor retraso en el T-ACO. Futuros estudios deberán determinar el tiempo óptimo de inicio de anticoagulación en función de estas variables.

16.

Complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa: análisis de la prevalencia, pronóstico y factores relacionados en un registro de pacientes de un hospital terciario

M.A. Palacios Mendoza^a, A. Rodríguez López^a, A. Gómez Roldós^a, A. Sánchez Soblechero^a, P.J. Melgarejo Otálora^a, P. Muñoz^{b,g,h}, M. Valerio^{b,g,h}, M. Marín Arriaza^{b,g,h}, M. Martínez Sellés^c, H. Rodríguez Abella^d, G. Cuerpo^d, B. Pinilla Llorente^e, J. de la Torre^f, P. Vázquez Alen^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. ^cServicio de Cardiología. ^dServicio de Cirugía Cardíaca. ^eServicio de Medicina Interna. ^fServicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ^gInstituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). ^hFacultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivo. Determinar la prevalencia de complicaciones neurológicas en pacientes con endocarditis infecciosa, identificar factores relacionados con la presencia de dichas complicaciones y definir su impacto pronóstico. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional y retrospectivo en pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa en nuestro centro entre 2008 y 2017. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos para cada paciente y se realizó un análisis descriptivo y comparativo de los individuos con complicaciones neurológicas. **Resultados.** Se incluyeron 496 pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa según criterios de Durack, 318 (64,1%) fueron varones, con una media de edad de 64,76 ± 2,02 años. El principal microorganismo identificado fue *Staphylococcus aureus* (28,6%) y la

válvula afectada con mayor frecuencia fue la mitral (48,6%). Se registraron 66 pacientes con endocarditis infecciosa que desarrollaron complicaciones neurológicas (13,3%). Se identificaron 46 casos (69,7%) de ictus isquémico, 13 (19,7%) de hemorragia intracraneal, 5 (7,6%) de abscesos cerebrales y 3 (4,5%) de encefalopatía. En 42 pacientes (63,6%), las complicaciones neurológicas precedieron al diagnóstico de endocarditis infecciosa; en los demás, la mediana de tiempo desde el diagnóstico de endocarditis infecciosa hasta el desarrollo de complicaciones neurológicas fue de 14 días (rango intercuartílico: 19). En 28 pacientes (42,4%), el desarrollo de las complicaciones neurológicas implicó cambios en el tratamiento de la endocarditis infecciosa, como cese de anticoagulación o cambios en el esquema y duración de antibiotioterapia; además, en 15 pacientes (22,7%), las complicaciones neurológicas produjeron retraso en el tratamiento quirúrgico. Los pacientes con complicaciones neurológicas presentaron mayor mortalidad que el resto de individuos (42,4% frente a 27,9%; $p = 0,016$). En el análisis univariante, los pacientes con complicaciones neurológicas mostraron mayor frecuencia de ictus previos (27,3% frente a 15,6%; $p = 0,018$), hipertensión arterial (75,8% frente a 54,4%; $p = 0,004$), valvulopatía previa (69,7% frente a 53,7%; $p = 0,040$) y embolismos a otros órganos fuera del sistema nervioso (28,8% frente a 16,5%; $p = 0,030$). En el análisis multivariante, la hipertensión arterial ($odds\ ratio = 2,45$; IC 95% = 1,30-4,62) y los embolismos sistémicos ($odds\ ratio = 2,82$; IC 95% = 1,49-5,34) se mantuvieron como factores asociados a la presencia de complicaciones neurológicas. **Conclusión.** Las complicaciones neurológicas se asocian a mayor mortalidad en los pacientes con endocarditis infecciosa. La hipertensión arterial y la presencia de embolismos sistémicos son factores relacionados con el desarrollo de complicaciones neurológicas en estos pacientes.

17.

Análisis de las características clínicas de los pacientes en tratamiento anticoagulante previo al ingreso en una unidad de ictus a lo largo de diez años

M.A. Palacios Mendoza, A. Sánchez Soblechero, A. García Pastor, A.M. Iglesias Mohedano, M. Vales Montero, P. Vázquez Alen, F. Díaz Otero, Y. Fernández Bullido, A. Gil Núñez

Servicio de Neurología. Sección de Neurología Vasculosa. Centro de Ictus. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Describir las características de pacientes en tratamiento anticoagulante (AC) ingresados en una unidad de ictus y compararlas con las de pacientes no anticoagulados (NoAC). **Pacientes y métodos.** Estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes ingresados en una unidad de ictus entre 2009 y 2019. Los pacientes fueron clasificados, según su tratamiento previo, en AC y NoAC. Asimismo, se distinguieron por el anticoagulante empleado: antagonistas de vitamina K (AVK) o anticoagulantes de acción directa (ACOD). **Resultados.** Se incluyeron 6.180 pacientes, con una edad media de 69,47 ± 14,78 años, 3.501 (56,7%) de ellos varones. Se encontraron 686 (11,1%) pacientes con AC, de los cuales 598 (87,2%) recibían AVK y 70 (10,2%) ACOD. Se registraron 3.707 (60%) casos de ictus isquémico y 489 (7,9%) de hemorragia intracraneal. La proporción de ictus isquémicos fue similar entre los grupos de AC y NoAC (60,3% y 59,9%, respectivamente; $p = 0,845$), y entre los tratados con AVK y ACOD (60,4% y 62,3%, respectivamente; $p = 0,762$). La mediana en la puntuación NIHSS al ingreso en los pacientes que presentaron ictus isquémico fue menor en el grupo de AC que en los NoAC (6 frente a 7,5; $p < 0,001$). No se observaron diferencias en NIHSS al ingreso entre los sujetos tratados con AVK y con ACOD. La frecuencia de hemorragia intracraneal fue mayor entre los pacientes con AVK frente a los que recibían ACOD (13,1% frente a 5,7%; $p = 0,074$) y similar entre aquellos con

ACOD y el resto de la muestra (5,7% frente a 7,9%; $p = 0,493$). No se observaron diferencias en la puntuación NIHSS al ingreso por hemorragia intracraneal entre AC y NoAC, ni entre AVK y ACOD. **Conclusiones.** La frecuencia de ictus isquémico es similar en AC y NoAC, aunque los AC tienen ictus isquémicos menos graves al ingreso. Los pacientes tratados con ACOD tienen tendencia a presentar menor frecuencia de hemorragia intracraneal que los tratados con AVK y una proporción similar con respecto al resto de pacientes ingresados.

18.

Relación entre quejas cognitivas y alteraciones del estado de ánimo en pacientes con esclerosis múltiple

F. García Vaz^{a,b}, V. Meca Lallana^c, C. Aguirre^c, P. Sanchez^c, B. del Río^c, M.J. Puebla^b, J. Vivancos^c

^aUniversidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. ^bFundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario La Princesa. ^cHospital Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivo. Comparar las diferencias de la percepción del funcionamiento cognitivo de pacientes con esclerosis múltiple (EM) y de sus familiares en atención, funciones ejecutivas y memoria, y analizar la relación entre quejas cognitivas y síntomas emocionales. **Pacientes y métodos.** Se seleccionaron 70 pacientes con EM de la clínica (64% mujeres; edad media: 46,08 años; 10,35 años de evolución de la enfermedad; EDSS media: 2,43; 15,58 años de escolaridad) y se solicitó a pacientes y familiares la cumplimentación de dos cuestionarios sobre síntomas cognitivos: el inventario de síntomas prefrontales (ISP), que incluye cinco subescalas diferentes (motivación, atención, control ejecutivo, comportamiento social y regulación emocional), y el cuestionario modificado de quejas de la memoria de la vida diaria (MFE-30). Se solicitó a los pacientes que completaran además el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de estado y rasgo. **Resultados.** Se encontraron diferencias significati-

vas en la subescala de atención del ISP ($p < 0,05$), incluidos los elementos que miden la atención sostenida ('es difícil para mí concentrarme', 'me distraigo fácilmente'), y otros ítems disejecutivos como son organización y secuenciación. No se encontraron diferencias en motivación, control ejecutivo, comportamiento social y regulación emocional. Los resultados del MFE-30 mostraban diferencias significativas ($p < 0,05$), destacando las quejas relacionadas con la anomia ($p = 0,000$) y fallos de memoria en la vida cotidiana ($p < 0,01$). En todos los casos, los pacientes con EM reportaron más síntomas que sus familias. Depresión y ansiedad correlacionaron con atención y síntomas disejecutivos ($p < 0,01$), pero no con las quejas de memoria. **Conclusión.** Los pacientes con EM reportan más quejas cognitivas que sus familiares, principalmente falta de atención, anomia y fallos de memoria, mientras que los síntomas atencionales podrían relacionarse con la depresión y la ansiedad. Las quejas de memoria parecen afectar de forma significativa la vida cotidiana laboral, social y familiar de los pacientes con EM. El ISP y el MFE-30 se postulan como herramientas útiles para recoger información de síntomas disejecutivos y amnésicos en la EM.

19.

Talamotomía bilateral en dos tiempos mediante HIFU para el tratamiento del temblor esencial

R. Martínez Fernández, J. Mañez Miró, M. del Álamo, J. Pineda Pardo, F. Hernández, R. Rodríguez Rojas, C. Gasca Salas, L. Vela, J.A. Obeso

CINAC-HM Puerta del Sur. Móstoles, Madrid.

Objetivo. Reportar los resultados preliminares de viabilidad, seguridad y eficacia de la talamotomía bilateral en dos tiempos realizada mediante ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU) para el tratamiento del temblor esencial refractario. **Pacientes y métodos.** Tres pacientes a los que se había realizado talamotomía unilateral mediante HIFU como mínimo un año antes fueron tratados en el he-

misferio contralateral para el control del temblor esencial en la mano no tratada. Los pacientes fueron evaluados mediante la escala de clasificación clínica para temblores (CRST) antes de la primera talamotomía (línea base), entre la primera y la segunda, y un mes tras el segundo tratamiento. La escala tiene tres apartados: exploración del temblor por segmentos corporales (CRST-A), realización de tareas (CRST-B) e impacto funcional en actividades de la vida diaria (CRST-C). Se obtuvieron datos de calidad de vida percibida en relación al temblor (EQ-5D). Los efectos adversos fueron registrados incluyendo estudio neuropsicológico, cinemático y de voz. **Resultados.** No se registraron efectos adversos significativos o permanentes durante el tratamiento ni en el seguimiento. La puntuación del temblor en la mano tratada (CRST-A + CRST-B) se redujo de $20 \pm 1,1$ a $9,5 \pm 1,5$ (52,5%) tras la segunda talamotomía. También se observó mejoría en los temblores de voz y cefálico. La reducción de la CRST total respecto a la línea base fue del 69% ($53,7 \pm 12,2$ frente a $17,3 \pm 6$). La mejoría de la calidad de vida percibida (EQ-5D) fue del 70%. **Conclusión.** Esta es la primera experiencia reportada de talamotomía bilateral mediante HIFU para el tratamiento del temblor esencial. Los datos sugieren que es segura y potencialmente eficaz, aunque se requieren estudios mayores para confirmarlo.

20.

Eficacia y seguridad a largo plazo del patisirán en pacientes con amiloidosis hereditaria por transtiretina: estudio de extensión no enmascarado

L. Galán Dávila^a, M. Polydefkis^b, A. González Duarte^c, T. Coelho^d, J. Wixner^e, A. Kirnsten^f, C. García^g, D. Adams^h

^aHospital Clínico San Carlos. IDISSC. Madrid.

^bJohns Hopkins University. Baltimore, Estados Unidos.

^cInstituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México.

^dHospital Santo Antonio. Oporto, Portugal.

^eDepartment of Public Health and Clinical Medicine. Umea, Suecia.

^fHeidelberg University Hospital. Heidelberg, Alemania.

^gAlmylam Pharmaceuticals. Madrid.

^hNational Reference Center for FAP (NNERF). APHP. INSERM U 1195. CHU Bicêtre. Le Kremlin-Bicêtre, Francia.

Objetivos. La amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina (vATTR) es una enfermedad progresiva potencialmente mortal. La eficacia y seguridad del patisirán en la vATTR con polineuropatía a los 18-24 meses se ha demostrado en estudios en fase 2 y 3 (APOLLO). Ahora se presentan datos de seguridad y eficacia de un análisis intermedio del estudio de extensión no enmascarado –Global Open-Label Extension (OLE)–. **Pacientes y métodos.** Estudio de eficacia y seguridad multicéntrico, internacional, de extensión abierta, que incluyó a los pacientes que completaron los estudios iniciales: pacientes APOLLO aleatorizados a recibir placebo (APOLLO/placebo; $n = 49$) o patisirán (APOLLO/patisirán; $n = 137$) y pacientes del estudio en fase 2 ($n = 25$). **Resultados.** En este estudio OLE se incluyeron 211 pacientes; hasta el 24 de septiembre de 2018 se pudieron evaluar 189 con un seguimiento de 12 meses. El perfil de seguridad fue similar al de los estudios previos. Tras 12 meses de tratamiento adicional con patisirán, en este estudio se observó una mejoría sostenida en la escala mNIS+7 tanto en el grupo APOLLO/patisirán (variación media: $-4,0$; error estándar de la media, EEM: 1,9) como en el estudio de extensión abierta en fase 2 (variación media: $-4,7$; EEM: 3,5) respecto a los valores basales de los estudios originales. Asimismo, se observó una mejoría sostenida en la escala Norfolk QOL-DN (sólo evaluada basalmente en el estudio APOLLO) en los pacientes APOLLO/patisirán ($-3,9$; EEM: 2,1) tras 12 meses adicionales de tratamiento. Aunque los pacientes APOLLO/placebo presentaron mejoría tras 12 meses de tratamiento con patisirán (media mNIS+7: $-1,4$; EEM: 2,4. Norfolk QOL-DN: $-4,5$; EEM: 2,5), progresaron respecto a los valores basales del estudio APOLLO (mNIS+7: $+24,0$; EEM: 4,2. Norfolk QOL-DN: $+15,0$; EEM: 3,4) debido al avance de la enfermedad registrado mientras estuvieron recibiendo placebo durante los primeros 18 meses del estudio APOLLO. **Conclusiones.** El tratamiento con patisirán

a largo plazo muestra un perfil beneficio/riesgo positivo, incluso en los pacientes tratados con patisirán durante cuatro años. De forma global, se demostró la durabilidad del efecto en los pacientes con una mayor exposición temporal a patisirán. Aquellos no tratados previamente con patisirán mostraron un enlentecimiento de la progresión y una mejoría en la calidad de vida tras 12 meses de tratamiento con el fármaco, a pesar de la notable progresión de la enfermedad mientras recibieron placebo durante los 18 meses iniciales del estudio APOLLO, de forma que nunca se igualaron con el brazo tratado. El retraso en el tratamiento hizo que estos pacientes acumularan una mayor carga de enfermedad respecto a los que se trataron antes con patisirán.

21.

Importancia del PET-amiloide en la toma de decisiones. Indicación y manejo de pacientes con deterioro cognitivo y estudio con PET-amiloide

G. Martín Ávila, J.A. Medranda Corral, C. Piquero Fernández, I. Gil-Orlarte Montesinos, S. Labrador Marcos, E. Escolar Escamilla, C. Sáenz-Lafourcade, A.B. Pínel González, L. Morlán Gracia, B. Martínez Menéndez, A. Rueda Macos
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivos. Estudiar las características demográficas, el motivo de solicitud de PET-amiloide y los resultados de las pruebas en pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo en el Hospital Universitario de Getafe, y valorar si se produjeron cambios en el tratamiento una vez obtenido el resultado de la prueba. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de los datos recogidos de los pacientes a los que se hubiera realizado estudio de PET-amiloide del Hospital Universitario de Getafe en un período comprendido entre 2016 y 2019. Se realizó un análisis descriptivo en un total de 17 pacientes. **Resultados.** La edad media fue de $61,2 \pm 8,1$ años, un 53% varones, con un seguimiento medio de $5,5 \pm 4,6$ años. El motivo de consulta más frecuente fue el déficit

mnésico (67,4%), y el motivo de solicitud más frecuente, deterioro cognitivo persistente o progresivo de etiología no aclarada (70,6%). El 17,6% tenían resultado de PET-FDG normal, siendo el resultado patológico más

frecuente el hipometabolismo temporal (29,4%). El 58,8% de los pacientes tuvieron resultado positivo en PET-amiloide; de ellos el 50% tenían resultado patológico en PET-FDG. Antes de la realización del PET-amiloide,

el 47,1% seguían tratamiento anticolinesterásico, y se realizaron cambios tras el resultado del estudio en un 80% de los casos. **Conclusión.** En esta cohorte, el motivo de solicitud de PET-amiloide más repetido fue el de-

terioro cognitivo persistente o de etiología no aclarada. El 58,8% tuvieron resultado positivo en PET-amiloide. Se realizaron cambios de tratamiento en un 80% de los pacientes en base a los resultados del PET-amiloide.