

XVI

REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD EXTREMEÑA DE NEUROLOGÍA

Badajoz, 31 de enero y 1 de febrero de 2014
Hotel Badajoz Center



ORGANIZA



COMITÉ DE HONOR

Presidente del Comité:

Excmo. Sr. D. Luis Alfonso Hernández Carrón
Consejero de Salud y Política Social

Miebro del Comité:

Ilmo. Sr. D. Francisco Javier Frago Martínez
Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Badajoz.

Dra. M^a Carmen Durán Herrera
Presidenta de la Sociedad Extremeña de Neurología

Dr. D. Joaquín García Guerrero
Director Gerente del SES

Ilmo. Sr. D. Pedro Hidalgo Fernández
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz

Ilmo. Sr. D. Carlos R. Arjona Mateos
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

Sr. D. César M^a Téllez Boente
Gerente de las Áreas de Salud de Badajoz y Llerena-Zafra.

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

M^a Carmen Durán Herrera

VICEPRESIDENTE

José Luis Parrilla Ramírez

SECRETARIO

M^a Rosa Querol Pascual

TESORERO

Victor Pérez de Colosía Rama

VOCALES

Ana Serrano Cabrera

Martin Zurdo Hernández

COMITÉ CIENTÍFICO

Ignacio Casado Naranjo

Bernardo Cueli Rincón

José María Ramírez Moreno

Viernes 31 de Enero

16:00H ACREDITACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

17:30H INAUGURACIÓN DE LA XVI REUNIÓN.

18:00-19:40H SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES.

Moderadores: **Dr. P.E. Jiménez Caballero**
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.
Dra. M^a Rosa Querol Pascual
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

19:40-20:00H EXPOSICIÓN CIENTÍFICA. CAFÉ.

20:00-21:15H SIMPOSIO: UN NUEVO FRENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE.

Moderador: **Dr. Ignacio Casado Naranjo**
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción: **Dr. Ignacio Casado Naranjo**

Conectividad funcional en la enfermedad de Alzheimer

Dr. Fernando Maestú Unturbe
Profesor Titular de Psicología. UCM.
Director del laboratorio de Neurociencia Cognitiva y Computacional.
Centro de Tecnología Biomédica (UCM-UPM). Madrid

Innovación en la enfermedad de Alzheimer leve: ¿Qué aporta Souvenaid?

Dra. Mercè Boada Rovira
Directora Médica Fundación ACE.

22:00H CENA. RESTAURANTE EL SIGAR

Sábado 1 de febrero

CURSO DE NEUROOFTALMOLOGÍA Y NEUROOTOLOGÍA.

1ª PARTE: NEUROOFTALMOLOGÍA

Moderadores: **Dr. Bernardo Cueli Rincón**
Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.
Dr. José María Ramírez Moreno
Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

9:30-10:00H EXPLORACIÓN Y PATOLOGÍA DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES.

Dra. Teresa Moreno Ramos
Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

10:00-10:30H NEUROPATIAS OPTICAS.

Dr. Enrique Santos Bueso
Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

10:30-11:00H OCT EN NEUROLOGÍA.

Dr. Juan Pedro Torres Pereda
Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

11:00-11:30H DISCUSIÓN.

11:30-12:00H EXPOSICIÓN CIENTÍFICA. CAFÉ.

CURSO DE NEUROOFTALMOLOGÍA Y NEUROOTOLOGÍA.

2º PARTE: NEUROOTOLOGÍA

Moderadores: **Dra. Carmen Durán Herrera**
Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.
Dr. Víctor Pérez de Colosía Rama
Hospital de Mérida, Badajoz.

12:00-12:30H MANEJO DEL SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO.

Dr. Eduardo Martín Sanz
Servicio Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Getafe.
Profesor Asociado Universidad Europea de Madrid.

12:30-13:00H APORTACIONES DE LA EXPLORACIÓN VESTIBULAR AL TOPODIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO.

Dr. Ángel Batuecas Caletro
Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.
Hospital Universitario de Salamanca.

13:30-14:00H REHABILITACIÓN VESTIBULAR.

Dr. Gabriel Trinidad Ruiz
Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

14:00-14:30H DISCUSIÓN.

14:30H ALMUERZO DE TRABAJO. HOTEL CENTER.

16:30H ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD EXTREMEÑA DE NEUROLOGÍA.

HORARIO DE COMUNICACIONES

- 18:00h-18:08h** Polirradiculoneuritis bilateral secundaria a anestesia epidural. A propósito de un caso
- 18:08h-18:10h** Discusión.
- 18:10h-18:18h** Debut de Esclerosis Múltiple a los 61 años: Características clínicas, Evolución y Pronóstico.
- 18:18h-18:20h** Discusión.
- 18:20h-18:28h** Resultado a largo plazo de la diatermocoagulación del ganglio de Gasser: Evaluación de 87 procedimientos consecutivos.
- 18:28h-18:30h** Discusión.
- 18:30h-18:38h** Encefalitis autoinmune asociada a anti-NMDA. Descripción de dos casos no paraneoplásicos.
- 18:38h-18:40h** Discusión.
- 18:40h-18:48h** Tratamiento trombolítico en pacientes con ictus isquémico y enfermedad maligna.
- 18:48h-18:50h** Discusión.
- 18:50h-18:58h** Trombosis del seno longitudinal superior y ruptura de aneurisma carotídeo simultáneamente en el puerperio.
- 18:58h-19:00h** Discusión.
- 19:00h-19:08h** Lesiones cerebrales evanescentes: A propósito de un caso.
- 19:08h-19:10h** Discusión.
- 19:10h-19:18h** Un fascinante caso de síndrome de falsa identificación reduplicativa ambiental.
- 19:18h-19:20h** Discusión.
- 19:20h-19:28h** La Genética en la demencia.
- 19:28h-19:30h** Discusión

POLIRRADICULONEURITIS BILATERAL SECUNDARIA A ANESTESIA EPIDURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

M Martín Del Viejo; M M Marcos Toledano; MR Querol Pascual ; O Romaskevych; DJ Ceberino Muñoz; P Muñoz Vega; MA Pons García; A Roa Montero ;AB Constantino Silva; JM Ramírez Moreno, C Durán Herrera; J Aguirre Sánchez; JL Parrilla Ramírez. Sección de Neurología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción/Objetivos:

La polirradiculoneuritis es una complicación neurológica muy poco frecuente tras anestesia epidural. Describimos un caso clínico y revisamos la literatura.

Material/Método: Mujer de 64 años hipertensa y con hernia de hiato. Ingresó para intervención de tumoración en ciego. Se colocó catéter epidural para analgesia postquirúrgica. Tras cirugía presenta paraplejía arrefléjica, anestesia y pérdida del control esfinteriano, persistiendo tras retirada de catéter.

Resultados:

Ante estos hallazgos, se plantea como principal diagnóstico diferencial la isquemia medular, hematoma epidural y polirradiculoneuritis. Se realizó estudio de neuroimagen urgente que descarta lesión medular y epidural. La aparición de fiebre obliga a descartar proceso infeccioso. Se realizó PL: 160 hematíes, 3-4 polimorfonucleares, 2-3 linfocitos, 42 mg/dl glucosa, 129.3 mg/dl proteínas. Con la sospecha de meningitis no aclaradas se inicia tratamiento antibiótico empírico, con remisión de la fiebre y sin mejoría del déficit neurológico. Se consulta con Neurología a los 6 días de la cirugía para completar estudio. El electroneurograma demuestra pérdida neurogénica de unidades motoras en grado acusado severo L3- S2 bilateral. En el momento actual presenta paraparesia severa, recuperación de la sensibilidad y control de esfínteres. En electroneurograma de control no muestra mejoría significativa.

Conclusiones:

Las complicaciones mayores de la anestesia epidural son raras, pero con mal pronóstico funcional, y en muchas de ellas, la etiología no está aclarada. La Polirradiculoneuritis bilateral es una complicación muy infrecuente. La anamnesis dirigida y exploración neurológica previa al procedimiento pueden evitar complicaciones posteriores. Algunas guías de práctica clínica recomiendan la ecografía durante la realización de una anestesia epidural.

DEBUT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE A LOS 61 AÑOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

Autores:

Beatriz Yerga Lorenzana, Montserrat Gómez Gutiérrez, Raúl Romero Sevilla, Juan Carlos Portilla Cuenca, María del Mar Caballero Muñoz, José Antonio Fermín Marrero, Irene Bragado Trigo, Inmaculada Redondo Peña, Ignacio Casado Naranjo. Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción/Objetivos:

La esclerosis múltiple se presenta típicamente en adultos menores de 40 años. Entre el 4 y el 9,6 % se diagnostica de Esclerosis Múltiple de Inicio Tardío (LOMS).

Material/métodos:

Presentamos el caso de un varón de 61 años hipertenso, diabético y dislipémico con antecedente de ictus lacunar hace 10 años, con paresia residual leve en MID. Hace un año acude a la consulta de Neurología por aumento de la debilidad en MID y disartria. Se objetivó paresia 4/5 MID, con hiperreflexia, Hoffman positivo, clonus aquileo, marcha parética y disartria inteligible. Pruebas complementarias: perfiles generales y autoinmunidad normales y serologías negativas. LCR evidenció BOC IgG positivas. La RM cerebral mostró una lesión ovalada, grande, paraventricular izquierda sin efecto masa con tenue realce periférico tras GAD, además de múltiples imágenes subcorticales hiperintensas en T2.

Resultados:

Tras 6 meses de evolución el paciente presentó un episodio de empeoramiento, consistente en disartria, paresia facial derecha leve, paresia de MSD (4/5), aumento de la debilidad en MID (3/5), con necesidad de doble apoyo para la deambulación. Se decidió tratar con corticoides IV, presentando leve mejoría. La RM control mostró aumento del número de lesiones típicas. Se diagnosticó de EMRR de inicio tardío iniciando tratamiento con interferón.

Conclusiones:

La LOMS está asociada a una rápida progresión hacia la discapacidad en comparación con las formas de EM en jóvenes. Las variantes de EM y las formas atípicas son frecuentes después de los 50 años, lo que dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento.

RESULTADO A LARGO PLAZO DE LA DIATERMOCOAGULACIÓN DEL GANGLIO DE GASSER: EVALUACIÓN DE 87 PROCEDIMIENTOS CONSECUTIVOS.

Autores:

I.J. Gilete Tejero, M. Ortega Martínez, J.M. Cabezudo Artero, M. Royano Sánchez, R. García Moreno¹, C.A. Mondragón Tirado. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario. Badajoz.

Introducción:

La rizotomía percutánea del ganglio de Gasser mediante radiofrecuencia es una alternativa terapéutica común en el tratamiento de la neuralgia del V par resistente al tratamiento médico. Nuestro objetivo es analizar el resultado a largo plazo de este procedimiento mínimamente invasivo en términos de seguridad y eficacia.

Material y Métodos:

Efectuamos un estudio descriptivo retrospectivo de 87 rizotomías efectuadas en nuestro Centro entre Abril de 2000 y Octubre de 2013. Se analizan las características demográficas y clínicas de la población de estudio, así como la duración del alivio sintomático lograda tras un único procedimiento y los efectos secundarios derivados del mismo.

Resultados:

El porcentaje de éxito inicial en términos de control del dolor fue del 87% (BNI score I-IIIb). Como complicaciones más destacables encontramos disestesias (6,9%), úlcera corneal (5,75%) y paresia maseterina (2,3%) con un porcentaje de hipoestesia facial resultante referida por el 36,8% de los pacientes. No existe mortalidad asociada al procedimiento en nuestra serie. Al final del estudio un 48% de los pacientes había experimentado recidiva del dolor (BNI score IV-V). De acuerdo con el análisis de Kaplan-Meier, la probabilidad de control de dolor (BNI score I-IIIb) tras 13 años de un único procedimiento fue del 41%. Más del 84% de los pacientes interrogados repetirían el procedimiento en caso necesario.

Conclusiones:

La diatermocoagulación del ganglio de Gasser puede ser considerada un procedimiento que permite un alivio efectivo del dolor en la neuralgia del V par con mínimos efectos secundarios.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A ANTI-NMDA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS NO PARANEOPLÁSTICOS.

Autores:

Bernardo Cueli Rincón, Martín Zurdo Hernández, M^a José Cruz Huertas, Esther González Soltero, Macarena Bejarano Parra, Beatriz Rodríguez Fúnez, Fernando Castellanos Pinedo. Unidad de Neurología. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres.

Introducción/objetivos:

La encefalitis asociada a anti-NMDA es un síndrome neuropsiquiátrico de etiología inmune, paraneoplásico (asociado principalmente a teratoma ovárico) o no, y evolución multifásica, inicialmente descrito en 2007. Describimos la presentación, diagnóstico y tratamiento de 2 casos.

Material/método:

Caso 1: mujer de 17 años, presentaba cefalea y febrícula, episodios de movimientos atetoides en miembro superior derecho, trastorno conductual, alucinaciones auditivas y visuales, estado epiléptico convulsivo, disautonomía, hipoventilación, discinesias orolinguales y afasia de expresión. Antecedente de un episodio de coreoatetosis 7 años antes, autolimitado en 9 meses. Caso 2: mujer de 24 años, presentaba un trastorno del comportamiento con despersonalización, ideaciones delirantes, fluctuaciones del nivel de atención y afasia de predominio de expresión.

Resultados:

Neuroimagen con estudio de IRM craneal con hiperintensidad frontobasal y parahipocámpica, en el caso 1 y normal en el caso 2. En el caso 1 la citobioquímica de LCR presentaba leve pleocitosis linfocitaria. La PCR para herpes virus resultó negativa. En ambos casos se confirmó la presencia de Anti-NMDA en LCR. Los estudios analíticos, metabólico, autoinmunidad (ANA, antitiroideos) y serologías fueron normales o negativos en ambas pacientes. También el estudio TAC tóraco-abdomino-pélvico resultó normal en ambas. El EEG resultó patológico, con actividad epileptiforme específica en el caso 1 y brotes de actividad lenta en el caso 2. Se emplearon como tratamientos inmunomoduladores: metilprednisolona, inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) y Rituximab en el caso 1. En el caso 2 se utilizaron IGIV

Conclusiones:

La aparición de un trastorno conductual asociado a trastorno del movimiento y/o crisis comiciales debe hacer sospechar esta entidad. La confirmación del diagnóstico por la presencia de anti-NMDA en LCR permite iniciar la inmunoterapia precozmente, mejorando el pronóstico.

TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y ENFERMEDAD MALIGNA.

Autores:

I. Redondo Peñas, JC. Portilla Cuenca, I. Bragado Trigo, M. Calle Escobar, A. Falcón García, A. Serrano Cabrera, JA. Fermín Marrero, B. Yerga Lorenzana, G. Gámez-Leyva Hernández, PE. Jiménez Caballero, I. Casado Naranjo. Sección de Neurología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción/objetivos:

Aproximadamente 15% de los pacientes con cáncer presentan un ictus. Existe escasa información acerca del riesgo de trombolisis en este contexto, por lo que esta intervención es motivo de controversia. Analizamos los resultados obtenidos tras administrar tPA intravenoso (IV) en pacientes con enfermedad maligna (EM) que presentaron ictus isquémico.

Material/métodos:

Análisis retrospectivo de un registro de pacientes con ictus tratados con tPA IV en ≤ 4.5 horas tras el inicio. El diagnóstico de EM se estableció por antecedentes o durante el estudio. En este grupo diferenciamos EM activa, definida por la presencia de metástasis o tratamiento activo; y EM previa, si carecían de estas características. Analizamos evolución precoz: NIHSS 7 días, transformación hemorrágica (TH) y mortalidad hospitalaria (MH); y evolución 90 días: situación funcional (mRankin ≤ 2) y mortalidad (M).

Resultados:

Se incluyeron 157 pacientes, 23 (14,6 %) con EM: activa (n=10), previa (n=13). Cáncer gastrointestinal (n= 7) el más frecuente. No se encontraron diferencias significativas en evolución precoz (NIHSS 7 días: 7,5 (7,4) vs 7,7 (7,1), p 0,90; TH 13,8 vs 8,7, p 0,49); MH (9% vs 0%, p 0,135); ni a los 90 días (mRankin 51,1% vs 47,8%, p 0,77; M 13,5% vs 4,3%, p 0,21). Tampoco en evolución 90 días en los pacientes con EM activa o previa (mRankin 50% vs 46,2%, p 0,942; M 0% vs 7,7%, p 0,395).

Conclusiones:

En consonancia con otros estudios, nuestros resultados sugieren que el tratamiento del ictus con tPA IV en pacientes EM resulta seguro, si bien parece necesaria más información y validación prospectiva.

TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR Y RUPTURA DE ANEURISMA CAROTÍDEO SIMULTÁNEAMENTE EN EL PUERPERIO.

Autores:

C.A. Mondragón Tirado, I.J. Gilete Tejero, M. Ortega Martínez, I. Fernández Portales, J.M. Cabezado Artero, M. Royano Sánchez, R. García Moreno. Servicio de Neurocirugía, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción/objetivos:

La hemorragia subaracnoidea (HSA) representa una considerable morbimortalidad en el puerperio, siendo múltiples sus causas. Entre ellas se han descrito como etiologías aisladas, la ruptura de aneurismas y la trombosis de los senos venosos intracraneales. Presentamos el caso de una paciente en el puerperio donde coexisten las dos patologías.

Material/métodos:

Gestante a término de 32 años, sin antecedentes de interés. Se realiza cesárea electiva. Tras el alta desarrolla cefalea con disartria. En pruebas de imagen se evidencia una HSA perimesencefálica y silviana derecha, un aneurisma de arteria carótida supraclinoidea derecha y una trombosis del seno sagital superior (TSSS). El aneurisma se emboliza y se inicia anticoagulación. La paciente evoluciona satisfactoriamente y no presenta déficit neurológico en las revisiones posteriores.

Resultados:

Las hemorragias intracraneales son raras durante el embarazo y el puerperio, dentro de estas se encuentra la HSA que es debida principalmente a la ruptura de malformaciones arteriovenosas o de aneurismas, así como a la trombosis de los senos venosos intracraneales. El tratamiento de soporte y el específico de cada etiología debe empezar desde la identificación del cuadro para garantizar una buena evolución neurológica.

Conclusiones:

En nuestra paciente la hipótesis del inicio de la sintomatología contempla la TSSS y posteriormente la ruptura del aneurisma encontrado. El algoritmo óptimo de tratamiento según nuestro criterio pasa por tratar el aneurisma, seguido de la anticoagulación a dosis plena para evitar riesgo sobreañadido de resangrado.

LESIONES CEREBRALES EVANESCENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

DJ Ceberino Muñoz. MR Querol Pascual. AM Roa Montero. MM Marcos Toledano. O Romaskevych. M Martín del Viejo. L Fernández Prudencio¹. A López Navia². PJ Muñoz Vega. MC Duran Herrera. Sección de Neurología. ¹Servicio de Radiodiagnóstico. ² Sección de Endocrinología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Introducción/objetivos:

Las lesiones cerebrales evanescentes (LCE) son procesos patológicos que tienen comportamiento evolutivo intermitente en las pruebas complementarias de neuroimagen. En la literatura se han descrito varias patologías cuyas lesiones desaparecen ya sea bien forma espontánea o con tratamiento farmacológico, habitualmente con corticoides.

Material/métodos:

Mujer de 56 años que hace 5 años debutó con panhipopituitarismo, diabetes insípida y deterioro cognitivo. En RM craneal apareció una LOE hipotalámica. Inicialmente fue tratada con corticoides con buena respuesta. En controles sucesivos la lesión desapareció. Dos años después presentó visión borrosa, diplopía e hipoacusia, se repitió la RM surgiendo nuevas lesiones en troncoencéfalo, siguiendo la misma actitud y evolución. Actualmente presenta acentuación de la clínica previa, por lo que ingresa para estudio.

Resultados:

Ante la presencia de LCE se debe realizar diagnóstico diferencial con lesiones de tipo inflamatorio (como neurosarcoidosis, granulomatosis, histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester entre otras) enfermedades desmielinizantes y patología tumoral como el linfoma cerebral primario (LCP), ciertas metástasis cerebrales o gliomas. Se realiza analítica detallada con ECA en suero, autoinmunidad y serología vírica sin hallazgos de interés. Se realiza punción lumbar con ligera proteinorraquia, BOC y ECA en suero negativas. En RM actual se encuentra lesión en suelo de III ventrículo. Se realiza biopsia de la lesión mostrando el resultado de LCP.

Conclusiones:

La presencia de LCE exige un diagnóstico diferencial exhaustivo. Nuestra paciente presentó un curso evolutivo atípico para de LCP. No debemos olvidar que radiológicamente el LCR es el "gran simulador". Ante una LCE en pacientes inmunodeprimidos debe sospecharse LCP.

UN FASCINANTE CASO DE SÍNDROME DE FALSA IDENTIFICACIÓN REDUPLICATIVA AMBIENTAL.

Autores:

I Casado Naranjo, B Duque de San Juan, JC Portilla Cuenca, RM Romero Sevilla, I Bragado Trigo, I Redondo Peñas, B Yerga Lorenzana y JP Suárez Fernández1. Sección de Neurología y 1Medicina Nuclear. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Introducción/objetivos:

Los síndromes de falsa identificación (SFI), describen una situación en la que un paciente identifica erróneamente y/o duplica una persona, un lugar, un objeto o un acontecimiento. El término paramnesia reduplicativa (PR) define un delirio caracterizado por la falsa creencia mantenida de que un lugar existe simultáneamente en al menos dos localizaciones.

Material/métodos:

Describimos las características clínicas, neuropsicológicas y de neuroimagen estructural y funcional de un paciente con síndrome de PR.

Resultados:

Varón de 83 años con síntomas de confusión, alteración de lenguaje, memoria y pérdida de capacidad funcional que relataba como se había construido en otra parte de su ciudad un barrio igual al suyo, con las mismas calles y edificaciones. La RMN cerebral mostraba una atrofia cortical asimétrica y el SPECT cerebral una hipoperfusión cortical que afectaba selectivamente a los lóbulos temporal y parietal derecho así como a la región del giro orbitofrontal ipsilateral.

Conclusiones:

Definida por Pick en 1903, la PR es un trastorno inusual que a diferencia de otros SFI, suele tener una causa neurológica. Los pacientes además del contenido delirante suelen mostrar otras alteraciones cognitivas de forma que se considera necesario para su aparición la afectación de la memoria y las capacidades visuoespaciales y ejecutivas. Se sugiere que su aparición resulta de la afectación del hemisferio derecho que condiciona un deterioro de la función visuoespacial y la memoria visual y/o áreas bifrontales que dificultan la inhibición de la falsa impresión causada y que cuando la afectación cerebral es bilateral, el daño del hemisferio derecho es mayor.

LA GENÉTICA EN LA DEMENCIA.

Autores:

José Luis Parrilla, Rosa Querol, Marusa Pons, María Martín, Olena Romaskevych, David Severino, Sandra Bartolomé, P García . Sección de Neurología. Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Introducción/objetivos:

La predisposición genética es importante en medicina. El neurólogo debe estar preparado para resolver las preguntas del paciente y su familia que son cada vez más frecuentes.

Material/métodos:

Presentamos tres casos correspondientes a deterioros cognitivos en mayor o menor grado, con perfil clínico y de neuroimagen diferente y correlato génico distinto. Los tres se encuentran en edades pre-seniles.

Resultados:

El primer caso corresponde a un CADASIL con pobre sintomatología neurológica pese a la Neuroimagen (Mutación en el gen NOCT 3). El segundo es una DFLT (variante Afasia no fluente), con Mutación en el gen GRN y el tercero es una enfermedad de Alzheimer familiar con Mutación en el gen de la PSN 1.

Conclusiones:

Los casos referidos se heredan de forma Autosómico Dominante por lo que el riesgo de afectación ocurre en el 50 % de los familiares. Además de la mejor etiología clínica-diagnóstica podemos ofrecer a nuestros enfermos y a sus familias un consejo genético adecuado.

Patrocinadores principales

**Bayer – Biogen Idec – Eisai-Bial
Lundbeck – Nutricia – Qualigen SNC – UCB**

Otros Colaboradores

Esteve – Ferrer – Grupo G. E. Healthcare

Reconocido de Interés Sanitario por la Consejería de
Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura.

Aval Científico de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Acreditado por la Comisión de Formación Continuada.

Secretaría Técnica

