

45.^a Reunión Anual de la Sociedad de Neurofisiología Clínica de las Comunidades de Valencia y Murcia

Valencia, 1 de octubre de 2021

1.

Neuroapraxia: una lesión para tener en cuenta

Ipiens-Escuer C, Blanco-Pino C, Salas-Redondo A, Martínez-Ramírez C, Azzi H, Puertas-Cuesta J

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira, Valencia.

Introducción. Las lesiones del nervio periférico tienden a catalogarse según la afectación anatomopatológica y se describen mediante la clasificación de Seddon en las categorías de neuroapraxia, axonotmesis y neurotmesis. La presencia de neuroapraxia en segmentos proximales de un nervio lesionado puede dificultar el diagnóstico del paciente. **Material y métodos.** Se presenta el caso de un paciente de 24 años con politraumatismo y aplastamiento del hemicuerpo derecho. Destaca una fractura abierta de tibia y peroné, tratada con osteosíntesis con clavo intramedular en la tibia. Tras la cirugía, presenta paresia del pie de predominio en la dorsiflexión y debilidad para la flexión de la rodilla, con hipoestesia de la pierna y el pie. **Resultados.** Las electromiografías realizadas al mes, a los tres y a los seis meses mostraron una afectación neurógena muy grave con abundante deservación activa en territorios de nervio peroneo, con escasa actividad voluntaria; y muy escasos signos de deservación y reinervación en la musculatura de los nervios ciático y tibial posterior, con reclutamientos reducidos. Posteriormente se observó ausencia de mejoría clínica. A los nueve meses, en el plazo de unos días, presentó mejoría clínica súbita,

con recuperación de la flexión de rodilla, extensión del pie y recuperación parcial de la dorsiflexión del pie y de los dedos, así como disestesias en territorio previamente hipoestésico. **Conclusiones.** Se sospecha una neuroapraxia del tronco ciático común asociada a una axonotmesis parcial peronea. Las lesiones por neuroapraxia se producen por la desmielinización focal de un nervio, aunque su presentación aislada es poco habitual y presentan cierto grado de axonotmesis. Destaca la presencia de bloqueos de conducción y disminución de la velocidad de conducción en un segmento, con ausencia de deservación y reinervación por no existir degeneración walleriana. Deben tenerse en cuenta ante la falta de hallazgos neurofisiológicos que justifiquen la clínica. Se deben explorar segmentos proximales de los nervios, especialmente en lesiones compresivas o isquémicas.

2.

Encefalitis autoinmune posvacuna de AstraZeneca

Morcillo-Escudero B, Vázquez-Rosa M, Balaguer-Roselló E, Gil-Galindo N, Santiago Ferrer-Piquer S, Giner-Bayarri P

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Hospital Universitari de la Plana. Castellón.

Introducción. Mujer de 28 años acude a urgencias por febrícula y migraña una semana después de vacunarse con AstraZeneca de COVID-19. Dada de alta con antiinflamatorios, acude 24 horas después por alteración del comportamiento y desorien-

tación con movimientos estereotipados. Tiene antecedentes de migraña con aura autolimitada y parestesias en el hemicuerpo izquierdo con estudio completo normal en 2013. Tiene una prima epiléptica desde los 18 años. Sospecha inicial de meningitis linfocitaria. Se inicia tratamiento con megadosis de corticoide, antibioterapia empírica, aciclovir y antiepilépticos. **Material y métodos.** Punción lumbar, resonancia magnética cerebral, tomografía axial computarizada cerebral y analítica completa; electroencefalograma; y tomografía por emisión de positrones-tomografía axial computarizada de cráneo. **Resultados.** Punción lumbar: celularidad negativa, serología infecciosa negativa, serología autoinmune negativa a excepción de anticuerpos IgG anti-SSA/Ro, anticuerpos antiácido glutámico descarboxilasa 65 en el suero; anticuerpos anticardiolipina IgG: discretamente elevados. Resonancia magnética cerebral y tomografía axial computarizada normales. Analítica sanguínea: anodina. Destaca la negatividad de: tirotopina, metabolismo férrico, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, anticuerpos anti-Hu en el suero y el líquido cefalorraquídeo, anticuerpos anti-Ri en el suero y el líquido cefalorraquídeo, anticuerpos anti-Yo en el suero y el líquido cefalorraquídeo, factor reumatoide, proteinograma, complemento, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo, anticuerpos anti-MAG, anticuerpos GQ1b, anticuerpos TGB y anticuerpos TPO negativos. Panel de autoanticuerpos onconeuronales y frente a Ag de superficie en el suero y el líquido cefalorraquídeo en el Hos-

pital Clínic de Barcelona: negativos. Electroencefalograma: inicialmente la paciente muestra un trazado encefalopático con actividad intercrítica inespecífica persistente en la región frontotemporal izquierda. Persiste esta actividad días posteriores y el foco se desplaza a la temporooccipital izquierda y finalmente a la temporal homolateral. Tomografía por emisión de positrones-tomografía axial computarizada de cráneo: hipermetabolismo occipital e hipometabolismo frontal y temporoparietal bilateral. Compatible con encefalitis autoinmune. **Conclusiones.** Paciente con alta sospecha de encefalitis posvacuna, respuesta variable a corticoides, precisa tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas para controlar la agitación y entra en un estado de catonía que se resuelve con benzodiazepinas. El electroencefalograma se normaliza 20 días después.

3.

Atrofia del músculo deltoides (a propósito de un caso)

Balaguer-Roselló E, Hoyo-Rodrigo B, Gil-Galindo N, Vázquez-Rosa M, Morcillo-Escudero B, Mazzillo-Ricarte A

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. Hospital Universitari de la Plana. Castellón.

Introducción. Hombre de 63 años que acude para control electromiográfico por afectación de los nervios circunflejo y musculocutáneo derechos. Antecedentes de diabetes mellitus de tipo 2 con regular control glucémico, que acude por presentar limitación a la abducción del brazo dere-

cho desde hace un año. Asocia cervicalgia y en alguna ocasión sensación de acorchamiento en el miembro superior derecho. **Material y métodos.** Estudio electromiográfico de miotomas C5-C7 derechos. Estudio neurográfico sensitivo del mediano, cubital, radial, cutáneo antebraquial lateral y sural. Estudio neurográfico motor del mediano, cubital, axilar, circunflejo y ciático poplíteo interno. Ondas F. **Resultados.** Estudio electromiográfico con signos de afectación neurógena en territorio radicular/miotomas comunes C5-C6, con potenciales de unidad motora polifásicos de reinervación reciente, entremezclados con algunos potenciales de unidad motora polifásicos agrandados. Los trazados musculares son deficitarios en el músculo deltoides derecho y están conservados en los demás músculos. Se aprecian notables signos de desnervación en los músculos deltoides y bíceps derechos, y ligeros en el músculo supraespinoso derecho. No hay desnervación activa en los demás músculos explorados. Estudio neurográfico con pérdida de amplitud de los potenciales evocados motores y sensitivos en los miembros superiores e inferiores, con mayor afectación sensitiva y de mayor intensidad en los miembros inferiores. Se asocia leve pérdida de la velocidad de conducción, que es proporcional a la pérdida de amplitud. Moderado retraso de las ondas reflejas F en los nervios cubital y tibial posterior. En nervios de inervación común C5-C6 derecha, se aprecia una disminución de la amplitud y retraso proporcional de la latencia en comparación con el contralateral (nervios axilar, musculocutáneo y torácico largo derechos). **Conclusiones.** Afectación neurógena en el territorio de inervación radicular/miotomas C5-C6 derechos, crónicos con signos de reinervación reciente, con trazados deficitarios en el deltoides derecho. Hay signos de desnervación en los músculos distales (deltoides y bíceps) y no se detectan en los músculos más proximales. Polineuropatía sensitivo-motora de tipo axonal, con predominio sensitivo y mayor intensidad en los nervios de los miembros inferiores, de grado moderado, probablemente de origen metabólico/diabético.

4.

Esclerosis lateral amiotrófica con descargas repetitivas complejas desencadenadas por la activación de los potenciales de acción de la unidad motora

García-Verdú A, Buigues-Lafuente A, Aller-Álvarez JS, Joshua-Olea N, Toledo-Samper I, Millet-Sancho EC

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva, Valencia.

Introducción. Las descargas repetitivas complejas frecuentemente se observan en reposo y se suelen bloquear con los potenciales de acción de la unidad motora. Son complejos formados por más de dos puntas que se repiten perfectamente regulares, tienen un inicio y un fin súbitos, y presentan un sonido de 'martillo neumático'. Son la expresión eléctrica de la excitabilidad de múltiples fibras musculares entrelazadas con difusión efáptica. Las descargas repetitivas complejas están asociadas a enfermedades del asta anterior de la médula, radiculopatías, neuropatías, miopatías inflamatorias y distrofias musculares. Las descargas repetitivas complejas desencadenadas por la activación de los potenciales de acción de la unidad motora son un hallazgo infrecuente y en la mayoría de casos descritos están asociadas a un patrón neurógeno crónico. **Material y métodos.** Mujer de 73 años sin antecedentes médicos importantes, que presentó un cuadro de tres años de evolución consistente en disfonía, dos neumonías, disfagia mixta, cansancio, y debilidad en el cuello y proximal en ambos miembros. Las pruebas de imagen y las analíticas fueron normales. En la punción lumbar presentó neurofilamentos con valores patológicos 3.016,26 pg/mL. **Resultados.** La electromiografía mostró descargas repetitivas complejas en los miembros superiores e inferiores en reposo y desencadenadas por los potenciales de acción de la unidad motora. Éstos tenían una duración aumentada (por las descargas repetitivas complejas), pero no podemos saber la duración real. A los tres

meses, la paciente presentó un empeoramiento progresivo de la fuerza, se realizó otra electromiografía que ya no presentaba descargas repetitivas complejas y presentó signos neurógenos (desnervación activa, reinervación crónica en evolución y trazados muy empobrecidos) graves en la región cervical y el músculo trapecio. Se realizó diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica de comienzo bulbar/axial. **Conclusiones.** Las descargas repetitivas complejas desencadenadas por la activación de los potenciales de acción de la unidad motora de nuestro caso nos impidieron objetivar los signos neurógenos. La escasa bibliografía parecía indicar que estaban más asociadas con un patrón neuropático, que finalmente se confirmó.

5.

Pie caído como inicio de una polineuropatía con hipersensibilidad a la parálisis por presión

Carrasco-Méndez CA, Martínez-de Quintana A, Giménez-López E

Hospital Universitario General de Villalba. Madrid. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Introducción. Mujer de 54 años que acude a urgencias por presentar desde cinco días antes pie derecho caído con dificultad para caminar. Refiere adormecimiento en la región dorsal del pie y lateral de la pierna derecha. Niega dolor o traumatismos. No tiene antecedentes personales de interés. **Material y métodos.** La exploración neuromuscular presenta fuerza conservada en los miembros superiores e inferiores, incluida la musculatura glútea, salvo para la extensión del dedo gordo y la flexión dorsal del pie derecho. Hipoestesia táctil en el dorso del pie derecho. Pruebas complementarias (electrocardiograma, analítica y tomografía axial computarizada craneal) sin alteraciones significativas. Juicio clínico: probable neuropatía del nervio peroneo común derecho. Se solicita estudio electromiográfico. **Resultados.** La paciente acude al servicio de neurofisiología pasado un mes

desde el inicio de los síntomas y presenta progresión clínica, aunque parcial. Exploración neurológica: balance muscular de flexión dorsal del pie y extensión del dedo gordo, 3/5. Amiotrofia de la eminencia tenar bilateral. Hipoestesia del territorio mediano izquierdo y peroneo derecho. Pies cavos. Hiporreflexia global con aquileos ausentes. Marcha con ligero componente en estepaje. Los resultados del estudio electromiográfico muestran signos concordantes con una polineuropatía sensitivo-motora, objetivada en los miembros superiores e inferiores, de predominio desmielinizante y más acusada en lugares de compresión nerviosa, compatible con una polineuropatía con hipersensibilidad a la parálisis por presión. Existen datos de desnervación activa en los músculos dependientes del nervio peroneo común derecho. **Conclusiones.** El diagnóstico diferencial del pie caído debe incluir, además de las entidades más frecuentes (lesión del nervio peroneo común, neuropatía ciática, plexopatía lumbosacra y radiculopatía de L5-S1), la polineuropatía hereditaria por hipersensibilidad a la parálisis por presión, entidad infradiagnosticada, donde el diagnóstico neurofisiológico es fundamental para una correcta orientación diagnóstica. Son importantes una anamnesis y una exploración física completas, complementarias al estudio electromiográfico, que debe incluir siempre estudios contralaterales y ampliar su extensión en función de los resultados obtenidos durante su realización.

6.

Estado epiléptico superrefractario en el embarazo: un reto

Giménez-Roca S, Sellés-Galiana F, Canet-Sanz T, Aliaga-Díaz A, Asensio-Asensio M, Giménez-Roca L

Hospital General Universitario de Alicante Doctor Balmis. Alicante. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante.

Introducción. El estado epiléptico superrefractario es una emergencia rara durante el embarazo, pero, cuan-

do aparece, conlleva un doble riesgo: secuelas cognitivas significativas y elevada mortalidad para la madre; y, por otra parte, el crecimiento fetal se ve amenazado por el uso de fármacos antiepilépticos y por las crisis continuas. **Material y métodos.** Paciente gestante de 24 semanas que fue derivada a nuestro hospital por presentar crisis convulsivas continuas sin recuperación del nivel de conciencia entre ellas. La paciente tenía diagnóstico previo de epilepsia generalizada idiopática y estaba en tratamiento con levetiracetam 500 mg/12 horas. **Resultados.** A su llegada, se realizó una resonancia magnética, que fue normal, y un electroencefalograma, en el que se registró actividad delta rítmica generalizada con morfología de punta-onda predominantemente bifrontal. En primer lugar, se usaron múltiples combinaciones de fármacos antiepilépticos, así como anestésicos, sin obtener una mejoría electroencefalográfica. Por ello, tras 14 días de estado epiléptico superrefractario y 26 semanas de gestación, se decidió finalizarla mediante cesárea. A pesar de ello, el estado epiléptico superrefractario persistió, por lo que se usaron barbitúricos, tratamientos inmunomoduladores y dieta cetogena, y, finalmente, tras 32 días de estado epiléptico superrefractario, la actividad epileptiforme desapareció en el electroencefalograma. La paciente presentaba en el momento del alta unas funciones cognitivas normales y, en nivel electroencefalograma, ocasional actividad theta predominantemente temporal. El neonato nació con coagulopatía grave y permaneció en la unidad de cuidados intensivos neonatal 80 días aproximadamente. **Conclusiones.** Este artículo representa el primer caso de estado epiléptico superrefractario durante el embarazo según la nueva clasificación de la Liga Internacional contra la Epilepsia publicada en 2015. Existen muchos factores o causas que promueven la aparición de crisis durante el embarazo, y el más frecuente es el cese del tratamiento, como en nuestra paciente. A pesar de que en la bibliografía se establece que la finalización del embarazo detiene el estado epiléptico

co superrefractario, esto no ocurrió en nuestra paciente. Este caso supone un reto con buena evolución para la madre y el neonato.

7.

Monitorización electroencefalográfica en terapia electroconvulsiva. Nuestra experiencia

Vázquez-Rosa M, Balaguer-Roselló E, Morcillo-Escudero B, Giner-Bayarri P, Chilet-Chilet R, Mazzillo-Ricaurte A

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción. La terapia electroconvulsiva consiste en la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo con el que se genera una convulsión tonicoclónica generalizada. Es un tratamiento usado en enfermedades mentales graves, y, dadas las características iciales del procedimiento, la monitorización videoelectroencefalográfica durante el mismo puede ser beneficiosa. **Material y métodos.** Estudio observacional y descriptivo en el que se analizan distintas variables de las sesiones de terapia electroconvulsiva realizadas en el Hospital Universitario Doctor Peset entre abril de 2021 y julio de 2021. Las principales variables analizadas son el grado de sedación durante la prueba, el tiempo de registro, la efectividad del estímulo eléctrico y reestimulaciones realizadas, la duración del estado y el tiempo hasta recuperar el estado basal. **Resultados.** El videoelectroencefalograma permitió valorar la eficacia de la terapia electroconvulsiva, el grado de anestesia y el estado de los pacientes tras la terapia electroconvulsiva, reduciendo así el número de crisis no efectivas respecto a las realizadas sin monitorización y previniendo crisis prolongadas y estados no convulsivos. **Conclusiones.** La monitorización videoelectroencefalográfica ha demostrado aportar gran beneficio durante la terapia electroconvulsiva, ya que puede valorar el grado de sedación durante la sesión, registrando la duración y la calidad de las crisis, y reduciendo riesgos y posibles complicaciones derivadas, lo que da

lugar a una mejora de la seguridad y de la efectividad de todo el procedimiento.

8.

Solicitud de estudios electromiográficos durante un año de pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario de La Ribera-Alzira

Salas-Redondo A, Ipiens-Escuer C, Blanco-Pino C, Puertas-Cuesta J, Martínez-Ramírez C, Azzi HH

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira, Valencia.

Introducción. Durante el tiempo de pandemia por la COVID 19 se ha producido una alteración de la actividad asistencial en los diferentes servicios hospitalarios. Se realiza este estudio con el objetivo de analizar la frecuencia e indicaciones de los estudios electromiográficos durante un período excepcional con gran necesidad de optimizar los recursos hospitalarios. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo, comparativo de las solicitudes para estudios electromiográficos realizados desde las diferentes áreas al servicio de neurofisiología del Hospital Universitario de La Ribera durante los periodos comprendidos entre enero y diciembre de 2019 (1) con respecto a enero y diciembre de 2020 (2). Para tal fin se han utilizado las bases de datos de los módulos de programas de citaciones y agendas de medios diagnósticos del hospital. **Resultados.** En el período 1 se registraron 3.150 solicitudes de estudios electromiográficos. El síndrome del túnel carpiano (1019), las radiculopatías (918), las polineuropatías (429) y las mononeuropatías (428) fueron las más frecuentes. Los servicios que solicitaron dichos estudios fueron principalmente medicina de familia (905), traumatología (574) y neurocirugía (461). En el período 2 se registraron 2.048 solicitudes de estudios electromiográficos. El síndrome del túnel carpiano (635), las radiculopatías (656), las polineuropatías (330) y las mononeuropatías (255) fueron las más frecuentes. Los servi-

cios que solicitaron dichos estudios fueron principalmente medicina de familia (594), neurocirugía (327) y traumatología (323). En menor cantidad se realizaron solicitudes para otros estudios, como plexopatías, miopatías o enfermedades de la placa motora desde servicios como neurología, medicina interna y rehabilitación, entre otros. **Conclusiones.** El servicio de neurofisiología clínica es un servicio central con un volumen de atención de pacientes que, a pesar de verse reducido debido a las circunstancias derivadas de la pandemia por la COVID, principalmente en las solicitudes realizadas desde atención primaria (medicina de familia), ha continuado realizando un gran número de exploraciones en el área de la patología neuromuscular (electromiografías). La solicitud de estudios realizados desde atención especializada se ha reducido en menor proporción.

9.

Movimientos periódicos de las extremidades y sangrías múltiples en pacientes con poliglobulia

Martínez-Ramírez CV, Azzi H, Ipiens-Escuer C, Salas-Redondo AF, Blanco-Pino C, Puertas-Cuesta FJ

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira, Valencia.

Introducción. Se han descrito síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades asociados a donaciones de sangre como causa de ferropenia y en hemocromatosis. La presencia de movimientos periódicos de las extremidades en estudios polisomnográficos es un hallazgo habitual en pacientes remitidos por otros trastornos del sueño y es más frecuente en pacientes mayores. Es cada vez más habitual en las unidades de sueño la valoración de pacientes con poliglobulia para descartar un trastorno respiratorio del sueño. Sin embargo, no hay datos en relación con la presencia de movimientos periódicos de las extremidades en estos pacientes con policitemia, ni si hay una relación con las sangrías terapéuticas. **Material y mé-**

todos. Se revisaron los estudios polisomnográficos realizados en los últimos 10 años en nuestra unidad de sueño remitidos para descartar un trastorno respiratorio del sueño como causa de poliglobulia. De esta muestra se revisaron los pacientes que presentaron movimientos periódicos de las extremidades con un índice >15/hora no asociados a eventos respiratorios. Se obtuvieron variables demográficas, polisomnográficas, de metabolismo férrico y número de sangrías en el año anterior al estudio. **Resultados y conclusiones.** De las 7.333 polisomnografías, 95 fueron realizadas en pacientes con poliglobulia para descartar apnea obstructiva del sueño. Se encontró en 20 pacientes un índice de movimientos periódicos de las extremidades superior a 15/hora. El 90% eran de sexo masculino, con una edad promedio de 60,6 años, y estaba asintomático para el síndrome de piernas inquietas el 90% en el momento de la prueba. Se diagnosticó apnea obstructiva del sueño en el 85% (índice apnea/hipopnea medio de 33). La media del índice de movimientos periódicos de las extremidades fue de 30/hora, con una asociación significativa con el número de sangrías previo, especialmente a partir de tres sangrías. La media de la ferritina fue de 75 (8-177 µg/dL). Las sangrías terapéuticas se asociaron con la gravedad del índice de movimientos periódicos de las extremidades en pacientes con poliglobulia, especialmente a partir de la tercera sangría terapéutica.

10.

Electroencefalograma en la terapia con células CAR-T

Victorio-Muñoz R, Aiko-Gesler MB, Enríquez-Sagué T, Peñaranda-Sarmiento N, Cases-Bergón P, Domingo-Fernández C

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Introducción. La terapia de células CAR-T (*chimeric antigen receptor T-cell*) consiste en la aféresis de linfocitos T del paciente, que se modifican genéticamente y se transfieren nue-

vamente para poder reconocer y destruir las células tumorales. Las indicaciones son: leucemia linfoblástica aguda B refractaria, en recaídas posttrasplante o en segunda o posterior recaída en pacientes menores de 25 años; y linfoma B difuso de células grandes o primario mediastínico en recaída o refractario tras dos o más líneas de tratamiento en adultos. Las complicaciones son: síndrome de liberación de citocinas; y neurotoxicidad (síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras).

Material y métodos. Electroencefalograma basal preterapia en todos. Ante la sospecha de complicaciones neurológicas (escala ICE <10): realización urgente de pruebas de imagen (tomografía axial computarizada craneal y/o resonancia magnética), electroencefalograma de control, fondo de ojo y punción lumbar, y repetición de la evaluación clínica y las exploraciones complementarias si la situación neurológica lo requiere. Equipo de electroencefalograma portátil (Natus 32 canales), montajes longitudinal bipolar y referencial estándar, sistema internacional 10/20. **Resultados.** Diciembre de 2019-actualidad: un total de 21 pacientes, 13 mujeres (61,9%) y ocho hombres (48,1%), con una media de edad de 59 años ± 14 (rango: 28-72). Diagnósticos: linfoma B difuso de células grandes (85,71%) y linfoma B mediastínico (14,28%). Un 76,2% (16 pacientes) tuvo un electroencefalograma basal normal y en un 23,8% (cinco pacientes) se objetivaron alteraciones leves (identificación difusa y alteraciones focales inespecíficas). De 21 pacientes, 10 desarrollaron neurotoxicidad (47,7%). Del total con electroencefalograma basal patológico, el 60% (tres de cinco) desarrolló neurotoxicidad, frente a un 43,75% (siete de 16) de los que tenían un electroencefalograma basal normal. **Conclusiones.** El electroencefalograma constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico y el control evolutivo de las complicaciones neurológicas durante la terapia CAR-T, y detecta alteraciones incluso antes que las técnicas de imagen, lo que ayuda al control y el enfoque terapéutico de dichas complicaciones.

11.

Importancia de la monitorización videoelectroencefalográfica en el estado epiléptico.

A propósito de un caso

Blanco-Pino C, Azzi HH, Ipiens-Escuer C, Salas-Redondo A, Martínez-Ramírez CV, Puertas-Cuesta FJ

Hospital Universitario de La Ribera. Alzira, Valencia.

Introducción. El estado epiléptico es una emergencia médica que precisa un diagnóstico y un tratamiento rápidos, con una morbimortalidad significativa. Se considera estado refractario si la crisis persiste pese a una benzodiazepina y un fármaco antiepiléptico, o si persiste tras 24 horas. **Material y métodos.** Presentamos el caso de una paciente de 62 años sin antecedentes que acude por afasia, inestabilidad y varias crisis tónico-clónicas generalizadas, por lo que se decidió sedación. En la exploración presentaba pupilas mióticas y una movilización activa del hemisferio izquierdo. **Resultados.** En la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética cerebral se objetivó una lesión en los lóbulos temporal, parietal y occipital izquierdos. Se planteó el diagnóstico diferencial de cuadro autoinmune/paraneoplásico frente a tumor de bajo grado. El electroencefalograma informó de descargas epileptiformes lateralizadas y periódicas en la región parietotemporooccipital izquierda. Se realizó tomografía axial computarizada, punción lumbar y analítica completa con resultado normal. En la biopsia cerebral únicamente se veían signos de isquemia. Se trató con corticoides, inmunoglobulinas y levetiracetam con buena evolución, por lo que se dio el alta. Desde entonces ha presentado numerosos ingresos y complicaciones. Sufrió un tromboembolismo pulmonar derecho y una trombosis de ambas arterias ilíacas, por lo que se sugirió la posibilidad de neuro-Beçet, y se inició tratamiento con ciclofosfamida. Pese al tratamiento con inmunoglobulinas, ciclofosfamida, corticoides y dos antiepilépticos, la paciente entró en estado epiléptico parcial no convul-

sivo focalizado en la región parietotemporooccipital izquierda, por lo que ingresó en la unidad de cuidados intensivos. Se monitorizó a la paciente con videoelectroencefalograma en numerosas ocasiones sin mejoría pese al tratamiento con cuatro fármacos antiepilépticos hasta la dosis máxima y la sedación. Finalmente, se inició pentotalización, aun con el alto riesgo de complicación infecciosa, y se consiguió una actividad brote-supresión. **Conclusiones.** En este caso se pone de manifiesto la importancia de la monitorización videoelectroencefalográfica no sólo para el diagnóstico, sino también para orientar el tratamiento y la respuesta a él.

12.

Trastorno circadiano por trabajo a turnos y utilidad de la actigrafía

Torres-Cañón N, Oviedo-Montés T, Roldán-Cómez M, Clar-Peris M, Colomar-Andreu R, Biendicho-March N

Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía, Valencia.

Introducción. El trabajo a turnos es el que tiene horarios fuera de los diurnos convencionales (nocturnos fijos, rotatorios...). En los países industrializados, hasta un 20% de los trabajadores tiene este tipo de horario, que es especialmente frecuente en los hospitales y tiene importantes repercusiones en las personas que lo ejercen. Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño-3, el trastorno circadiano por trabajo a turnos se caracteriza por insomnio o somnolencia excesiva asociado a un horario de trabajo que se superpone al horario de sueño habitual, síntomas que se deben asociar con el horario de trabajo durante al menos un mes y desfase circadiano, y este trastorno del sueño no se explica por otro trastorno del sueño, problema médico, neurológico o mental, uso de medicación o abuso de sustancias. **Material y métodos.** La actigrafía resulta de gran utilidad para el estudio de los trastornos del ritmo circadiano. Este dispositivo es un método económico y cómodo para analizar los patrones

del sueño que estudia el registro prolongado de la actividad motora en el entorno habitual del paciente. En el caso del trastorno por trabajo a turnos, permite la determinación de los patrones de actividad circadiana, la estimación de tiempo medio de sueño, así como observar la cronodisrupción que se produce en estos casos. Se presentan dos casos de pacientes con trastorno circadiano por trabajo a turnos a los que se les coloca actígrafo durante una semana y se analizan los resultados obtenidos. **Resultados.** En ambos se observa un acortamiento del tiempo total de sueño y cronodisrupción. **Conclusiones.** El diagnós-

tico del trastorno por trabajo a turnos es clínico; sin embargo, la actigrafía puede resultar de utilidad para estudiar los patrones de sueño e incidir en las medidas más adecuadas para paliar los efectos de este trastorno.

13.

Parasomnias, un trastorno del sueño

Asunción-Tarín D, Roca-Vicedo J, Moreno-Chulià D, Vilaplana-Gómez MV
Hospital Universitario Doctor Peset.
Valencia.

Introducción. Las parasomnias son eventos físicos indeseables o experiencias que ocurren durante el adormecimiento, el sueño o el despertar. Pueden producirse en fase REM o NREM o en las transiciones de o desde el sueño. Incluyen movimientos complejos, comportamientos, emociones, percepciones, ensueños y actividad del sistema autonómico. **Material y métodos.** Se describen las parasomnias principales tanto de fase REM como de NREM. **Resultados.** Parasomnias NREM: alteraciones del despertar, despertar confusional, sonambulismo, terrores nocturnos y alteraciones de la alimentación rela-

cionada con el sueño. Parasomnias REM: trastorno del comportamiento REM, parálisis del sueño recurrente y pesadillas. Otras parasomnias: síndrome de la cabeza explosiva, alucinaciones relacionadas con el sueño, enuresis y parasomnias relacionadas con trastornos médicos o psiquiátricos. **Conclusiones.** Las parasomnias son una alteración del sueño frecuente que debe conocerse tanto por el médico especialista en sueño como por el personal de enfermería que atiende a estos pacientes con la finalidad de mejorar la atención y el diagnóstico.