derecho a nivel D5-D6. Se completó estudio con secuencia de flujo de líquido cefalorraquídeo que confirmó circulación del mismo en espacio subaracnoideo posterior a la herniación, informando de hernia medular D5-D6. Se realizó intervención quirúrgica bajo monitorización neurofisiológica liberando la médula del estrangulamiento en el defecto dural, con mejoría clínica posterior.

Conclusiones: La hernia medular idiopática es una causa muy poco frecuente de mielopatía, y el diagnóstico suele demorarse. Su baja frecuencia puede justificar que no se detecte clínica ni radiológicamente siendo importante reconocerla, ya que si no recibe tratamiento quirúrgico adecuado provoca un déficit neurológico progresivo. Tratada a tiempo, el pronóstico es bueno con una alta recuperación funcional motora.

DISFAGIA BRUSCA COMO SÍNTOMA NEUROLÓGICO INICIAL DE ROMBENCEFALITIS POR LISTERIA

L. Ramos Rúa, L. Álvarez Fernández, V. Nogueira Fernández, C.F. da França Silva, M. Alberte Woodward, F. Brañas Fernández, M. Guijarro del Amo, M. Rodríguez Rodríguez, R. Pego Reigosa, J. González Ardura, R. Piñeiro Bolaño y J.A. Cortés Laíño

Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti.

Objetivos: Presentar un caso de rombencefalitis por Listeria monocitogenes con debut atípico y LCR inespecífico. Revisar las manifestaciones neurológicas de la enfermedad.

Material y métodos: Mujer de 74 años hipertensa, dislipémica y con antecedentes de colon irritable. Acude a urgencias por disfagia brusca y disfonía precedidas de malestar gástrico y vómitos en días previos, apirética. 24 horas después desarrolla disartria y parestesias en mano izquierda, ptosis, caída del velo del paladar izquierdo y paresia de la hemilengua derecha, añadiéndose fiebre. Durante el ingreso presentó un episodio compatible con alucinosis peduncular. Además de los estudios habituales en urgencias, en planta, se realizaron RM cerebral urgente, hemocultivos y punción lumbar.

Resultados: La RM cerebral mostró una alteración difusa de la señal a nivel bulbar, con lesiones sugestivas de abscesos a ese nivel. El LCR era transparente, con presión de apertura de 17 cm de agua, contenía 2 hematíes, 7 leucocitos, 57 mg de glucosa y 41,8 mg de proteínas. A pesar de la inespecificidad del LCR, dados los antecedentes digestivos y las alteraciones radiológicas, se inició tratamiento empírico con ampicilina y dexametasona. Los hemocultivos fueron positivos para Listeria Monocitogenes, realizándose el diagnóstico de rombencefalitis infecciosa por Listeria.

Conclusiones: La rombencefalitis por listeria es una entidad poco frecuente en pacientes inmunocompetentes. El LCR habitualmente presenta pleocitosis e hiperproteinorraquia, pudiendo ser normal en un pequeño porcentaje de casos (2-3%), sobre todo en aquellos que cursan con abscesos. Una correcta anamnesis y la sospecha clínica son imprescindibles para iniciar antibioterapia precozmente, dada su elevada mortalidad sobre todo cuando se retrasa el tratamiento.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO DE LA CIRUGÍA CARDÍACA DE RECAMBIO VALVULAR

P. López Ruiz[1], V. Nedkova Hristova[2], J. Jiménez Almonacid[1], A. Aledo Serrano[1], F.J. Reguillo Lacruz[3], M. García Bouza[3], C. Fernández Pérez[4] y J. Porta Etessam[1]

[1]Servicio de Neurología; [2]Servicio de Medicina; [3]Servicio de Cirugía Cardíaca; [4]Servicio de Investigación Clínica. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Revisar la incidencia de complicaciones neurológicas en el postoperatorio temprano (< 48 horas) de la cirugía de recambio valvular.

Material y métodos: A través de un estudio observacional de cohortes prospectivo, se seleccionaron 33 pacientes seleccionados de manera consecutiva durante dos periodos intervenidos por el servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico San Carlos. Los pacientes se clasificaron como intervenidos de válvula mitral (grupo A – 15 pacientes [45,5%]), aórtica (grupo B – 12 pacientes [36,4%]) o > 2 válvulas (grupo C – 6 pacientes [18,2]) independientemente de la técnica quirúrgica. Se registraron las complicaciones neurológicas en el postoperatorio inmediato.

Resultados: Dos pacientes del grupo A (6,06%) presentaron un ictus a las 48 horas del procedimiento, falleciendo uno de ellos y recuperándose por completo el otro (AIT). La prevalencia de fibrilación auricular prequirúrgica en los pacientes del grupo A era del 83,3% vs 0% en el grupo B (p < 0,0001); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de ictus en el grupo A respecto a los otros grupos. 3 pacientes presentaron una crisis tónico-clónica generalizada, hiponatremia sintomática y cuadro confusional agudo respectivamente (3,03% cada uno). El 74,2% presentaron inatención.

Conclusiones: Aunque sin llegarse a obtener diferencias estadísticamente significativas, existe mayor tendencia a presentar ictus en los pacientes con valvulopatía mitral y fibrilación auricular durante el postoperatorio temprano, dato que corroboran otros estudios. La inatención fue con diferencia el síntoma más frecuente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones neurológicas de la cirugía cardíaca derivadas del tipo de intervención o de la válvula afecta.

MIOCLONÍA PALATINA Y LEUCOENCEFALOPATÍA DIFUSA DE CAUSA INFRECUENTE

R.F. Galiano Blancart[1], A. Navarré Gimeno[1], V. Sánchez Cruz[1], M. García Escrig[1] y V. Miranda Gozalvo[2]

[1]Servicio de Neurología; [2]Servicio de Radiología. Hospital de Sagunto.

Objetivos: Presentar una causa poco frecuente de leucoencefalopatía difusa asociada a mioclonía palatina.

Material y métodos: Mujer de 52 años con antecedentes de migraña, dos abortos, depresión y TDAH en la infancia. Se realizó RM por presentar vértigos episódicos y disartria de larga evolución que mostraba afectación de sustancia blanca multinodular confluente de predominio supratentorial. El estudio etiológico fue negativo (ecocardio, PEV, estudio de LCR, bandas oligoclonales, análisis completos con Ac lúpico, autoinmunidad y serologías, estudio genético de CADASIL). En los años siguientes desarrolla nistagmus, hiperreflexia y mioclonía palatina continua, sin deterioro cognitivo asociado. En una nueva RM se aprecia una hipertrofia bilateral de las olivas bulbares.

Resultados: Tras detectar fenómeno miotónico en varios familiares, y a pesar de estar ausente en la exploración de la paciente y tener un EMG normal, se le realiza estudio genético que muestra 82 repeticiones en la región CTG de uno de los alelos del gen DMPK.

Conclusiones: Aunque la afectación cerebral en la distrofia miotónica tipo 1 es bien conocida, este caso es atípico dada la ausencia de síntomas de miopatía miotónica y la asociación de mioclonía palatina.

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA DE EVOLUCIÓN FATAL SECUNDARIA A VIRUS DE EPSTEIN BARR EN EL PACIENTE ADULTO

M.C. Lafuente Caminals, J. Estela Herrero, C. Teixidó Viladrich, M. Rubio Roy, M. Ros Segura y G. Ribera Perpiñà

Servicio de Neurología. Hospital de Sabadell.