

## XX Congreso Peruano de Neurología

### Resúmenes de Trabajos presentados

#### UTILIDAD DE LA POLISOMNOGRAFIA PARA ESTUDIAR PACIENTES CON EPILEPSIA

Autores: Alvarado, M; Tagle, I.  
Servicio de Consultorios externos, Electroencefalografía y  
Polisomnografía  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas  
Itagle11@gmail.com

**OBJETIVO:** Demostrar alteraciones electroencefalográficas en el registro de polisomnografía de pacientes epilépticos y su coexistencia con desordenes del sueño.

**PACIENTES Y METODOS:** El estudio incluye 89 pacientes con diagnóstico epilepsia referidos por desordenes del sueño y crisis convulsivas no provocadas de presentación nocturna y/o del despertar, acompañados o no de somnolencia diurna. Todos tienen TAC cerebral normal y EEG basal con vigilia menor de 3 meses.

**RESULTADOS:** Circunstancialmente 3 pacientes presentaron crisis clínica durante el sueño. El EEG del registro polisomnográfico mostró descargas epileptiformes interictales focales o generalizadas en 85.39% de pacientes, comparados con 32.58% de EEG vigilia (pLo,04). Estas anomalías electroencefalográficas se presentan sobre todo en fase I y II del sueño No REM. A d e m á s se observó Apneas Obstructivas del Sueño (AOS) en 26 pacientes y Movimientos Periódico Piernas (MPP) en 5. La somnolencia diurna está en relación con alteración polisomnográfica y en relación con AOS y MPP.

**CONCLUSIONES:** La polisomnografía es útil en el diagnóstico de desordenes del sueño en pacientes epilépticos y además es capaz de mostrar descargas epileptiformes interictales no evidenciadas en EEG convencional.

#### OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE SUEÑO DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

Autor: Tagle, I; Reyes, A.  
Servicio de Electroencefalografía y Polisomnografía  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas  
Itagle11@hotmail.com

**OBJETIVO:** El mejor conocimiento de los trastornos del sueño permite hacer un diagnóstico precoz y utilizar el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes

**MATERIAL Y METODOS:** El estudio se realizó desde 1996 al 2003 e incluye 1012 pacientes que llegaron al laboratorio de sueño referidos por somnolencia diurna, insomnio, ronquido y comportamientos complejos al dormir. A todos ellos se le realizó una historia clínica y el estudio polisomnográfico

**RESULTADOS:** De los 1012 pacientes, 421 fueron de sexo femenino (41.6%) y 591 de sexo masculino (58.4%).

Fueron anormales el 76.4%, de los cuales corresponden a las Disomnias el 34.5%, las parasomnias el 7% y trastornos del sueño relacionados a enfermedades médicas, neurológicas y/o psiquiátricas el 76.1%

**CONCLUSIONES:** La polisomnografía es útil para el diagnóstico de los Desordenes del sueño.

Las patologías más frecuentes fueron Epilepsia /29.3%), Apneas obstructivas del sueño 11%, piernas inquietas y movimiento periódico de las extremidades el 7.8%, las cuales son susceptibles de ser manejado y de mejorar la calidad de vida de aquellos que la sufren

## EPILEPSIA Y APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Tagle, I; Reyes, A; Alvarado, M.  
Servicio de Consultorios externos, Electroencefalografía y  
Polisomnografía  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas  
Itagle11@hotmail.com

**OBJETIVO:** Demostrar la coexistencia entre apneas obstructivas del sueño y epilepsia.

**MATERIAL Y METODOS:** Se trata de paciente de 42 años de edad, con tiempo de enfermedad de 5 años, caracterizado por crisis convulsivas nocturnas a una frecuencia de de 1- 2 / semana a pesar de tratamiento con anticonvulsivante en forma regular.

Se realizo electroencefalograma, TAC y MNR cerebral normal; así como dosaje de anticonvulsivante dentro del rango normal, por ultimo se le realizo polisomnografía.

**RESULTADOS:** La polisomnografía demostró mala eficiencia del sueño, con alteración de su arquitectura debido a apneas obstructivas con un Índice de Perturbación Respiratoria de 48.96 ev/h que lo rotula como severo y asociado a desaturaciones hasta de 78.5%. La actividad cerebral mostró paroxismos de polipuntas en sueño superficial.

Se manejo las apneas con CPAP (presión de aire positiva continua) y sin incrementar la dosis del anticonvulsivante, las crisis fueron controladas.

**CONCLUSIONES:** En pacientes donde las crisis son difíciles de controlar, se hace importante descartar la asociación de apneas obstructivas con epilepsia.

## FORMA NEUROPSIQUIATRICA DE LA ENFERMEDAD DE WILSON

Autor: Gonzáles, W.  
Coautores: Barreto, J; Herrera, A; Romero, R; Sánchez, M.  
SERVICIO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO  
LOAYZA  
neurologosloayza@peru.com

**RESUMEN:** La Enfermedad de Wilson como enfermedad sistémica es una enfermedad rara relacionada con la alteración del metabolismo de cobre. La forma de presentación generalmente es con manifestación clínica de disfunción hepática de inicio en la segunda década de la vida. El histórico tratamiento con D-penicilamina viene cambiando a trientine y a otros ensayos con zinc. **MATERIAL Y METODO:** Presentación de caso clínico. **RESULTADOS:** Limeña de 20 años sin antecedente de importancia con un cuadro clínico de 1 año y 2 meses de evolución con depresión y aislamiento social tratándose en Hospital Nacional Psiquiátrico sin mejoría evidente agregándose distonía

asociado a tremor intención y postural de extremidades, con disartria y rigidez que en los últimos 3 meses deja con dificultad severa para las actividades cotidianas. Se halló valores normales de transaminasas y de ceruloplasmina disminuida. Se discute microhematuria. La evaluación oftalmológica demostró anillo de Kayser-Fleisher en la membrana de Descemet. El estudio por neuroimágenes señala hipodensidades bilaterales en núcleo lenticular sin captación de contraste con calcificaciones distróficas patológicas para la edad de la paciente. Se comprueba compromiso hepático con biopsia.

**CONCLUSIÓN:** La Neurología como parte de la Medicina Interna es una especialidad que nos obliga a buscar otros diagnósticos diferenciales de enfermedades sistémicas en jóvenes con cuadro neuropsiquiátrico y lesiones tomográficas hipodensas en ganglios basales. Es evidente la preferencia por otros agentes quelantes (trientine) y por un bloqueador de la absorción intestinal de cobre (zinc) al uso inicial de D-penicilamina limitado por sus diversos efectos adversos. **PALABRAS CLAVES:** Forma neuropsiquiátrica, Ceruloplasmina, Anillo de k-f, microhematuria, biopsia hepática.

## RESOLUCIÓN COMPLETA DE LA FORMA QUISTICA UNICA GIGANTE PSEUDO TUMORAL DE LA NEUROCISTICERCOSIS PARENQUIMAL: A PROPOSITO DE UN CASO

Autor: Sánchez, M.  
Coautores: Barreto, J; Herrera, J; Romero, R; Gonzáles, W.  
Servicio de Neurología Hospital Nacional Arzobispo Loayza  
neurologosloayza@peru.com

**RESUMEN:** La Neurocisticercosis (NCC) es la enfermedad parasitaria mas frecuente del SNC. Las formas de presentación son múltiples y las alternativas terapéuticas dependiendo de cada caso en particular pueden ser con fármacos antiparasitarios, corticoides, antiepilépticos o solo seguimiento de la lesión afectada. Se presenta el caso clínico: Paciente mujer de 69 años procedente de Cuzco, previamente sana, con historia (según familiares) de 10 días de evolución caracterizado por movimientos involuntarios esporádicos en región de hemicara izquierda, sin trastorno de conciencia, ni déficit motor a lo que se agrega movimientos involuntarios de miembro superior izquierdo a predominio distal, se le diagnostica de crisis parciales simples motoras; la TAC cerebral muestra imagen hipodensa tipo quística gigante en región temporal derecha. La presencia de imagen quística nos obliga a considerar como diagnóstico diferencial: quiste subaracnoideo, quiste porencefálico, hidatídico o un astrocitoma quístico. La RMN cerebral muestra el criterio absoluto para diagnóstico de neurocisticercosis iniciándose tratamiento con albendazol 15mg/Kg/día (8 días) y corticoides (Dexametasona 4mg c/8 hrs por 10 días) con evolución clínica favorable excepto por cefalea en hemisferio derecho. Luego de 6 meses

acude con TAC Cerebral control evidenciándose resolución completa de la imagen quística. Actualmente no recibe medicación alguna encontrándose solo en observación.

**CONCLUSIÓN:** La presencia de movimientos involuntarios en una paciente proveniente de zona endémica con lesión Quística gigante en RMN de apariencia cisticercosica seguida de la administración de tratamiento anti-parasitario + corticoides por tiempo ya estandarizado y resolución completa de la lesión ratifica el diagnóstico de NCC aun sin pruebas de anticuerpos sericos. **PALABRAS CLAVES:** Neurocisticercosis, Quiste único gigante, Crisis parciales simples motoras, Criterio absoluto, Resolución completa.

### **PREVALENCIA E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, EN EL PERIODO ENERO 1992 DICIEMBRE 2002**

Autor: Barreto, J.

Coautores: Sánchez, M; Herrera, A; Romero, R; Gonzáles, W.  
Servicio de Neurología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza  
neurologosloayza@peru.com

**RESUMEN:** La Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC) representa en la actualidad un importante causal de muerte e incapacidad. Son pocos los estudios en grupos poblacionales heterogéneos que expresen la realidad de esta patología en el Perú. **MATERIAL Y METODOS:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo (1992-2002) de pacientes hospitalizados en el HNAL con diagnóstico de Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC), se revisan las historias clínicas, teniendo como criterios de inclusión el contar con evaluación neurológica y tener TAC Cerebral de Emergencia. **RESULTADOS:** Se obtienen 2200 pacientes con diagnóstico de EVC, de los cuales solo 378 historias clínicas cumplieron los criterios de inclusión: El grupo etareo predominante lo constituyen los mayores de 50 años (86,24%). 312 pacientes (82,53%) del total correspondieron al sexo femenino. La Hipertensión arterial (76,19%) es por mucho el factor de riesgo predominante seguido de las Cardiopatías (27,51%). El déficit motor focal (85,18%), seguido del trastorno de lenguaje (disfasia) y alteración de conciencia constituyen los principales síntomas de inicio. Las formas isquémicas ocupan el 76,19 % de la muestra y de esta los subtipos lacunar con 110 pacientes (38,19%) y aterotrombotico con 92 pacientes (31,94%) son los más frecuentes; los cuadros isquémicos transitorios (AIT) ocupan el 3,70% de la población estudiada. Los EVC hemorrágicos (20,10%) se dividieron según subtipos, siendo el más frecuente la hemorragia hipertensiva (52,63%) mientras que las formas de sangrado subaracnoideo se presentaron en 10 pacientes (13,1%) .

**CONCLUSION:** La Enfermedad Vasculare Cerebral en nuestro hospital predomina en mayores de 50 años y en el sexo femenino, la Hipertensión arterial y las Cardiopatías

fueron los principales factores de riesgo, el déficit motor focal constituyo el síntoma principal seguido del trastorno del lenguaje y alteración de conciencia , en nuestra serie predominaron las formas isquémicas y dentro de ellas los infartos lacunares ; asimismo dentro de las hemorragias intracerebrales fueron los hipertensivas las de mayor presentación . Finalmente es mucha la desinformación al respecto y se hace necesario un manejo protocolizado de este tipo de patologías con el fin de conocer su real prevalencia. **PALABRAS CLAVES:** Enfermedad cerebrovascular, Prevalencia, Factores de riesgo, Tipos de EVC.

### **PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA CEFALEA EN LA CONSULTA NEUROLOGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

Autor: Barreto, J.

Coautores: Sánchez, M; Gonzáles, W.  
Servicio de Neurología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza  
neurologosloayza@peru.com

**RESUMEN:** La cefalea comprende uno de los diagnósticos más frecuentes en la consulta externa neurológica. Su carácter invalidante y cifras de prevalencia cada vez más altas en nuestra población han logrado se le considere un problema de Salud Pública. **MATERIAL Y METODOS:** Se realiza un estudio prospectivo-descriptivo en pacientes ambulatorios con diagnóstico de cefalea como síntoma cardinal, evaluados mediante encuesta realizada al momento de la consulta durante el periodo Enero-Agosto del 2005. **RESULTADOS:** Se evaluaron 60 pacientes con cefalea como motivo de consulta, 48 pertenecen al sexo femenino, 45 pacientes se encuentran en el rango de 10 a 49 años; 36 pacientes sostienen tener dolor por más de 1 año. Predomina el tipo pulsátil en 32 pacientes, refiriendo 10 de ellos un dolor mixto (pulsátil-opresivo); la cefalea incapacitó a 43 pacientes en nuestra muestra; la localización predominante es bilateral en 30 pacientes. Los fenómenos visuales (aura) tipo fopsias o escotomas centelleantes se presentan en 31 pacientes; náuseas y/o vómitos en 32, fotofobia y sonofobia en 35 y 38 pacientes respectivamente; finalmente el tratamiento inicial es automedicado en 43 pacientes siendo los AINES y derivados de la Ergotamina los fármacos más usados. **CONCLUSIONES:** En nuestra población la cefalea predominó en el sexo femenino y el grupo de mayor riesgo aquellos de 10 a 49 años siendo el tiempo de evolución de más de 1 año en la mayoría, el dolor comúnmente incapacitó al paciente, predomina el tipo pulsátil, bilateral y las manifestaciones visuales (aura); un gran número presenta manifestaciones auditivas, visuales y de tipo emético, finalmente predomina la automedicación con AINES y ergotaminicos. **PALABRAS CLAVES:** Cefalea, Pulsátil, Aura.

## ICTUS ISQUEMICO Y SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO. PRESENTACION DE UN CASO

Autor: Calle, P.

Coautores: Abanto, C; Quispe, Y; Valencia, A; Caso, I;  
González, I; Vargas, V; Gutiérrez, C; Pauli, R.

Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas. Departamento  
de Neurovasculares  
pilarcallelarosa@yahoo.com

**RESUMEN:** El Síndrome Antifosfolipídico es una coagulopatía adquirida caracterizada por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos anticardiolipinas, anticoagulante lúpico, trombosis arterial o venosa recurrente y abortos. El ictus isquémico es una de las manifestaciones más frecuentes del SAF, el 13 - 30% de los pacientes con SAF desarrollará un ictus isquémico y la presencia de ACL representa un factor de riesgo para la recurrencia de ictus. **REPORTE DEL CASO:** Mujer de 29 años, con antecedente de aborto incompleto hace 4 años, y trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo hace 2 años. Acude al Instituto con un tiempo de enfermedad de 02 días con: cefalea, falta de emisión de palabras, adormecimiento de hemicara derecha, y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Al examen físico: despierta, paresia facial derecha, hemiparesia derecha, hiperreflexia y Babinski derecho, hemihipoestesia derecha. No expresa palabra alguna, ejecuta órdenes simples. TAC cerebral: imagen hipodensa frontoparietal izquierda. Exámenes: plaquetas 88 000/mm, Anticardiolipina 30 GPL, ACL: 51.2, ANA positivo, VDRL reactivo TP: 25.8 INR: 2.50, TTP 84.2. **DISCUSION:** La paciente ingresa con un diagnóstico de Ictus Isquémico Frontoparietal Izquierdo, al analizarse los antecedentes y exámenes complementarios se evidencia un SAF. Se ha descrito que el ictus isquémico en pacientes con presencia de anticuerpos antifosfolípidicos se asocia a ciertas características clínicas: edad joven, mujer. Así como a complicaciones neurológicas, hematológicas, y valvulopatías que son más frecuentes en este grupo de pacientes. **PALABRAS CLAVE:** Síndrome antifosfolipídico, Trombosis.

## SINDROME DE OHTAHARA. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Escalante, J; Vargas, V; Escalante, C.  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** Varón de 2 meses de edad que ingresa con un cuadro de 1 mes de evolución, caracterizado por espasmos tónicos. Examen: Despierto, no contacto visual, hipotonía axial, hipertonia en 4 extremidades, ausencia del reflejo de Moro y succión débil. RMN: Esquizencefalia, y polimicrogiria. EEG: Paroxismos de puntas y ondas lentas de 100-200 uV seguidos de supresión de voltaje de 3-8 segundos. PEV: Ausentes. En su hospitalización, presenta

espasmos tónicos en salvas y crisis mioclónicas. Recibió tratamiento con prednisona, valproato de sodio, lamotrigina y clonazepán. **DISCUSION:** El síndrome de Ohtahara (OS) es la encefalopatía epiléptica más temprana dependiente de la edad, caracterizado por inicio dentro de los 3 primeros meses de vida, espasmos tónicos y patrón paroxismo-supresión, crisis refractarias y frecuente evolución hacia un síndrome de West, pobre pronóstico con severo retraso en el desarrollo psicomotor y muerte en la mayoría de casos en los 2 primeros años de vida. Asimismo, el examen del paciente coincide con lo reportado en la literatura. La etiología del SO se debe principalmente a lesiones cerebrales, especialmente a malformaciones cerebrales como lo fue en nuestro paciente. No existe un tratamiento eficaz y nuestro paciente sólo obtuvo un control parcial de sus crisis. Es importante su reporte debido a la rareza de este síndrome epiléptico y la presentación de crisis mioclónicas al final de su evolución, lo cual no descarta su diagnóstico.

## HIDATIDOSIS CEREBRAL MULTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO ANATOMO- PATOLOGICO

Soto, M; Palomino, L; Ibáñez, A; Delgado, J.  
Departamento de Epilepsia y Departamento de Neuropatología  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** La Hidatidosis es producida por la larva de *Echinococcus Granulosus*. En el hombre produce lesiones quísticas expansivas que afectan pulmón e hígado, siendo el compromiso encefálico raro. La Hidatidosis cerebral múltiple es excepcional, y en los países con elevada frecuencia el porcentaje apenas llega al dos por ciento. Se comunica el caso de un paciente con diagnóstico anatomopatológico de Hidatidosis cerebral múltiple por la rareza de su observación en nuestro medio, su evolución semejante a la de un tumor cerebral y por el número de quistes mayor que en toda la bibliografía consultada. **REPORTE DE CASO:** Mujer, 39 años, procedente de Huancayo quien seis meses previos a su hospitalización inicia crisis convulsivas tonico-clónicas generalizadas cuya frecuencia aumenta en los dos últimos meses. Cinco días previos se asocia compromiso de conciencia que progresa hasta el coma profundo, además de crisis subintrantes. Desde el inicio de su enfermedad déficit motor en hemicuerpo izquierdo. Antecedente: parasitosis intestinal a repetición. Examen: MEG, MEN, MEH, signos de congestión pulmonar, neurológico: coma profundo, hemiplejia izquierda directa total y proporcional, hiperreflexia izquierda, Babinski izquierdo, edema de papila bilateral. Exámenes complementarios: eosinofilia 5%, arteriografía carotídea derecha: signos compatibles con proceso expansivo del lóbulo frontal derecho con extensión temporal y parietal con enrollamiento de carótida interna a nivel cervical. EEG: actividad lenta difusa con breves silencios eléctricos. Causa de muerte: cuadro broncopulmonar agudo. Anatomía patológica: hidatidosis

cerebral múltiple. DISCUSION:

En nuestro medio la Hidatidosis Cerebral pese a ser una Neuroparasitosis excepcional, no es infrecuente, debiendo tenerla presente siempre que un paciente proceda de zona rural y que la evolución clínica sea muy similar a la de un proceso expansivo maligno. La TAC cerebral es una herramienta diagnóstica valiosa, siendo la cirugía el tratamiento de elección con buenos resultados en la mayoría de pacientes portadores de Hidatidosis Cerebral.

### MUTISMO ACINETICO EN UN TUMOR DEL TERCER VENTRÍCULO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Soto, M; Delgado, J.  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** El mutismo acinético es un estado de inmovilidad silenciosa y de aparente alerta, donde se mantiene el ciclo sueño vigilia, con ausencia total de actividad motora espontánea. Descrito por CAIRNS (1943) en tumores del tercer ventrículo. Nielsen y cols evidencian tal cuadro en lesiones vasculares bilaterales en la circunvolución del cíngulo. Se comunica el caso de un paciente con cuadro compatible a mutismo acinético relacionado con un tumor del tercer ventrículo. **REPORTE DE CASO:** Varón, 18 años, quien un año antes de su hospitalización inicia con cuadro de cefalea y déficit motor progresivo en cuatro miembros, de predominio crural. Examen neurológico: se constata paciente en decúbito dorsal obligado, no responde al interrogatorio, ni obedece órdenes simples, ligera respuesta a estímulos dolorosos, cuadriplejía de predominio crural, hiperreflexia osteotendinosa generalizada, Babinski bilateral, movimientos oculares de seguimiento ocasionales. Fondo de ojo: edema de papila. EEG: actividad lenta difusa. Causa de muerte: cuadro broncopulmonar agudo. Anatomía patológica: tumor del tercer ventrículo (astrocitoma quístico). **DISCUSION:** El caso reportado cursa con un cuadro clínico similar al descrito por CAIRNS. La fisiopatología concuerda con lo descrito por la mayoría de autores: lesión que impide la integración reticulocortical con preservación de vías motoras. La lesión ocupante de espacio en nuestro caso fue un astrocitoma quístico el cual condicionó un bloqueo de la hidrodinámica del LCR a nivel del III ventrículo, con dilatación secundaria bilateral y simétrica de los ventrículos laterales. Otro caso demostrativo del cuadro mencionado se aprecia en lesiones frontales bilaterales, en particular reblandecimientos bilaterales de la arteria cerebral anterior con afección de ambos cíngulos.

### ENFERMEDAD DE TAKAYASU: REPORTE DE UN CASO

Valencia, A; Cam, J; Abanto, C; Quispe, Y; Calle, P; Pauli, R; Gárate, A; Apac, L.  
Departamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** La enfermedad de Takayasu es una inflamación crónica de las grandes arterias, es mas común en mujeres de ascendencia asiática, usualmente entre los 10 y 30 años, aunque también puede verse en otras razas. **REPORTE DE CASO:** Presentamos el caso de una paciente con enfermedad de Takayasu, que reúne los criterios de Ishikawa. Es una paciente de 29 años de edad, que ingresó con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor cervico-occipital y cuadriparesia de inicio súbito. Al examen clínico se encontró cuadriparesia, compromiso del VII, IX, X y XII nervios craneanos y la presencia de pulsos disminuidos en arterias distales de ambas extremidades superiores, así como soplo carotídeo bilateral. El examen tomográfico de cerebro fue normal y en la resonancia magnética de encéfalo se evidenció infarto de la arteria basilar. En la ultrasonografía Doppler se encontró una estenosis de más del 60% en ambas arterias carótidas comunes. En la angiografía resonancia hubo ausencia de representación de la arteria basilar y de la vertebral izquierda, además, estenosis severa de las arterias carótidas primitivas y de ambas subclavias. Tuvo velocidad de sedimentación globular de 47 mm/h y anemia (hemoglobina de 11 g/dL). **DISCUSION:** Sugerimos tener en cuenta esta enfermedad como etiología del ictus isquémico de tipo infrecuente en mujeres jóvenes en quienes tienen patología de grandes vasos. **PALABRA CLAVE:** Enfermedad de Takayasu

### FORAMEN OVAL PATENTE: FACTOR DE RIESGO EN EL ICTUS ISQUÉMICO. REPORTE DE 4 CASOS

Abanto, C; Calle, P; Quispe, Y; Valencia, A; Pauli, R; Cam, J; Gonzáles, I; Vargas, B.  
Departamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** La presencia de foramen oval patente (FOP), se ha asociado con ictus isquémico, particularmente en jóvenes con ictus criptogénico. El objetivo es describir las características de 4 pacientes con ictus criptogénico y FOP.

**PACIENTES Y METODO:** Los 4 pacientes estuvieron hospitalizados de mayo 2003 a junio 2004, en el Departamento de Enfermedades Neurovasculares del Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas, Lima, Perú, con el diagnóstico de ictus criptogénico y FOP. El ictus se confirmó mediante resonancia magnética (IRM) o tomografía computarizada (TAC); y la presencia de FOP,

por ecocardiografía transesofágica (ETE). **Caso 1:** Mujer de 25 años, con antecedente de migraña, con hemiparesia izquierda de 3 días de evolución. IRM: Infarto temporal derecho. **Caso 2:**

Mujer de 52 años, con antecedente de migraña, con hemiparesia derecha y afasia mixta de 8 días de evolución. TAC: Infarto de la arteria cerebral media izquierda. **Caso 3:** Varón de 35 años, con mareos e inestabilidad para la marcha de 11 días de evolución. IRM: Infarto de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha. **Caso 4:** Varón de 24 años, con antecedente de ataque isquémico transitorio, con crisis convulsivas, hemiparesia derecha y afasia de expresión de 1 mes de evolución. TAC: Infarto frontoparietal izquierdo.

**RESULTADOS:** De los 4 pacientes con ictus criptogénico y FOP, el 75% fueron mujeres, el 100% jóvenes y el 75% tuvo migraña.

**CONCLUSION:** Se encontró que los pacientes con ictus criptogénico y FOP, en su mayoría son mujeres jóvenes con migraña. **PALABRAS CLAVE:** Foramen oval patente, ictus criptogénico

## TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR. REPORTE DE DOS CASOS

Quispe, Y; Abanto, C; Calle, P; Valencia, A; Pauli, R; Cam, J; González, I; Vargas, B.  
Departamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** Se desconoce la incidencia de la trombosis de senos venosos, aunque varios investigadores han reportado de 3 a 5 nuevos casos/año. Afecta a todos los grupos etáreos, con predominio entre las mujeres jóvenes, con antecedentes de embarazo, puerperio, toma de anticonceptivos. **REPORTE DE CASOS:** Presentamos dos pacientes púerperas de 34 y 28 años de edad, con antecedente de ingesta de anticonceptivos. La primera paciente presentó cefalea intensa, náuseas, vómitos y convulsiones tónico-clónico generalizadas; requirió internamiento en UCI. La otra paciente presentó cefalea moderada, náuseas y un episodio comicial. La TAC cerebral mostró en ambos casos, infartos hemorrágicos bifrontales de diferente tamaño y la Angiografía cerebral reveló trombosis a nivel del seno longitudinal superior. La evolución fue favorable en ambos casos. Recibieron tratamiento anticoagulante. **CONCLUSIONES:** El embarazo y el puerperio son dos condiciones que suelen asociarse a un mayor riesgo de trombosis venosa cerebral, y aunque su incidencia es baja, debemos tenerla presente. **PALABRAS CLAVE:** trombosis del seno venoso, puerperio, anticonceptivos, anticoagulante.

## TABLA PARA VALORAR EL GRADO DE SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD/ DÉFICIT DE ATENCIÓN

Velarde, M.  
Departamento de Neurología de la Conducta  
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas  
[mvriamvelardo@yahoo.com](mailto:mvriamvelardo@yahoo.com)

**RESUMEN:** Teniendo la necesidad de demostrar el grado de severidad del TDAH, se ha creado a manera de ayuda diagnóstica una Tabla funcional basándose en los 18 criterios del Manual Estadístico de Enfermedades Mentales de Norteamérica (DSM-IV), para el Trastorno de Hiperactividad/ Déficit de Atención, y así calificar y cuantificar el grado de severidad de dicho desorden. Conocemos que existen otras tablas de ayuda diagnóstica como la Conners; para maestros y padres de familia o de la Escala de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH), que a veces no son resueltas por su extensión o no dan el grado de severidad del trastorno. Se ha venido empleando esta Tabla propuesta en consulta externa del Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas desde el año 2003, por la facilidad de su empleo, con resultados favorables; estando en revisión.

**MATERIAL Y METODOS:** Hoja de encuesta a los padres y maestros con los 18 criterios de la DSM IV, para el diagnóstico del trastorno de hiperactividad / déficit de atención. Se califica dividiendo sobre 9 criterios de atención 6 de hiperactividad y 3 de impulsividad otorgándoles un puntaje: NO=0, SI=1, A VECES=0.5. Clasificando a los subtipos: según lo establecido por la DSM IV: Subtipo Inatento, Subtipo Hiperactivo – Impulsivo, Subtipo Combinado. Otorgándole el puntaje que corresponde, según la tabla propuesta; para así obtener el grado de severidad.

**CONCLUSIÓN:** De esta manera se demuestra rápidamente el grado de severidad del TDAH y se decide el tratamiento a seguir.

## MELANOCITOMA ESPINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rivas, D; Delgado, J.  
Departamento de Neuropatología. Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** El melanocitoma es un tumor benigno melanótico de presentación inusual. Se origina en melanocitos meníngeos, y se caracteriza por ser generalmente nodular, con escasa mitosis, hemorragia

o necrosis. Se comunica el caso de un paciente con diagnóstico anatomopatológico de Melanocitoma de localización espinal.

**REPORTE DE CASO:** Varón, 43 años, quien tres meses previos a su ingreso inicia su enfermedad con cervicalgia leve, de incremento progresivo y predominio izquierdo, a lo que se asocia disturbios en la marcha con disminución de fuerza muscular en miembros inferiores. Al examen: paraparesia leve (4/5). Exámenes auxiliares: RMN columna cervical: lesión ocupante de espacio con probable contenido hemático localizada en región intradural extramedular izquierda de nivel C2-C3 que desplaza el cordón medular asociado a discopatía degenerativa C3-C4 y C6-C7. Histopatología: tejido tumoral densamente celular compuesto por células redondas de núcleo grande con nucleolo pequeño y citoplasma abundante en melanina. Conclusión: melanocitoma.

**DISCUSIÓN:** El melanocitoma es un tumor usual en la edad media de la vida y se presenta como una masa extra-axial circunscrita adosada a la leptomeninge. Se localiza mayormente en el eje espinal (en relación con raíces nerviosas) y en fosa posterior. Las manifestaciones clínicas están en relación con la región comprometida y su presentación es tardía. Está compuesto de células fusiformes dispuestas en fascículos, con mínima atipia nuclear y ausencia de necrosis o invasión del sistema nervioso central, constituyendo una neoplasia leptomenígea bien diferenciada. La melanización del citoplasma es característica. El crecimiento tumoral es lento y es escasa la frecuencia de regresión, seguido a su escisión total o resección subtotal.

## HISTIOCITOMA FIBROSO ESPINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado, J; Rivas, D.  
Departamento de Neuropatología. Instituto Especializado de  
Ciencias Neurológicas

**RESUMEN:** El histiocitoma fibroso benigno es un tumor mesenquimal con diferenciación fibrohistiocítica, de ocurrencia excepcional en el Sistema Nervioso Central (SNC) y presentación esporádica a nivel espinal. Su incidencia es muy escasa y de presentación en la edad adulta. Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico anatomopatológico de Histiocitoma Fibroso Benigno de localización espinal.

**REPORTE DE CASO:** Mujer, 64 años, quien dos meses previos a su ingreso inicia su enfermedad con dolor dorsolumbar, de incremento progresivo y relacionado a esfuerzo físico, posteriormente parestesias en miembros inferiores sensación de "adormecimiento" en hemiabdomen inferior. Dos semanas previas a hospitalización experimenta disturbios en la marcha con disminución de fuerza muscular en miembros inferiores. Examen: paraparesia espástica, ROT +++/+++, Babinski bilateral y nivel sensitivo D4. Exámenes

Auxiliares: RMN columna dorsal lesión expansiva nodular intradural, extramedular, en nivel dorsal superior D2-D3 con hipercaptación de contraste, en porción izquierda del saco dural. Potenciales somatosensoriales: anormales. Se realiza laminectomía D2-D3 con exéresis tumoral. Histopatología: tejido tumoral densamente celular compuesto por células de núcleo fusiforme y citoplasma elongado, con disposición fascicular y zonas de patrón estoriforme. Además células redondas dispersas. Proteína S-100, Vimentina y CD 34 positivas. Conclusión: histiocitoma fibroso benigno.

**DISCUSIÓN:** El Histiocitoma fibroso benigno es un tumor mesenquimal sin anaplasia histológica. Afecta a individuos mayores a 50 años y de sexo femenino. La presencia de población celular mixta implica un precursor común, tal como una célula mesenquimal primitiva. Debe diferenciarse de otras lesiones fibrosas tales como meningioma fibroso, neurofibroma o las poco frecuentes: tumor fibroso solitario, leiomioma, fibrosarcoma, dasceitis pseudotumoral de la infancia y el fibrosarcoma.

## ENCEFALITIS GRANULOMATOSA AMEBIANA POR BALLAMUTHIA MANDRILLARIS

Terán, A; León, A; Gastiburu, D; Loo, O.  
Servicio de Neurología. Centro Médico Naval  
[segundoteran@latinmail.com](mailto:segundoteran@latinmail.com)

**RESUMEN:** Se Presenta un caso de Encefalitis granulomatosa por ameba de vida libre: *Ballamuthia Mandrillaris*, enfermedad infecciosa emergente de curso fatal y de poca presentación mundial. El paciente tenía 28 años de edad inicio su enfermedad con cefalea parietal leve y examen neurológico normal a su ingreso al hospital con lesión en piel de antebrazo izquierdo y antecedente de recibir tratamiento antituberculoso por micobacterium atípico encontrada en biopsia de piel. El paciente fue manejado como absceso cerebral desmejorando rápidamente y falleciendo 30 días después.

**MATERIAL Y METODOS:** El 09/12/04 se hospitalizo por el servicio de Neurología en el Centro Médico Naval un Paciente, varón de 28 años y con cefalea parietal leve de 3 semanas de evolución, asociada al inicio con mareos ligeros siendo el examen neurológico a su ingreso normal. Presentaba en antebrazo izquierdo lesión dérmica ovalada de 4 por 10cm, de bordes elevados y signos inflamatorios leves y algo pigmentada, 25 días después presenta confusión mental y agitación psicomotriz, y en las 3 horas siguientes hace paro cardiorespiratorio, pasando a cuidados intensivos, luego se constata muerte cerebral, fallece el 08-01-2005-08-25 Antecedente: recibía 4 meses antes de su ingreso tratamiento antituberculoso por enfermedad granulomatosa de año y medio de evolución en antebrazo izquierdo, por micobacteria atípica diagnosticada por Biopsia de piel.

**RESULTADOS:** Tomografía cerebral: proceso expansivo intracerebral. Resonancia Magnética Cerebral: Encefalitis

inespecífica. Biopsia Cerebral y de piel (post-mortem): presencia de ameba *Balamuthia mandrillaris*. Necropsia de cerebro: Abundante *Balamuthia mandrillaris*.

**CONCLUSIONES:** La encefalitis por amebas de vida libre debe estar siempre presente en el diagnóstico diferencial en los casos de encefalitis inespecífica. La encefalitis por ameba de vida libre es inexorablemente fatal.

**PALABRAS CLAVES:** Encefalitis Granulomatosa, *Balamuthia mandrillaris*, Ameba de vida libre.

## ANASTOMOSIS DE MARTÍN-GRUBER Y SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: REPORTE DE 17 CASOS.

Martínez, P; Delgado, A; Rozas, M.

**RESUMEN:** El presente reporte describe los hallazgos electrofisiológicos en 17 pacientes con síndrome del túnel del carpo (STC) y anastomosis de Martín-Gruber (AMG). Esta anastomosis mediano-cubital en el antebrazo, podría producir inusuales hallazgos electrofisiológicos que dificultan la interpretación del estudio.

**MATERIAL Y METODOS:** Presentamos 17 casos referidos para descartar de STC en quienes además se encontró presencia de AMG. El diagnóstico de STC se basó en estudios del nervio mediano con latencia distal motora y sensitiva prolongada. Para determinar la presencia de la AMG se realizó estudios motores del mediano y cubital registrando: 1) abductor corto del pulgar (ACP); 2) región hipotenar y 3) primer interóseo dorsal.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue de 50 años. Se encontró STC y AMG en 23 de los 34 antebrazos estudiados. En 18 antebrazos (78.3%) se halló deflexión inicial positiva al estimular el nervio mediano (registrando en ACP) a nivel de la fosa antecubital que no fue observada al estimular el mediano a nivel distal; y en 15 antebrazos (65,2%) las velocidades de conducción motora del mediano fueron superiores a los usuales (95-448 m/s). En 21 antebrazos las fibras anastomóticas se destinaron al primer interóseo dorsal (AMG tipo II).

**CONCLUSION:** Es importante conocer la existencia de la AMG para interpretar adecuadamente los hallazgos de la neuroconducción. La deflexión inicial positiva al estímulo proximal del mediano y la velocidad de conducción muy rápida son frecuentes cuando coexisten STC y AMG. La AMG más frecuente fue la tipo II.

## EPILEPSIA HÍPNICA PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Reyes, A; Tagle, I.

**RESUMEN:** La epilepsia hípica es aquella que ocurre exclusivamente durante el sueño. La epilepsia parcial

benigna con espigas centro-temporales en el 50% de los casos se presenta como epilepsia hípica. Presentamos un caso de epilepsia hípica en un niño de 4 años 9 meses que empieza su enfermedad hace 2 años caracterizados por movimientos involuntarios de tipo clónico en hemisfero izquierdo solo durante el sueño

**REPORTE DE CASO:** El paciente es traído por su madre quien manifiesta que su enfermedad empieza hace 2 años, caracterizado por presentar movimientos involuntarios al parecer de tipo clónico que compromete el miembro superior izquierdo; en ocasiones todo el hemisfero. Estas crisis tienen la característica de presentarse durante el sueño, generalmente a la hora y durar algunos segundos

**RESULTADOS:** En la exploración el examen físico y Neurológico normal. Se le practico dos electroencefalogramas en vigilia siendo totalmente normales. La tomografía axial computarizada con contraste no mostró alteraciones. La polisomnografía nocturna mostró una eficiencia de sueño de 97.5%. Se apreciaron Paroxismos de elementos epileptiformes casi constantemente en estadio II del sueño de No Movimientos Oculares Rápidos de tipo punta de 6-7Hz temporo-occipital- lateralizadas al hemisfero derecho

**CONCLUSIONES:** Las crisis epilépticas del paciente solo ocurrieron cuando el paciente estaba dormido, es por eso que los electroencefalogramas realizados en estado de vigilia fueron normales, los elementos paroxísticos solo se apreciaron en el estadio II del sueño de No Movimientos Oculares Rápidos por lo que corresponderían a una epilepsia hípica

## OXCARBAZEPINA VS. GABAPENTÍN EN LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Córdova, M.

Hospital H. Valdizán - Hospital de la Solidaridad de Surquillo  
[mikohm75@yahoo.com](mailto:mikohm75@yahoo.com)

**RESUMEN:** Comparamos, eficacia terapéutica de Oxcarbazepina vs. Gabapentín en Neuralgia del Trigémino, encontrándose superioridad de Oxcarbazepina.

**MATERIAL Y METODOS:** Treinta pacientes con Neuralgia del Trigémino, sin tratamiento previo inmunomodulador, conformaron dos grupos: 15 recibirían Oxcarbazepina 300 mg/tid/vía oral (v.o.) y 15 Gabapentín 300 mg/tid/v.o., por 12 semanas. Parámetros evaluados: frecuencia de episodios de dolor/día e intensidad del dolor con Escala Visual del Dolor (EVD). Realizamos evaluaciones, al iniciar tratamiento, semana 1, 2, 4, 8 y 12. Se realizó análisis estadístico, considerándose estadísticamente significativo:  $p < 0.05$ . Los pacientes fueron estudiados en el Hospital de la Solidaridad, Surquillo, Consultorio de Neurología, Octubre 2004 a Agosto 2005.

**RESULTADOS:** Grupo Oxcarbazepina: frecuencia promedio de episodios de dolor/día, al inicio del tratamiento y en semanas 1, 2, 4, 8 y 12 = 6.6, 5.9, 1.7, 1.5, 0.1 y 0.1; intensidad promedio del dolor/cada episodio, al inicio del tratamiento y en semanas 1, 2, 4, 8 y 12 = 8.4, 5.2, 2.8, 1.4, 1.0 y 1.0 (EVD). Grupo Gabapentín: frecuencia promedio de episodios de dolor/día, al inicio de tratamiento y en semanas 1, 2, 4, 8 y 12 = 6.2, 3.9, 3.7, 3.4, 2.5 y 1.8; intensidad promedio del dolor/cada episodio, al inicio del tratamiento y en semanas 1, 2, 4, 8 y 12 = 7.2, 6.0, 5.2, 3.8, 3.5 y 2.9 (EVD). Hubo diferencias estadísticamente significativas, entre los valores, de ambos grupos, en las semanas 2, 4, 8, 12.

**CONCLUSIONES:** Oxcarbazepina muestra mayor eficacia frente a Gabapentín en el manejo de Neuralgia del Trigémino, logrando mayor disminución de intensidad y frecuencia del dolor.

## **OXCARBAZEPINA VS. GABAPENTÍN EN LA NEURALGIA POST HERPÉTICA**

Córdova, M.  
Hospital H. Valdizán – Hospital de la Solidaridad de Surquillo  
[mikohm75@yahoo.com](mailto:mikohm75@yahoo.com)

**RESUMEN:** Comparamos, el efecto terapéutico de Oxcarbazepina vs. Gabapentín en Neuralgia PostHerpética (NPH), en fase subaguda (31 a 120 días), encontrándose superioridad terapéutica de Oxcarbazepina.

**MATERIAL Y METODOS:** Seleccionamos 24 pacientes que padecieron Herpes Zoster, tratados con Aciclovir vía oral (v.o.) en la fase aguda, sin tratamiento neuromodulador, con más de 30 días de dolor luego de iniciado cuadro dérmico. Se conformó dos grupos: 12 recibirían Oxcarbazepina 300 mg tid v.o. y 12 recibirían Gabapentín 300 mg tid v.o., hasta remitir el dolor, o de no remitir, hasta alcanzar 120 días de iniciado cuadro dérmico. Parámetros evaluados: porcentaje de pacientes con remisión del dolor y tiempo promedio de remisión. Realizamos evaluaciones, al iniciar tratamiento, a la semana, y luego cada 15 días, aplicando Escala Visual del Dolor (EVD) en cada evaluación.

Se realizó análisis estadístico, considerándose estadísticamente significativo:  $p < 0.05$ .

El estudio se realizó en el Hospital de la Solidaridad, Surquillo, Consulta externa de Neurología, Octubre 2004 a Agosto 2005.

**RESULTADOS:** Grupo Oxcarbazepina: en 9 (75%) pacientes remitió el dolor, tiempo promedio: 45 días; 3 (25%) continuaron con dolor a 120 días de iniciado cuadro dérmico, con puntaje promedio 2.8 (EVD). Grupo Gabapentín: en 4 (33.3%) remitió el dolor, tiempo promedio 74 días; 8 (66.7%) continuaron con dolor a 120 días, con puntaje promedio 4.9 (EVD), (diferencias estadísticamente significativas).

**CONCLUSION:** Oxcarbazepina, mostró superioridad terapéutica frente a Gabapentín en NPH, en fase subaguda, logrando mayor remisión del dolor y más rápidamente.