

Resultados: TC craneal urgente y RM medular completa sin hallazgos patológicos. VEB IgM+, IgG+. PCR exudado faríngeo: +enterovirus y rinovirus. LCR: disociación albúmino-citológica. EMG: polirradiculoneuropatía sensitivo-motora desmielinizante con afectación de MMSS YMMII. Tratamiento con IgG IV (0,4 mg/Kg/día, 5 días) con mejoría progresiva. Al alta cierta inestabilidad de cintura pelviana y nota "hormigas" en brazos. Excelente evolución clínica hasta la recuperación completa.

Conclusión: A menor edad pediátrica generalmente mayores dificultades diagnósticas se plantean. Ello obliga en muchas ocasiones a un amplio diagnóstico diferencial, minuciosa anamnesis y exploración neurológica y pruebas complementarias antes de alcanzar el diagnóstico definitivo. A pesar de la complejidad clínica y el frecuente retraso diagnóstico en las edades más tempranas, la evolución habitual de estos niños es hacia la recuperación completa.

21448. ESTRATEGIA DE CRIBADO TELEFÓNICO PARA LA VALORACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Aguilera Aguilera, J.¹; González Terriza, F.¹; Vizcaya Gaona, J.¹; González García, A.¹; Rodríguez García, B.¹; Ravelo León, M.¹; Gómez de la Torre Morales, D.¹; Rodríguez Carrillo, J.¹; Díaz Díaz, I.¹; Luz Esteve, M.¹; Machado Almeida, S.²; López Mesonero, L.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: El deterioro cognitivo constituye una entidad cada vez más frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento general de la población, teniendo una gran repercusión en la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus familiares o cuidadores. Con este estudio se pretende disminuir el tiempo de espera para la atención sanitaria a los pacientes con deterioro cognitivo para obtener un impacto positivo sobre su calidad de vida.

Material y métodos: Se analizaron las características de 53 pacientes, con una media de edad de 81 años, atendidos en la consulta de Neurología con una primera llamada telefónica para cribado de deterioro cognitivo y se midieron los tiempos de actuación. Además, se realizó una encuesta de calidad a los pacientes y sus familiares.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron que el tiempo de espera para los pacientes disminuyó a la mitad, no necesitando seguimiento el 25% de ellos. Además, en un 35% de los casos se tuvieron que solicitar nuevas analíticas además de otras pruebas complementarias. Asimismo, cabe señalar el papel fundamental que jugaron Psiquiatría y Salud Mental en casi el 40% de los casos.

Conclusión: Este estudio revela la trascendencia de establecer un protocolo en coordinación con Atención Primaria para alcanzar una atención sanitaria más eficiente. Del mismo modo, muestra un método de actuación que permite reducir los tiempos de espera y proporcionar una atención precoz a los pacientes con deterioro cognitivo, mejorando su calidad de vida, con unas tasas de satisfacción óptima del 80% con el trato recibido en la consulta telefónica.

Neurología general P6

20342. ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO COMO POSIBLE COMPLICACIÓN DEL OUTPOUCHING CARDIACO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Gil Castellanos, M.¹; Julián Villaverde, F.¹; López-Vázquez Cabrillo, C.¹; Zobarán Fernández de Larrinoa, A.¹; Alarcón Falces, A.¹; de Celis Font, I.¹; Gómez Eguilaz, M.¹; López-Vázquez Pérez, M.¹; Marzo Sola, M.¹; Gonzalo Moreno, T.²; Palacios Echevarren, C.²

¹Servicio de Neurología. Hospital San Pedro; ²Servicio de Cardiología. Hospital San Pedro.

Objetivos: Describir un caso clínico de ictus isquémico secundario a diagnóstico de *outpouching* cardiaco *de novo*.

Material y métodos: Caso clínico, revisión de historia y antecedentes.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 73 años que ingresó por ictus isquémico (TACI) de territorio por oclusión de ACM-M2 izquierda tratado con fibrinólisis y terapia endovascular satisfactorias. La RMN realizada puso de manifiesto la presencia de lesiones isquémicas agudas multiterritoriales, indicativas de eventos isquémicos agudos/subagudos de carácter embólico. La paciente se mantuvo en ritmo sinusal durante la monitorización de 72 horas en unidad de ictus. En el ecocardiograma realizado se objetivó en el segmento inferolateral del ventrículo izquierdo una invaginación sacular dependiente de la pared ventricular (*outpouching*), cuyo interior se rellenaba de eco potenciador al mismo tiempo que dicho ventrículo, sugiriendo comunicación entre ambas estructuras. El resto del estudio etiológico fue negativo. Se realizó una resonancia magnética cardiaca, la cual confirmó el *outpouching* en segmento lateral basal del ventrículo izquierdo con pared miocárdica preservada adelgazada y cuello estrecho, como causa probable del ictus isquémico. Se inicia anticoagulación oral permanente. La paciente tuvo una excelente evolución neurológica, sin presentar recurrencias.

Conclusión: El *outpouching* cardiaco es un hallazgo infrecuente, pero puede ser causa de ictus cardioembólico. La prevención secundaria se basa en anticoagulación oral permanente.

20615. ROMBENCEFALITIS PARAINFECCIOSA SECUNDARIA A KLEBSIELLA VARIICOLA: UN CASO CLÍNICO

Calvo Díaz, P.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos: Presentar el caso de un varón con rombencefalitis parainfecciosa secundaria a *Klebsiella variicola*.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Varón de 59 años, con antecedente de AMS-C que le condiciona ataxia, disartria, piramidalismo y disautonomía. Ingresa por fiebre, aumento de su disartria basal, tendencia a la somnolencia y multineuritis craneal (VI bilateral, VII derecho, IX derecho), con reflejos hipoactivos. En los hemocultivos crece *Klebsiella variicola*. La RM cerebral muestra una hiperintensidad protuberancial, sin restricción a la difusión ni captación de contraste, acompañado de una pequeña hemorragia. El LCR fue completamente normal y la autoinmunidad en suero, negativa. La TC TAP no evidencia neoplasia, aunque sí signos de proctitis como probable origen de la bacteriemia. El paciente presentó mejoría clínica inicialmente con antibioterapia y posteriormente práctica recuperación con inmunoglobulinas. En la RM de control previa al alta la lesión prácticamente había desaparecido. En cuanto al diagnóstico etiológico, la normalidad del LCR va en contra de una infección directa. El origen paraneoplásico es poco probable por la autoinmunidad negativa con TC sin evidencia de malignidad. Por tanto, y dada la mejoría clínica con antibioterapia e inmunoglobulinas, establecemos el origen parainfeccioso como etiología más probable.

Conclusión: Una lesión protuberancial requiere de un diagnóstico diferencial amplio incluyendo causas infecciosas, inflamatorias y tumorales, así como un tratamiento precoz. Habitualmente no se llega a un diagnóstico de certeza pese a un estudio completo. En este caso, la etiología más probable es la parainfecciosa por *Klebsiella*, un microorganismo infrecuentemente asociado a rombencefalitis, pero que se debe tener en consideración.