

falta de disponibilidad de la serología SARS-CoV-2 y la PCR en LCR, en nuestro centro.

Este caso solo sugiere una posible asociación entre el GBS y la infección por SARS-CoV-2, y se necesitan más casos con datos epidemiológicos para respaldar una relación causal. Este caso también sugiere la necesidad de considerar posibles síntomas neurológicos de la infección por SARS-CoV-2.

Los autores coinciden en que se necesita una atención especial a las complicaciones neurológicas de SARS-CoV-2. Actualmente, la Sociedad Española de Neurología lleva a cabo un estudio observacional nacional sobre presentaciones neurológicas y complicaciones del SARS-CoV-2.

## Bibliografía

1. Velayos-Galán A, Saucedo PDS, Postigo FP, Botia-Paniagua E. Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por SARS-CoV-2. *Neurología*. 2020, pii: S0213-4853(20)30072-4.
2. Alberti P, Beretta S, Patti M, Karantzoulis M, Piatti ML, Santoro P, et al. Guillain-Barré syndrome related to COVID-19 infection. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2020;7:e741, <https://doi.org/10.1212/NXI.0000000000000741>.
3. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chen S. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: Causality or coincidence? *Lancet Neurol*. 2020;19:383–4.
4. Padroni M, Mastrangelo V, Asioli GM, Pavolucci L, Abu-Rumleieh S, Grazia Piscaglia M, et al. Guillain-Barré syndrome following COVID-19: New infection, old complication? *J Neurol*. 2020;1–3, <https://dx.doi.org/10.1007/s00415-020-09849-6>.
5. Scheidl E, Diez Canseco D, Hadji-Naumov A, Bereznai B. Guillain-Barre Syndrome During SARS-CoV-2 Pandemic: A Case Report and Review of Recent Literature. *Case Reports. J Peripher Nerv Syst*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1111/jns.12382>.
6. Otrnani H, Moutawakil B, Rafai M, Benna N, Kettani C, Soussi M, et al. Covid-19 and Guillain-Barré syndrome: More than a coincidence? *Rev Neurol (Paris)*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1016/j.neuro.2020.04.007>.
7. Coen M, Grégoire Jeanson G, Culebras Almeida A, Hilbers A, Florian Sterlin F, Najjar I, et al., COVID-19 may induce



## Implantación emergente de un servicio de Teleneurología en la Unidad de Neuromuscular del Hospital Regional de Málaga durante la pandemia por SARS-CoV-2

### Emergency implantation of a teleneurology service at the neuromuscular unit of Hospital Regional de Málaga during the SARS-CoV-2 pandemic

Sr. Editor:

La Teleneurología inicialmente se desarrolló para atender patología compleja aguda en lugares remotos, como el Teleticus<sup>1</sup>, pero en los últimos años se ha extendido

Guillain-Barré syndrome. Guillain-Barré syndrome as a complication of SARS-CoV-2 infection. *Brain Behav Immun*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.074>.

8. Marta-Enguita I, Rubio-Baines I, Gastón-Zubimendi I. Fatal Guillain-Barré syndrome after infection with SARS-CoV-2. *Neurología*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1016/j.neueng.2020.04.004>.

9. Virani A, Rabold E, Hanson T, Haag A, Elnufay R, Cheema T, et al. Guillain-Barré Syndrome associated with SARS-CoV-2 infection. *IDCases*. 2020;20:e00771, <https://dx.doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00771>.

10. Camdessanche JP, Morel J, Pozzetto B, Paul S, Tholances Y, Botelho-Nevers E, et al. COVID-19 may induce Guillain-Barré syndrome. *Rev Neurol (Paris)*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1016/j.neuro.2020.04.003>.

11. Sedaghat Z, Karimi N. Guillain Barre syndrome associated with COVID-19 infection: A case report. *J Clin Neurosci*. 2020, <https://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2020.04.062>.

12. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, Ruiz L, Invernizzi P, Giovanna Cuzzoni M, et al. Guillain-Barré Syndrome Associated with SARS-CoV-2. *N Engl J Med*. 2020. *NEJMc2009191*.

C. Gujjarro-Castro<sup>a,b,c,\*</sup>, M. Rosón-González<sup>a</sup>, A. Abreu<sup>a</sup>, A. García-Arratibel<sup>a,d</sup> y M. Ochoa-Mulas<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, CINAC Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Coordinadora del Grupo de Estudio de Humanidades e Historia de la Neurología de la SEN

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, UEM, Madrid, España

<sup>d</sup> Facultad de Medicina, CEU, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [crisxgui@gmail.com](mailto:crisxgui@gmail.com)  
(C. Gujjarro-Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.jnrl.2020.06.002>

0213-4853/  
© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

su uso para otras enfermedades neurológicas e incorporada paulatinamente en el seguimiento normal del paciente ambulatorio<sup>2</sup>. Entre los beneficios destacan la disminución de tiempo y coste de desplazamiento de los pacientes, la mejora del acceso desde áreas remotas y la percepción de satisfacción por profesionales, pacientes y familias<sup>3</sup>. Entre sus limitaciones está la pérdida de relación tradicional presencial, la imposibilidad de realizar una exploración neurológica completa o la preocupación del neurólogo por la posible pérdida de precisión diagnóstica<sup>3</sup>. Podemos identificar 3 maneras de comunicación neurólogo-paciente mediante Teleneurología: telefónica, mediante sistema audiovisual o por consulta escrita<sup>4</sup>. Proponemos el uso de las abreviaturas: t-consulta para teleconsulta, v-consulta para videoconsulta y e-consulta<sup>5</sup> para consulta escrita.

A partir del Real Decreto 463/2020 del Gobierno de España, de 14 de marzo<sup>6</sup>, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)<sup>7</sup>

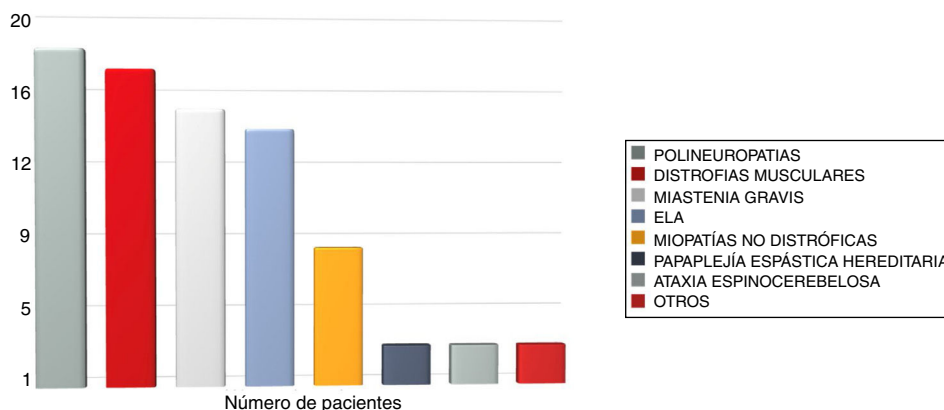


Figura 1 Distribución de la muestra por diagnóstico clínico.

ha resultado imprescindible reorganizar la asistencia clínica habitual en las diferentes áreas de conocimiento<sup>8</sup> propiciando el desarrollo de estrategias que evitasen el contacto neurólogo-paciente<sup>9</sup>. No disponemos actualmente de información sobre la virulencia de esta enfermedad en sujetos con enfermedades neuromusculares, pero en general deben considerarse población de riesgo<sup>10</sup>.

Presentamos la experiencia en Teleneurología aplicada a nuestra unidad de patología neuromuscular mediante un estudio observacional y prospectivo desde el día 14 de marzo de 2020 (inicio del decreto de alarma) hasta el día 24 de abril de 2020. Se incluyeron 88 pacientes consecutivos y se recogieron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, diagnóstico y *screening* de síntomas COVID-19; y variables relacionadas con la comunicación: persona entrevistada (paciente o cuidador), tipo de consulta telemática (t-consulta, v-consulta o e-consulta), distancia desde donde se hace la entrevista medida a través de la aplicación Google Maps y coste estimado de ahorro en combustible, calculado mediante el precio actual de la gasolina sin plomo 95 (1,3 euros/l), que precisaría un vehículo sedán con 2 personas a bordo consumiendo una media de 8 l/km. Realizamos una comparativa con los parámetros asistenciales del mismo periodo durante 2019.

Un total de 86 de los 88 pacientes o cuidadores atendieron la consulta telemática (97,7%). Todos los contactados aceptaron la modalidad inicial de consulta mediante t-consulta; 8 pacientes (9,3%) fueron reevaluados mediante v-consulta (4 pacientes con miastenia gravis, 2 con distrofias musculares y 2 clasificados en «otras») debido al no control de los síntomas o progresión no esperada de los mismos. A 2 pacientes reevaluados por v-consulta (2,3% del total) se les permitió contactar por e-consulta para comentar incidencias en su evolución posterior. Ninguno precisó asistencia urgente hospitalaria tras la evaluación telemática. La edad media de los pacientes atendidos fue de 52,6 años; el 56,9% fueron varones. Un 13,9% precisó asistencia de su cuidador para contactar. La distancia total evitada de desplazamiento fue de 5.591,7 km, 63,86 km por paciente. El gasto de combustible total ahorrado estimado fue de 684,4 euros, con un gasto medio por visita de 7,9 euros. La distribución de las patologías neuromusculares atendidas se muestra en la figura 1.

Ninguno de los pacientes presentó síntomas sugerentes de COVID-19. El porcentaje de pacientes que acudieron a nuestra unidad en el mismo periodo de 2019 fue del 88,7% (79 de 89 pacientes citados), un 9% inferior respecto a 2020.

La conversión emergente de la consulta presencial de nuestra unidad de neuromuscular a Teleneurología durante la pandemia por COVID-19 mejoró la accesibilidad y disminuyó la ratio de absentismo respecto al año previo. Para la comunicación eficaz se precisó la implicación de los cuidadores en algunos casos. Este tipo de asistencia evitó desplazamientos en pacientes cuyo síntoma predominante es la debilidad muscular con afectación de la movilidad y les supuso asimismo un ahorro en gasto de combustible. La implantación de Teleneurología, en nuestra unidad, ha asegurado la continuidad asistencial. El confinamiento de pacientes atendidos en este estudio ha resultado ser una medida segura y eficaz para evitar nuevos casos de COVID-19.

Es necesario desarrollar estrategias de Teleneurología que convivan con atención neurológica presencial, una vez finalizada la pandemia por COVID-19, para pacientes que padecen enfermedades neuromusculares en el seguimiento ambulatorio habitual. Consideramos que el uso de las abreviaturas t-consulta, v-consulta y e-consulta es útil para simplificar la referencia al tipo de comunicación que se lleva a cabo con cada paciente.

## Autoría

Todos los autores han participado en la evaluación de los pacientes, elaboración de estadística y redacción del manuscrito.

## Bibliografía

1. Rubin MR, Wellik KE, Channer DD, Demaerschalk M. Role of telemedicine in providing tertiary neurological care. *Curr Treat Options Neurol*. 2013;15:567–82, <http://dx.doi.org/10.1007/s11940-013-0247-4>.
2. Agarwal S, Warburton EA. Teleneurology: is it really at a distance? *J Neurol*. 2011;258:971–81, <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-011-5920-5>.

3. Rubin MN, Wellik KE, Channer DD, Demaerschalk M. Systematic review of teleneurology: methodology. *Front Neurol.* 2012;3:156, <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2012.00156>.
4. Wechsler LR, Tsao JW, Levine SR, Swain-Eng RJ, Adams RJ, Demaerschalk M, et al. Teleneurology applications Report of the Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2013;80:670–6, <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182823361>.
5. Romero-Imbroda J, del Canto-Pérez C, Sagrario-Fustero T. Tele-neurología y e-consulta aplicada a Neurología general. *Rev Neurol.* 2017;64:227–34.
6. Boletín Oficial del Estado (67): 25390-25400. 14 de marzo de 2020.
7. Guan WJ, Zhong NS, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708–3821720, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
8. Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, López-Valdes E, García Morales I, Guerrero-Solá A, Matias-Guiu JA. La gestión de la asistencia neurológica en tiempos de la pandemia de Covid-19. *Neurologia.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.001>.
9. Klein BC, Busis NA. COVID-19 is catalyzing the adoption of tele-neurology. *Neurology.* 2020;1:10, <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000009494>.
10. Documento elaborado por el Grupo de estudio de Enfermedades Neuromusculares. Sociedad Española de Neurología. Marzo 2020 [consultado 19 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.sen.es/attachments/article/2662/Consejos%20para%20pacientes%20con%20Enfermedades%20Neuromusculares.pdf>.

J. Romero-Imbroda<sup>a,b,\*</sup>, V. Reyes-Garrido<sup>a,b</sup>,  
N.L. Ciano-Petersen<sup>a</sup> y P.J. Serrano-Castro<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jesusromeroimbroda@gmail.com](mailto:jesusromeroimbroda@gmail.com)  
(J. Romero-Imbroda).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.05.008>  
0213-4853/

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Síndrome del cóndilo occipital como manifestación primera de una neoplasia de recto



### Occipital condyle syndrome as the first manifestation of a rectal tumour

Sr. Editor:

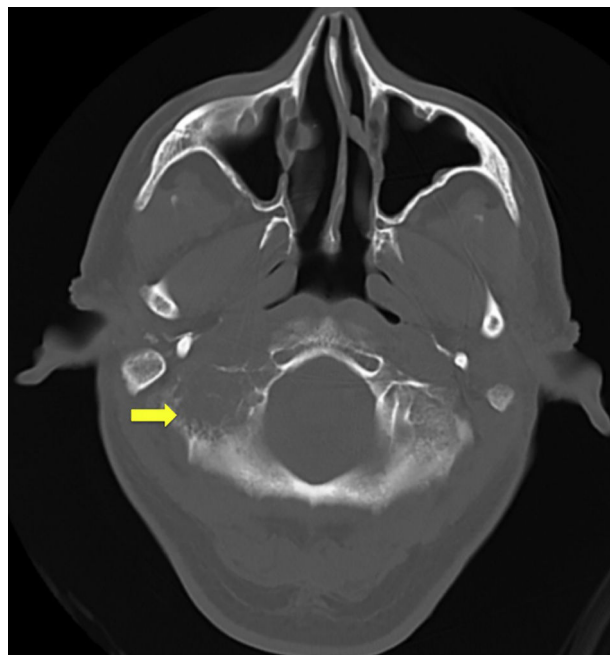
El síndrome del cóndilo occipital (SCO) es una entidad infrecuente descrita por Grenberg en 1981, a partir de una serie de casos de metástasis cerebrales<sup>1</sup>. Se caracteriza por parálisis del nervio hipogloso ipsilateral y por dolor occipital persistente que suele irradiarse hacia la mastoides, aumentar con la inclinación de la cabeza hacia el lado contralateral y que se asocia con un aumento de la sensibilidad del cuero cabelludo.

Habitualmente está causado por lesiones metastásicas cuyo origen, en la mayoría de los casos, son los tumores de mama y de próstata<sup>2</sup>. En la última serie publicada<sup>2</sup>, el SCO es la primera manifestación de la neoplasia en más de la mitad de los pacientes.

Pues bien, según la bibliografía consultada (Pubmed, palabras clave: occipital condyle syndrome y colorrectal cancer) no existen referencias de esta entidad como manifestación inicial de una neoplasia de recto. Por ello, presentamos un caso de SCO cuyo estudio etiológico demostró un adenocarcinoma de recto.

Varón de 62 años, hipertenso, diabético, fumador activo y con antecedentes familiares de cáncer de colon. Consultó por pérdida de peso, y por alteraciones de la movilidad lingual, que le condicionan disartria y atragantamientos frecuentes. El único hallazgo relevante en

la exploración física fue una hemiatrofia lingual derecha con pérdida de fuerza en la lateralización de la misma (fig. 1). Análiticamente destacaba una anemia normocítica normocrómica (hemoglobina: 11,8g/dl) con ferritina de 622ng/ml (valor normal [vn]: 30-400ng/ml) y una marcada elevación del CEA y del CA 19.9 (9.562ng/ml [vn: <5,20ng/ml] y 3.552U/ml [vn: <39U/ml]). En la



**Figura 1** Corte axial de la TC craneal sin contraste intravenoso, ventana de hueso. Se observa lesión lítica (flecha) en escama y cóndilo occipital derecho con bordes espiculados, destructiva, que se dirige hacia la base del cráneo.