



www.neurorecordings.com



NEURORECORDINGS

BANCO DE IMÁGENES EN NEUROLOGÍA

VOLUMEN 1. N° 3. MARZO DE 2015

“Publicación de Imágenes Clínicas, Radiológicas y Vídeos en Neurología”

NOTA

La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores humanos o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o la publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos, ni son responsables de los errores u omisiones ni de los resultados derivados del empleo de dicha información. Por ello, se recomienda a los lectores que contrasten dicha información con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se aconseja revisar el prospecto informativo que acompaña a cada medicamento que deseen administrar, para asegurarse de que la información contenida en este libro es correcta y de que no se han producido modificaciones en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para la administración. Esta recomendación resulta de particular importancia en relación con fármacos nuevos o de uso poco frecuente. Los lectores también deben consultar a su propio laboratorio para conocer los valores normales.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, su tratamiento informático, la transmisión de ningún otro formato o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo de los titulares del *copyright*.

© Grupo 2 Comunicación Médica S.L. 2015

Calle Aquitania, 85, Local 2
28032 Madrid
Telf.: 91 313 00 93
Fax: 91 313 27 51
www.grupo2cm.com

D.L.: M-34689-2014
ISSN: 2386-8031

con la colaboración de



con la tecnología de





NEURORECORDINGS

BANCO DE IMÁGENES EN NEUROLOGÍA

"Publicación de Imágenes Clínicas, Radiológicas y Vídeos en Neurología"

Coordinadores del Equipo Científico

Dr. Joaquín Ojeda Ruiz de Luna

Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Dr. Gerardo Gutiérrez-Gutiérrez

Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía

Dr. Juan Álvarez Linera

Neurorradiología. Hospital Ruber Internacional

Equipo Científico

Abenza Abildua, María José

Arpa Gutiérrez, Javier

Barbosa, Carla

Bhathal, Hari

Bielza, Rafael

Borrue, Carmen

Cuartero Rodríguez, Eva

De Alba, Ignacio

Del Río Villegas, Rafael

Domínguez González, Cristina

Fernández De La Puente, Eva

Gabaldon, Laura

García Barragán, Nuria

García-Cabezas, Miguel Ángel

García García, Eugenia

García Morales, Irene

García Peña, Juan José

Garzón Maldonado, F. Javier

Gil Moreno, María José

Gómez Argüelles, José María

Gómez Caicoya, Anne

Gómez Esteban, Juan Carlos

Gómez Pavón, Javier

González Giráldez, Beatriz

González Gutiérrez-Solana, Luis

González Santiago, Raquel

Gutiérrez Díaz, José Ángel

Gutiérrez García, Javier

Gutiérrez Rivas, Eduardo

Ibáñez Sanz, Laín

Idrovo Freire, Luis

Ignacio Pascual, Samuel

Laín, Aurelio

Lara Lara, Manuel

Lobato, Ricardo

López Flores, Gerardo

Martí Carrera, Itxaso

Martín Balbuena, Sebastian

Martínez Bermejo, Antonio

Martínez Martínez, Marta

Martínez-Salio, Antonio

Martínez Sánchez, Patricia

Martínez Zabaleta, Maite

Mata Matellano, Marina

Merino, Milagros

Merino, Rafael

Miralles Martínez, Ambrosio

Nevado, Roberto

Ochoa Mulas, Marta

Paniagua, Álvaro

Pardo, Javier

Parra Gómez, Jaime

Pérez López, Carlos

Poza Aldea, Juan José

Rizea, Christian

Rodríguez de Rivera, F. Javier

Rodríguez, Luis

Romero, Manuel

Salas Felipe, Juan

Sánchez Ferro, Álvaro

Sopelana, David

Tirado, Pilar

Toledano, Rafael

Torrecillas, María Dolores

Villelabeitia Jaureguizar, Koldo

Viteri, César

Ybot Gorrín, Isabel

- 01** Focalidad neurológica brusca y cefalea.....1
Autor: Isabel Ybot Gorrín
- 02** Migraña común. RMN patológica.....2
Autor: M^a Ángeles Ortega Casarrubios
- 03** Neumoencéfalo yatrogénico tras implantación de válvula ventrículo peritoneal.....3
Autor: Remedios Frutos
- 04** Meningioma de la lámina cribosa4
Autor: María José Abenza Abildua
- 05** ¿Absceso o tumor?5
Autor: María Sereno Moyano
- 06** Dolor brusco cervical asociado a debilidad brusca de piernas y ataxia.....6
Autor: Luis Idrovo Freire
- 07** Cefalea con ortostatismo7
Autor: José Carlos Bustos
- 08** Cavidad siringomiélica cervical8
Autor: María José Abenza Abildua
- 09** Papiledema bilateral por metástasis cerebrales.....9
Autor: María José Abenza Abildua
- 10** Lesiones cutáneas y valproico.....11
Autor: Susana López Gallardo
- 11** Quemadura de mano derecha durante crisis parcial compleja....12
Autor: Equipo Revisor
- 12** Quiste coloide y cefalea tensional13
Autor: Susana López Gallardo
- 13** Nervio peroneo accesorio14
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
- 14** Disartria miasténica.....15
Autor: Santa García López
- 15** Síndrome de Horner. Ictus hemibulbar izquierdo15
Autor: Ismael Domínguez
- 16** Amnesia global transitoria16
Autor: María Sereno Moyano
- 17** Fiebre de 3 días de evolución y coma17
Autor: Ismael Domínguez



- 18** Alteración de la figura de Rey. Enfermedad de Alzheimer 18
Autor: María Payno Vargas
- 19** Encefalitis herpética. Evolución satisfactoria..... 19
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
- 20** Estatus focal motor hemiclónico diferido a TCE 21
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
2º Autor: Ignacio de Alba
- 21** Crisis única. Esclerosis tuberosa 22
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
- 22** Neumoencéfalo posterior a artrodesis lumbar 23
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
2º autor: Sebastián Martín Balbuena
- 23** Estado de mal epiléptico en paciente con una masa a nivel epicraneal..... 24
Autor: Moisés León Ruiz
2º autor: Miguel Ángel García Soldevilla
- 24** Epilepsia refractaria en el síndrome de doble córtex..... 26
Autor: David Sopelana Garay
2º autor: Rosa María Collado Jiménez
- 25** Posibles schwannomas bilaterales como causa de neuralgia del trigémino 27
Autor: Beatriz Castillo Calvo
- 26** Neuropatía cubital derecha..... 28
Autor: Eduardo Gutiérrez Rivas
- 27** Atrofia del deltoides izquierdo por lesión de nervio axilar 29
Autor: Eduardo Gutiérrez Rivas
- 28** Paraparesia subaguda 30
Autor: José Miguel Santonja Llabata
- 29** Encefalopatía postanóxica retardada..... 31
Autor: José Manuel Fernández Carril
- 30** Epilepsia de ausencia infantil..... 32
Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
2º Autor: María José Abenza Abildúa

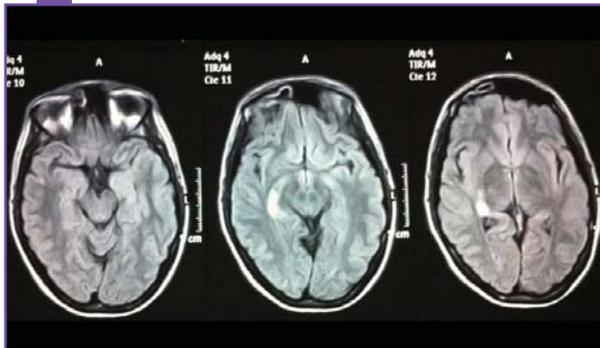


FOCALIDAD NEUROLÓGICA BRUSCA Y CEFALEA

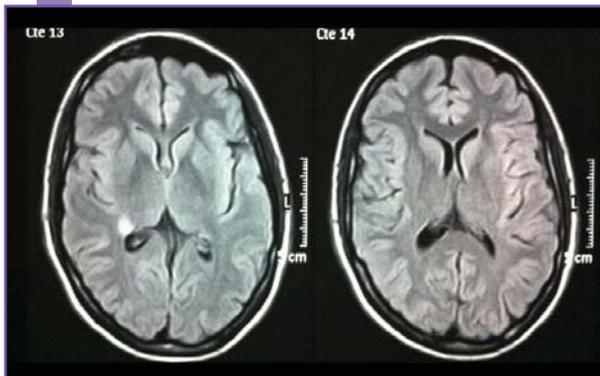
Nivel de certeza

1 2 3 4 5

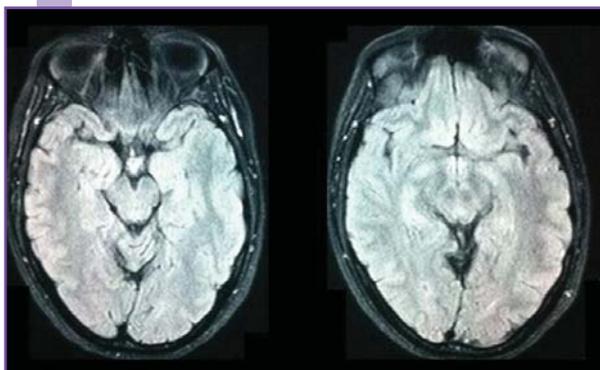
Autor: Isabel Ybot Gorrín - Hospital Ntra. Sra. de América



RMN CEREBRAL 15 días tras evento.



RMN CEREBRAL 15 días tras evento.



RMN CEREBRAL 15 días tras evento.

Resumen

AF: madre con migraña común. No AP de interés. Mientras estaba en el baño, comenzó con sensación de calambre de inicio en la pierna izquierda, ascendiendo a brazo y cara, de dos minutos de duración, con dificultad para movilizar los miembros izquierdos y para la articulación de la palabra (su marido refiere que hablaba bien), de dos horas de duración, con clínica a la hora de cefalea hemisférica y occipital derecha iniciado a las 3 h del inicio de los síntomas, tipo opresiva, con leve foto-fonofobia, sin náuseas, asociado a visión borrosa binocular que hasta 9 horas de duración. Fue valorada en Urgencias, donde se realizó TAC cerebral y se diagnosticó migraña con aura prolongada. Asintomática a las 24 h de evolución. A los 15 días se realiza RMN cerebral ambulatoria.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 39

Diagnóstico final

Ictus isquémico

Pruebas complementarias

RMN cerebral: 3T (a los 15 días del evento) con angiRMN y espectroscopia: lesión sublenticular derecha, sin efecto expansivo, hiperintensa T2 y FLAIR. Sutil restricción del ADC. DWI normal. Angio-RMN sin alteraciones. **Espectroscopia:** discreta disminución del pico de NAA. **Conclusión:** probable lesión isquémica en evolución RMN cerebral de control (4 meses): sutil hipertintensidad en FLAIR en hipocampo. Estudio cerebrovascular: Ecocardio TT y TE, Holter ECG, Estudio de hipercoagulabilidad normal. EEG sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial

Encefalitis límbica, Swelling de hipocampo, epilepsia temporal, glioma, migraña con aura.

Elementos disponibles para el diagnóstico

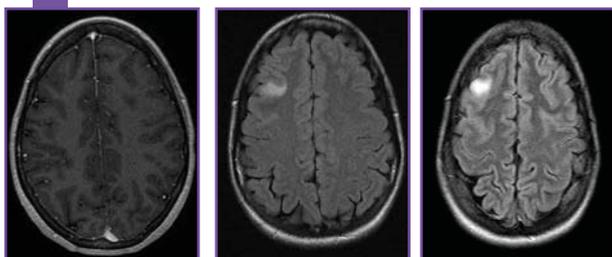
Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Antecedentes familiares consistentes, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



MIGRAÑA COMÚN. RMN PATOLÓGICA

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: M^a Ángeles Ortega Casarrubios - H. U. 12 de octubre

RMN 2010.

Resumen

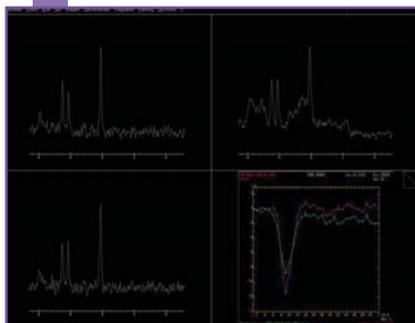
Desde la adolescencia ha presentado cefaleas tipo opresiva frontotemporal que empeora con los movimientos. Sonofobia, fotofobia, ocasional sensación nauseosa y vomitó en una ocasión. En 2010, refiere que se ha incrementado la intensidad y frecuencia. Lo relaciona con el estrés y los cambios de turno. Responde a ibuprofeno y zolmitriptan. Ante el empeoramiento se realiza RMN cerebral, primera vez en su historia. Antecedentes familiares: hermano con epilepsia.

Sexo del paciente: Mujer**Edad del paciente:** 32

Diagnóstico final

Displasia cortical focal probable

Pruebas complementarias



RMN 2010.

RM craneal 2010: FLAIR, EG T2, EG T1 3D axial y estudio difusión, FSE T2 y EG T1 3D coronal. Tras la administración de CIV se realiza estudio de perfusión y secuencia T1 3D axial. Estudio espectroscópico con tiempos de eco largo y corto sobre el área patológica y en tejido sano del hemisferio contralateral. Se compara con la RM previa realizada el 2 de febrero de 2010. Se continúa observando un engrosamiento cortical precentral derecho, que se acompaña de una alteración de la señal de la sustancia blanca subcortical consistente en una hiperintensidad en las

secuencias de TR largo que mide aproximadamente 18 x 10 x 15 mm en los planos transversal, sagital y coronal, respectivamente. Comparativamente con la RM previa, no existen cambios significativos. Esta afectación no asocia restricción de la difusión (los valores del ADC se encuentran elevados) ni aumento del volumen sanguíneo cerebral en el estudio de perfusión. El estudio espectroscópico no muestra cambios importantes respecto a la sustancia blanca contralateral, observándose únicamente un aumento leve de la colina de dudosa significación en el tiempo de eco largo, pero sin afectación de los niveles de NAA, lo que hace poco probable la existencia de un glioma asociado. En conjunto, habría que considerar una displasia cortical focal como primera opción diagnóstica, sobre la que no resulta posible diferenciar la presencia de un pequeño tumor tipo DNET, por lo que en caso de no existir empeoramiento clínico, se recomienda control evolutivo entre seis meses y un año. Como tercera opción, menos probable dados los resultados en la espectroscopia, podría contemplarse un glioma de bajo grado. El resto del parénquima no se aprecian alteraciones significativas, observándose una adecuada diferenciación córtico-subcortical, sin otras anomalías en el patrón de sulcación. El sistema ventricular conserva su morfología habitual. **Conclusión:** lesión córtico-subcortical frontal derecha que no ha variado respecto al estudio previo, compatible con una displasia cortical focal como primera posibilidad, sin poder descartar la existencia de un DNET asociado. Se recomienda un nuevo control RM. **RM cerebral 2013:** axial T2, sagital T1, coronal T2, axial FLAIR, axial DW y tres planos T1 tras la administración de contraste. Se administraron 11,6 cc de Dotarem 0,5 mmol/ml. En la circunvolución central media se identifica una alteración de señal córtico-subcortical hiperintensa en T2 y FLAIR, hipointensa en T1, sin captación de contraste, ya descrita en estudios previos que aporta la paciente. En la secuencia potencia en difusión no presenta restricción. No presenta efecto de masa significativo ni edema vasogénico circundante. La lesión mide aproximadamente 12 x 15 x 10 mm (diámetros APxTxCC), y no parece haberse modificado manera significativa respecto a las imágenes de estudios previos que aporta la paciente. Esta lesión es inespecífica desde el punto de vista de la imagen. **Conclusión:** lesión frontal derecha, córtico-subcortical, sin cambios significativos respecto a controles previos que aporta la paciente.

Diagnóstico diferencial

Glioma, Tumor neuroepitelial disembrionárico DNET

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

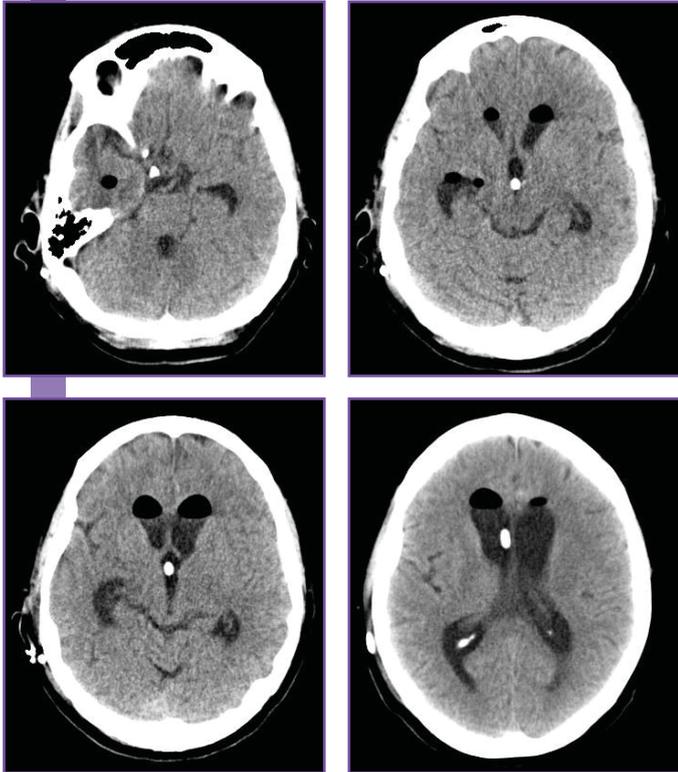


NEUMOENCÉFALO YATROGÉNICO TRAS IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA VENTRÍCULO PERITONEAL

Autor: Remedios Frutos - Hospital Universitario La Paz
2º autor: José Carlos Bustos - Hospital San Francisco de Asís

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



TAC cerebral. Neumoencéfalo.

Resumen

Mujer que precisa implantación de válvula ventrículo peritoneal tras desarrollar hidrocefalia tras hemorragia subaracnoidea. Presenta neumoencéfalo no sintomático en TAC cerebral de control.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 60

Diagnóstico final

Neumoencéfalo.

Pruebas complementarias

TC cráneo sin contraste. Agujero de trépano frontal derecho con entrada de válvula de derivación V-P con extremo en el III ventrículo. Presencia de neumoencéfalo en ambas astas frontales y en el asta temporal, no visualizado en el estudio previo. No hay signos de sangrado intra ni extraaxial.

Diagnóstico diferencial

Lipoma.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

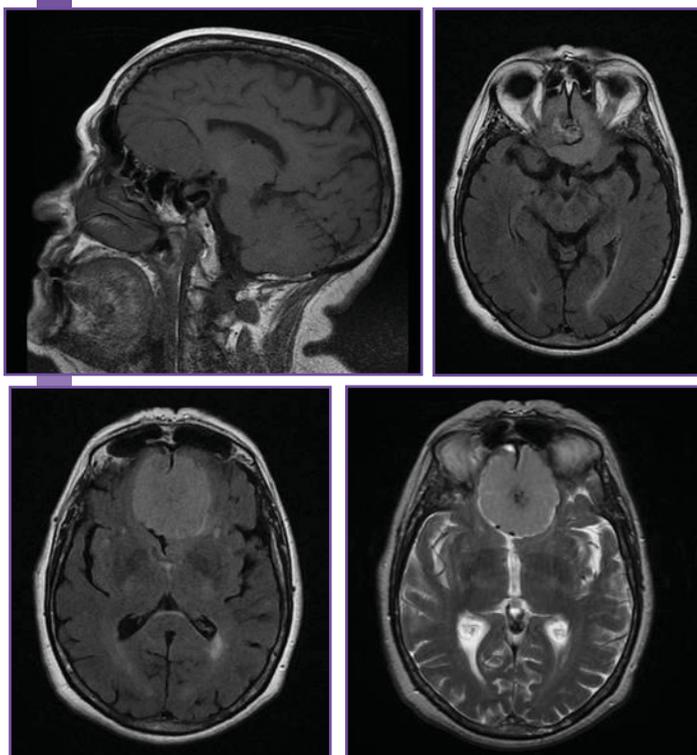


MENINGIOMA DE LA LÁMINA CRIBOSA

Autor: María José Abenza Abildua

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



Meningioma gigante en lámina cribosa.

Resumen

Mujer de 76 años, antecedente de fractura D12 tras accidente de autobús hace años, Lumbalgia mecánica refractaria tras otra caída, y osteoporosis. Valorada en consulta por parestesias de 4 meses de evolución intermitentes en pie derecho, sin dolor lumbar, ni pérdida de fuerza, y mareo de características inespecíficas. EN: Hipoestesia táctil superficial en todo MID sin seguir territorios radicular ni de N periférico. ROT presentes rotulianos, apagados aquíleos. Resto normal. En RMN craneal por estudio de mareo y parestesias de MID se observa un meningioma de la región anterior de la hoz del cerebro en localización temporobasal con escaso efecto de masa sobre ventrículos laterales y discreto edema de sustancia blanca adyacente. Valorada en Neurocirugía, la paciente rechaza inicialmente tratamiento quirúrgico.

Sexo del paciente: Mujer**Edad del paciente:** 76

Diagnóstico final

Meningioma frontal

Pruebas complementarias

RMN craneal: lesión extraaxial compatible con meningioma parcialmente calcificado que depende de la meninge que recubre la lámina cribosa. Silla turca vacía. **Comentario:** resonancia de cráneo sin y con CIV para control de meningioma. Lesión compatible con meningioma parcialmente calcificado, cuya calcificación grumosa se encuentra en el centro de la lesión,

que nace del techo de las fosas nasales, en la lamina cribosa y se extiende hacia ambos lóbulos frontales, desplazando fórnix anterior y cabeza del cuerpo calloso. La lesión presenta signos semiológicos totales de lesión extraaxial tipo meningioma con captación prácticamente homogénea de contraste y mínimo edema periférico. El tamaño es de 4,6 x 4,2 x 3,2 cm en sus ejes anteroposterior por transversal por craneocaudal. La impronta sobre sistema ventricular no produce hidrocefalia obstructiva. Se objetiva silla turca vacía con remodelación del suelo óseo y marcada ocupación por líquido cefalorraquídeo, sin objetivarse la adenohipófisis claramente.

Diagnóstico diferencial

Tumor primario, quiste.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio / Otros estudios, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

1. The impact of adjuvant stereotactic radiosurgery on atypical meningioma recurrence following aggressive microsurgical resection. Hardesty DA, Wolf AB, Brachman DG, McBride HL, Youssef E. J Neurosurg. 2013 Aug;119(2):475-81. 2. Dilemmas and diagnostic difficulties in meningioma. Hallinan JT, Hegde AN, Lim WE. Clin Radiol. 2013 Aug;68(8):837-44. 3. Evidence level in the treatment of meningioma with focus on the comparison between surgery versus radiotherapy. A review. Pechlivanis I, Wawrzyniak S, Engelhardt M, Schmieder K. J Neurosurg Sci. 2011 Dec;55(4):319-28.



¿ABSCESO O TUMOR?

Autor: María Sereno Moyano - Hospital Infanta Sofía

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Varón de 65 años que es encontrado inconsciente en la calle con relajación de esfínteres. No hay testigos. El paciente presenta fiebre de 39º y está estuporoso.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 65

Diagnóstico final

Metástasis de carcinoma pulmonar de célula grande.

Pruebas complementarias

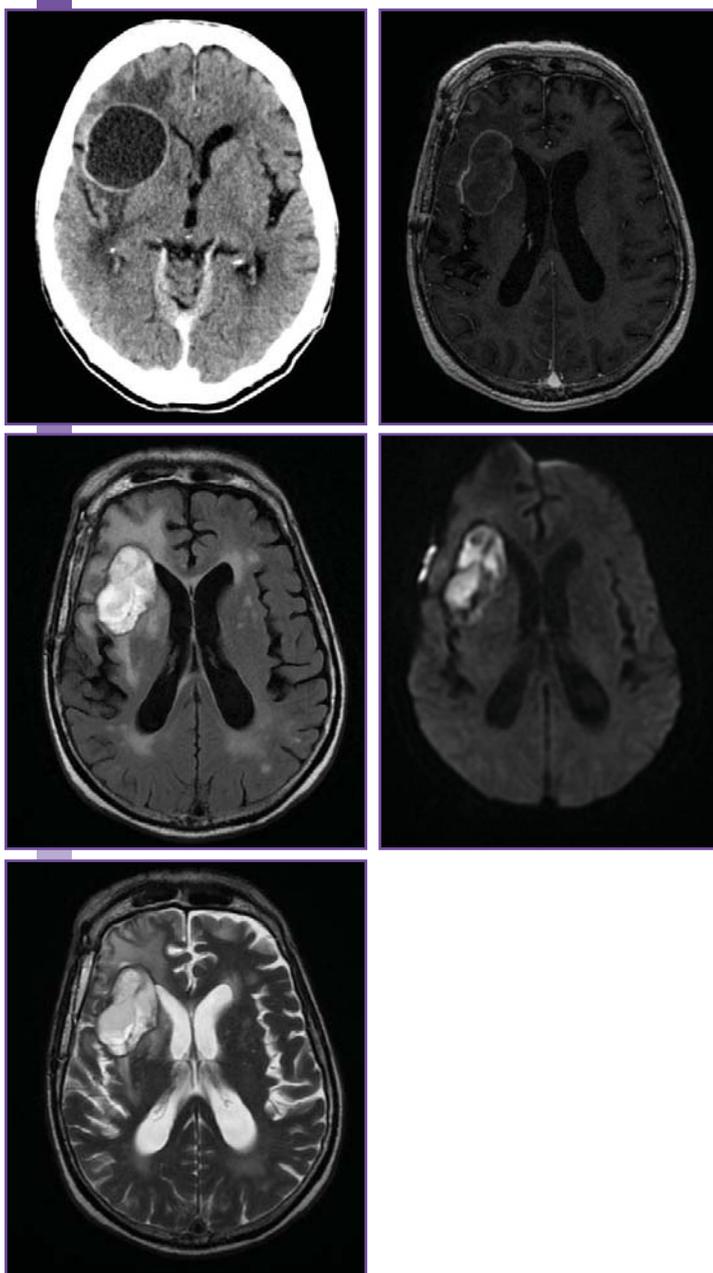
TAC, RMN

Diagnóstico diferencial

Absceso, tumor cerebral, metástasis, linfoma.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Anatomía patológica confirmatoria, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



TAC craneal sin/con contraste - lesión captante en anillo.



DOLOR BRUSCO CERVICAL ASOCIADO A DEBILIDAD BRUSCA DE PIERNAS Y ATAXIA

Autor: Luis Idrovo Freire

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente con fibrilación auricular anticoagulada desde hace años con acenocumarol, con buen control anticoagulante. De manera brusca, en relación con un giro en la cama, presenta dolor cervical brusco, que a la hora asocia sensación de debilidad en las piernas y ataxia de la marcha. A su llegada a Urgencias, se valora piramidalismo de cuatro extremidades. Intervenido de urgencia, se confirma hematoma epidural, drenado, con recuperación casi completa de la sintomatología.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 76

Diagnóstico final

Hematoma epidural cervical.

Pruebas complementarias

Análítica de control: INR 2,2. **RMN cerebral:** lesión extraaxial posterior cervical, que afecta a varios niveles cervicales (C2 a C8), de señal heterogénea, compatible con hematoma epidural.

Elementos disponibles para el diagnóstico

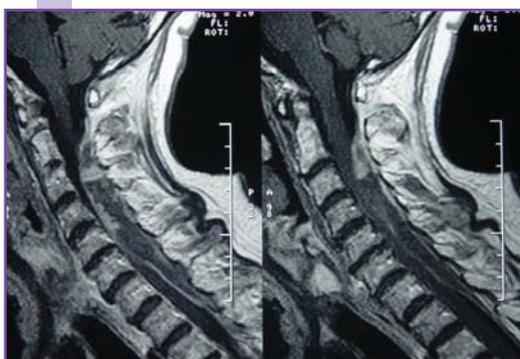
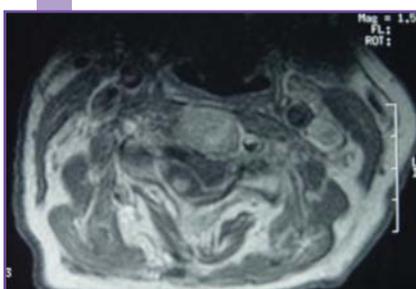
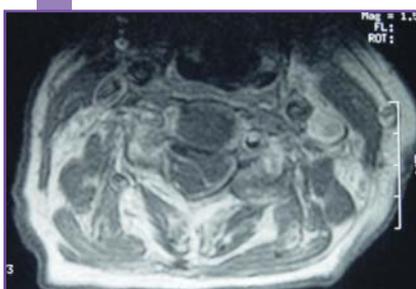
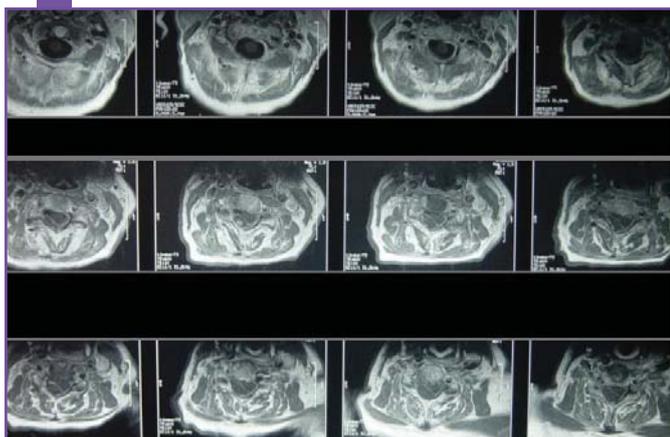
Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios

Diagnóstico diferencial

Absceso epidural, meningiomatosis, paquimeningitis.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Anatomía patológica confirmatoria, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



RMN cervical.

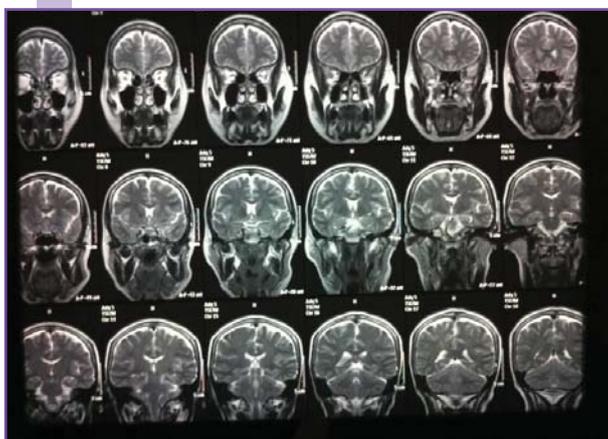
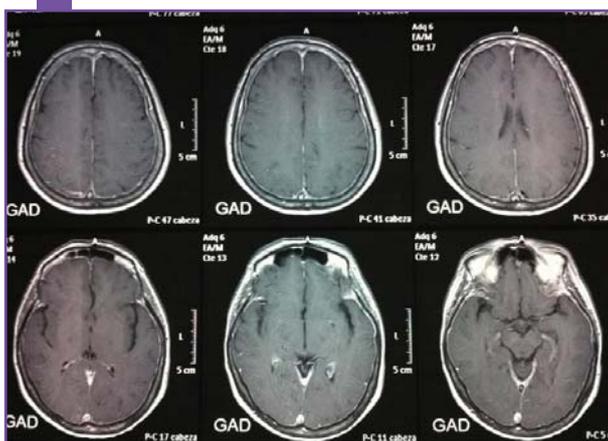


CEFALEA CON ORTOSTATISMO

Autor: José Carlos Bustos - Hospital San Francisco de Asís
 2º autor: José Gutiérrez Gutiérrez - Hospital San Francisco de Asís

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



RMN Cerebral sin/con Gd.



Resumen

Al levantarse de la cama comenzó con cefalea holocraneal intensa, que le imposibilitó para levantarse. Escasa respuesta a ibuprofeno o naproxeno. La cefalea cedía de manera evidente pero parcialmente con el decúbito, empeorando con la bipedestación. Acudió a Urgencias donde se realizó TAC cerebral, normal, ingresando para más estudios. Tras dos semanas de reposo absoluto en cama con AINE el cuadro cedió. Semanas antes de esta clínica, presentó dos episodios de cefalea explosiva breve.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 40

Diagnóstico final

Hipotensión licuoral.

Pruebas complementarias

RMN cerebral sin/con Gd (2010): engrosamiento difuso de meninges con captación homogénea de Gd y discretos higromas bilaterales que corroboran la posibilidad de hipotensión licuoral. No se valoran fístulas de LCR (ver fotos). **RMN cervical con/sin Gd (2010):** sin alteraciones. **RMN de control (2011):** sin alteraciones valorables.

Diagnóstico diferencial

Meningitis, hematoma subdural, paquimeningitis

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

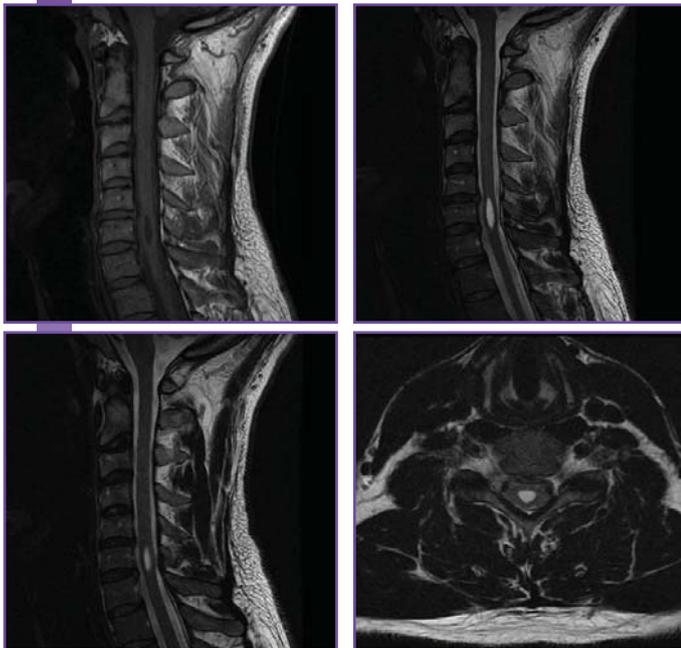


CAVIDAD SIRINGOMIÉLICA CERVICAL

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: María José Abenza Abildua



Cavidad siringomiélica 19 x 7 x 6 mm a nivel C5-C6.

Resumen

Varón de 37 años, con único antecedente de cefalea de características migrañosas, y contracturas cervicales frecuentes desde la adolescencia, con reagudizaciones puntuales por actividad profesional (motorista). Acude a consulta por aumento de sus dolores de cervicales en las últimas semanas, y cefalea de carácter tensional (opresiva holocraneal) que relaciona con retomar su actividad profesional (moto-casco), cargar con bolsas, llevar peso sobre los hombros. En el pasado, tras dejar esta actividad, desaparecieron las cefaleas. **EN:** Normal, incluyendo fondo de ojo. En RMN cervical se objetiva una cavidad siringomiélica cervical, y rectificación de la lordosis cervical. El tratamiento con amitriptilina mejoró la frecuencia e intensidad de las cefaleas.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 37

Diagnóstico final

Siringomielia.

Pruebas complementarias

RM cervical con secuencias T1 y T2 y de los planos axial y sagital. Se confirma la presencia de cavidad siringomiélica de 19 x 7 x 6

mm (craneocaudal, anteroposterior y transversal) localizada en cordón medular que va desde disco C5-C6 hasta disco C6-C7. No existe extensión craneal y caudal de la cavidad siringomiélica ni signos que sugieran malformación de Arnold Chiari. Rectificación de lordosis cervical normal. Hernia C5-C6 posterolateral izquierda que reduce el espacio epidural anterior y desplaza ligeramente el cordón medular que no produce estenosis significativa del canal y de forámenes. Protrusión anular C6-C7 que reduce espacio epidural anterior pero no produce compromiso del canal ni de forámenes. Resto del estudio sin otros hallazgos de interés. **Conclusión:** cavidad siringomiélica localizada entre espacios discales C5-C6 y C6-C7. Hernia posterolateral izquierda C5-C6 que no compromete canal medular. Protrusión anular C6-C7.

Diagnóstico diferencial

Desmielinizante.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

1. Documento de Consenso. Malformaciones de la unión cráneo-cervical (CHIARI TIPO I Y SIRINGOMIELIA). Avellaneda Fernández, Alfredo. Isla Guerrero, Alberto. Izquierdo Martínez, Maravillas. 2010.
2. Persistent/Recurrent Syringomyelia after Chiari Decompression-Natural History and Management Strategies: A Systematic Review. Schuster JM, Zhang F, Norvell DC, Hermsemeyer JT. Evid Based Spine Care J. 2013 Oct;4(2):116-125.
3. Syringomyelia. Vandertop WP. Neuropediatrics. 2014 Feb;45(1):3-9.
4. Management of isolated syringomyelia in the paediatric population--a review of imaging and follow-up in a single centre. Joseph RN, Batty R, Raghavan A, Sinha S, Griffiths PD, Connolly DJ. Br J Neurosurg. 2013 Oct;27(5):683-6.
5. Diagnosis of syringomyelia and its classification on the basis of symptoms, radiological appearance, and causative disorders. Terae S, Hida K, Sasaki H. Brain Nerve. 2011 Sep;63(9):969-77.



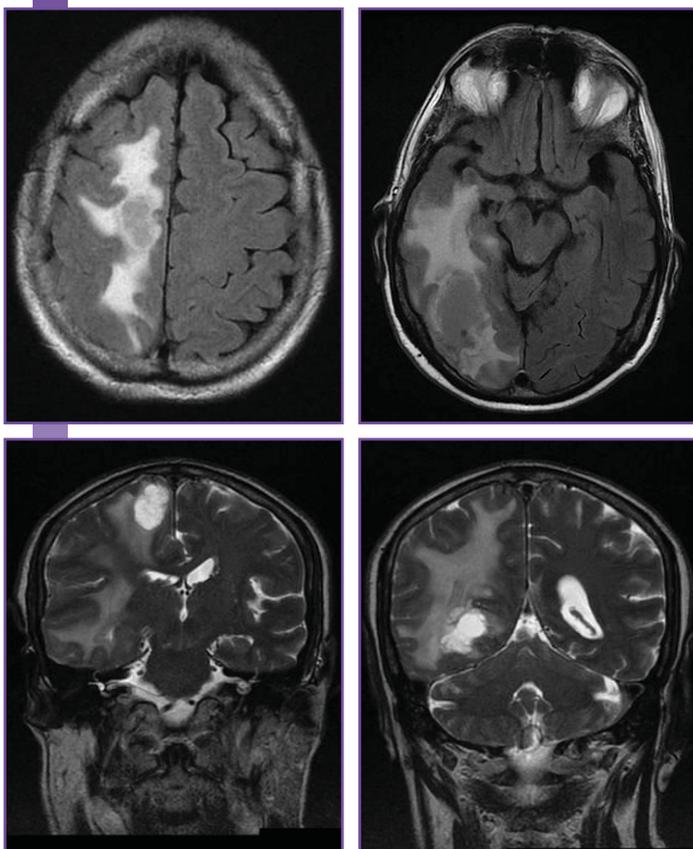
PAPIEDEMA BILATERAL POR METÁSTASIS CEREBRALES

[Acceso al caso](#)

Autor: María José Abenza Abildua

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



LOES en hemisferio cerebral derecho captantes de contraste, con edema perilesional.

Resumen

Varón de 65 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, remitido a Neurología desde Oftalmología por visión borrosa y diplopía de unas semanas de evolución, progresiva, con febrícula intermitente, objetivándose edema de papila bilateral. Se realiza TAC craneal, donde se observan LOES en hemisferio cerebral derecho captantes de contraste, con edema perilesional, y signos de herniación subfacial y transtentorial descendente. El paciente era inmunocompetente, y no presentaba síntomas de desorientación, ni crisis, ni cefalea. Se solicitó una TAC-body, donde se informaba de una lesión parahiliar izquierda de 2 cm sugestiva de neoplasia. La fibrobroncoscopia con biopsia bronquial fue normal. En PET-TAC también se observaba, en el pulmón derecho, un incremento patológico de captación en LID compatible con viabilidad tumoral. Comentado con Neurocirugía, se decidió biopsiar una LOE cerebral, y se realizó craniectomía parietooccipital derecha guiada por navegador, extirpándose la lesión más voluminosa (occipital derecha). El resultado de la anatomía patológica fue de metástasis de carcinoma pulmonar glandular papilar. Se optó por reseca sólo una lesión por alto riesgo de secuelas neurológicas si se extirpaban las dos, y se realizó radioterapia holocraneal posterior, confirmando el diagnóstico de carcinoma de pulmón T2N3M1b (afectación cerebral reseca parcialmente).

Sexo del paciente: Hombre**Edad del paciente:** 65

Diagnóstico final

Metástasis cerebral de carcinoma glandular papilar pulmonar.

Pruebas complementarias

RMN craneal: se realiza RM cerebral mediante secuencias FLAIR y EG T2 axial, FSE T2 axial y coronal, estudio de difusión, EG T1 antes y después de la administración de CIV y estudio de perfusión. Se identifican dos lesiones focales intracraneales, una de aproximadamente 14x24x23 mm en localización precentral derecha y otra de unos 47x25x21 mm en el lóbulo occipital derecho, ambas con contenido de características quísticas y una pared gruesa que realiza significativamente tras la administración de CIV. Estas lesiones sugieren como principal posibilidad afectación metastásica cerebral, a correlacionar con el contexto clínico y la existencia de una tumoración primaria. Se observa un marcado edema vasogénico peritumoral, que condiciona una herniación subfacial, con desplazamiento de la línea



media de aproximadamente 7 mm, y una compresión parcial del ventrículo lateral derecho. Conclusión: Lesiones focales cerebrales, compatibles con metástasis como principal posibilidad. **TAC-body:** lesión seudonodular parahiliar izquierda de 2 cm sugestiva de neoplasia pulmonar, asociada a adenopatías hiliomediastínicas ipsilaterales (hasta 13 mm). Enfisema pulmonar difuso. Nódulo suprarrenal derecho, indeterminado. Alteración de la densidad ósea en la rama pubiana izquierda. **Fibrobroncoscopia:** únicamente hay una zona de la mucosa por encima de la división de la pirámide basal que está algo más edematosa. Se toman biopsias. **Diagnóstico anatomopatológico:** citología negativa para células malignas **Biopsia bronquial:** mucosa bronquial con ligero edema e inflamación crónica, sin evidencia de malignidad y sin displasia epitelial **PET-TAC:** adenopatías mediastínicas e hilar izquierda y adrenal derecha compatibles con viabilidad tumoral. En pulmón derecho incremento patológico de captación en LID compatible con viabilidad tumoral, observando en su margen lateral imagen pseudonodular de difícil delimitación 2.4 cm. Engrosamiento pseudonodular subpleural en LII con leve incremento metabólico. **Anatomía patológica:** metástasis cerebral por carcinoma glandular papilar de probable origen pulmonar. EGFR no mutado. ALK no traslocado

Diagnóstico diferencial

Absceso.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Anatomía patológica confirmatoria, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

1. Image guided surgery for the resection of brain tumours. Barone DG, Lawrie TA, Hart MG. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 28;1. **2.** The role of surgical resection in the management of newly diagnosed brain metastases: a systematic review and evidence-based clinical practice guideline. Kalkanis SN, Kondziolka D, Gaspar LE, Burri SH, Asher AL, Cobbs CS, Ammirati M, Robinson PD, Andrews DW, Loeffler JS, McDermott M, Mehta MP, Mikkelsen T, Olson JJ, Paleologos NA, Patchell RA, Ryken TC, Linskey ME. Neurooncol. 2010 Jan;96(1):33-43. **3.** Brain metastases. Kamar FG, Posner JB. Semin Neurol. 2010 Jul;30(3):217-35. **4.** Methodology used to develop the AANS/CNS management of brain metastases evidence-based clinical practice parameter guidelines. Robinson PD, Kalkanis SN, Linskey ME, Santaguida PL. J Neurooncol. 2010 Jan;96(1):11-6. **5.** Brain metastases. EFNS Task force 2011. R. Soffi etti, P. Cornu, J. Y. Delattre, R. Grant, F. Graus, et al.



LESIONES CUTÁNEAS Y VALPROICO

Autor: Susana López Gallardo

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente sin AP de interés. Epilepsia de reciente diagnóstico, criptogénica. Crisis, probablemente focales, secundariamente generalizadas. Inicio de valproico tras segunda crisis. A las dos semanas del inicio de valproico, a dosis de 500 mg/12 h, el paciente debuta con lesiones cutáneas en tronco y extremidades.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 63

Diagnóstico final

Vasculitis por valproico.

Diagnóstico diferencial

Rash cutáneo por antiepilépticos.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Anatomía patológica confirmatoria

Bibliografía

Lasić D., Ivanišević R., Uglešić B., Cvitanović MZ., Glučina D., Hlevnjak I. Psychiatr Danub. 2012 Jun;24(2):215-8.



Vasculitis leucocitoclástica por valproico.



QUEMADURA DE MANO DERECHA DURANTE CRISIS PARCIAL COMPLEJA

Autor: Equipo Revisor

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente con epilepsia focal del lóbulo temporal izquierdo
Etiología: esclerosis de hipocampo izquierdo. Semiología de las crisis: crisis focales motoras con automatismos típicos. frecuencia de crisis: 3 al mes. Paciente que presenta crisis mientras cocina, quemándose la mano en la sartén. Ingresó en U. de Quemados. Precisa injerto cutáneo diferido.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 42

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos



Quemadura durante crisis parcial compleja.



Quemadura durante crisis parcial compleja.

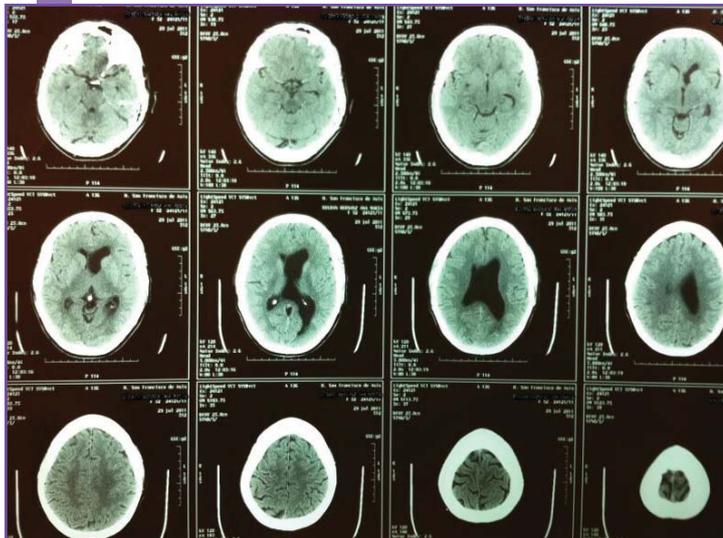
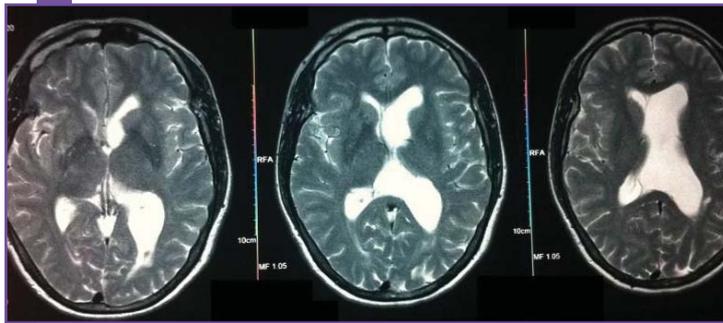


QUISTE COLOIDE Y CEFALEA TENSIONAL

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: Susana López Gallardo



Quiste coloide gigante ventricular izquierdo.

Resumen

Paciente que acude a consulta por cefalea de 2 años de evolución, que ha empeorado en los últimos 6 meses. Tras fallo de tratamiento profiláctico con amitriptilina, se realiza estudio de TAC cerebral.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 39

Diagnóstico final

Quiste coloide ventricular izquierdo.

Pruebas complementarias

TAC cerebral (dic 2011): asimetría ventricular, a expensas de ventriculomegalia izquierda. Probable quiste coloide gigante intraventricular izquierdo. **RMN cerebral (agosto 2012):** sin cambios respecto a estudio de TAC cerebral. Quiste coloide gigante intraventricular izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Hidrocefalia no comunicante.

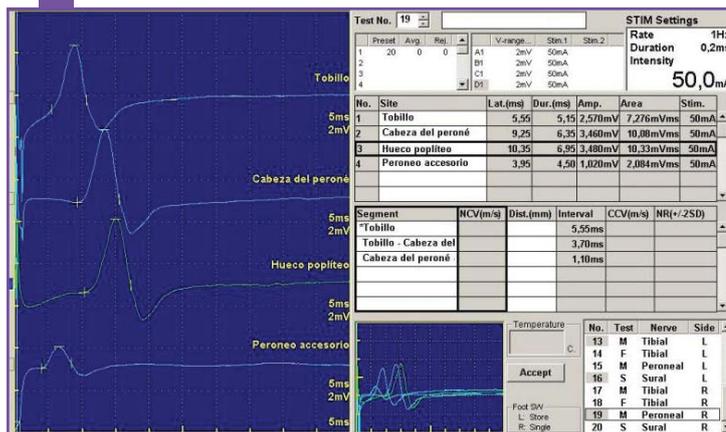
Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



NERVIO PERONEO ACCESORIO

Autor: Equipo Revisor



Estudio EMG de peroneo accesorio.

Resumen

Paciente remitida para valoración de PNP. La paciente no tenía clínicamente una PNP, pero en el estudio electroneurográfico (ENG) se detectó un nervio peroneo accesorio. Este nervio, presente en un 20-25% de la población, es una rama del nervio peroneo superficial que inerva parcial o totalmente el músculo pedio, que normalmente está inervado sólo por el peroneo profundo. En el ENG se suele obtener un potencial de amplitud menor al estimular en la garganta del pie que al estimular en la cabeza del peroné cuando la inervación es parcial, como en este caso. La presencia de este nervio puede explicar la paradoja de que algunas lesiones completas del nervio peroneo profundo se acompañen de una función normal, clínica y electromiográfica del músculo pedio.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 35

Diagnóstico final

Estudio normal.

Pruebas complementarias

EMG

Diagnóstico diferencial

Neuropatía peroneal.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios

Bibliografía

E Gutiérrez-Rivas, A Alonso-Ortiz, G Gutiérrez-Gutiérrez. Posibles errores en la realización e interpretación de los estudios electrofisiológicos. En: E. Gutiérrez-Rivas, MD Jiménez, J Pardo, M Romero. Manual de Electromiografía Clínica, 2ª Ed. Ergón. 2008



14

CASO

NEUROLOGÍA/ÁREA Neuromuscular / Ataxias

Especialización/Etiología

Autoinmune / Sistémico

[Acceso al caso](#)

DISARTRIA MIASTÉNICA

Autor: Santa García López

Resumen

Mujer de 30 años diagnosticada de miastenia gravis con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina positivos con exacerbación miasténica de predominio bulbar.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 30

Diagnóstico final

Miastenia gravis IVb.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



[Ver vídeo en la página web](#)



15

CASO

NEUROLOGÍA/ÁREA Patología cerebrovascular

Especialización/Etiología

Ictus

[Acceso al caso](#)

SÍNDROME DE HORNER. ICTUS HEMIBULBAR IZQUIERDO

Autor: Ismael Domínguez



Síndrome de Horner izquierdo.

Resumen

Inicio brusco de ataxia de marcha y mareo, seguido a la hora de debilidad en hemicuero izquierdo, disartria, disfagia, hipoestesia facial. Fibrilación auricular conocida. Infraanticoagulado (INR en urgencias 1,3).

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 78

Diagnóstico final

Ictus hemibulbar izquierdo.

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



NEURORECORDINGS
BANCO DE IMÁGENES Y VÍDEOS EN NEUROLOGÍA

Publicación de imágenes
Clínicas, Radiológicas
y Vídeos en Neurología



AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Autor: María Sereno Moyano

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Cuadro autolimitado de unas 4 horas de amnesia anterógrada, con realización de preguntas repetidas. Presencia de factores de riesgo vascular.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 57

Diagnóstico final

Amnesia global transitoria.

Pruebas complementarias

TAC craneal normal. **EEG** normal

Diagnóstico diferencial

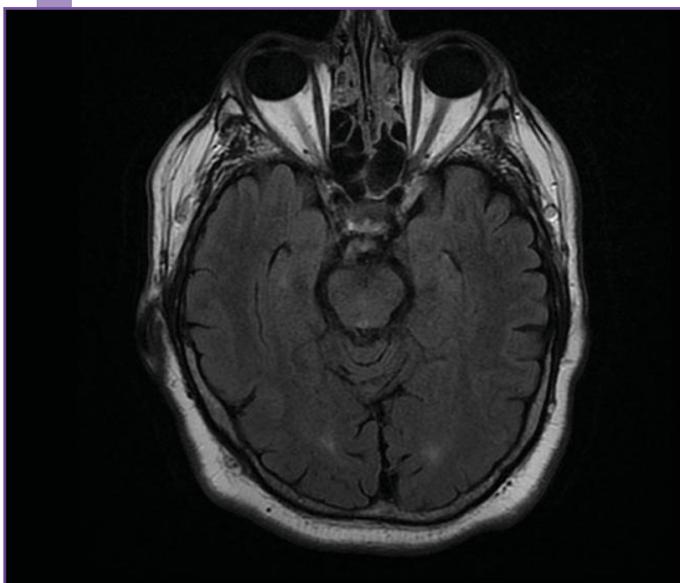
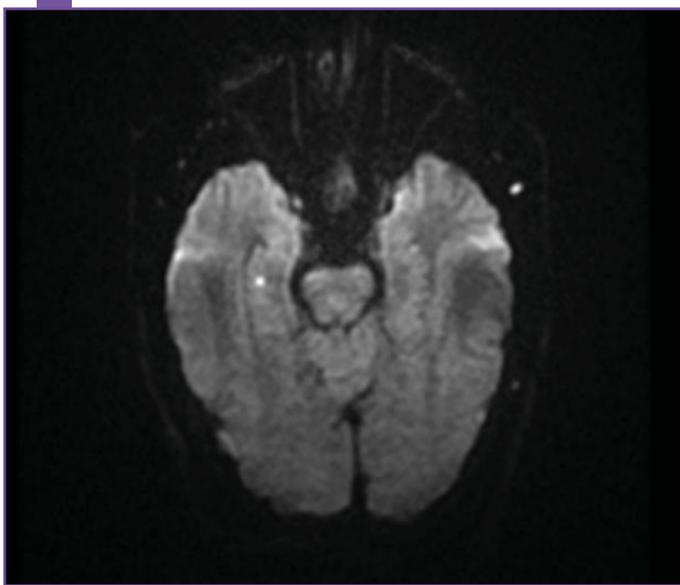
Ictus, epilepsia.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

Strupp M, Bruning R, Wu RH. Diffusion-weighted MRI in transient global amnesia: elevated signal intensity in the left mesial temporal lobe in 7 of 10 patients. *Ann Neurol* 1998;43(2):164-70..



RMN craneal.



FIEBRE DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN Y COMA

[Acceso al caso](#)

Autor: Ismael Domínguez

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente diagnosticada de artritis reumatoide de larga evolución, en tratamiento crónico con Metotrexato. Acude a Urgencias tras tres días de fiebre y cefalea. **EF: GCS:** O3V5M6. Tendencia al sueño. Con el paso de las horas, la paciente presenta deterioro progresivo del nivel de conciencia. Se realiza RMN cerebral. **JC:** cerebritis y meningitis neumocócica. Inmunosupresión.

Sexo del paciente: Mujer**Edad del paciente:** 62

Diagnóstico final

Cerebritis neumocócica.

Pruebas complementarias

RMN cerebral: se valora en secuencias T2 y FLAIR hiperintensidad intra y extraaxial, compatible con foco inflamatorio/infeccioso frontal superior bilateral de predominio izquierdo, y ambos giros postcentrales, asociando edema vasogénico. Se identifica engrosamiento meningeo residual en giros frontales superiores izquierdos y postcentral izquierdo. **Conclusión:** compatible con meningitis y cerebritis frontoparietal bilateral. **Punción lumbar:** Líquido claro. **Pr apertura:** 30cc H₂O. **Células:** 350, predominio PMN. Proteínas 170. **Glucosa:** 36. **GRAM:** coco Gram +.

Diagnóstico diferencial

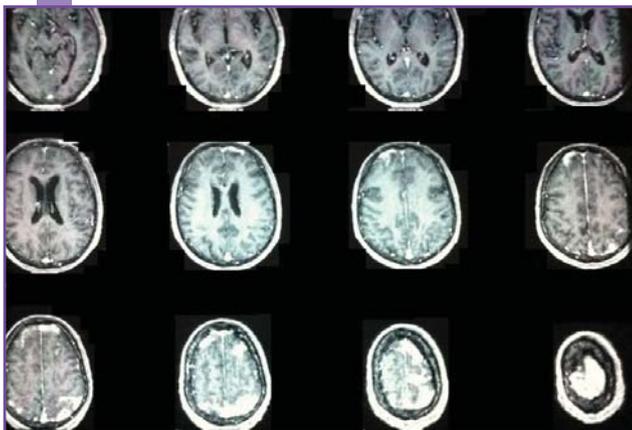
Absceso cerebral, meningitis tuberculosa.

Elementos disponibles para el diagnóstico

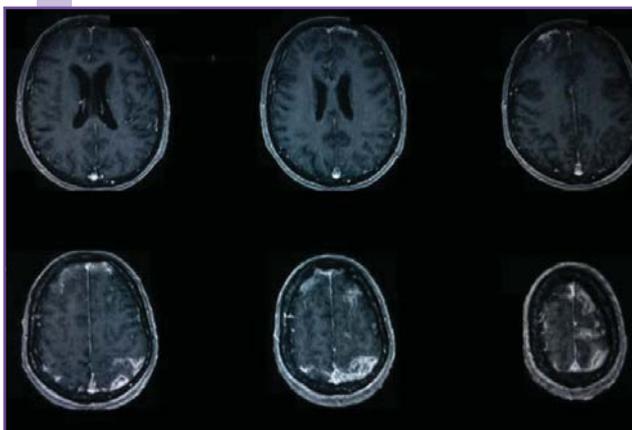
Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Anatomía patológica confirmatoria, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



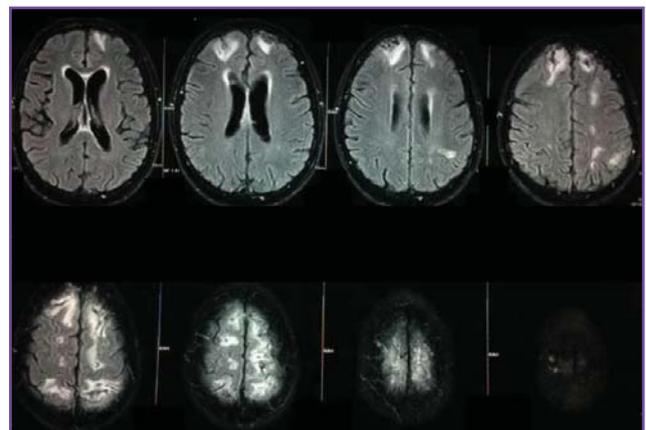
RMN craneal.



RMN craneal.



RMN craneal.

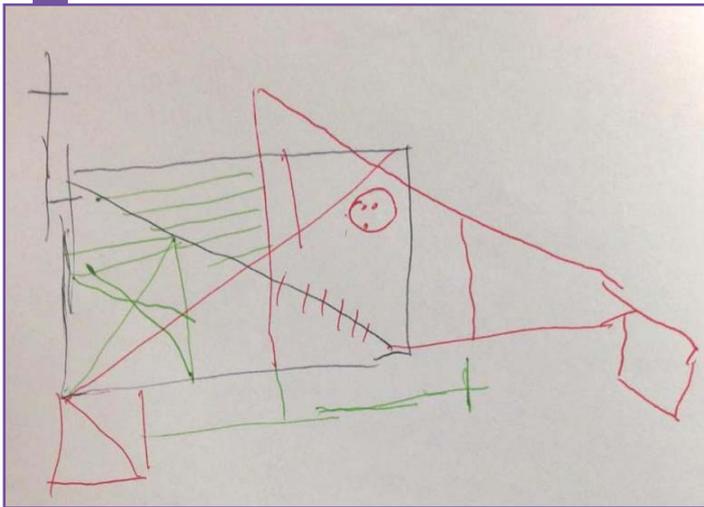


ALTERACIÓN DE LA FIGURA DE REY. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autor: María Payno Vargas

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



Copia de la figura compleja de Rey.

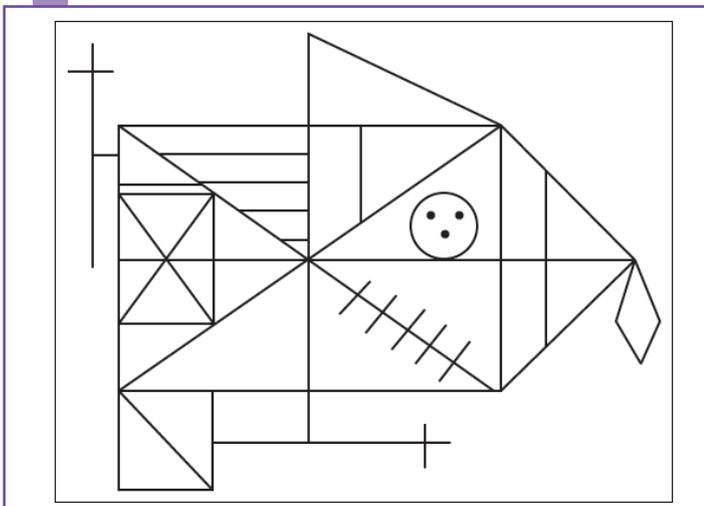


Figura compleja de Rey.

Resumen

Varón de 61 años, ingeniero informático y empresario, con deterioro progresivo de funciones superiores. Las pruebas complementarias son normales. MEC 32/35. Fluencia semántica 8, fonética de 4. En la prueba de la copia de la figura compleja de Rey el paciente muestra una alteración grave de la planificación.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 61

Diagnóstico final

Enfermedad de Alzheimer

Pruebas complementarias

TAC normal. TSH, B12 fólico, VIH, RPR normales. MEC 32/35. Fluencia semántica 8, fonética de 4.

Diagnóstico diferencial

Demencia vascular, demencia frontotemporal.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Antecedentes familiares consistentes



ENCEFALITIS HERPÉTICA. EVOLUCIÓN SATISFACTORIA

Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Desde hace 3 días se encuentra rara, sensación de opresión/cefalea, además confunde unas palabras por otras teniendo conciencia de ello, alteración de la memoria reciente, reconoce a sus familiares pero olvida algunos nombres, se da cuenta de que quiere nominar algo pero se demora mucho la hora de expresarse. No alteración de fuerza ni sensibilidad. Refiere mínimas alteraciones faríngeas, refiere que tenía los ojos congestivos y fiebre 38°C.

Sexo del paciente: Mujer

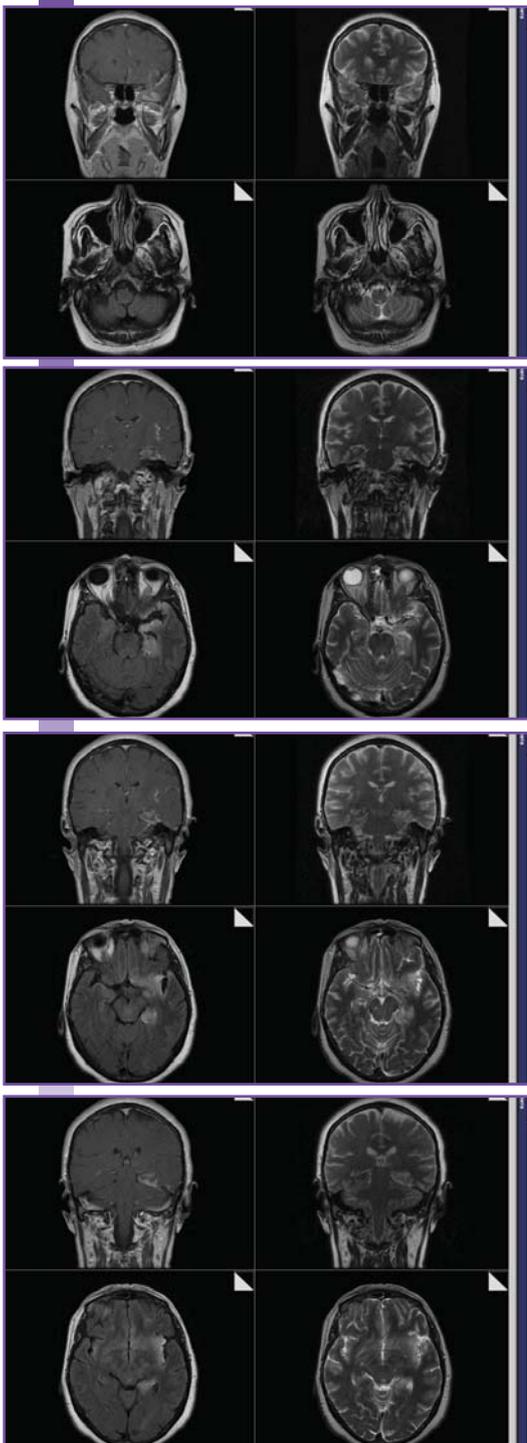
Edad del paciente: 66

Diagnóstico final

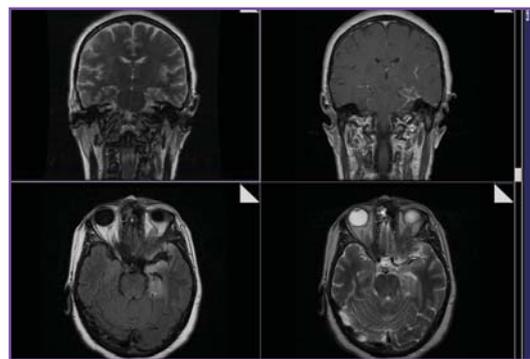
Encefalitis herpética.

Pruebas complementarias

RNM cerebral (septiembre 13): en secuencias T2 y FLAIR se aprecia afectación del sistema límbico que incluye hipocampo, surco parahipocampal, amígdala, polo anteromedial del lóbulo temporal, corteza de lóbulo de la ínsula, así como la porción frontorbitaria de la circunvolución cingular. Los cambios son compatibles con edema secundario a inflamación que presenta notable restricción de la difusión dada su evolución aguda. También se aprecia una incipiente afectación cortical de lóbulo de la ínsula derecho que presenta restricción de difusión lo que sugiere afectación bilateral mucho más evidente en el izquierdo e incipiente en el derecho. El estudio T2 gradiente eco no se aprecian focos que sugieran hemorragia por restos hemosiderina, no evidenciándose tampoco áreas hiperintensas sugerentes de sangrado agudo en secuencia T1. Todos los hallazgos son compatibles con sospecha clínica de encefalitis herpética aguda con afectación izquierda e incipiente afectación derecha. En el estudio con contraste tampoco se aprecian realces patológicos, hallazgo dentro de límites normales en el contexto de encefalitis herpética hiperaguda. **Diagnóstico:** hallazgos compatibles con el diagnóstico clínico de encefalitis herpética aguda con afectación del sistema límbico izquierdo e inicio de afectación del derecho. **EEG** (19/09/2013): actividad bioeléctrica

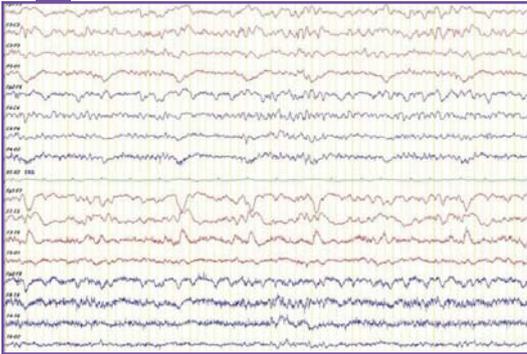


RMN cerebral.

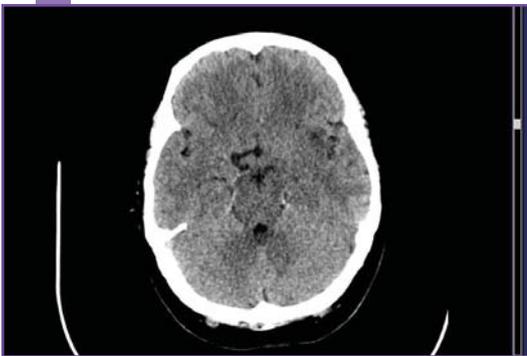


RMN cerebral de control.





EEG ingreso. Cuadro confusional.



TAC cerebral Urgencias.

cerebral asimétrica, enlentecida de forma persistente en hemisferio izquierdo con respecto a contralateral (donde es normal), más marcado en región fronto-temporal izquierda, con complejos periódicos sobreañadidos, compatibles con diagnóstico de encefalitis herpética. **EEG** (13/11/13): se valora una recuperación satisfactoria de la actividad de fondo en hemisferio derecho, sin embargo se configura de manera clara una lenificación focal extensa temporal izda, persistente, compatible con lesión cerebral subyacente (coherente con encefalitis herpética en fase secuelar). No se valoran anomalías epileptiformes sobreañadidas **RMN cerebral** (octubre 2013): hallazgos de imagen compatibles con encefalitis herpética bilateral y asimétrica con mayor realce cortical en el estudio actual, que en estudios previos. Actualmente se aprecia una mayor atrofia en lóbulo temporal izdo que en el último control y menos signos de tumefacción-edema. Análisis: PCR herpes virus positivo

Diagnóstico diferencial

Ictus, glioblastoma.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Otros estudios de imagen/ Neuroimagen evolutiva

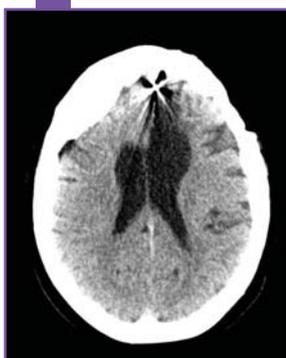


ESTATUS FOCAL MOTOR HEMICLÓNICO DIFERIDO A TCE

Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna
2º Autor: Ignacio de Alba - UCR H. U. Infanta Sofía

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



TAC cerebral sin contraste Urgencias.

Resumen

Remitida desde su domicilio por somnolencia excesiva. **AP:** TCE grave en la infancia (craniectomía frontal izquierda y esquirla metálica irreseccable). Epilepsia focal con crisis motoras hemiclónicas farmacorresistente. Generalización ocasional secundaria. Ingreso en el pasado por estatus epiléptico confusional en contexto de cuadro infeccioso (ITU) en el pasado. Etiología de la epilepsia: postraumática. Trastorno orgánico de la personalidad. Tratamiento actual: lamotrigina, topiramato, levetiracetam.

Sexo del paciente: Mujer

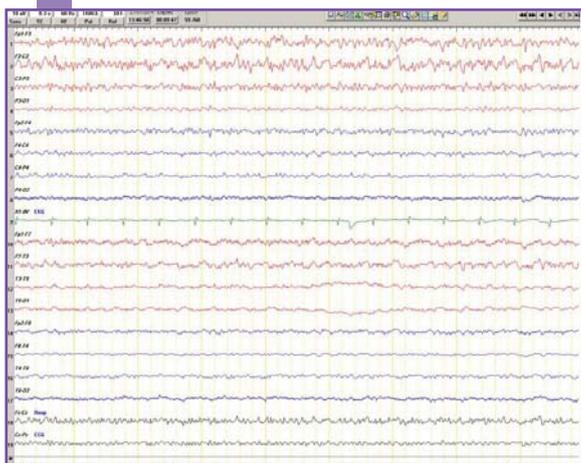
Edad del paciente: 60

Diagnóstico final

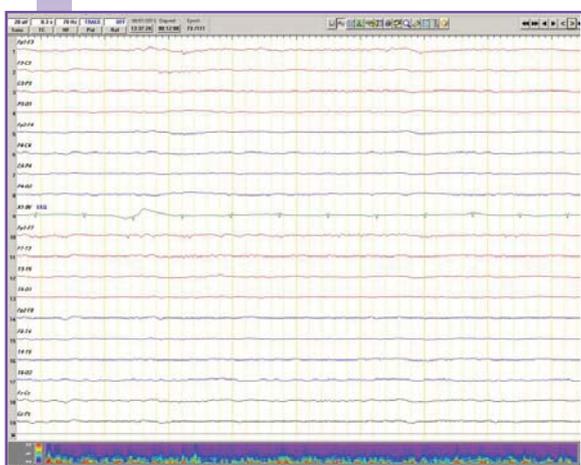
Estatus epiléptico hemiclónico.

Elementos disponibles para el diagnóstico

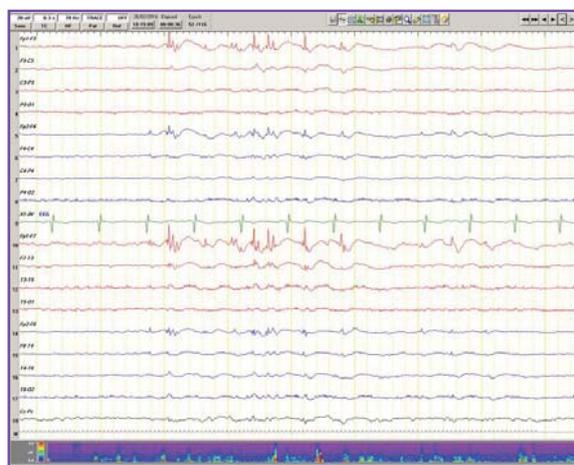
Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios



EEG urgencias. Estatus Focal hemiclónico derecho.



EEG 24h tras tratamiento con fenitoína iv.



EEG control consultas externas.

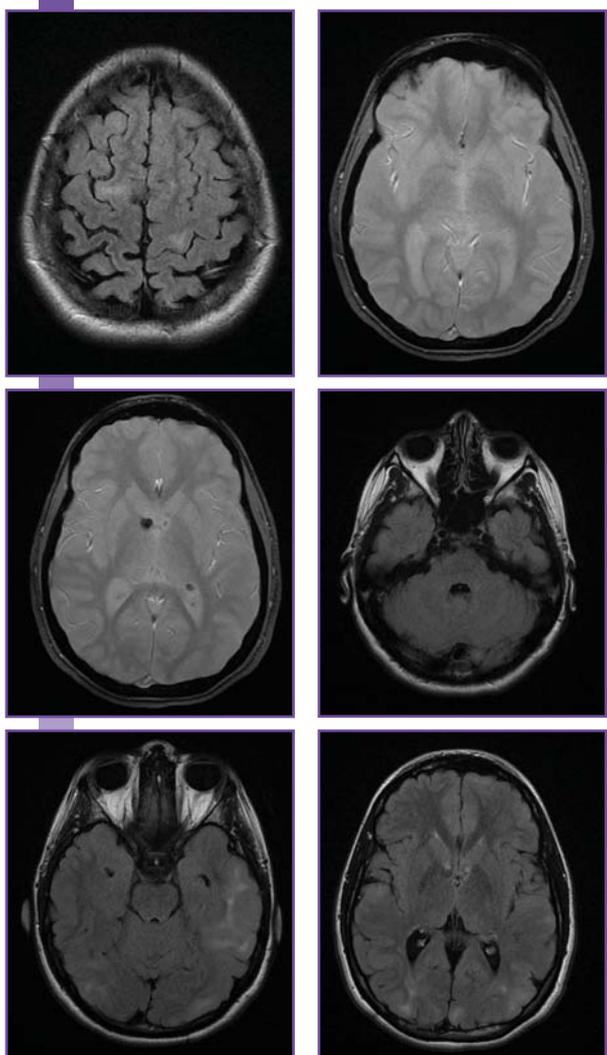


CRISIS ÚNICA. ESCLEROSIS TUBEROSA

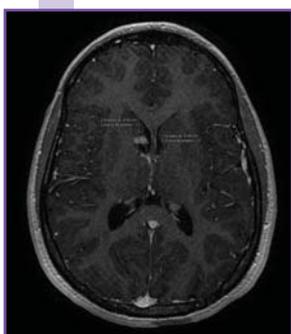
Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna



RMN cerebral. Tuberomas. Nódulos subependimarios.



RMN cerebral con GD. SEGA. Astrocitoma gigantocelular subependimario.

Resumen

Un año antes presenta episodio paroxístico de parestesias en extremidades izquierdas de minutos de duración. Episodio único. No valorado por Neurología. Remitida a consulta desde Dermatología para valoración de este episodio. SB: IABVD. Universitaria. Buen rendimiento cognitivo. Natural de Paraguay. No AF. Dos hermanos sanos.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 20

Diagnóstico final

Esclerosis tuberosa.

Pruebas complementarias

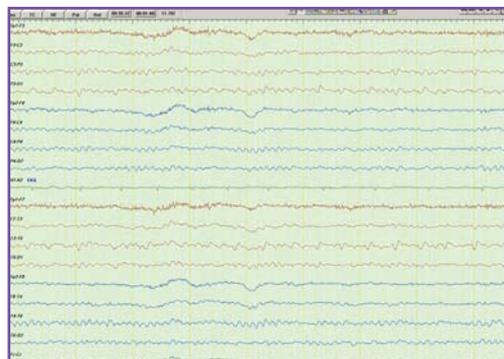
Estudio genético: ET1 +.

Diagnóstico diferencial

Displasia cortical focal.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Análisis genético confirmatorio, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



EEG intercrítico.



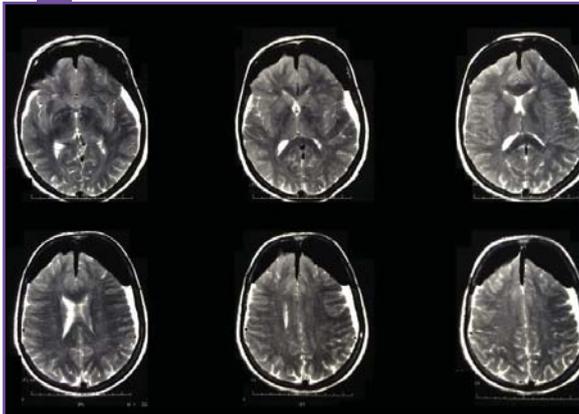
NEUMOENCÉFALO POSTERIOR A ARTRODESIS LUMBAR

[Acceso al caso](#)
Nivel de certeza

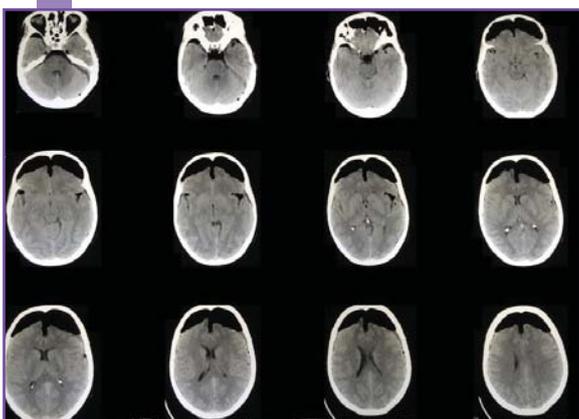
1 2 3 4 5

Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna

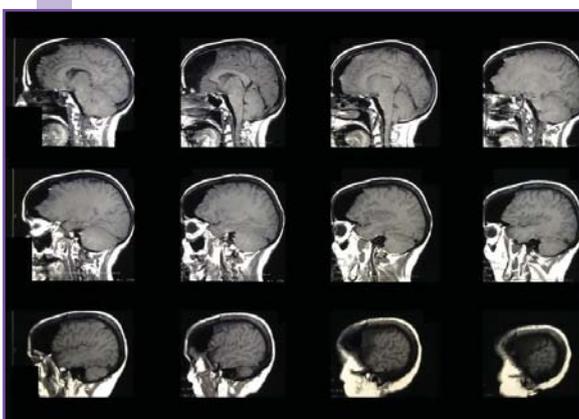
2º autor: Sebastián Martín Balbuena - Hospital de Cieza. Murcia



TAC cerebral de Urgencias.



TAC cerebral 7º día.



RM cerebral 8º día.

Resumen

Espondiloartrosis lumbar. Estenosis de canal (HD medial que colapsa canal raquídeo L4-L5) intervenida con artrodesis L4-L5 en 2007. Mejoría clínica del dolor. Acude por cuadro de dolor lumbar y radiculopatía S1 dolorosa, con dolor refractario a tratamiento en U. del Dolor, incluido epidurolisis. Se decide artrodesis lumbar L5-S1. 24 h postoperatorio, comienza con cefalea intensa occipital de instauración progresiva en horas y somnolencia. Se confirma apósito mojado con líquido claro, sugestivo de fistula de LCR. Se realiza TAC cerebral y RMN cerebral. Se cierran drenajes y se coloca a la paciente en decúbito Trendelenburg -cabeza en posición declive-. Mejoría clínica, con interrupción de salida de LCR. A los 7 días, no cefalea.

Sexo del paciente: Mujer

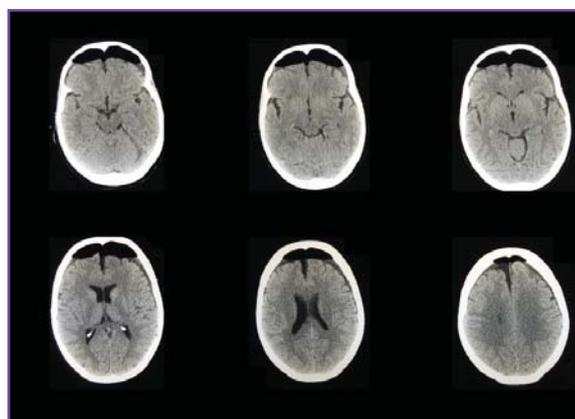
Edad del paciente: 66

Diagnóstico final

Neumoencéfalo. Fístula dural.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



TAC cerebral 22º día (asintomática).



ESTADO DE MAL EPILÉPTICO EN PACIENTE CON UNA MASA A NIVEL EPICRANEAL FRONTAL

Autor: Moisés León Ruiz

2º autor: Miguel Ángel García Soldevilla

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Varón de 61 años, en situación de exclusión social, bebedor de 5 cervezas/día y fumador de 1 paquete/día. Fue traído a Urgencias por el SUMMA 112, tras objetivar su compañero de piso tutelado de forma súbita, un cuadro clínico autolimitado de 1-2 minutos de duración consistente en: pérdida del nivel de consciencia y movimientos generalizados tónico-clónicos. Posteriormente, una vez en Urgencias, permaneció confuso, desorientado y volvió a presentar otro episodio similar. Ante paciente adulto no epiléptico conocido, con debut clínico comicial como estado de mal epiléptico, decidimos solicitar de forma urgente analítica y TAC craneal. Su compañero aseveraba que hacía 3 meses, el paciente sufrió un cuadro clínico parecido y que desde hacía aproximadamente 6 meses aquejaba prurito faríngeo.

Exploración física: constantes: afebril, normotenso. Eupneico en reposo. Sat O₂ basal: 94%. Exploración sistémica: caquéctico. Lesión excrecente en forma de quiste a nivel fronto-parieto-central izquierdo, con una base en forma de tumoración epicraneal de consistencia pétreo. **Exploración neurológica:** consciente y desorientado (GCS14: O4/V4/M6). Lenguaje bien articulado sin elementos disfásicos. Campimetría por confrontación conservada. Isocoria normorreactiva. Pares craneales, fuerza, sensibilidad y cerebelo normales. Reflejos miotáticos ¼. Babinski bilateral. Sin signos meníngeos asociados. Estática, marcha y Romberg no explorados por precaución ante posible reaparición de crisis epiléptica.

Sexo del paciente: Hombre

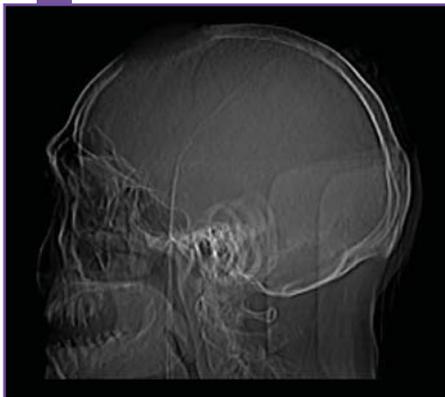
Edad del paciente: 61

Diagnóstico final

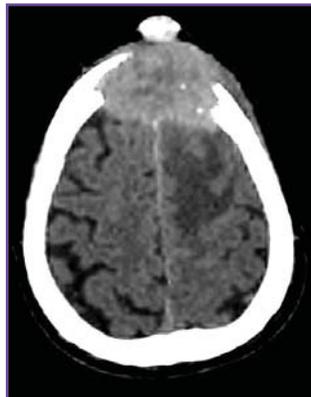
Primer caso descrito de estado de mal epiléptico secundario a metastatización cráneo-cerebral como forma de debut de un carcinoma epidermoide laríngeo supraglótico.

Pruebas complementarias

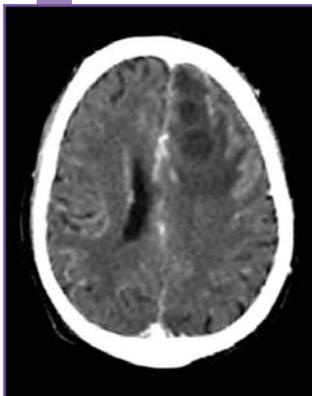
Análítica sanguínea (con perfil metabólico): CK-Total de 553 U/L. Leucocitos de 11.600/μL (Neutrófilos: 85,5%). Resto sin alteraciones. **Análisis de tóxicos** (sangre y orina): sin alteraciones. **Radiografía de**



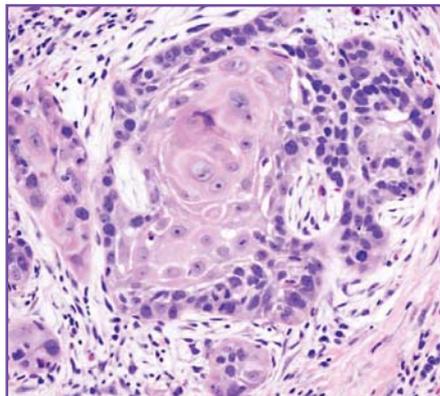
TAC craneal de urgencias (corte sagital).



TAC craneal de urgencias (corte axial).



TAC craneal de urgencias (corte axial).



Muestra de biopsia de la tumoración (microscopio óptico a 400 aumentos).



tórax: elongación aórtica. Índice cardiotorácico conservado. Sin pinzamiento de senos costofrénicos, ni presencia de infiltrados y/o condensaciones a nivel parenquimatoso pulmonar. **Electrocardiograma:** ritmo sinusal con eje cardíaco normal a 80 lpm sin alteraciones reseñables de interés. **TAC craneal** (descrito a continuación).

Diagnóstico diferencial

Metástasis cráneo-cerebrales de tumor primario a filiar, toxoplasmosis cerebral, linfoma cerebral primario, meningioma intraóseo craneal, plasmocitoma óseo solitario craneal, histiocitosis de células de Langerhans crónica focal, sarcoma osteogénico, tumor de células gigantes (osteoclastoma) craneal.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Anatomía patológica confirmatoria

ÉPILEPSIA REFRACTARIA EN EL SÍNDROME DE DOBLE CÓRTEX

Autor: David Sopelana Garay

2º autor: Rosa María Collado Jiménez - C. H. universitario de Albacete

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Mujer de 23 años. **AP:** retraso mental y epilepsia refractaria **AF:** padre con epilepsia no filiada. **Historia clínica:** se inician las crisis con 8 meses de edad. Buen control hasta los 11 años. Después aparecen múltiples tipos de crisis: crisis parciales hemimotoras derechas; crisis generalizadas tónico-clónicas sin claro inicio focal; crisis parciales complejas (CPC) con automatismos orales; crisis atónicas. Se trata, por tanto, de una epilepsia refractaria con crisis parciales aparentemente multifocales y generalizadas. Tras múltiples regímenes terapéuticos, actualmente ha alcanzado su mejor control (2-3 CPC al mes) con valproato, levetiracetam y lacosamida. **Exploración física:** retraso mental moderado. No alteraciones neurológicas focales. No dismorfias. El EEG mostraba actividad epiléptica en forma de puntas y ondas agudas a nivel bicentro-temporal de predominio derecho. El síndrome de doble córtex es una malformación del desarrollo cortical debida a un defecto en la migración neuronal. Es debido a una mutación del gen DCX, ligado al cromosoma X, por lo que afecta de forma casi exclusiva a mujeres. La neuroimagen es sumamente característica y prácticamente no acepta otros diagnósticos diferenciales. La clínica fundamental es un retraso psicomotor de gravedad variable y epilepsia, con frecuencia refractaria.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 23

Diagnóstico final

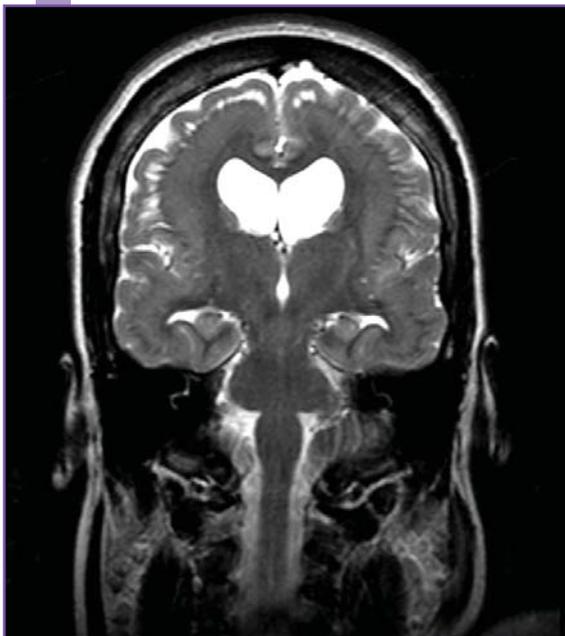
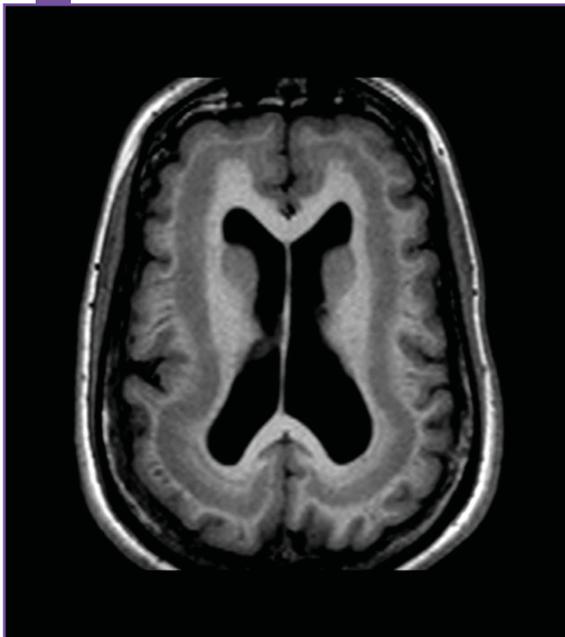
Heterotopia subcortical en banda o síndrome de doble córtex.

Pruebas complementarias

RM cerebral

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



RM cerebral.

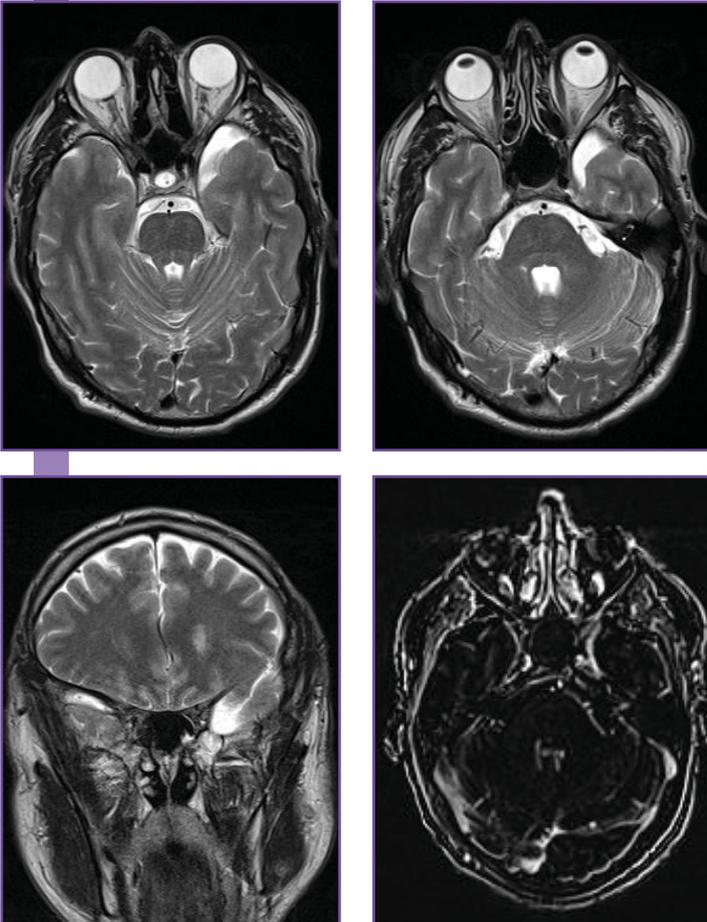


POSIBLES SCHWANNOMAS BILATERALES COMO CAUSA DE NEURALGIA TRIGÉMINO

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: Beatriz Castillo Calvo



RM cerebral.

Resumen

Varón de 49 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, no hábitos tóxicos y no toma de fármacos de forma habitual. Presenta episodios repetidos y autolimitados de neuralgia y parestesias en región V2 izquierda desde hace dos años. La exploración neurológica (encontrándose asintomático) es rigurosamente normal.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 49

Diagnóstico final

Posibles schwannomas V2 bilaterales.

Pruebas complementarias

RM cráneo.

Diagnóstico diferencial

Schwannoma, quiste perineural, cefalocele, metástasis o neoplasias primarias.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

1. Trigeminal neuropathy: evaluation with MR imaging. RadioGraphics, 1995, Vol.15: 795-811 **2.** Schwannoma trigeminal intracranial con extensión a la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, órbita, seno maxilar y fosa nasal. A propósito de un caso. Neurocirugía. 2005; 16: 67-74 **3.** Diseminación perineural de los tumores de cabeza y cuello: lo que el radiólogo debería conocer. SERAM 2012 **4.** Multicompartmental Trigeminal Schwannomas: Management Strategies and Outcome. Skull Base. Nov 2011; 21(6): 351-358. **5.** Trigeminal and facial schwannoma: a case load and review of the literature. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Oct;16 Suppl 4:8-12 **6.** Clinical-radiologic issues in perineural tumor spread of malignant diseases of the extracranial head and neck. RadioGraphics, 1991, Vol.11: 383-399



NEUROPATÍA CUBITAL DERECHA

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Autor: Eduardo Gutiérrez Rivas

Resumen

Cuadro de comienzo insidioso y curso progresivo de 6-8 meses de evolución de torpeza manipulativa en la mano derecha y hormigueos en el borde interno de la mano. Recientemente, ha apreciado atrofiás en la mano derecha. **Exploración:** debilidad en musculatura intrínseca de la mano de inervación cubital. Hipoestesia en la cara palmar de 5º dedo y mitad interna del 4º, en el lado derecho; también en la cara dorsal de parte más interna de la mano derecha. Amiotrofia de primer interóseo dorsal. Mano en actitud "de predicador".

Sexo del paciente: Hombre**Edad del paciente:** 34

Diagnóstico final

Neuropatía cubital derecha.

Pruebas complementarias

Electromiograma: confirma una lesión intensa de nervio cubital derecho en el codo, con características de axonotmesis incompleta, grave.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios

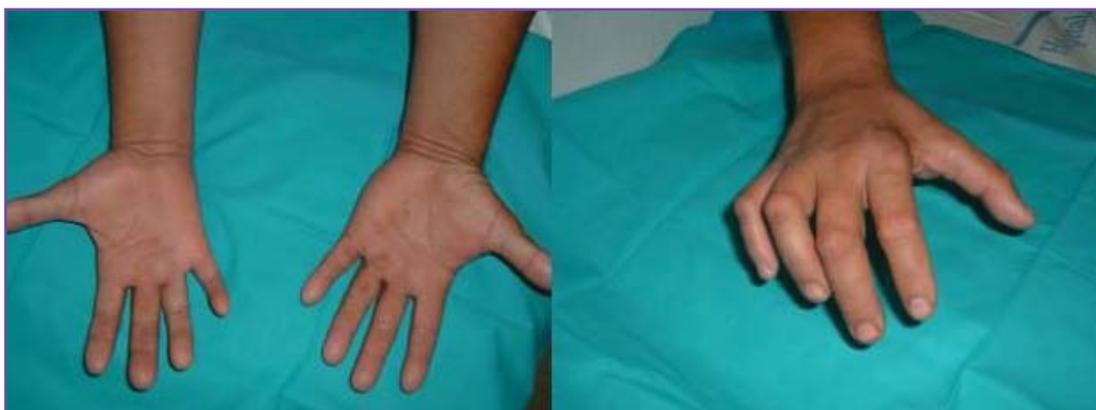


Foto clínica de las manos.



ATROFIA DEL DELTOIDES IZQUIERDO POR LESIÓN DE NERVIOS AXILAR

Autor: Eduardo Gutiérrez Rivas

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente zurdo que nota dolor agudo en el hombro mientras juega al pádel. Al día siguiente, no puede separar bien el brazo izquierdo. Al mes aprecia disminución del volumen muscular de hombro, que está "descarnado". **Exploración:** debilidad 3/5 de deltoides izquierdo. Área de hipoestesia en el territorio del nervio axilar izquierdo.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 29

Diagnóstico final

Neuropatía del nervio axilar izquierdo.

Pruebas complementarias

Un estudio electromiográfico demostró signos de denervación aguda en el músculo deltoides. La latencia motora desde el punto de Erb al músculo deltoides estaba levemente aumentada.



Foto clínica.



PARAPARESIA SUBAGUDA

Autor: José Miguel Santonja Llabata

Nivel de certeza

1 2 3 4 5



RMN medular.



Arteriografía medular.

Resumen

Paciente de origen boliviano sin antecedentes patológicos de interés que acude por un cuadro de tres meses de evolución que se inició con episodios en los que nota una sensación de calor en miembros inferiores de cinco minutos de duración. Las semanas siguientes comienza a notar parestesias en miembros inferiores, dificultad progresiva para la deambulación y los últimos días también para la micción. La exploración muestra una paraparesia 3/5 proximal y 4/5 distal, hipoestesia en todas sus modalidades con nivel sensitivo L1, hiperreflexia en miembros inferiores con clonus aquileo izquierdo, signo de Babinski + bilateral y disminución de reflejos cutáneo-abdominales inferiores.

Sexo del paciente: Mujer**Edad del paciente:** 59

Diagnóstico final

Fistula dural.

Pruebas complementarias

RMN medular. Arteriografía medular

Diagnóstico diferencial

Mielitis transversa, LOE medular, degeneración combinada subaguda, fistula dural.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva

Bibliografía

Marcus J, Schwarz J, Singh IP, Sigounas D, Knopman J, Gobin YP, Patsalides A. Spinal dural arteriovenous fistulas. A review. *Curr Atheroscler Rep.* 2013 Jul;15(7):335. Rubin MN, Rabinstein AA. Vascular diseases of the spinal cord. *Neurol Clin.* 2013 Feb;31(1):153-81.



ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA RETARDADA

Autor: José Manuel Fernández Carril

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Paciente de 51 años ingresado por una pancreatitis secundaria a coledocolitiasis. Durante la realización de colangiografía, presenta una depresión respiratoria, precisando intubación que resulta dificultosa y ventilación mecánica. Tras 48 h en UVI pasa a planta asintomático, y es dado de alta a su domicilio en el quinto día. En el sexto día es ingresado en Neurología al presentar un cuadro que se establece en pocas horas y que consiste en: -Disminución de agudeza visual bilateral. -Bradifrenia y bradicinesia generalizada muy marcada. Gran dificultad en la realización de tareas manipulativas. -Lenguaje severamente hipofónico. -Clonias con contracción tónica de ESD y posteriormente bilaterales de medio minuto de duración. -Dismetría de EESS. En definitiva se trata de un cuadro multifocal, que aparece en el sexto día postanoxia (tras un periodo asintomático), con agravamiento durante 48 h para estabilizarse durante una semana y posterior mejoría lenta hasta conseguir una recuperación completa en los 3 meses siguientes. La encefalopatía anóxica retardada es una entidad muy rara, en la que tras un insulto isquémico/anóxico cerebral se produce una recuperación en horas o pocos días, para presentar una recaída generalmente entre la primera a cuarta semana tras el cuadro de hipoxia. Su patogenia es desconocida. En el caso aquí referido, se observa la afectación, especialmente llamativa, de ganglios basales con resolución posterior.

Sexo del paciente: Hombre

Edad del paciente: 51

Diagnóstico final

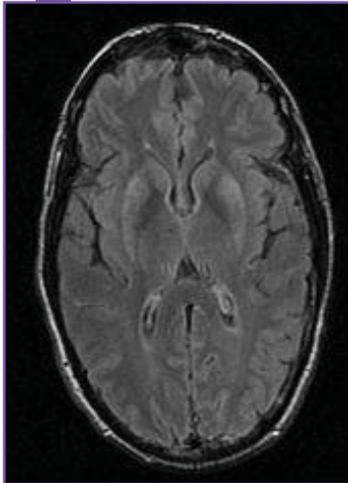
Encefalopatía postanóxica retardada.

Pruebas complementarias

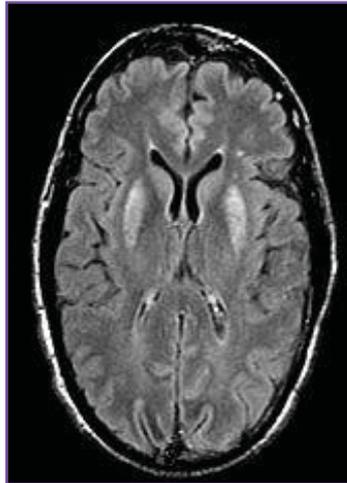
Estudios normales: analítica, LCR, tórax, EKG, TAC craneal, Doppler TSA, ecocardio. EEG repetidos: lentos y sin actividad epileptiforme. RM craneales en días 8, 17 y 6º mes tras insulto anóxico

Elementos disponibles para el diagnóstico

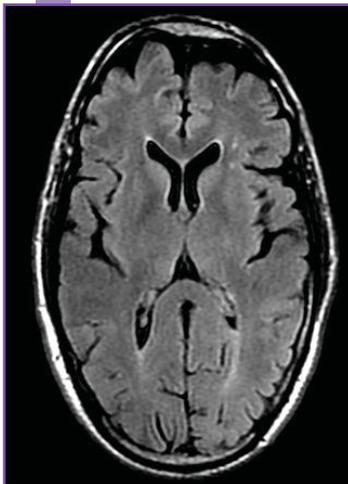
Datos clínicos



RM día 8 postanoxia.



RM día 17 postanoxia.



RM mes 6 postanoxia.



EPILEPSIA DE AUSENCIA INFANTIL

Autor: Joaquín Ojeda Ruiz de Luna

2º Autor: María José Abenza Abildúa - H. U. Infanta Sofía

Nivel de certeza

1 2 3 4 5

Resumen

Remitida por su pediatra por sospecha de crisis ausencia. Refiere episodios desde hace 8 meses de desconexión del medio con parpadeo y mirada hacia arriba, sin reacción a estímulos visuales, de unos 4 segundos de duración, varias veces al día (10/ día aprox) objetivados por familiares y maestros. No revulsión ocular, no pérdida de tono, no manierismos ni movimientos anormales, no sonidos guturales. Buen rendimiento escolar. No AF neurológicos. Se inicia tratamiento con valproico, con desaparición de estos episodios.

Sexo del paciente: Mujer

Edad del paciente: 9

Diagnóstico final

Epilepsia de ausencia infantil.

Pruebas complementarias

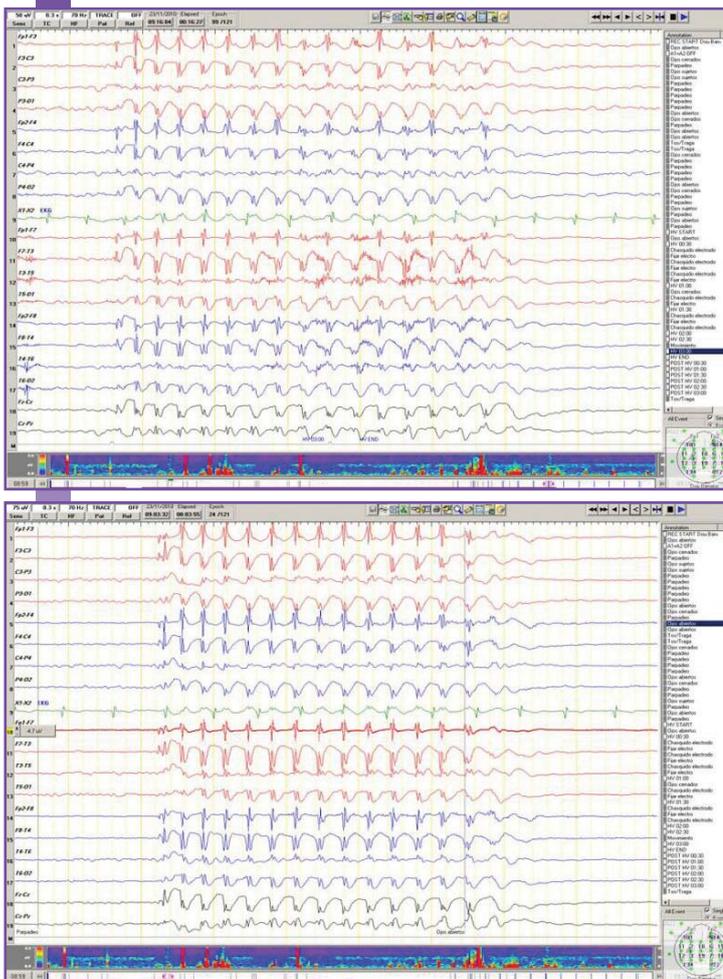
EEG (23/11/2010):

- Actividad de fondo normal, en fases madurativas acordes con la edad de la paciente.
- Presenta dos crisis de ausencia, consistentes clínicamente en reacción de paro, mirada fija en leve supravversión, con parpadeo sutil y automatismo leves con los labios, concordante temporalmente con una actividad paroxística de punta onda generalizada monomorfa a 3Hz, de predominio anterior, de 8 segundos de duración. Uno de los episodios los presenta durante la hiperventilación, valorando con el cese de la actividad paroxística eléctrica, una recuperación de la actividad de hiperventilación.

Conclusión: compatible con epilepsia de ausencia infantil (epilepsia generalizada idiopática), RMN cerebral protocolo de epilepsia 1.5 T: normal.

Elementos disponibles para el diagnóstico

Datos clínicos, Apoyo laboratorio/Otros estudios, Otros estudios de imagen/Neuroimagen evolutiva



EEG.



NOTA

El nivel de evidencia asignado a cada caso/imagen es fruto de la suma de diferentes parámetros valorados para el diagnóstico final. Se tienen en cuenta los datos clínicos aportados, si existe un apoyo de laboratorio y otros estudios complementarios (neurofisiológicos, por ejemplo), si existen antecedentes familiares congruentes, y si existen datos de apoyo o bien de otras técnicas de imagen, o de estudios de imagen similares realizados a lo largo de la evolución del cuadro. Por último, y atesorando el mayor grado de certeza posible, se tienen en cuenta los resultados de la anatomía patológica y/o de los estudios genéticos que definen el diagnóstico.

