

## Resúmenes de Congresos Internacionales

### RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN EL 121 CONGRESO ANUAL DE LA ASOCIACIÓN NEUROLÓGICA AMERICANA (Octubre 1996).

#### NEUROONCOLOGÍA

##### *Terapia Genética*

Sturtz y col. de Ohio, presentaron un trabajo en el cual demuestran que alrededor del 50% de los gliomas humanos podrían ser sensibles a la terapia genética usando vectores retrovirales que transporten el gen de la quinasa de timidina hsb-1 al tumor, con posterior ablación de células tumorales con ganciclovir.

##### *Análisis de factores de riesgo en la transformación maligna de los gliomas cerebrales de bajo grado*

Dropcho de Indianápolis, en un extenso estudio de seguimiento de 191 gliomas de bajo grado de malignidad consecutivamente tratados, encontró que el 73% de ellos se transformaban en astrocitoma anaplásico, oligodendroglioma anaplásico o glioglastoma multiforme, pero no encontró asociación entre el riesgo de transformación maligna y los hallazgos de tomografía computada y resonancia magnética pretratamiento, o que el paciente recibiera o no radioterapia como parte de su tratamiento inicial.

##### *Respuesta a la quimioterapia en los gliomas malignos tratados con anticonvulsivantes*

Phuphanich y col. de Florida, plantean la posibilidad de que algunos anticonvulsivantes, particularmente la fenitoína, interactúe con la quimioterapia y altere la respuesta a la misma.

##### *Linfoma primario del Sistema Nervioso Central*

De Angelis y col. de New York, mostraron su experiencia a largo plazo en el tratamiento de los linfomas primarios del sistema nervioso central. Trataron 31 pacientes con metrotexate preradioterapia y luego radioterapia craneal y altas dosis de citocina arabinoside. La supervivencia media de la totalidad del grupo fue de

37.5 meses, con una tasa de supervivencia a los 5 años del 22.3%, pero 10 de estos pacientes desarrollaron toxicidad neurológica tardía (8 por encima de los 60 años desarrollaron demencia y 2 por debajo de los 50 años desarrollaron enfermedad cerebrovascular). Los autores creen que la radioterapia fue fundamentalmente responsable de la toxicidad, razón por la cual sugieren que los pacientes por encima de los 60 años con linfomas primarios del sistema nervioso central, reciban metrotexate en altas dosis, procarbazona y vincristina con o sin altas dosis de Ara-C, pero sin radioterapia, a menos que exista recurrencia de la enfermedad.

#### NEUROFARMACOLOGÍA

##### *Narcolepsia*

Fry de Filadelfia, demostró que el modafinil puede ser una droga segura y eficaz en el tratamiento de la excesiva somnolencia diaria asociada con la narcolepsia.

##### *Enfermedad de Alzheimer*

Kumar y col. de Inglaterra, presentaron los resultados preliminares con un nuevo agonista muscarínico parcial con selectividad funcional para los receptores M1 (SB202026), en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Los resultados sugieren una cierta eficacia de la droga con escasos efectos adversos.

##### *Migraña*

Klein de Inglaterra, presentó su experiencia con el zolmitriptan, un nuevo agonista selectivo de los receptores 5-HT<sub>1D</sub>. La respuesta a una dosis variable entre 2.5 y 10 mg. fue del 65 al 72% a las 2 horas, la mayor eficacia hasta ahora reportada con el tratamiento oral agudo en los pacientes con migraña.

*Inmunoglobulina endovenosa vs plasmaferesis en el tratamiento del síndrome de Guillain-Barre*

Visser y col. de Holanda, estudiaron las posibles variables predictoras de pronóstico en el tratamiento de Guillain-Barre. Los siguientes factores estuvieron relacionados con mal pronóstico (incapacidad para caminar en forma independiente a los 6 meses): edad mayor de 50 años con antecedentes de episodios de diarrea, score de acuerdo al Medical Research Council menor de 40, comienzo de la debilidad muscular hasta la randomización de 4 días o menos, potenciales de acción muscular menores de 3 mV. después de la estimulación del nervio mediano y cubital y serología positiva para campilobacter yeyuni. El antecedente de diarrea fue un factor pronóstico exclusivamente para los pacientes tratados con plasmaferesis.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

*Mecanismos y manifestaciones clínicas de los infartos en territorio limítrofe posterior*

El grupo de Caplan de Boston, estudió 21 pacientes con infartos sintomáticos en los territorios limítrofes posteriores entre la arteria cerebral media y la arteria cerebral posterior. Entre los pacientes con infartos unilaterales, 10 fueron embólicos (7 cardíacos y 3 carotídeos), 7 de causa desconocida y uno asociado con vasoespasma secundario a la ruptura de un aneurisma sacular. En los 3 pacientes con infartos bilaterales se encontraron causas hemodinámicas (hipotensión perioperatoria).

*Correlación clínico anatómica de déficit sensitivos en los infartos en el territorio de la arteria cerebral posterior*

Georgialis y col. de Boston, encontraron que 25% de los pacientes con infartos en el territorio de la arteria cerebral posterior tenían déficit sensitivos y que éstos se correlacionaron con isquemia talámica ventrolateral y lesiones oclusivas proximales al origen de la arteria tálamo-geniculada.

*Trombolisis intraarterial con uroquinasa en pacientes con ACV isquémico agudo*

Suarez y col. de Cleveland, trataron 42 pacientes con uroquinasa intraarterial dentro de las 6 horas del comienzo de un infarto hemisférico agudo. En 20 lograron recanalización completa, mientras que en 22 la recanalización fue parcial. Dos pacientes tuvieron hemorragia intracerebral

clínicamente significativa dentro de las 4 horas del comienzo de la trombolisis.

*Status Epilepticus en accidente cerebrovascular agudo*

Berges y col. de Francia encontraron que 8% de los pacientes con accidentes cerebrovasculares agudos, ya sea infartos o hematomas intracerebrales, tuvieron convulsiones, aproximadamente en el 30% dentro de los 15 días. Status epiléptico se observó en el 20% de los pacientes, en la mitad de ellos como primera manifestación epiléptica.

*El Fibrinógeno está asociado con alto grado de estenosis carotídea y eventos vasculares*

Vieyra y col. de Canadá demostraron que el fibrinógeno es un potente y útil marcador de estenosis severa y eventos vasculares, en pacientes con enfermedad carotídea sintomáticos y asintomáticos.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

*Palidotomía con control electrofisiológico*

Varios grupos, entre ellos el de Jancovick de Texas; de Rabey de Tel Aviv y de Lang de Ontario presentaron su experiencia con la palidotomía guiada con microelectrodos, en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson avanzada. Los resultados son coincidentes entre los distintos grupos. La mejoría en el período "off" de la rigidez, temblor y bradicinesia osciló entre un 30 y 60%, mayor en el lado contralateral a la lesión. El control postural también mejoró en la mayoría de los pacientes, en alrededor de un 30 a 40%. Las discinesias inducidas por l-dopa se resolvieron prácticamente en forma completa en el miembro contralateral a la palidotomía y también, aunque en menor grado (alrededor del 50%), mejoraron en el miembro ipsilateral. Los beneficios de la cirugía declinaron entre un 10 y un 20% durante los dos años de seguimiento.

*Estimulación palidal de alta frecuencia en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson*

El grupo de Koller de Kansas City, obtuvo resultados satisfactorios (mejoría de alrededor del 50%), en 5 pacientes tratados con la estimulación crónica de alta frecuencia de la región posteroventral del globo pálido, a través de la implantación de un estimulador guiado por microelectrodos. Los efectos adversos fueron mínimos.

*Eficacia de la estimulación talámica en el tratamiento del temblor esencial y en pacientes con enfermedad de Parkinson*

Un estudio en el que participaron diversos grupos de investigadores evaluó la eficacia de la estimulación del VIM del tálamo en 9 pacientes con enfermedad de Parkinson y 15 pacientes con temblor esencial. Los resultados inmediatos y a los 12 meses fueron muy satisfactorios; se obtuvo supresión del temblor en ambas enfermedades, aunque la mejoría funcional fue mayor en los pacientes con temblor esencial comparado con aquello con enfermedad de Parkinson.

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

### *Factores de riesgo en las mujeres para enfermedad de Alzheimer*

Duara y col. de Miami concluyen que los factores de riesgo más importantes para enfermedad de Alzheimer en las mujeres son: historia de hipertensión arterial, bajo nivel de educación, ausencia de terapia de reemplazo con estrógenos y presencia de Apoproteína E4.

### *Enfermedad de Alzheimer sin degeneración neurofibrilar neocortical*

Sabbagh y col. de California, concluyen que la demencia en la enfermedad de Alzheimer sin degeneración neurofibrilar neocortical se presenta y progresa en una forma clínicamente indistinguible de la demencia enfermedad de Alzheimer con degeneración neurofibrilar-cortical.

### *Efecto de los estrógenos en las funciones cognitivas en mujeres postmenopáusicas no dementes*

El grupo de Mayeux de New York, demostró en un extenso estudio epidemiológico que la terapia de reemplazo con estrógenos puede disminuir los trastornos cognitivos asociados a la edad en mujeres postmenopáusicas no dementes.

## ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

### *Parálisis facial periférica aislada unilateral como síntoma de presentación de la enfermedad de Lyme*

Cadavid y col. en Washington, encontraron que entre 6 y 47% de los pacientes con parálisis de Bell, provenientes de áreas endémicas fueron ce-ro positivos para la borrellia burgdorferi.

### *Neuropatía axonal asociada con gamopatía monoclonal de significancia incierta*

Gorson y Ropper de Boston, encontraron que este tipo de neuropatía es habitualmente leve, predominantemente sensitiva y clínicamente dis-

tinta de la neuropatía desmielinizante crónica inflamatoria asociada con gamopatía monoclonal.

### *Factores que retrasan el diagnóstico en el síndrome miasténico de Lambert-Eaton*

El diagnóstico precoz en este síndrome tiene implicancias pronósticas y terapéuticas. Clásicamente se presenta con debilidad muscular proximal, sequedad de la boca y arreflexia, sin signos bulbares. En 14 de 18 pacientes con síndrome de Lambert-Eaton, el diagnóstico se realizó en forma retrasada debido a: disfunción bulbar (13), presencia de reflejos (11), incapacidad de apreciar la presencia o el significado de disfunción autonómica (8), fuerza muscular proximal de los miembros normal (5), signos de Babinski positivo (2), y test de Tensilon positivo (2). El diagnóstico además fue oscurecido por la concomitancia de otras manifestaciones de síndrome paraneoplásico, tales como neuropatía periférica y degeneración cerebelosa.

### *Trastornos linfoproliferativos y enfermedad de neurona motora*

El grupo de Rowland de New York, estudió 37 pacientes con enfermedad de neurona motora y enfermedad linfoproliferativa. Veintiuno tenían signos definidos o probables de compromiso de la neurona motora superior y ninguno evidencias electrofisiológicas de neuropatía motora. Las enfermedades linfoproliferativas incluyeron macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma Hodgkin y no Hodgkin. El diagnóstico de enfermedad proliferativa fue realizado con biopsia de médula ósea en 60% de los pacientes. De los 19 pacientes tratados con drogas inmunosupresoras, 1 mejoró y en 1 la enfermedad se estabilizó; ambos tenían signos de neurona motora inferior. Los autores concluyen que para el diagnóstico de enfermedad linfoproliferativa en un paciente con enfermedad de neurona motora y paraproteinemia monoclonal, debe considerarse siempre la biopsia de médula ósea.

### *Estudio comparativo de plasmaferesis, inmunoglobulinas intravenosas y plasmaferesis seguido por inmunoglobulinas endovenosas en el tratamiento del síndrome de Guillain-Barre*

El grupo de Hughes de Londres, encontró en 383 pacientes con síndrome severo de Guillain-Barre, que la plasmaferesis tiene una eficacia similar a la inmunoglobulina intravenosa y que la combinación de plasmaferesis e inmunoglobulinas intravenosas, no es más efectiva que uno u otro tratamiento realizado aisladamente en 383 pacientes con síndrome severo de Guillain-Barre.