

# Neurologia Catalana

Butlletí  
de la Societat  
Catalana de  
Neurologia

## SUMARI

1. Editorial
2. Temes d'actualitat
3. Neurologia Catalana al món
4. L'espai dels pacients
5. El racó dels residents
6. El mirador
7. Entrevista
8. XI Reunió Anual
9. Notícies de la Societat
10. Agenda

## MEMBRES D'HONOR

Dr. Josep M<sup>a</sup> Aragonès, Dr. Lluís Barraquer,  
Dr. Emili Fernández-Álvarez, Dr. Josep M<sup>a</sup> Grau,  
Dr. Vladimir Hachinski, Dr. Jun Kimura, Dr. Lluís  
Montserrat, Dr. Joan Obach, Dr. Carlos Oliveras  
de la Riva, Dr. Adolf Pou Serradell, Dr. Ciril  
Rozman, Dr. Feliu Titus

## JUNTA

President	Dr. Francisco Rubio
Vicepresident	Dr. Alexandre Gironell
Secretari	Dr. Antoni Turon
Tresorer	Dr. Jordi Gascón
Vocals	Dr. Joan Josep Baiges Dr. David Cánovas

EDITOR BUTLLETÍ: Alexandre Gironell

SECRETARIA Suport Serveis, Calvet, 30, 08021  
Barcelona, Tel.: 932017571, Fax: 932019789,  
Correu-e: scn@suportserveis.com



Societat Catalana  
de Neurologia



L'Acadèmia  
FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES  
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

## EDITORIAL

Estimats amics,  
Estimades amigues,

D'aquí a pocs dies comença la XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia. Dins de la reunió tenim tres àrees importants:

- 1 La part científica, que compta amb diverses i importants comunicacions sobre quasi totes les àrees de la Neurologia, distribuïdes en Conferències, Seminaris, Tallers i Simposis. Té una especial rellevància l'interès que estem donant a les tècniques de diagnòstic, de cara a la constitució d'autèntiques Unitats de Diagnòstic amb l'aparell incorporat, com una eina més de l'actuació davant el malalt. La patologia del son té rellevància aquest any i a més és una patologia que hem de reivindicar almenys en la part específica que pertany a les Neurociències.
- 2 Dissabte tenim una sessió molt especial, dedicada a la formació de residents a Catalunya, i volem fer un canvi d'impressions sobre temes com: durada de la residència, "troncalitat" mèdica o de neurociències, distribució dels períodes de formació, formació teòrica, etc. Espero el concurs i l'aportació de totes les unitats docents de Catalunya. Comptarem també amb la participació del President de la Sociedad Española de Neurología, el Prof. Jordi Matías Guiu.
- 3 Tornem a iniciar un procés de revisió i actualització de l'assistència en diverses malalties del Sistema Nerviós. És quelcom que ja s'havia fet amb l'Ictus i amb la malaltia d'Alzheimer i que acabaria en l'elaboració d'un Pla Director de la malaltia en qüestió en concordança amb el Departament de Salut. Demanarem la vostra col·laboració i la de les persones involucrades en cadascuna de les les patologies.

Us informem també que, en aquesta ocasió, tindrem el plaer de compartir els espais de la seu de la reunió amb la III Jornada catalana d'infermeria neurològica, que es celebrarà divendres 16 de març, amb una assistència prevista de 100 persones.

La ciutat de Lleida i l'equip de Neurologia local, coordinat per la Dra. Pilar Granés, han posat un gran interès en aquesta reunió i espero que sigui un bon moment per conèixer la gran activitat que estan desenvolupant, al temps que esperem que la reunió sigui un nou impuls a l'activitat de la nostra especialitat en la província de Lleida.

Una abraçada per tots. Us esperem a Lleida,

Francisco Rubio  
President SCN

## TEMES D'ACTUALITAT

## NEUROLOGIA I TRÀNSIT

Dr. Jaume Burcet Dardé

Comitè de Neurologia i Trànsit  
Sociedad Española de Neurología

## SITUACIÓ ACTUAL

L'inici de la Revolució Industrial i especialment el desenvolupament de l'automòbil a principis del segle XX va suposar un canvi social sense precedents. La reglamentació va ésser ja molt pionera des de 1901 a l'Anglaterra Victoriana i ha derivat fins als nostres dies en un ample cos normatiu.

Espanya com a membre de la Unió Europea ha de garantir la plena circulació de persones, mercaderies i també la llibertat de gaudir de permisos de circulació. La normativa actual està fonamentada en la directiva comunitària de 1991 adaptada per Espanya en els ulteriors reglaments, essencialment en el "Reglamento General de conductores de 1994" i esmenes posteriors. Es tracta doncs, d'una competència estatal. Per tant té una peculiaritat en l'àmbit espanyol: l'existència dels "Centros de Reconocimiento de conductores" els quals per llei tenen la capacitat de determinar l'aptitud psico-física dels candidats per conduir.

A Espanya, doncs, no és una competència del metges de la Salut Pública, sinó que els Centres de Reconeixement de conductors - que compten amb l'autorització administrativa pertinent- s'encarreguen de valorar la capacitat física i psíquica dels conductors.

## PAPER DE LA NEUROLOGIA EN LA MEDICINA DEL TRÀNSIT

La neurologia, i consegüentment les malalties neurològiques, són en aquest moment la segona causa de patologia amb la qual s'enfronten els Centres de Reconeixement, després de les malalties oculars. Òbviament, el flux de coneixements i informació ha d'ésser bidireccional. Per una part, els centres de reconeixement informen sobre quines patologies es consideren més prevalents en els candidats a conductor. D'altra banda, els neuròlegs informen amb la major claredat possible de la situació clínica dels candidats. Una dada bàsica és que en qualsevol consideració s'ha de tenir clar si es demana una llicència privada o una llicència professional.

Seguidament, repassarem els punts clau de la patologia neurològica i la conducció professional.

## 1. EPILÈPSIES

Per tractar-se d'una de les malalties que afecten amb més evidència la capacitat de conducció, l'epilèpsia és un dels temes sobre el qual existeix un cos legislatiu més ampli.

En legislacions prèvies, el fet de patir epilèpsia comportava automàticament la desautorització per conduir. Aquesta situació ha sofert grans canvis des de que el nou marc legislatiu va posar més èmfasi en l'evidència, creant el que s'anomena una llei de terminis. És a dir, l'autorització o denegació de permís de conduir està en funció d'aquestes terminis- depèn del temps que el pacient ha estat lliure de crisis.

En l'actualitat - i en concordança amb la normativa europea- existeixen quatre possibilitats:

- 1. Epilèpsia.** Definida com una reiteració de 2 o més crisis
- 2. Crisi Única**
- 3. Crisis morfèiques,** és a dir, que apareixen durant el son
- 4. Crisis mioclèniques**

En cadascun d'aquest casos existeix un termini específic de temps sense crisi que permet l'autorització de llicència per conduir. A més d'aquesta, l'autorització també està condicionada pel tipus de llicència, bé no professional o bé professional. Òbviament, en l'últim cas - professional- els requisits per l'autorització del permís de conduir són molt més estrictes.

En els anys 2004/2005 un Comitè d'Experts es va reunir a Brussel·les per tal d'elaborar una sèrie de criteris més adients a la situació clínica actual. Aquesta sèrie de criteris estan publicats en una guia clínica i s'espera que en un futur immediat siguin acceptats en la normativa comunitària i transposats a la legislació nacional.

## 2. DETERIORAMENT COGNITIU

Aquesta patologia està adquirint una rellevància cada vegada més notable en la nostra societat, degut a l'envelliment de la població. A més, caldria realitzar adaptacions en la legislació per tal de pal·liar la discordança entre les lleis i els nous criteris mèdics.

D'altra banda, les escales bàsiques per la valoració de demències utilitzades en la clínica rutinària no són les més adients per determinar la capacitat o no per la conducció. En la conducció de vehicles, les funcions més importants són l'atenció, la concentració, la funció

## TEMES D'ACTUALITAT

### NEUROLOGIA I TRÀNSIT

executiva i la funció viso-espacial. Si més no, les escales clàssiques de Folstein i similars no avaluen les funcions esmentades.

Avui dia s'estan el·laborant instruments de mesura a l'abast de totes les unitats de demència, les quals es troben en procés de validació per les autoritats de trànsit. En aquest aspecte, els serveis de neuropsicologia catalans són pioners en aquesta tasca.

La tasca essencial dels serveis de Neurologia és la valoració de la capacitat de conduir dels malalts amb un Deteriorament Cognitiu Lleu (DCL) (GDS3). L'objectiu dels neuròlegs és establir un seguit de subgrups categoritzats en funció de la capacitat o no per la conducció, especialment en els conductors professionals.

#### 3. PATOLOGIA DE LA SON

La patologia de la son es tracta d'una de les grans oblidades, i per aquesta raó la nostra tasca és donar a conèixer l'ample espectre que abraça aquesta malaltia. En la legislació actual, la patologia de la son està separada en dos apartats diferents:

##### 1. Trastorns de la son d'origen respiratori.

Es tracta dels més coneguts, i per tant compten amb una reglamentació ben documentada, que explicita que la unitat de son ha de facilitar un informe favorable per tal de concedir una autorització per la conducció.

##### 2. Trastorns de la son d'origen no respiratori

Per contra la legislació que regula aquest tipus de trastorns es bastant deficient, i el cos de doctrina no està tan ben estructurat com en el cas del Trastorn de la Son d'origen respiratori.

Òbviament, aquesta no és la situació idònia, qualsevol malalt amb patologia de la son i especialment, si es tracta d'un conductor professional, hauria d'ésser valorat per una Unitat de Son en la que el neuròleg ha de tenir la necessària participació.

#### 4. MALALTIA DE PARKINSON I ALTRES MOVIMENTS INVOLUNTARIS

La legislació sobre la malaltia de parkinson i la patologia dels moviments involuntaris també necessita actualitzar-se.

La malaltia de Parkinson, per exposar la malaltia més prevalent, no és únicament una malaltia del sistema motor, sinó que presenta fins i tot en les fases inicials, alteracions cognitives i de l'estat d'ànim. Per tant, aquestes matisos s'han de tenir en compte a l'hora de determinar la capacitat conductora. A més, cal esmentar els efectes no desitjats de la medicació per exemple la somnolència induïda pels agonistes dopaminèrgics.

Aquestes apreciacions, pel seu efecte en la conducció, ens haurien d'impel·lir a adoptar una aproximació molt més integral quan es valoren patologies dels trastorns del moviment.

Ens trobem també que els trastorns del moviment, mal definits en la legislació, haurien d'ésser valorats des d'una òptica integral amb coneixement de la patologia concomitant, així com els efectes secundaris eventuais de la medicació.

En resum, l'Estat Espanyol té un sistema peculiar per atorgar les llicències de conducció a través del Centres de Reconeixement de Conducció (CRC). Malgrat l'òbvia necessitat de modernització d'aquest sistema, els professionals hem d'intentar treure el màxim profit i rendiment del sistema actual.

D'altra banda, les malalties neurològiques conformen el segon grup de patologia que pot dificultar o fins i tot impedir una correcta circulació. Per aquesta raó, i com ja s'ha esmentat prèviament, la legislació cal que sigui actualitzada amb urgència, i hem d'ésser els professionals qui proposem noves idees i sistemes de col·laboració amb mútues.

Tots aquests temes- objecte d'estudi per part de la SEN i de les autoritats de Trànsit- seran exposats a la taula rodona que tindrà lloc dins el marc de la **Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia (Lleida, març 2007)**. Tots els esforços i tota la col·laboració que es puguin donar són pocs, doncs és un problema creixent de salut pública. La rellevància d'aquest problema ha impulsat l'OMS a declarar que l'any 2020 els accidents de trànsit seran la tercera causa de morbi-mortalitat.

Us esperem, doncs, a Lleida!

## NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

## RAPID-EYE-MOVEMENT SLEEP BEHAVIOUR DISORDER AS AN EARLY MARKER FOR A NEURODEGENERATIVE DISORDER: A DESCRIPTIVE STUDY.

Iranzo A, Molinuevo JL, Santamaria J, Serradell M, Martí MJ, Valldeoriola F, Tolosa E.

Servei de Neurologia. Hospital Clínic i Institut d'Investigació Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona

Revista: Lancet Neurology 2006;5:552-553.

**BACKGROUND:** Rapid-eye-movement (REM) sleep behaviour disorder (RBD) is a parasomnia characterised by dream-enacting behaviours related to unpleasant dreams and loss of muscle atonia during REM sleep. RBD may be idiopathic or associated with neurological disease. Available data suggest that in some cases RBD might be the initial manifestation of a neurodegenerative disease. We sought to determine the frequency and nature of neurological disorders developing in patients diagnosed with idiopathic RBD at our sleep centre. **METHODS:** We retrospectively assessed 44 consecutive patients (39 men and five women with a mean age of 74 years), with at least 2 years of clinical follow-up after a diagnosis of idiopathic RBD, through a detailed clinical history, complete neurological examination, rating scales of parkinsonism, and neuropsychological tests. **FINDINGS:** 20 (45%) patients developed a neurological disorder after a mean of 11.5 years from the reported onset of RBD and a mean follow-up of 5.1 years from the diagnosis of idiopathic RBD at our sleep centre. Emerging disorders were Parkinson's disease in nine patients, dementia with Lewy bodies in six, multiple system atrophy with predominant cerebellar syndrome in one, and mild cognitive impairment in four in whom visuospatial dysfunction was prominent. Patients with longer clinical follow-up developed a neurological disease (OR 1.512, 95% CI 1.105-2.069;  $p=0.010$ ). **INTERPRETATION:** Our study indicates that in people presenting to sleep centres, RBD often antedates the development of a neurodegenerative disorder. Close follow-up of patients with idiopathic RBD could enable early detection of neurodegenerative disease. This finding may be of great interest when early effective treatment strategies and neuroprotective drugs become available.

## COMENTARI DE L'AUTOR

El trastorn de conducta durant el son REM (TCSR) és una alteració del son que consisteix en comportaments anormals (parlar, cridar, donar cops de puny i puntades, caure del llit bruscament) associats a malsons (ésser atacat o perseguit per desconeguts o animals, caure d'un precipici) durant una fase del son REM anormal sense la seva atonia muscular característica. Hi ha una forma idiopàtica i una forma secundària del TCSR. La forma idiopàtica generalment apareix en homes d'edat avançada sense queixes cognitives ni motores i amb una exploració neurològica normal. La forma secundària s'associa especialment a malalties neurodegeneratives com la malaltia de Parkinson (15-60% dels casos), l'atrofia multisistèmica (90-100% dels casos) o la demència amb cossos de Lewy (70% dels casos). Se sap que en alguns casos el TCSR pot aparèixer uns anys abans de les manifestacions motores (parkinsonisme, síndrome cerebel·lós), cognitives i disautòniques de la malaltia de Parkinson (18-50% dels casos amb TCSR), atrofia multisistèmica (50% dels casos amb TCSR) o la demència amb cossos de Lewy (70% dels casos amb TCSR).

L'objectiu del treball era analitzar si els pacients que entre novembre de 1991 i març de 2003 s'havien diagnosticat d'un TCSR idiopàtic al Servei de Neurologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, havien desenvolupat durant un seguiment mig de 5 anys alguna malaltia neurològica, i en aquest cas, quin tipus de malaltia. Durant aquest període, 44 pacients (39 homes i 5 dones) van ser diagnosticats clínicament i polisomnogràficament del TCSR idiopàtic. L'edat estimada de l'inici del TCSR va ser 62 anys mentre que l'edat del diagnòstic d'aquesta alteració del son amb polisomnografia va ser als 69 anys. En el moment d'aquest estudi l'edat dels pacients era de 74 anys. Durant el seguiment clínic, 20 (45%) pacients van desenvolupar una malaltia neurològica; en 7 la malaltia de Parkinson sense demència, en 2 la malaltia de Parkinson amb demència associada, en 6 la demència amb cossos de Lewy, en 1 l'atrofia multisistèmica de predomini cerebel·lós, i en 4 un dèficit cognitiu lleu. En els quatre pacients amb dèficit cognitiu lleu, l'estudi neuropsicològic va demostrar un patró similar al de la demència de cossos de Lewy i diferent del de la malaltia d'Alzheimer; alteració predominant de les tasques visuoespacials i visuoespaciales; alteració de la memòria a curt terme amb recuperació al donar pistes, i normalitat del llenguatge i les pràxies. La duració del TCSR i la duració del seguiment clínic a l'hospital van ser les dues úniques variables que van diferenciar els malalts que havien desenvolupat una malaltia neurològica dels que no l'havien desenvolupat. A major duració del TCSR i seguiment clínic, més possibilitats de desenvolupar una malaltia neurològica.

El treball demostra que els pacients diagnosticats de TCSR idiopàtic tenen un risc elevat de desenvolupar una malaltia neurològica com el Parkinson, la demència amb cossos de Lewy i l'atrofia multisistèmica. El seguiment acurat d'aquests pacients diagnosticats de TCSR idiopàtic pot permetre la detecció de l'inici dels símptomes motors i cognitius d'aquestes malalties. Aquesta troballa pot ser d'interès quan els tractaments neuroprotectors siguin eficaços.

## L'ESPai DELS PACIENTS

## ASSOCIACIÓ CATALANA DE MALALTIES NEUROMUSCULARS DE CATALUNYA

L'Associació Catalana de Malalties Neuromusculars de Catalunya, és l'entitat que treballa per aconseguir una millor qualitat de vida de les persones i famílies afectades per aquestes malalties.

Per fer-ho té els següents eixos:

- L'Atenció individualitzada, on donem a les famílies i persones un espai de suport i d'informació; cercant les eines per enfrontar-nos a les dificultats, descobrint també les oportunitats personals.
- Atenció grupal. Els grups socio-terapèutics són una altra eina de suport, que posem a l'abast de totes les persones amb malalties neuromusculars. En aquest espai, l'ajut és de cadascun dels membres del grup. Per als participants serveix per a compartir, donar i rebre alternatives i possibilitats per a viure millor.
- Acció social, l'associació coneix molt bé les necessitats de les persones amb malalties neuromusculars. És per això, que des d'aquest coneixement pot i fa propostes als poders públics per tal de que implementin recursos i polítiques adreçades a apaivagar les necessitats de les persones amb aquestes malalties.
- Coordinació amb professionals. És important també la tasca d'apropament, col·laboració i coordinació amb els professionals que al llarg del cicle vital de les persones amb malalties neuromusculars han de tractar-les. Per això des d'Asem Catalunya els oferim assessorament, suport i informació, a la vegada que vetllem per que es millori l'atenció que reben.
- Organització de jornades mèdico-informatives, amb l'objectiu de donar a conèixer aquestes malalties als afectats, familiars, professionals i polítics. El proper dia 28 d'abril, celebrarem la III Jornada medico-informativa de Distrofia Miotònica de Steinert. En aquestes jornades comptem sempre amb la participació solidària i entusiasta de professionals, afectats i familiars i dels responsables polítics. Aquestes trobades ens serveixen per generar sinergies a favor de les persones i famílies amb malalties neuromusculars.

Totes aquestes actuacions persegueixen l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones amb malalties neuromusculars, tot potenciant les capacitats, les oportunitats i l'esperança.

**Ens trobareu a:**

Montsec, 20-22  
08030 Barcelona  
Tel. 93 274 49 83  
Correu-e: asemcatalunya@telefonica.net

Cuba, 2  
08030 Barcelona  
Tel. 93 346 90 59  
e-mail asem-catalunya @telefonica.net

**[www.asemcatalunya.com](http://www.asemcatalunya.com)**

## EL RACÓ DELS RESIDENTS

### CAS CLÍNIC

# RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR (PACIENT AMB OLIGOARTRITIS, POLINEUROPATIA I CLÍNICA ABDOMINAL)

Grup de residents del Servei de Neurologia  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

A partir de les dades clíniques i electrofisiològiques que es presenten, podríem arribar a definir la topografia lesional del pacient en 3 possibles nivells diferents, que de menys a més probabilitat serien: afecció radiculo-cordonal posterior, neuropatia axonal sensitiva incipient de fibra grossa i neuropatia sensitiva de fibra petita.

#### Síndrome cordonal o radiculo-cordonal posterior:

la presència d'una clínica polineuropàtica sensitiva distal de cames, així com l'alteració de la sensibilitat profunda que tradueix la hipopalestèsia referida en el text, i el manteniment d'uns reflexes osteo-tendinosos normals fan considerar aquesta possibilitat. L'estudi dels reflexes H hauria ajudat a descartar l'afectació més pròpiament radicular. En contra d'aquesta opció hi ha el predomini clar del dèficit tàctil i algèsic, i no es refereix pas una atàxia de la marxa, ni a l'inici ni durant l'evolució, que seria paradigmàtica d'aquest nivell lesional. En qualsevol cas és convenient descartar el dèficit de vitamina B12, tal com s'ha fet, i suggeriríem la determinació de nivells de vitamina E i realització també d'una serologia luètica i HIV.

#### Neuropatia axonal sensitiva:

- **de fibra grossa (incipient):** les amplituds del nervi sural dret, tot i ser dins de la normalitat, estan en el rang baix d'aquesta. Ens podríem preguntar quines amplituds tindria el mateix pacient un any abans o uns mesos després, i en aquest sentit voldríem emfatitzar el valor puntual, i sovint relatiu, de l'examen electrofisiològic. No es pot descartar, amb les úniques dades de què disposem, que el pacient en qüestió estigui fent una lenta i progressiva degeneració axonal de fibra grossa. En aquest escenari caldria demanar dues dades sovint definitives: la glucèmia (o bé un test de sobrecàrrega oral) i el consum habitual d'alcohol. Cal recordar que la diabetes i l'abús crònic d'alcohol són 2 causes fonamentals de neuropatia axonal. Assumint que el nostre pacient no pateix cap d'aquestes 2 patologies, ja que no se'n fa cap referència en el text, és imprescindible l'screening rutinari de funció tiroïdal, factors de maduració (vitamina B12 i folat), paraproteinèmia, serologies de virus hepàtics i crioglobulinèmia. L'antecedent d'una oligoartritis crònica, que requereix tractament amb AINEs i corticoides, i la presència d'una clínica d'ull sec també recomanen la determinació d'VSG i d'autoanticossos habituals (ANA, anti-DNA, anti-Ro, anti-La), ja que la possibilitat d'una neuropatia axonal d'etiologia disimmune existeix. De forma més o menys concreta, tots aquests paràmetres analítics estan correctament comunicats en

el text, manquen però les serologies d'hepatitis. D'altra banda no es podria excloure la presència d'una paraproteïna en sang si no es realitza un estudi immunoelectroforètic, però considerarem la normalitat del proteinograma com a indicador suficient en aquest sentit.

La determinació de l'ECA (Enzim Convertidor de l'Angiotensina) i una radiografia de tòrax ajudarien a excloure la mínima possibilitat d'una malaltia granulomatosa tipus sarcoidosi. Per últim, la neuropatia amb anticossos anti-sulfàtid és una entitat rara però clínicament superponible a la del cas, de manera que es podria plantejar la determinació d'aquests anticossos si la resta d'estudis fossin negatius.

- **de fibra petita:** és atenent-nos als resultats de l'estudi electrofisiològic i la clínica la opció diagnòstica principal, i més si tenim en compte l'evolució de la clínica, amb símptomes sempre confinats a regions distals i predominantment positius (disestèsies). Per a l'estudi etiològic valdria tot allò comentat en l'apartat anterior. L'evolució tòrpida de les disestèsies, condicionada per la mala resposta als tractaments habituals, és també una dada significativa, que es comentarà posteriorment.

En aquest punt de la discussió entra en joc l'altre aspecte fonamental d'aquest cas clínic: l'aparició de dolor abdominal, vòmits, diarrees i la pèrdua significativa de pes. Si pensem en les patologies fonamentals que poden reunir neuropatia perifèrica i afecció abdominal greu destacarem la neuropatia paraneoplàstica, algunes formes de porfíria, la malaltia inflamatòria intestinal, l'esprue celíac, l'amiloidosi sistèmica i la malaltia de Whipple, fonamentalment. Existeixen entitats molt infreqüents com el MNGIE i altres malalties mitocondrials, i les neuropaties sensitives pures hereditàries que no entrarem a analitzar perquè la presentació clínica del cas les exclou.

- Les **neuropaties paraneoplàstiques** acostumen a ser del tipus neuronopatia sensitiva, amb intensa afectació de la sensibilitat profunda i atàxia, o bé mononeuritis múltiple. La neoplàsia associada per excel·lència és la de pulmó (cèl·lules petites). Més rarament s'ha descrit quadres de polineuropatia associats a tumors de mama, ovari o ronyó. Per tant, en el cas que ens ocupa la clínica abdominal hauria d'explicar-se per una disfunció autonòmica, i no per un procés tumoral primàriament digestiu. Tot plegat fa força improbable aquest diagnòstic.
- Pel que fa a la **porfíria**, les formes que característicament cursen amb afectació abdominal i poden produir clínica neurològica són la PIA (Porfíria Inter-

## EL RACÓ DELS RESIDENTS

### CAS CLÍNIC

### RESPOSTA AL CAS CLÍNIC ANTERIOR (PACIENT AMB OLIGOARTRITIS, POLINEUROPATIA I CLÍNICA ABDOMINAL)

mitent Aguda), la coproporfiria hereditària i la porfíria variegada, però en aquest cas les crisis de dolor abdominal són paroxístiques, simulant quadres d'abdomen agut, i en el text s'explicita que els símptomes a aquest nivell són continus i perllongats. A més, la forma típica de neuropatia associada a la PIA és de tipus mixte, amb debilitat muscular que pot arribar a ser generalitzada i severa.

- S'ha descrit en la literatura que els malalts afectes de malaltia **inflamatori intestinal** (tant el Crohn com la colitis ulcerosa) tenen una incidència de neuropatia superior al de la població general. Aquest excés d'incidència no es deu simplement al tractament amb citostàtics o a la malabsorció, tal com es conclou en una àmplia revisió retrospectiva recent (Brain). L'absència de productes patològics en la femta, però, parla en contra d'aquesta possibilitat. D'altra banda, en la mencionada revisió, és excepcional la presentació de la clínica neurològica abans que la digestiva.
- L'**esprue celíac** és una patologia intestinal per intolerància immunològica al gluten que típicament es manifesta a la infància, però pot debutar inclús en la setèima dècada de la vida. L'afectació del nervi perifèric relacionada amb aquesta entitat pot ser molt variada, incloent un patró polineuropàtic sensitiu distal i simètric, però de nou l'afectació neurològica sol ser posterior a la clínica gastro-intestinal.
- Pel que fa a l'**amiloidosi**, seria ja un bon diagnòstic per a aquest cas. Malgrat es comunica la negativitat de la tinció Roig Congo en una biòpsia de mucosa digestiva, la sensibilitat d'aquesta és del 85-95% segons els estudis. En la nostra experiència, quan ens trobem davant d'una neuropatia dolorosa progressiva, rebel al tractament, i coexisteix una síndrome malabsorptiva, preferentment en pacients joves, el diagnòstic d'amiloidosi primària s'ha de descartar activament, arribant si cal a l'estudi genètic de la transtirretina.
- La **malaltia de Whipple** és una entitat infecciosa que acostuma a conjugar artràlgies, símptomes gastro-intestinals i afectació neurològica. Típicament es descriu la demència, l'oftalmoparèsia supranuclear i les mioclonies facials com a signes neurològics d'aquesta malaltia, tots ells d'origen central. No obstant, hi ha alguna tímida aportació a la literatura on es comunica l'existència de neuropatia perifèrica en algun d'aquests pacients. Òbviament, el patró clínic i electrofisiològic no està gens descrit. Donat que en el cas es menciona una història d'artràlgies que precedeix en anys a la clínica neurològica i digestiva, apostariem fermament per realitzar una endoscòpia digestiva amb presa de biòpsia de budell prim, buscant inclusió PAS+ en els macròfags.

En conclusió, pensem que el pacient del cas presenta una neuropatia sensitiva de fibra petita, en relació a una amiloidosi o bé a una malaltia de Whipple amb manifestacions neurològiques atípiques.

Especials agraïments al Dr. Ricardo Rojas, metge adjunt de la Unitat de Neuromúscul i co-tutor de residents, que ha supervisat la discussió i redacció del cas.

### CONCLUSIÓ CAS CLÍNIC

Grup de residents del Servei de Neurologia  
Hospital Parc Taulí, Sabadell

Durant aquest ingrés es realitza l'estudi de la clínica de malabsorció amb una colonoscòpia, que és normal, un trànsit intestinal on hi ha signes d'afectació neurovegetativa, i una dudodenoscòpia on destaca la presència d'un granulats confluent, que es biopsia, apareixent un infiltrat de macròfags amb inclusió de material PAS positiu.

Posteriorment es procedeix a la biòpsia del nervi sural, on es detecta reducció de fibres amielíniques amb preservació de les fibres de calibre mitjà i gruixut, en absència de canvis inflamatoris i vasculars.

Amb tots aquests resultats, s'orienta com a malaltia de Whipple amb afectació intestinal, articular i del sistema nerviós perifèric, en forma de polineuropatia de fibra fina (que ja era la primera sospita per les característiques clíniques i es confirma amb la biòpsia). Es realitza tractament antibiòtic segons protocol, inicialment amb ceftriaxona endovenosa durant 15 dies i posteriorment amb cotrimoxazol durant un any. Després de l'inici del tractament, destaca una franca milloria de la clínica abdominal (cedeixen les diarrees, el dolor abdominal i es recupera el pes), amb pràctica normalització de la VSG, però amb persistència de les artràlgies i, sobretot, persistència de les disestèsies, que motiven múltiples canvis de fàrmacs sense clars efectes positius (es van intentar fenitoïna, valproat, gabapentina, fluvoxamina, clorpromazina i baclofè). A la literatura hi ha pocs casos descrits de malaltia de Whipple amb polineuropatia associada. Els primers articles l'atribuïen als possibles múltiples dèficits de nutrients que podia comportar la malabsorció. Tot i que en cap cas s'han trobat macròfags amb inclusió PAS positives en les biòpsies de nervis perifèrics, sí que s'han descrit casos que inicien la clínica de polineuropatia anys abans dels problemes digestius, similar al nostre pacient, amb poca probabilitat de ser secundària a factors nutricionals.

**EL RACÓ DELS RESIDENTS****NOU CAS CLÍNIC****BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DE DETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.**

Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

**El quadre s'inicia amb un episodi sobtat de desorientació espacial, mentre estava conduint no podia trobar el camí per a anar a casa. Els dies següents presenta trastorn de memòria ràpidament progressiu, disminució de la fluència verbal i marxa lenta, de petites passes i amb tendència a la propulsió. 2 setmanes abans de l'ingrés necessitava ajuda per a les activitats de la vida diària i presentava doble incontinència; somnolència diürna, despertar nocturn precoç i tendència al mutisme. No hi ha trastorn de conducta, al·lucinacions visuals ni auditives, moviments anormals ni febre.**

**Antecedents d'hipercolesterolèmia, hernia gàstrica. Síncope vagal als 76 anys. Exfumador des de fa 30 anys. Tractament habitual amb atorvastatina 10 mg/dia i piracetam 800 mg/12 h.**

**Exploració neurològica:** Conscient, tendència a la somnolència. Col·laboració deficient. Desorientació en temps i espai. Obeeix ordres senzilles i respon preguntes simples. Reflexos glabellar i de succió intensament positius. No hi ha focalitat motora ni sensitiva, els parells cranials són normals, els reflexos miotàtics simètrics i els plantars flexors. No hi ha rigidesa de clatell ni signes meníngis.

**Exploració per sistemes:** Tª axil·lar 36.1° C, TA 153/93, 80 ppm rítmic. Discreta sequedat de pell i mucoses. Coloració normal. Cor rítmic sense bufes. Murmur vesicular conservat sense alteracions. Abdomen tou i depressible, discretament dolorós a l'hipocondri D. Hepatomegàlia tova de 3 cm. Polsos perifèrics conservats. No edemes. Lesions de rascat generalitzades.

**Exploracions complementàries:**

- Anàlisis de sang: hemograma, bioquímica i coagulació normals. VSG 18 mm/h. Proteïnes totals 5,4 g/dl. Albúmina 2,8 g/dl, alfa2-globulina 12,7%, resta normal. Prot C reactiva 19.

Hormones tiroïdals, vit B12, ac fòlic, ferritina, marcadors tumorals (PSA, CEA, CA19.9, alfa-1-fetoproteïna), marcadors d'hepatitis B i C, ANA, RPR, anti-VIH, serologia a brucel·la, borrelia burgdorferi normals. Citomegalovirus IgM negatiu, IgG 142.4 UA/ml (N < 15). Epstein-Barr IgM negatiu, IgG 1:512 (N < 1:64).

Estudi bàsic d'orina normal.

- Rx de Tòrax: Elongació aòrtica. No lesions parenquimatoses ni òssies. No cardiomegàlia.

- TC cranial: hipodensitat de substància blanca periventricular i centres semiovals. Augment de densitat de les parets de ventricles laterals de forma irregular amb captació de contrast de forma irregular i formació de nòduls de predomini a les banyes anteriors.

- RM cranial: sistema ventricular de contorns irregulars amb bandes gruixudes de realç periventricular compatibles amb inflamació ependimària i subependimària difusa. Alteracions difuses de senyal de substància blanca supratentorial de patró heterogeni confluent i preservació del còrtex, en relació a canvis edematosos. No hi ha captació de contrast. No realç leptomeningi o dural ni hidrocefàlia. Conclusió: ependimitis infecciosa i encefalitis associada.
- EEG: activitat de fons globalment alentida, a un ritme theta de 4-5 c/s. Ondes delta frontals agudes bilaterals i simètriques.
- LCR: aspecte grogós i tèrbol. Leucòctis 57/mm<sup>3</sup> (100% mononuclears), hematies 15/mm<sup>3</sup>, glucosa 50 mg/dl (glucèmia 83), proteïnes 699 mg/dl. Exoantígens i RPR negatiu. ADA 32.3. LDH 469. Índex Ig 0.73, taxa de síntesi IgG 235 mg/dia.
- LCR (7 dies després): grogós, proteïnes 585 mg/dl, glucosa 45 mg/dl (glucèmia 97), 32 leucòctis (100% mononuclears). Antigen criptococ positiu.
- Estudi citològic LCR: lleu pleocitosi de predomini linfocitari sense evidència de malignitat.
- Ecografia abdominal: normal

**Evolució clínica:** dos dies després de l'ingrés, el pacient presentava mutisme, només emissió de sorolls guturals en resposta a estímuls, tendència a tenir els ulls tancats, rigidesa i oposicionisme a les 4 extremitats. El 6è dia d'ingrés inicia febre de 37,4° C que es va mantenir els dies següents arribant fins a 39° C en alguna ocasió. L'hemograma presentava una leucocitosi de 20 x 10<sup>9</sup> leucòctis amb desviació a l'esquerra. Hemocultius seriat van ser negatius i no hi havia evidència d'infecció respiratòria ni urinària. El pacient va rebre tractament antituberculostàtic sense milloria al que es va associar tractament antifúngic sense milloria. Una punció lumbar 7 dies després de la primera no va mostrar diferències. L'antígen a criptococ va ésser positiu i es va iniciar tractament amb anfotericina B. El pacient va ser exitus 19 dies després de l'ingrés.



## EL RACÓ DELS RESIDENTS

CAS CLÍNIC

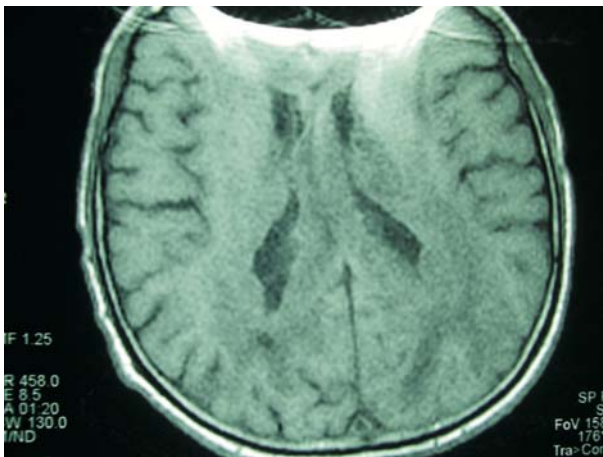
**BARÓ DE 83 ANYS QUE INGRESSA PER A ESTUDI DE DETERIORAMENT COGNITIU D'UN MES D'EVOLUCIÓ.**



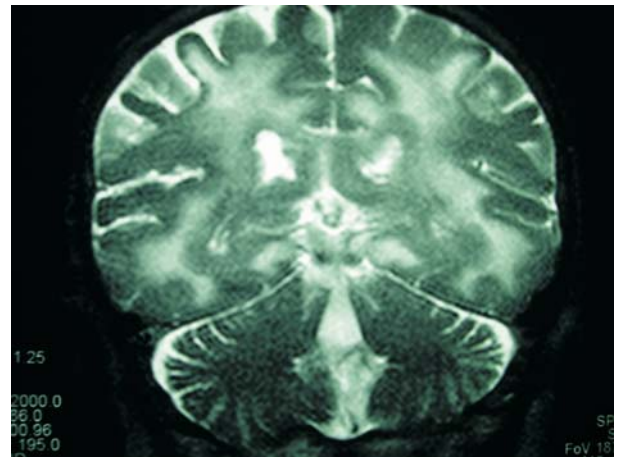
TC-CRANIAL SIMPLE



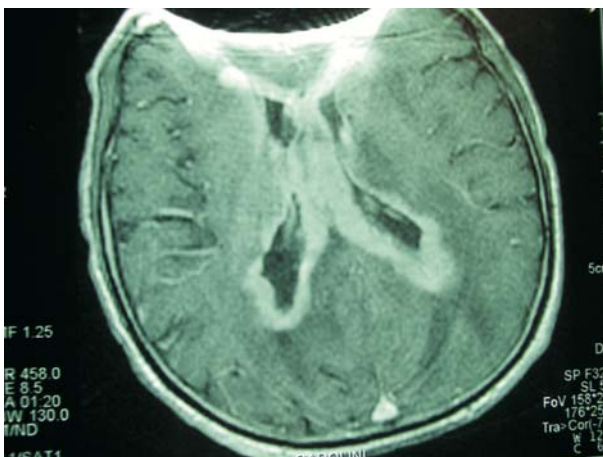
TC-CRANIAL + CONTRAST



RM-T1



RM-T2 CORONAL



RM + GADOLINI

## EL MIRADOR



Delta del Paraná (Argentina)

Foto: Josep Borrull Preixens

## ENTREVISTA

## DR. NOLASC ACARÍN

**El Dr. Nolasc Acarín Tusell, va néixer a Barcelona. Va estudiar medicina a la Universitat de Barcelona. Es va formar com neuròleg a l'Hospital Clínic de Barcelona i a l'Hospital La Salpêtrière de París. És Metge Adjunt del Servei de Neurologia de la Vall d'Hebron des de 1969, des de 1972 n'és cap de secció. És vocal de la Comisión Nacional de Neurologia. Ha estat secretari i president de la SOCIEDAT CATALANA DE NEUROLOGIA, i ha fet una extensa activitat docent, ha estat professor no numerari de la Universitat Autònoma de Barcelona i és professor de la Universitat Pompeu Fabra. Ha estat fundador de la REVISTA DE NEUROLOGIA, a més d'impulsor, coordinador, etc. d'iniciatives diverses en l'àmbit de la medicina i la neurologia tant des de el vessant científic, com d'organització de gestió...**

**Quin aspecte de la medicina et va motivar a fer neurologia?**

L'arribada a la neurologia va ser fortuïta. Havia començat a la Facultat de Medicina l'any 1959, i el 1962 vaig tenir una trobada casual amb el Dr. Joan Solé Llenas, gran expert en neuroradiologia, que feia les arteriografies a la Clínica mèdica del Dr. Agustí Pedro Pons, a l'Hospital Clínic de Barcelona. El Dr. Solé em va proposar d'ajudar-lo, ja que qui l'ajudava regularment estava malalt. Vaig anar-hi i aviat em va interessar la feina. Eren temps diferents als d'ara, tot es feia a mà i amb gran perícia. Es lligaven les plaques amb una gasa i tan bon punt s'injectava el contrast a la caròtida es començava a estirar la gasa traient-ne una placa rere l'altra, amb estrebades seques cada pocs segons, de manera a aconseguir una radiografia del pas del contrast per les artèries, pels capil·lars i per les venes. Tot era molt ràpid i requeria una gran precisió. Un temps més tard em va interessar conèixer el que els succeïa a aquells pacients a qui exploràvem la circulació cerebral, quin interès i resultats tenia el que els fèiem. Després de parlar-ne amb el Dr. Pedro Pons, em varen presentar el Dr. Ramon Sales Vázquez, qui dirigia la consulta de neurologia, dispensari en dèiem, i els seus dos ajudants, els Drs. Agustí Codina i Adolf Pou. Amb tots dos he mantingut una llarga relació, especialment amb el Dr. Codina, amb qui vaig continuar després a l'Hospital de Vall d'Hebrón.

**Quins records tens de la teva formació com a neuròleg? I del pas per La Sapetriere?**

A l'acabar la llicenciatura, el Dr. Pedro Pons em va proposar per una beca del govern francès per anar a fer l'especialitat a París, a l'Hospital de la Salpêtrière. Varen ser uns anys fantàstics. Aquell hospital havia estat un dels bressols de la neurologia europea: els

edificis, el personal d'infermeria, la bibliotecària parkinsoniana i alguns metges, semblaven estar encara dins una pàgina de la història, com si Pierre Marie, Babinski, o André Thomas, acabessin de sortir per la porta. El patró, Mr. Raymond Garcin era molt acollidor, a més de ser un clínic de rellevància mundial i em va ser fàcil establir-hi bones relacions, en especial amb Mr. Pierre Rondot, qui m'ha honorat amb l'amistat que em professa des d'aleshores. Recordo que Rondot em va ajudar a organitzar una conferència sobre demències, als anys vuitanta a València, en la que va intervenir Stanley Prusiner; i més tard, el 1994, va tenir lloc el Congrés europeu de neurologia a Barcelona, que em va tocar organitzar i en el qual vàrem aconseguir reunir dos mil cinc-cents neuròlegs europeus per primera vegada a la història.

Als anys seixanta la pràctica professional es basava fonamentalment en la semiologia clínica, no hi havia res de les actuals tècniques d'informació per la imatge. La base era recollir amb detall l'anamnesi, després es comentava l'orientació de l'exploració, que era minuciosa i comprenia tots els sistemes. S'havia de tenir la certesa de no oblidar res, no fos cas que algun detall es passés per alt. L'examen del fons d'ull me'l va ensenyar a fer un metge vietnamita a qui el patró respectava molt. Un dia a la setmana hi havia una presentació general dels malalts, en una sala, amb gran escenificació. A l'escenari s'hi col·locava un llit normal on es refeia l'exploració del malalt i davant, una butaca, on s'asseia el patró. Tothom representava un paper, i quan el patró deia alguna frase especialment important, quan feia una consideració general a partir del cas concret del malalt sobre el què es discutia, aleshores una secretaria anotava les paraules exactes del patró a fi que en quedés constància pel futur. De manera que per suggeriment, de forma complementària, del Dr. Joan Solé, assistia a les sessions de la Dra. Therese Planiol, que feia gammagrafies cerebrals, i també a les sessions de radiologia del Dr. Fishgold, qui tenia una capacitat extraordinària per endevinar lesions cerebrals a partir d'una simple radiografia de crani.

**Els avenços en neuroimatge i en exploracions funcionals dels darrers 30 anys, han canviat la neurologia. Què hauria de quedar o què queda de la neurologia clàssica en els neuròlegs d'avui?**

En els poc més de quaranta anys que porto fent de metge neuròleg han canviat moltes coses, no solament la neuroimatge. A mitjan anys seixanta la clínica neurològica es basava en la semiologia i rebia un petit ajut del EEG, el EMG incipient, la radiologia (simple, arteriografia, neumoencefalografia, mielografia), i dels exàmens biològics de l'època en sang i LCR, sense estudis immunològics ni indicadors tumorals. L'ecografia

## ENTREVISTA

## DR. NOLASC ACARÍN

cerebral va ser un petit fracàs. Tan important era la semiologia i les maniobres exploratòries, que alguns metges han confós el fet de fer de neuròleg amb el turisme semiològic, per a ells el malalt no era altra cosa que un espai on detectar signes. També és cert que no hi havia gaires tractaments d'eficàcia, cosa que portava a alguns a declarar que l'activitat neurològica servia per afinar un diagnòstic poc útil, ja que no tenia possibilitats terapèutiques.

Avui, en canvi, rebem malalts en primera consulta que a l'entrar al despatx et posen una RM damunt la taula. Però no és menys cert que l'esplendor de la neuroimatge tampoc no invalida la semiologia a l'hora de valorar el pronòstic d'un malalt. La neuroimatge facilita el diagnòstic, però no tant el pronòstic en l'evolució d'un malalt concret quan cal tenir en compte molts altres factors en relació a la salut del pacient, a més de la imatge lesional. Els malalts i les famílies aprecien tenir un diagnòstic, però encara estan més interessats en el pronòstic que té el malalt. Els residents haurien d'aprendre millor a valorar la situació del pacient, ja que només amb el diagnòstic i els protocols terapèutics, l'assistència queda coixa i el malalt, insatisfet, no rep resposta a les preguntes i a les pors que l'envaeixen.

**Has participat en la comissió nacional de l'especialitat... Davant el gran creixement dels coneixements i tècniques en neurologia, quin creus que ha de ser el futur de la neurologia: una especialitat dins el marc d'uns serveis de neurociències o una especialitat de la mà de la medicina interna? S'han d'ampliar els anys de residència o crear subespecialitats?**

Vaig participar a la Comisión Nacional de Neurologia a principis dels anys vuitanta. Vam apuntar algunes coses útils i d'altres es van quedar sobre la taula. Establírem l'esquema de treball pel programa MIR que ha funcionat tots aquests anys, els requisits de docència pels serveis de neurologia, un cens dels serveis de neurologia i la necessitat de crear altres serveis a tots els hospitals. Ho vaig deixar quan qui era aleshores ministre, Ernest Lluch, em va oferir participar en el primer esborrany de la Llei general de sanitat.

La discussió sobre la formació dels MIR a partir de la medicina interna o de les neurociències pot ser una disjuntiva falsa. No es pot entendre la formació mèdica sense una base completa que inclogui tots els aparells i sistemes del cos humà, però d'altra banda l'amplitud dels nous coneixements fa pensar que la formació hauria de preveure contemplar un ventall ample de coneixements i tècniques que agrupem sota el nom de neurociències. Això pot significar que la formació hauria de ser més llarga. En tot cas, allò primordial és entendre que els neuròlegs per definició som metges,

professionals que encarem i pretenem cuidar i tractar persones malaltes, i per tant hem de saber donar resposta a les demandes múltiples dels malalts, tant tècniques com de comprensió del fenomen de la malaltia, del dolor i de les conseqüències de l'alteració de la salut en les vivències d'un pacient concret.

Dit això, també es pot pensar que en el futur, quan algú es trobi malalt pot arribar que d'antuvi se li faci un examen biològic, amb test genètic inclòs i una exploració d'imatge que vagi de cap a peus, a partir de la qual serà dirigit a l'expert per tancar el diagnòstic i orientar el tractament. Quan això arribi, la reflexió sobre la formació del neuròleg serà molt diferent a la d'avui.

**La teva activitat ha anat des de les ciències bàsiques: la teva tesi, la clínica diària, la gestió i la planificació sanitària i temes com l'envelliment, les demències, la mort, la cultura, ...la docència i la divulgació... què t'ha mogut i motivat a cadascun d'aquests aspectes de la neurologia?**

Fa més de 40 anys que faig de metge neuròleg i en tant de temps he tingut ocasió de fer moltes coses. Quan ningú no en parlava em vaig interessar per la epidemiologia, després per la salut pública i la planificació sanitària. Eren activitats i inquietuds lligades en part a la situació econòmicossocial del país en aquells anys. Virchow deia que la política sanitària és fer de metge a gran escala. D'altra banda, la mateixa activitat de neuròleg m'ha portat a seguir molts camins d'interès. Quan tractes demències, o quan assisteixes malalts en coma per una aturada cardíaca, és fàcil preguntar-te per la consciència i les seves bases estructurals. Al tractar malalts incurables que deriven cap a la mort, el metge ha de reflexionar-hi, tant sobre la vivència del dolor, com sobre el fi de l'existència. Tot el cicle vital té gran interès biològic. El malalt necessita que algú l'acompanyi en els moments difícils en què tot s'acaba i la mort és la única expectativa real i ha d'acceptar que també és una alternativa quan la vida no pot continuar. Pel que fa a la divulgació, articles a la premsa (ho faig de fa més de 30 anys), o debats públics sobre qüestions mèdiques i neurològiques, penso que la discussió científica s'ha de dur al carrer, a l'opinió general, ja que el que es qüestiona és la salut, la vida, la qualitat de l'existència (i també de la mort), i tot això són valors generals de la humanitat. El debat públic enriqueix la ciència, tant ara com al segle divuit.

**Com veus l'assistència neurològica en el marc de la sanitat pública? Quins reptes té? Com a fundador de la REVISTA de NEUROLOGIA, president i vicepresident de la SOCIETAT CATALANA de NEUROLOGIA... què creus que encara li queda pendent**

## ENTREVISTA

## DR. NOLASC ACARÍN

**a la neurologia catalana?**

La situació de l'assistència pública és una qüestió d'economia política. A Espanya tenim una esperança de vida de les més llargues del planeta, i la mortalitat infantil és baixíssima. En canvi, hi ha greus problemes de salut que necessiten mesures que van molt més enllà de l'assistència sanitària, com són la sinistralitat laboral o els accidents de trànsit. Val a dir que el sistema sanitari i les seves prestacions són de les millors entre el nostre entorn geogràfic, que tenen per capacitat econòmica similar. La gratuïtat assistencial porta fins i tot a alguns disbarats com que s'implantin pròtesis de maluc o de genoll a persones amb una demència avançada. Hi ha importants problemes a resoldre de confort i privacitat als hospitals, però en molts centres privats tampoc no ho tenen resolt. També s'hauria d'invertir molt més en la millora de l'atenció primària i de l'assistència domiciliaria. Els que governen han de decidir les prioritats d'inversió i és difícil convèncer d'augmentar els pressupostos quan els indicadors són acceptables. Altra cosa és el tracte als professionals, no solament econòmic, sinó de consideració, promoció, de temps assistencial, de formació continuada, que el sistema hauria de preveure amb més agilitat i menys esperit funcionarial.

Se'm fa difícil opinar sobre els reptes de l'assistència neurològica en el sistema públic. Seria interessant conèixer quina és la massa dinerària total que consumeix l'assistència neurològica. Potser la introducció de més racionalitat en la dispensació de fàrmacs i una millor valoració de les indicacions exploratòries i terapèutiques en funció del pronòstic d'un malalt permetria reorientar la despesa cap a objectius més útils per a la salut de la població.

**Arrel de les demències, s'ha incrementat l'interès per l'estudi del comportament... continuaran essent especialitats diferents la neurologia i la psiquiatria? Què ha mogut molts neuròlegs a "explicar" conductes, comportaments, sentiments, consciència, cultura...?**

La ciència, com la natura, és indivisible. Són les administracions les que han de separar la geologia de la biologia, i la biologia de les aplicacions del coneixement a la natura humana (per posar un exemple), a fi d'ordenar l'ensenyament i el finançament de la recerca. Les persones no podem abastar-ho tot, com feien els grecs del segle cinquè abans de la nostra era. Avui el coneixement és ample, molt complex, i requereix aprenentatges tècnics diversos. Però pel que fa a la neurologia i la psiquiatria es pot pensar que tornaran a confluir, en la mesura que es coneguin millor els mecanismes moleculars del comportament i de les malalties.

Des de Pierre Broca, han estat molts els científics que han abastat al mateix temps el coneixement del sistema nerviós en la vessant més mecànica i alhora en la vessant de la conducta. La conducta és fruit de determinades estructures cerebrals, com també en són fruit el moviment o la parla. Si en aquesta base neuronal hi afegim el coneixement que deriva del contacte amb les persones i amb el dolor, és fàcil comprendre que molts professionals aprenem a entendre la naturalesa humana en globalitat, a copsar el sistema nerviós com un tot, com titula l'amic Lluís Barraquer un dels seus llibres.

**Què t'ha motivat per a la docència de la neurologia, i què t'ha aportat?**

La docència és un gran estimulant per a l'estudi i la recerca, has de comprendre molt bé el que cal explicar a fi que els altres ho entenguin. A més és molt atractiu el contacte amb persones més joves que pregunten i discuteixen el que els expliques. Sempre n'he gaudit. Això va ser així als anys a la UAB i després a la Universitat Pompeu Fabra, on tinc estudiants d'horitzons molt diversos.

**Com és que et decidires a escriure un llibre com EL CEREBRO DEL REY? Per què vas triar aquests temes?**

El llibre *El cerebro del rey*, sobre l'evolució de la vida i el cervell, la sexualitat, la conducta, la consciència, l'envelliment i la mort, ha significat el tancament d'un cicle que va començar amb interès per les funcions cognitives i es va completar amb les classes a la Universitat Pompeu Fabra. He publicat diversos llibres, però aquest té una transcendència especial per a mi, hi expresso el que penso sobre els fenòmens de la vida. El llibre inclou els aspectes de la vida bàsics i més generals que preocupen les persones, d'aquí el gran èxit editorial que té.

**A banda de la neurologia i les humanitats, et queda temps per a altres afeccions?**

Sóc una persona curiosa i sempre em falta temps per conèixer coses. La nostra generació ha estat devota dels llibres, i això no es modifica. Val a dir que a la consulta mèdica hi esmerço moltes hores atenent malalts. L'ofici de metge ens omple força, però també és molt exigent. De tota manera, tinc temps per fer muntanya, anar a nedar amb els nêts, badar mirant el bosc o els núvols, sentir el sol damunt el cos o preparar un bon sopar per conversar amb els amics.

Barcelona, 19 de febrer de 2007.

XI REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA  
XXI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA

PROGRAMA HORARI

Dijous, 15 de març	
15.00h-20.00h	Acreditació i lliurament de documentació
16.00h-18.00h	Taller 1
SALA VIDEOCONFERÈNCIES	Polisomnografia-Trastorns del son Coordinador: Joan Santamaria  Montserrat Pujol
16.00h-18.00h	Taller 2 (Nivell bàsic)
AULA -1.02	Neurosonologia Jordi Sanahuja Víctor Obach
18.00h-18.30h	Pausa i cafè / Visita pòsters
18.30h-19.15h	Conferència
AUDITORI	Malalties vasculars cerebrals. Avenços clínics recents Josep Lluís Martí Vilalta
19.15h-20.15h	Conferència
AUDITORI	Síndrome de les cames inquietes Coordinador: Jaume Kulisevsky

XI REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA  
XXI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA

PROGRAMA HORARI

Divendres, 16 de març	
09.00h-11.00h	Curs d'actualització en neurologia I
SALA VIDEOCONFERÈNCIES	<p><b>Malaltia de Parkinson</b> Coordinador: Alexandre Gironell</p> <p><b>Darrers avenços en el tractament farmacològic de la malaltia de Parkinson</b> Miquel Aguilar</p> <p><b>Paper de la sonografia de la substància nigra en la malaltia de Parkinson i parkinsonismes</b> Jorge Hernández-Vara</p> <p><b>Duodopa: una nova alternativa terapèutica en la malaltia de Parkinson avançada</b> Victor Puente</p>
09.00h-11.00h	Curs d'actualització en neurologia II
AUDITORI	<p><b>Curs de formació en semiologia en epilèpsia</b> Coordinadora: Mercè Falip</p> <p><b>Repàs anatomia cortical i conceptes d'epileptogènesi</b> Mercè Falip</p> <p><b>Semiologia motora. Crisis motores</b> Manuel Toledo</p> <p><b>Semiologia sensitiva i sensorial. Aures i crisis sensitives</b> Alex Quílez</p> <p><b>Semiologia de les crisis que cursen amb alteració consciència. Crisis parcials complexes</b> Iratxe Maestro</p> <p><b>El coneixement dels circuits neuronals a través de l'estudi de la propagació de les crisis comicials</b> Antonio Donaire</p>
11.00h-11.30h	Pausa i cafè / Visita pòsters
11.30h-12.30h	Conferència Magistral
AUDITORI	<p><b>Tota una vida dedicada a la Malaltia de Parkinson</b> Josep M<sup>a</sup> Grau Veciana</p>

XI REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA  
XXI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA

PROGRAMA HORARI

12.30h-13.30h	<b>Taula Rodona I</b>
AUDITORI	<p><b>Neurologia i trànsit</b>                  Coordinador: Jaume Burcet</p> <p><b>Valoració del risc i patologies neurològiques</b>                  Jaume Burcet</p> <p><b>Deteriorament Cognitiu lleu i conducció: nous reptes</b>                  Dolors Badenes</p> <p><b>Patologia del son i trànsit</b>                  Montserrat Pujol</p> <p><b>Influència dels hipnòtics en la conducció de vehicles</b>                  Maite Utges</p>
12.30h-13.30h	<b>Conferència</b>
SALA VIDEOCONFERÈNCIES	<p><b>Tractaments emergents en l'Esclerosi Múltiple</b>                  Lluís Brieva</p>
13.30h-15.00h	<p>Recepció de benvinguda  <b>Seu Vella de Lleida</b>  <i>La Organització ha previst un servei d'autocar per als inscrits interessats a assistir a la recepció de benvinguda.</i></p>
16.00h-18.00h	<b>Curs d'actualització en neurologia III</b>
AUDITORI	<p><b>Malaltia vascular cerebral</b>                  Coordinador: Joaquín Serena</p> <p><b>Prevenició secundària en l'ictus isquèmic: estatines i IECAS. Quan, com, quin</b>                  José Vivancos</p> <p><b>AIT: implicacions diagnòstiques, pronòstiques i maneig a Urgències</b>                  Francesc Purroy</p> <p><b>Hemorràgia cerebral: tractament mèdic i quirúrgic en el seu maneig a la fase aguda</b>                  Yolanda Silva</p>
16.00h-18.00h	<b>Curs d'actualització en neurologia IV</b>
AULA 0.16	<p><b>Cefalees</b>                  Coordinador: Carles Roig</p> <p>Què ens aporten els Estudis de Neuroimatge funcional en les cefalees                  Mariano Huerta</p> <p>Cefalees trigeminautònòmiques. Variants infreqüents                  Jordi Sanahuja</p> <p>Estimulació cerebral profunda per el tractament de cefalees refractàries                  Carles Roig</p>
18.00h-18.30h	<b>Pausa i cafè / Visita pòsters</b>



**XI REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA  
XXI CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA**

**PROGRAMA HORARI**

18.30-19.30h	<b>Conferència</b>
AUDITORI	<b>Aportació de la neuroimatge al diagnòstic de Demència de Cossos de Lewy</b> Andrés Burguera
18.30-19.30h	<b>Simposi</b>
AULA 0.16	<b>Zonisamida: una nova opció terapèutica</b> Mercè Falip
19.30h-20.30h	<b>Lectura de la XV Beca SCN-Uriach (any 2005)</b> Catapultatge làser cerebral (Dr. José Álvarez-Sabin. Servei de Neurologia, Hospital Vall d'Hebron)
AUDITORI	<b>Assemblea ordinària SCN/ Eleccions (renovació parcial de la junta)</b> <b>Lliurament de premis a les millors comunicacions-pòsters</b>
21.30h	<b>Sopar de la reunió</b>  Finca Prats (Ctra. d'Osca, Km 7,5 - Lleida) <b>Actuació del grup "Canova's band"</b> <i>La Organització ha previst un servei d'autocar per als inscrits interessats a assistir al sopar.</i>
<b>Dissabte, 17 de març</b>	
09.00h-11.00h	<b>Taller 3</b>
AULA 0.17	<b>EEG- Electroencefalografia</b> Coordinador: Joan Santamaria
09.00h-11.00h	<b>Taller 4 (Nivell mitjà )</b>
AULA 0.18	<b>Neurosonologia</b> Marta Rubiera Pere Cardona
11.00h-11.30h	<b>Pausa i cafè</b>
11.30h-13.30h	<b>Taula rodona II</b>
AUDITORI	<b>La formació de l'especialista en neurologia: controvèrsies</b> Coordinador: Francisco Rubio  <b>El Pla de formació de residents a Catalunya</b> Sergio Martínez Yélamos  <b>Visió de la Sociedad Española de Neurología</b> Jordi Matias -Guiu  <b>Debat a càrrec de Caps de Servei i tutors docents de Neurologia de Catalunya</b>
13.30h-13.45h	<b>Reconeixement als que finalitzen la seva residència al 2007</b>
AUDITORI	
13.45h-14.30h	<b>Aperitiu de cloenda</b>

## NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

### MEMBRE D'HONOR

La Junta de la Societat Catalana de Neurologia, va proposar, en la reunió celebrada el passat 23 de gener de 2007, com a nou membre d'honor, al Dr. Jaume Peres i Serra per la seva trajectòria professional en el camp de la recerca en neurologia.

La nominació es farà efectiva durant el sopar de la XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia, que es celebrarà a Lleida el proper 16 de març, a les 21.30h.

### CONVOCATÒRIA ELECCIONS

Benvolgut soci,  
Benvolguda sòcia,

Complint amb el compromís pel qual va ser elegida la Junta, convoquem renovació parcial de càrrecs de la Junta Directiva per l'any 2007. La renovació és per a Tresorer i un vocal (són baixa Jordi Gascón i Joan J. Bages respectivament)

S'obre el procés de presentació de candidatures amb **data límit de presentació 5 de març de 2007**. És requisit indispensable per a presentar candidatures i votar, estar al corrent de pagament de les quotes de soci. Les candidatures es poden enviar per correu o e-mail a la secretaria administrativa de la SCN (scn@suportserveis.com), Calvet 30, entr. 2ª - 08021 Barcelona).

La Junta Directiva recomana que a la presentació de candidatures consti el nom, l'adreça particular, e-mail, el lloc de treball i el càrrec al qual es presenta. La votació es realitzarà personalment en secret mostrant el DNI, en l'Assemblea General Ordinària que es convoca per l'acte electoral.

Així doncs es convoca a tots els socis/es el divendres 16 de març de 2007 a la **Assemblea General Ordinària, que se celebrarà a les 20.00 hores** a la sala d'actes de la Universitat de Lleida (edifici biblioteca) amb el següent ordre del dia:

- Informe del President
- Informe de Secretaria
- Informe de Tresoreria
- Lliurament de premis
- Acte electoral
- Precs i preguntes

Volem transmetre el desig de la Junta, convidant-te a participar a la Societat i animar als qui vulguin presentar candidatura per formar part de la Junta, de fer-ho el més aviat possible.

Cordialment,

Francisco Rubio  
President

Antoni Turón  
Secretari

### INFORME DE SECRETARIA

Actualment la Societat compta amb 274 socis. Durant el 2006 i aquests mesos de 2007 s'han produït un total de 19 baixes i 11 altes.

A continuació us relacionem els moviments:

#### Baixes:

12/01/2006	MANERA OLEO, JOAN MIQUEL
04/02/2006	BARRANCO PEÑA, FERRAN
04/04/2006	CERVERA RADIGALES, CARLES
04/04/2006	ESQUIROL MALLOL, ANTONI
04/04/2006	MONTSERRAT OBIOLS, LLUIS
19/04/2006	MARQUEZ SANCHEZ, JULIAN
03/06/2006	PERALTA RODRIGUEZ, JULIA
03/06/2006	ROBLES DEL OLMO, BERNABE
03/06/2006	TORRENT BADIA, ORIOL
03/10/2006	HERNANDEZ FERRANDIZ, MARTA
03/10/2006	ROY MENAL, JAUME
03/10/2006	LAMOTE-GRIGNON NICOLAU, CRISTOFOL
04/10/2006	MORANTE MUÑOZ, VERONICA
20/10/2006	RIERA RIEZU, MARIA CRISTINA
12/12/2006	PERICOT NIERGA, IMMA
12/12/2006	BARBOSA BOY, JORDI
12/12/2006	GENIS BATLLE, DAVID
06/02/2007	REÑE RAMIREZ, RAMON
06/02/2007	SAMSO DIEZ, JOSEP MARIA

#### Altes:

03/06/2006	VALENCIA CALDERON, CARLOS
03/06/2006	CANOVAS VERGE, DAVID
03/06/2006	AGUIRREGOMOZCORTA GIL, MARIA
12/12/2006	CATENA RUIZ, ESTHER
16/01/2007	RAMIO TORRENTA, LLUIS
19/01/2007	TURBAU RECIO, JOSEFA
06/02/2007	SERENA LEAL, JOAQUÍN
06/02/2007	SILVA BLAS, YOLANDA
06/02/2007	CASTELLANOS RODRIGO, MARÍA DEL MAR
22/02/2007	CLIMENT PERIN, ALEJANDRA
22/02/2007	LEON JORBA, ALBA

## NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

## INFORME DE TRESORERIA

INGRESSOS		
Indústria farmacèutica reunió SCN 2006	56.842,24	
Inscripcions Vandellòs no socis	2.801,76	
Amics de la neurologia	86,21	
J. Uriach - Beca	6.000,00	
Quotes socis	3.138,27	
Ingressos financers	1.570,40	
<b>Total Ingressos</b>	<b>70.438,88</b>	
DESPESES		
Despeses Reunió SCN 2006	65.679,00	
Secretaria Administrativa Suport Serveis (SCN+FCMPF)	7.081,90	
Despeses varies (franqueig, missatgeries, etc.)	3.241,70	
Assessoraments Gestoria	3.501,97	
Despeses reunió junta	639,65	
Devolucions quotes	139,18	
Hisenda	208,33	
Serveis bancaris	22,60	
Beca uriach part	1.576,44	
<b>Total Despeses</b>	<b>82.090,77</b>	
<b>Diferencia Ingressos-Despeses</b>	<b>-11.651,89</b>	<b>A</b>
<b>Saldo Any 2005</b>	<b>13.072,13</b>	<b>B</b>
Saldo CC a 31 de desembre de 2006	8.270,30	
Saldo IBEX a 31 de desembre de 2006	30.000,00	
<b>Total Banc</b>	<b>38.270,30</b>	<b>C</b>
Saldos Beques		
Beca 2002	-498,12	
Beca 2003	-203,87	
Beca 2005	-2.737,34	
<b>Total saldos Beques</b>	<b>-3.439,33</b>	<b>D</b>
<b>Total (A+B+C-D)</b>	<b>36.251,21</b>	

**Estrenem domini!** Aquest 2007 hem tramitat la petició del domini [www.scn.cat](http://www.scn.cat), que ja tenim en funcionament, amb totes les novetats de la Societat.

## L'AGENDA

### **XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia XXI Curs d'Actualització en Neurologia** Lleida, 15 -17 de març de 2007

Suport Serveis  
Calvet 30, 08021 Barcelona  
T932017571 F932019789  
scn@suportserveis.com  
www.suportserveis.cat

### **17th Alzheimer Europe Conference** Estoril, 9-12 de maig de 2007

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer - APFADA  
Av. Ceuta Norte, Quinta do Loureiro, lote 1, lojas 1 e 2  
1 350 - 410 LISBOA, PORTUGAL  
T351 -21- 36 10 463  
ana.apfada@netcabo.pt

### **XXXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica** Alicante, 24-26 de mayo de 2007

Secretaria Tècnica:  
Poeta Vila i Blanco, 8 1º  
03003 Alacant  
T 965229940  
www.congresosoc.com/XXXIIreunionenp/

### **International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders**

Istanbul, 3-7 de juny de 2007  
555 East Wells Street, Suite 1100  
Milwaukee, WI 53202-3823 USA  
T +1 414-276-2145 F +1 414-276-3349  
info@movementdisorders.org

### **Seventeenth Meeting of the European Neurological Society**

Rodes (Grècia), 16-20 de juny de 2007  
AKM AG  
Clarastrasse 57  
Postfach  
CH-4005 Basel  
T+41-61-686 77 77 F+41-61-686 77 88  
info@akm.ch

### **7th Congress of the European Paediatric Neurology Society**

Kusadasi (Turkey), 26-29-September, 2007  
Secretaria Tècnica:  
Banu Anlar  
Hacettepe University  
Department of Paediatric Neurology  
Ankara, TURKEY  
T+90 312 305 1165  
banlar@hacettepe.edu.tr  
www.epns2007.org

### **Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología**

Barcelona, 20-24 de noviembre de 2007  
SEN  
Via Laietana, nº 57, ppal. 2  
08003 - Barcelona  
T(34) 93 342 62 33  
F(34) 93 412 56 54  
www.sen.es

## REUNIONS DEL COMITÈ D'EXPERTS EN MALALTIES VASCULARS CEREBRALS

Per desè any consecutiu, el proper curs acadèmic 2006-2007 continuaran les **reunions d'experts en Malalties Vasculars Cerebrals**.

Les reunions seran mensuals, els primers divendres de cada mes, rotatòries als hospitals indicats, a les 8.30 hores del matí i estan obertes a qualsevol metge que hi vulgui assistir.

En aquestes reunions, amb una durada màxima de dues hores, estan programades com activitats:

- presentació d'un **cas clínic** per part de l'hospital amfitrió
- plantejament de **problemes de la pràctica assistencial** diària
- informació d'**aspectes singulars**, clínics o d'imatge
- **programació de protocols**
- programació d'**estudis cooperatius multicèntrics**

#### **6 Octubre 2006**

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Tel: 93.5565986 - Fax: 93.5565602  
E-mail: jmartiv@hsp.santpau.es

#### **10 Novembre 2006**

Hospital del Sagrat Cor  
Tel: 93.3221111 - Fax: 93.4948906  
E-mail: aarboix@hscor.com

#### **1 Desembre 2006**

Hospital Bellvitge  
Tel: 93.2607711 - Fax: 93.2607882  
E-mail: frubio@csub.scs.es

#### **12 Gener 2007**

Hospital de la Vall d'Hebrò  
Tel: 93.2746235 - Fax: 93.2746255  
E-mail: josalvar@vhebron.net

#### **9 Febrer 2007**

Hospital Clínic  
Tel: 93.2275414-Fax: 93.4538493  
E-mail: achamorro@ub.edu

#### **2 Març 2007**

Hospital General de Catalunya  
Tel: 93.5656000 - Fax: 93.5892618  
E-mail: lsolers@meditex.es

#### **13 Abril 2007**

Hospital Josep Trueta  
Tel: 972.940262 - Fax: 972.228296  
E-mail: jserenal@meditex.es

#### **11 Maig 2007**

Hospital Germans Trias  
Tel: 93.4978911 - Fax: 93.4978742  
E-mail: adavalos.germanstrias@gencat.net

#### **1 Juny 2007**

Hospital del Mar  
Tel: 93.2483235 - Fax: 93.2483254  
E-mail: 35826@imas.imim.es

#### **6 Juliol 2007**

Hospital Parc Taulí de Sabadell  
Tel: 661313356 - Fax: 93.7160646  
E-mail: davidcanovas2000@yahoo.es