ISSN 2013-1186

OCTUBRE 2012
NÚM. 18
www.scn.cat

Neurologia Catalana

Butlletí de la Societat Catalana de Neurologia

SUMARI

1. Editorial
2. Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia
3. European Stroke Organisation
4. Jornada d'Actualització en el Tractament i Diagnòstic de les Malalties Neurològiques més Prevalents
5. III Curs de Formació en Neurologia Clínica - Part I
6. Creació del nou grup d'estudi de cefalea de la SCN
7. Nomenament membre d'honor de la SCN
8. Entrega premi SCN 2012 a la trajectòria professional al Dr. Josep Lluís Martí i Vilalta
9. Invitació a la concessió de la medalla i de la placa Josep Trueta al mèrit sanitari
10. Nota de Suport del col·legis oficials i associacions de Catalunya a la resolució del Parlament de Catalunya
11. Catalut i SCN. Grup de treball en esclerosi múltiple
12. Bústia
13. L'entrevista. Dr. Antoni Dàvalos
14. Racó del resident
15. Actualització en ..... cefalea
16. La Neurologia Catalana al món
17. Nou diccionari de neurociència
18. Comunicat del banc de teixits neurològics
19. Reunions del Comitè d'experts en malalties vasculars cerebrals.
20. Racó literari
21. Agenda d'altres activitats que la Societat Catalana de Neurologia ha donat suport
22. El lema
23. El mirador. La nostra terra

MEMBRES D'HONOR
Dr. A. Codina, E. Fernández-Álvarez, Dr. JM. Grau, Dr. V. Hachinski, Dr. J. Kimura, Dr. R. Massot, Dr. L. Montserrat, Dr. J. Obach, Dr. J. Peres, Dr. A. Pou, Dr. C. Rozman, Dr. F. Titus.

JUNTA

President	Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar
Vicepresident	Dr. Jerzy Krupinski
Secretària	Dra. Elvira Munteis
Tresorer	Dr. Javier Pagonabarraga
Vocals	Dr. Francesc Purroy
	Dr. Joan Prat
Past-president	Dr. Adrià Arboix

EDITORS BUTLLETÍ Dr. Francesc Purroy
Dr. Adrià Arboix

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

SOCIS PROTECTORS

NOVARTIS

MSD El lado humano de la medicina www.msd.es

ferrer

Societat Catalana de Neurologia

FUNDACIÓ SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

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

1. EDITORIAL

Benvolguts socis,

En primer lloc us trasllado la meva salutació més cordial i agraïda per la confiança que m'heu fet per presidir la Societat, atès especialment que no sóc un neuròleg "sènior", i que de mèrits és obvi que no en tinc cap per merèixer aquest honor i responsabilitat llevat, només, el d'acceptar-lo.

La meva voluntat personal i la de l'equip de la Junta Directiva és la de mantenir l'impuls iniciat per les juntes i les presidències d'aquesta quarta dècada d'història de la moderna SCN. El primer objectiu és, doncs, no fer cap passa enrere i mantenir i consolidar el que hem aconseguit, i, en segon lloc, aprofitar l'avinentesa per fer alguna passa més endavant, en les direccions següents: 1) consolidar la presa de consciència per part dels nostres socis del fet que som hereus d'un associacionisme acadèmic en neurologia que té 100 anys d'història, 2) estimular la formació contínua, 3) esperonar el desenvolupament medicocientífic, 4) garantir el nostre compromís en la defensa de la neurologia catalana, especialment en l'àmbit català, estatal i europeu, i 5) honrar el just reconeixement dels seus mèrits.

Aquest objectius els hem d'assolir en el context en què ens movem. Si les juntes anteriors passaven per vaques magres us podeu imaginar l'estat de la tresoreria de la Societat. Mantindrem, doncs, la política de no allargar més el braç que la màniga, i vagi per endavant el nostre sentit agraïment a l'esforç dels nostres socis protectors i col·laboradors, els Laboratoris farmacèutics. En aquest sentit hem d'intentar optimitzar les facilitats que ens ofereix l'Acadèmia, de la qual en som Societat filial, i alhora hem d'implementar l'ús de la Fundació de la Societat Catalana de Neurologia de què disposem, afavorint-ne la recaptació i la distribució de pagaments.
Així, pel que fa als objectius expressats, pretenem:

1) Refermar en els nostres socis la consciència de ser hereus d'un associacionisme acadèmic en neurologia de 100 anys d'història: mantindrem actualitzades les dades dels socis i la comunicació entre els membres, sobretot per correu electrònic, informant-los de les activitats que duu a terme la SCN, regularment, mitjançant el butlletí Neurologia Catalana i el nostre web. Us convidem a participar en les diferents activitats de la Societat i a la reunió anual, enguany amb motiu del 40è aniversari de la moderna SNC, el 7 i 8 de març del 2013 a Sitges.

2) Estimular la formació contínua: hem consolidat el curs de formació en neurologia clínica, en el qual estan implicats els tutors de residents de l'especialitat a Catalunya, i que ha resultat molt exitós (enguany, 3a edició del curs bianual, amb 65 inscrits). Seguim mantenint els cursos anuals en el si de les reunions anuals itinerants pel territori català, del mes de març, coordinats per experts en els temes a tractar. Impulsarem una actualització de les guies de la SCN amb jornades bianuals de posada al dia de les malalties neurològiques més prevalents, el mes d'octubre, enguany a Lleida.

3) Estimular el desenvolupament medicocientífic: Esperem mantenir i, si és possible, incrementar el nivell científic, amb comunicacions en les reunions anuals, que han augmentat i que a més es publiquen a la Revista de Neurologia. Consolidarem i esperonarem la creació de grups experts de treball, d'acord amb els estatuts de la SCN, a la manera del grup de patologia neurovascular i del recentment instituït

grup de cefalea. El nostre objectiu és aconseguir que la SCN sigui l'arena de la controvèrsia, en cap cas l'àrbitre, i el fòrum de noves comunicacions per a l'estímul i el progrés científic en la neurologia catalana.

4) Defensar la neurologia catalana: ens seguim esforçant per distingir-nos en l'àmbit de la neurologia catalana com a interlocutors de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i del Departament de Salut de la Generalitat, que ens han demanat assessorament en diversos temes, així com de la Sociedad Española de Neurología. D'altra banda, seguint la iniciativa de les Juntes anteriors, hem intentat "internacionalitzar-nos"; enguany sí hem aconseguit fer un pas endavant, atès que la nostra Societat ha estat acceptada com a Catalan Society of Neurology, membre de la European Stroke Organisation. Innovar és un motiu de satisfacció.

5) Reconèixer els mèrits: volem continuar estimulant la carrera de mèrits entre els nostres socis. Així, en el curs de la reunió anual, atorgarem un premi a les millors comunicacions exposades i al millor alumne del Curs de Neurologia Clínica, i anualment lliurarem un guardó a la trajectòria professional eminent d'algun neuròleg català. En efemèrides destacades, nomenem membre d'honor, la menció més alta i prestigiosa de la nostra Societat, personalitats destacades com ara el Dr. A. Codina, el 2011, centenari primera societat catalana de neurologia, i el Dr. E. Tolosa el proper 2013, quarantè aniversari SCN moderna. A més en memòria dels cent anys d'història hem decidit de crear el premi "Galceran i Granés. 100 anys de la Societat Catalana de Neurologia" a la difusió social de la neurologia a Catalunya, que enguany s'atorgarà al Molt Honorable Senyor Pasqual Maragall.

Totes aquestes activitats les podem dur a terme gràcies a la tasca solidària de l'equip de les juntes i al vostre suport i compromís. Per poder gaudir de tot plegat us esperem a la Reunió Anual de Sitges els propers dies 7 i 8 de març.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar
President de la Societat Catalana de Neurologia

2. REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

XVII Reunió, 41a Trobada anual ordinària i XXVII Curs d'actualització en Neurologia de la Societat Catalana de Neurologia
Data: 7 i 8 de març de 2013
Lloc: Hotel Calipolis de Sitges

Us hi esperem!

3. L'EUROPEAN STROKE ORGANISATION ACCEPTA LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA COM A MEMBRE OFICIAL

El passat mes d'agost se'ns va informar de l'acceptació com a membre oficial de la nostra Societat a l'important organització europea en les malalties cerebrovasculars European Stroke Organisation (ESO).

ESO
EUROPEAN STROKE ORGANISATION

The European Stroke Organisation declares that

Catalan Society of Neurology

has been awarded the status of

Organisational Member of the ESO

Prof. Dr. Michael Brainin
President of the ESO

PD Dr Patrik Michel
Secretary General

Date
30.07.2012

4. JORNADA D'ACTUALITZACIÓ EN EL TRACTAMENT I DIAGNÒSTIC DE LES MALALTIES NEUROLÒGIQUES MÉS PREVALENTS

El 28 d'octubre de 2011 es va realitzar una Jornada Extraordinària coincidint amb la commemoració del centenari de la Neurologia Catalana i la presentació de les Guies Mèdiques Oficials de Diagnòstic i Tractament de la Societat Catalana de Neurologia. L'activitat va ser molt ben acollida i amb bona participació a l'Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès. Enguany s'ha repetit l'activitat a l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, el passat 28 d'octubre, posant èmfasi en les novetats terapèutiques i diagnòstiques, que permeten mantenir actualitzades les nostres guies. A continuació detallem el programa.

PROGRAMA

08.30 h Acreditació

09.00h Inauguració
Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar, *President de la Societat Catalana de Neurologia*
Dr. Jaume Capdevila, *Gerent Hospital Arnau de Vilanova de Lleida*
Dr. Josep Pifarré, *Delegat Territorial. Lleida*
Dr. Francesc Purroy, *Neuròleg. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida*

SESSIÓ I

09.15 h DEMÈNCIES DEGENERATIVES

Neuroimatge i biomarcadors en les demències degeneratives.
Dr. Gerard Piñol-Ripoll, *Hospital Santa Maria de Lleida*

Actualització en el tractament de les demències degeneratives. El que tenim i el que tindrem.
Dr. Francesc Pujadas, *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona*

10.00 h ESCLEROSI MÚLTIPLE

Neuroimatge avançada en les malalties desmielinitzants.
Dra. Cristina Auger Acosta, *IDI Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona*

Actualització en el tractament de l'Esclerosi Múltiple.
Arribada dels tractament orals, els monoclonals una realitat.
Dra. Elvira Munteis, *Hospital del Mar. Barcelona*

10.45 h MALALTIA DE PARKINSON I ALTRES TRASTORNS DEL MOVIMENT

Neuroimatge avançada en els trastorns del moviment.
Dr. Carles Lorenzo, *Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona*

Actualització en el tractament de la Malaltia de Parkinson.
Dr. Xavier Pagonabarraga, *Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

11.30 h Pausa i cafè

SESSIÓ II

12.00 h MALALTIES CEREBROVASCULARS

Neuroimatge avançada en l'ictus.
Dr. Pep Munuera, *Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

Actualització en el tractament de l'ictus isquèmic. Nous temps en la Neuroreparació, l'anticoagulació i porta oberta al neurointervencionisme.
Dr. Francesc Purroy, *Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida*
M. Àngels Font, *Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet*

Actualització en l'hemorràgia cerebral. Encara la ventafocs de la malaltia cerebrovascular?
Dr. Joan Martí, *Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

13.15 h CEFALEES

Actualització en el tractament de la migranya.
Dr. Joan Izquierdo, *Hospital General de Catalunya. Sant Cugat*

Actualització en el tractament d'altres cefalees.
Dr. Jordi Sanahuja, *Hospital Arnau de Vilanova. Lleida*

14.00 h Dinar de treball

SESSIÓ III

15.00 h EPILEPSIA

Neuroimatge en epilèpsia.
Dra. Núria Bargalló, *Hospital Clínic de Barcelona*

Actualització en el tractament de l'epilèpsia.
Dra. Mercè Falip, *Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet*

15.45 h MALALTIES MUSCULARS

Actualització en el diagnòstic de les malalties musculars.
Dra. Isabel Illa, *Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

Actualització en el tractament de les principals malalties musculars.
Dr. Josep Gàmez, *Hospital Universitari Hospital Vall Hebrón. Barcelona*

16.30 h DOLOR NEUROPÀTIC

Actualització en el dolor Neuropàtic.
Dr. Marc Boix, *Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida*

17.00 h TRASTORNS DE LA SON

Actualització en el tractaments de les principals alteracions de la son.
Dra. Montserrat Pujol, *Hospital Santa Maria de Lleida*

5. III CURS DE FORMACIÓ EN NEUROLOGIA CLÍNICA – PART I

III CURS DE FORMACIÓ EN NEUROLOGIA CLÍNICA

PART I Curs d'iniciació Setembre 2012 fins a juny 2013

TEMARI 2012-2013

1. **L'EXAMEN NEUROLÒGIC: UNA PERSPECTIVA HISTÒRICA**
   Professor: Dr. Adrià Arboix
   Hospital Sagrat Cor, Barcelona
   Dimecres 19 de setembre
2. **ALTERACIONS DEL NIVELL DE CONCIÈNCIA**
   Professor: Dr. Francesc Pujadas
   Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona
   Dimecres 24 d'octubre
3. **CEFALEA**
   Professora: Dra. Patricia Pozo
   Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona
   Dijous 29 de novembre
4. **NEUROOFTALMOLOGIA BÀSICA**
   Professor: Dr. Carles Roig
   Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
   Dimecres 19 de desembre
5. **PRINCIPIS DE LA MALALTIA VASCULAR CEREBRAL**
   Professora: Dra. Anna Rodríguez Campello Hospital del Mar, Barcelona
   Dimecres, 16 de gener
6. **PRINCIPIS DE L'EPILÈPSIA**
   Professora: Dra. M. Pilar Fossas
   Hospital de Mataró, Mataró
   Dimecres 20 de febrer
7. **DETERIORAMENT DE FUNCIONS SUPERIORS. DEMÈNCIA**
   Professor: Dr. Jordi Gascón
   Hospital de Bellvitge, Barcelona
   Dimecres, 20 de març
8. **TRASTORNS DEL MOVIMENT**
   Professor: Dr. Alexandre Gironell
   Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
   Dimecres 17 d'abril
9. **TRASTORNS DE L'EQUILIBRI I LA MARXA**
   Professor: Dr. Lluís Ramió
   Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta
   Dimecres 15 de maig
10. **DEBILITAT MUSCULAR AGUDA I SUBAGUDA**
    Professors: Dr. Jaume Coll
    Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona
    Dr. Joan Miquel Martínez
    Hospital Parc Taulí, Sabadell
    Dimecres 5 de juny

Coordinadors del curs:
- Dr. Oriol de Fàbregues. Hospital Universitari Vall d' Hebron
- Dr. Jerzy Krupinski. Hospital Mutua de Terrassa
- Dra. Elvira Munteis. Hospital del Mar

AVALUACIÓ DEL CURS
19 de juny de 2013

Societat Catalana de Neurologia

CARACTERÍSTIQUES

- Curs presencial
- Lloc: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears
  C/ Major de Can Caralleu, 1-7, Barcelona
- 10 classes anuals
- Durada classe: 2 hores aproximadament
- Horari classes: de 18.30 a 20.30 h
- Contingut de les classes molt pràctic i interactiu, evitant monòlegs magistrals. Cada classe inclourà la discussió d'un cas clínic
- Curs acreditat
  (avaluació final i mínim d'assistència d'un 80 %)
- Crèdits de formació continuada per alumnes i professors

SEU DEL CURS

Acadèmia de Ciències Mèdiques
de Catalunya i de Balears
C/ Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona

INFORMACIÓ I INSCRIPCIONS

Suport Serveis
Calvet, 30, 08021 Barcelona
Tel. 93 201 75 71
scn@suportserveis.com
www.suportserveis.com

Sol·licitats crèdits al Consell Català de la Formació Mèdica continuada - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

PATROCINAT PER

NOVARTIS

L'Acadèmia

FUNDACIÓ SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

6. CREACIÓ DEL NOU GRUP D'ESTUDI DE CEFALEA DE LA SCN

La Societat Catalana de Neurologia dóna el vist i plau a la formació del grup d'estudi de cefalea de la Societat Catalana de Neurologia. El president serà el Dr. Carles Roig i el coordinador el Dr. Joan Prat.

Seguint les recomanacions i la normativa de funcionament dels grups d'estudi (vegeu Neurologia Catalana, número 14, i pàgina web de la SCN), els seus objectius són:

1) mantenir les **Guies Mèdiques Oficials de Diagnòstic i Tractament de la SCN** actualitzades anualment,

2) col·laborar en l'**organització dels cursos anuals de formació continuada** de la SCN, i

3) cooperar en les tasques **docents i de recerca** de l'especialitat que li encarregui la SCN.

Des de la SCN en felicitem els components.

7. ENTREGA NOMENAMENT MEMBRE D'HONOR DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA AL DR. AGUSTÍ CODINA I PUIGGRÓS

El passat dia 25 d'abril alguns membres de la Junta vam entregar el diploma com a membre d'Honor de la Societat Catalana de Neurologia al Dr. Agustí Codina i Puiggrós. Molt amablement ens va rebre a casa seva.

Dr. Adrià Arboix, Dra. Àngels Font, Dr. Agustí Codina, Dr. Oriol de Fàbregues, Dr. Francesc Purroy

8. ENTREGA PREMI SCN 2012 A LA TRAJECTÒRIA PROFESSIONAL AL DR. JOSEP LLUÍS MARTÍ I VILALTA

Durant la darrera Reunió de la Societat Catalana de Neurologia se li va entregar el premi a la trajectòria professional 2012 al Dr. Josep Lluís Martí i Vilalta.

Nomenament a la reunió Anual celebrada a Vic el passat 19 de març de 2012.

Entrega del diploma al Dr. Josep Lluís Marti i Vilalta pel Dr. Javier Pagonabarraga

Prof. Dr. Adrià Arboix i Membres de la Junta Directiva

Societat Catalana de Neurologia

Benvolguts,

En primer lloc vull agrair el vostre temps i la feina en la direcció de la nostra Societat.
Com antic President, i coneixedor de la seva trajectòria, puc assegurar que mai havia tingut el grau d'actuació i ressò que té actualment.

Molts de vosaltres sabeu el que penso en relació als nomenaments, "altres ho mereixen més que jo", i a més, si en algun aspecte tinc algun mèrit, aquest no és meu sinó de la gran sort d'haver nascut a Catalunya. Ara bé, això no treu que m'ha fet molta il·lusió el vostre reconeixement a la meva trajectòria professional. Espero no defraudar mai, ni a vosaltres ni a Catalunya.

Una forta abraçada del vostre amic,

Dr. Josep Lluís Martí i Vilalta
Professor de Neurologia

Barcelona. 20 Març, 2012

9. INVITACIÓ A LA CONCESSIÓ DE LA MEDALLA I DE LA PLACA JOSEP TRUETA AL MÈRIT SANITARI

Adjuntem, la invitació del Molt Hble. Sr. Artur Mas i Gavarró, president de la Generalitat de Catalunya, a l'acte de concessió de la Medalla i de la Placa Josep Trueta al mèrit sanitari a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, que va tenir lloc al Palau de la Generalitat, el dimarts 2 d'octubre, a les vuit del vespre.

El president
de la Generalitat de Catalunya

es complau a convidar-vos

a l'acte de **concessió de la Medalla i de la Placa Josep Trueta al mèrit sanitari**, que tindrà lloc al Palau de la Generalitat, el dimarts 2 d'octubre, a les vuit del vespre.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar

Barcelona, octubre de 2012

Es demana confirmació: 93 402 46 78/ 46 17
protocol.presidencia@gencat.cat

És imprescindible acompanyar aquesta invitació d'un document acreditatiu de la identitat
Accés per la plaça de Sant Jaume

10. NOTA DE SUPORT DEL COL·LEGIS OFICIALS I ASSOCIACIONS DE CATALUNYA A LA RESOLUCIÓ DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

Adjuntem, la invitació del Molt Hble. Sr. Artur Mas i Gavarró, president de la Generalitat de Catalunya, a l'acte de concessió de la Medalla i de la Placa Josep Trueta al mèrit sanitari a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, que va tenir lloc al Palau de la Generalitat, el dimarts 2 d'octubre, a les vuit del vespre.

Nota de premsa 25 d'octubre de 2012

Col·legis Oficials i Associacions de Catalunya

Nota de suport a la resolució del Parlament de Catalunya

Els sotasignants, Col·legis Oficials i Associacions volem manifestar el nostre suport a:

1. La Resolució del Parlament de Catalunya del passat dia 27 en el sentit de constatar "la necessitat que el poble català pugui decidir lliurement i democràticament el seu futur col·lectiu, com a única via per tal de garantir el progrés social, el desenvolupament econòmic, l'enfortiment democràtic i el foment de la cultura i la llengua pròpies" .

2. Com a representants de professionals del nostre país, volem oferir la nostra voluntat i disponibilitat per contribuir des de les nostres institucions, a consolidar i a impulsar el posicionament del Parlament amb totes aquelles aportacions per permetin a Catalunya bastir-se d'instruments propis per fer possible un autèntic progrés social, econòmic i cultural.

Col·lectius que subscriuen aquesta nota:

- Col·legi d'Economistes de Catalunya
- Col·legi d'Arquitectes de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyers Industrials de Catalunya
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya
- Associació Catalana d'Enginyers de Telecomunicació
- Associació d'Enginyers Industrials de Catalunya
- Associació d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida
- Col·legi d'Actuaris de Catalunya
- Col·legi d'Aparelladors, Arquitectes Tècnics i Enginyers d'Edificació de Barcelona
- Col·legi de Dissenyadors d'Interiors i Decoradors de Catalunya
- Col·legi d'Enginyers de Camins, Canals i Ports de Catalunya
- Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Barcelona
- Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida
- Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Manresa
- Col·legi d'Enginyers Tècnics i Pèrits de Telecomunicació de Catalunya
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
- Col·legi de Graduats Socials de Barcelona
- Col·legi de Logopedes de Catalunya
- Col·legi Oficial de Disseny Gràfic de Catalunya
- Col·legi Oficial de Doctors i Llicenciats en Filosofia i Lletres i en Ciències de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyers Agrònoms de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyeria Informàtica de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyers Tècnics Agrícoles i Pèrits Agrícoles de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyers Tècnics Forestals de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Enginyeria Tècnica en Informàtica de Catalunya
- Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida
- Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona
- Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya
- Col·legi Oficial de Podòlegs de Catalunya
- Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona
- Col.legi Oficial de Veterinaris de Lleida
- Col·legi Oficial de Veterinaris de Tarragona
- Col·legi Professional de Delineants Projectistes i Tècnics Superiors en Projectes de Barcelona
- Col·legi de Publicitaris i Relacions Públiques de Catalunya
- Col·legi Oficial de Metges de Girona
- Delegació de Catalunya del Col·legi Oficial de Geòlegs
- Delegació de Catalunya del Col·legi de Doctors i Llicenciats en Belles Arts

11. CATSALUT I SCN. GRUP DE TREBALL EN ESCLEROSI MÚLTIPLE

CatSalut
Servei Català de la Salut
Àrea Sanitària

Travessera de les Corts, 131-159
Edifici Olimpia
08028 Barcelona
Tel. 93 403 85 85
Fax 93 403 89 25
catsalut@catsalut.cat
http://www.gencat.cat/catsalut

Generalitat de Catalunya
Servei Català de la Salut

Número: 0340S/7049/2012
Data: 04/07/2012 10:20:22

Registre de sortida

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
President
Societat Catalana de Neurologia
Major de Can Carelleu, 1-7
08017 Barcelona

Benvolgut,

En el marc de les propostes de reordenació de serveis per tal d'incrementar la qualitat, la capacitat de resolució i l'eficiència del sistema sanitari, el CatSalut té la intenció de crear un grup de treball per tal d'analitzar la situació actual de l'atenció als malalts amb **esclerosi múltiple** i proposar criteris per a la reordenació dels serveis que presten aquesta atenció. En aquest grup de treball, a banda de diferents unitats de CatSalut i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), voldríem comptar amb la participació d'experts. Per aquest motiu, ens posem en contacte amb vosté, com a President de la Societat Catalana de Neurologia, per tal de què designi 2-3 professionals per a participar en el grup de treball. Li agraïríem que ens faciliti les seves dades de contacte per tal de poder concretar amb ells la data de la primera reunió, que voldríem fer durant la primera quinzena del mes de juliol.

Atentament

Dr. Josep Jiménez Villa
Divisió d'Avaluació de Serveis
Barcelona, 3 de juliol de 2012

Societat Catalana de Neurologia

DR. ALEX GUARGA
DIRECTOR EXECUTIU DE SERVEIS I PROGRAMES
CAT SALUT
aguarga@catsalut.cat

Benvolgut Dr. Àlex Guarga,

Atenent a la seva sol·licitud i després de la reunió de Junta de la SCN celebrada ahir dia 19 d'octubre, ens complau informar-lo que hem acordat que els següents neuròlegs formin part del Grup de Reordenació de d'Esclerosi Múltiple:

- Dr. Lluis Brieva. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida
- Dr. Sergi Martínez Yélamos. Hospital de Bellvitge de l'Hospitalet de Llobregat
- Dr. Xavier Montalbán. Hospital de Vall d'Hebron de Barcelona
- Dra. Elvira Munteis. Hospital del Mar de Barcelona
- Dr. Lluis Ramió. Hospital Trueta de Girona
- Dr. Albert Saiz. Hospital Clínic de Barcelona

Ben cordialment

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar
President de la SCN
scn@suportserveis.com

Barcelona, 20 setembre 2012

12. BÚSTIA

Benvolguts companys:

Ens dirigim a la Societat Catalana de Neurologia per posar en el vostre coneixement el Nou codi ictus per l'àrea del Vallès que ha decidit el Dr Gallofré, director del Pla de l'ictus a Catalunya, del que se'ns va informar en la reunió celebrada el dia 13 d'abril d'enguany.

PROPOSTA

Les ambulàncies tindrien l'ordre de portar els pacients de l'àrea de l'Hospital Taulí i Mútua de Terrassa amb sospita d'ictus a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona directament, quan el temps d'evolució dels símptomes fos superior a les 3 hores o d'inici incert. A més, els pacients de l'àrea de l'Hospital de Terrassa serien derivats directament, independentment del temps d'evolució a l'HCP. Tot això, endarrerint, de 45 minuts fins hores segons el trànsit, el diagnòstic i l'administració del tractament que precisés el pacient.
Aquesta proposta no ha estat presentada amb un document que especifiqui els objectius/beneficis que pretén aconseguir ni el sistema d'avaluació de la mateixa. Es a dir, no estan determinats els paràmetres que permetran monitoritzar els resultats.

SITUACIÓ ACTUAL

Actualment, tant l'Hospital Taulí com la Mútua de Terrassa estan complint els temps porta-agulla pel tractament fibrinolític de l'ictus agut que s'exigeix al Pla director. Es deriven diagnosticats i monitoritzats a l'HCP els pacients, que fora de l'horari laboral podrien beneficiar-se de tractament endovascular. Tots ells, ja amb el tractament fibrinolític endovenós administrant-se si estava indicat.
Durant l'horari laboral, el tractament endovascular es realitza a l'Hospital Parc Taulí complint tots els requisits del Pla director i amb resultats de supervivència i funcionalitat per sobre de la mitja.

RECOMANACIONS DE LA SEN PEL TRACTAMENT DEL ICTUS AGUT:

Es recomana el tractament trombolític amb r-TPA a dosis de 0.9 mg/Kg pel tractament de l'infart cerebral agut de menys de 4 hores i mitja d'evolució. L'ADMINISTRACIÓ ES REALITZARÀ QUAN ABANS MILLOR. La selecció ha d'ésser acurada seguint estrictament els criteris establerts. (nivell d'evidència 1a; recomanació de grau A).

La trombòlisi intraarterial POT SER útil en pacients no candidats per trombòlisi intravenosa i infarts amb oclusió de gran vas i fins 6 hores d'evolució. (nivell d'evidència 1b; recomanació de grau B).

La utilitat de la teràpia intraarterial combinada amb intravenosa NO ESTÀ BEN ESTABLERTA, però pot considerar-se una opció en pacients que no responguin a teràpia intravenosa i que presentin una oclusió de gran vas. (nivell d'evidència 1b; recomanació de grau B).

La trombectomia mecànica ÉS UNA OPCIÓ en malalts no candidats per trombòlisi intravenosa o quan ha fracassat aquesta, fins 8 hores d'evolució. (nivell d'evidència 2b; recomanació grau B).

CONSEQÜÈNCIES

Mala praxis als pacients del Vallès amb ictus isquèmic de més de tres hores d'evolució candidats a trombòlisi amb r-TPA. S'endarrerirà (o s'impedirà) l'administració del tractament amb eficàcia demostrada a la majoria de pacients (recomanació de grau A) per la possibilitat d'oferir un tractament endovascular d'eficàcia controvertida (recomanació de grau B), només a una minoria de pacients tenint en compte els temps establerts en aquesta nova proposta.
Els malalts derivats abans de les 20:00 hores dels dies laborables no només endarreriran l'administració de la teràpia endovenosa, sinó que també la intraarterial, doncs el Taulí té tots els requisits necessaris pel neurointervencionisma, incloent neuròleg, neurorradiologia avançada i neurointervencionista localitzable durant 12 hores tots els dies laborables, a més d'una llarga experiència.
Es donarà l'absurda circumstància que si un pacient acut a l'Hospital pels seus propis mitjans rebrà el tractament d'una forma més ràpida que si truca a l'ambulància.

Mala praxis als pacients del Vallès amb ictus hemorràgic amb un temps de símptomes superior a les 3 hores o de temps incert fins l'arribada de l'ambulància. Aquests pacients seran derivats sense avaluació neurològica ni neuroimatge. Els pacients viatjaran de 45 minuts fins hores, segons el trànsit, en una ambulància convencional des del Vallès fins a Barcelona, amb una hemorràgia cerebral no diagnostica amb les complicacions potencials que suposa el trasllat en aquests pacients (broncoaspiració, deteriorament neurològic, etc...).

Pitjor atenció als pacients del Vallès amb ictus no candidats a tractament fibrinolitic i pels pacients amb símptomes neurològics d'etiologia no vascular. Hi haurà molts Codis Ictus fals per diversos motius (origen no vascular del procés, comorbilitat prèvia, evolució de més de 6 hores, etc...) que patiran un trasllat innecessari que empitjorarà la saturació del servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona, i una suposarà una despesa en ambulàncies difícil de justificar.

CONCLUSIÓ

Aquesta proposta incorre en una evident mala praxis per els pacients amb símptomes neurològics de més de tres hores d'evolució, i en concret per els pacients amb ictus isquèmic susceptibles de tractament que veuran endarrerida o impossibilitada l'administració d'un tractament demostrat per la remota possibilitat d'administrar un tractament que encara ha de demostrar la seva eficàcia.
I tot això, sense una explicació escrita, demostrable i quantificable del benefici pels pacients i de les despeses afegides del projecte.

Dra. Gisela Ribera Perpinya
Directora del Servei de Neurologia Parc Taulí.

12. BÚSTIA

Benvolguts companys:

Ens dirigim a la Societat Catalana de Neurologia per posar en el vostre coneixement el Nou codi ictus per l'àrea del Vallès que ha decidit el Dr Gallofré, director del Pla de l'ictus a Catalunya, del que se'ns va informar en la reunió celebrada el dia 13 d'abril d'enguany.

PROPOSTA

Les ambulàncies tindrien l'ordre de portar els pacients de l'àrea de l'Hospital Taulí i Mútua de Terrassa amb sospita d'ictus a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona directament, quan el temps d'evolució dels símptomes fos superior a les 3 hores o d'inici incert. A més, els pacients de l'àrea de l'Hospital de Terrassa serien derivats directament, independentment del temps d'evolució a l'HCP. Tot això, endarrerint, de 45 minuts fins hores segons el tràfic, el diagnòstic i l'administració del tractament que precisés el pacient.
Aquesta proposta no ha estat presentada amb un document que especifiqui els objectius/beneficis que pretén aconseguir ni el sistema d'avaluació de la mateixa. Es a dir, no estan determinats els paràmetres que permetran monitoritzar els resultats.

SITUACIÓ ACTUAL

Actualment, tant l'Hospital Taulí com la Mútua de Terrassa estan complint els temps porta-agulla pel tractament fibrinolític de l'ictus agut que s'exigeix al Pla director. Es deriven diagnosticats i monitoritzats a l'HCP els pacients, que fora de l'horari laboral podrien beneficiar-se de tractament endovascular. Tots ells, ja amb el tractament fibrinolític endovenós administrant-se si estava indicat.
Durant l'horari laboral, el tractament endovascular es realitza a l'Hospital Parc Taulí complint tots els requisits del Pla director i amb resultats de supervivència i funcionalitat per sobre de la mitja.

RECOMANACIONS DE LA SEN PEL TRACTAMENT DEL ICTUS AGUT:

Es recomana el tractament trombolític amb r-TPA a dosis de 0.9 mg/Kg pel tractament de l'infart cerebral agut de menys de 4 hores i mitja d'evolució. L'ADMINISTRACIÓ ES REALITZARÀ QUAN ABANS MILLOR. La selecció ha d'ésser acurada seguint estrictament els criteris establerts. (nivell d'evidència 1a; recomanació de grau A).

La trombòlisi intraarterial POT SER útil en pacients no candidats per trombòlisi intravenosa i infarts amb oclusió de gran vas i fins 6 hores d'evolució. (nivell d'evidència 1b; recomanació de grau B).

La utilitat de la teràpia intraarterial combinada amb intravenosa NO ESTÀ BEN ESTABLERTA, però pot considerar-se una opció en pacients que no responguin a teràpia intravenosa i que presentin una oclusió de gran vas. (nivell d'evidència 1b; recomanació de grau B).

La trombectomia mecànica ÉS UNA OPCIÓ en malalts no candidats per trombòlisi intravenosa o quan ha fracassat aquesta, fins 8 hores d'evolució. (nivell d'evidència 2b; recomanació grau B).

CONSEQÜÈNCIES

Mala praxis als pacients del Vallès amb ictus isquèmic de més de tres hores d'evolució candidats a trombòlisi amb r-TPA. S'endarrerirà (o s'impedirà) l'administració del tractament amb eficàcia demostrada a la majoria de pacients (recomanació de grau A) per la possibilitat d'oferir un tractament endovascular d'eficàcia controvertida (recomanació de grau B), només a una minoria de pacients tenint en compte els temps establerts en aquesta nova proposta.
Els malalts derivats abans de les 20:00 hores dels dies laborables no només endarreriran l'administració de la teràpia endovenosa, sinó que també la intraarterial, doncs el Taulí té tots els requisits necessaris pel neurointervencionisma, incloent neuròleg, neurorradiologia avançada i neurointervencionista localitzable durant 12 hores tots els dies laborables, a més d'una llarga experiència.
Es donarà l'absurda circumstància que si un pacient acut a l'Hospital pels seus propis mitjans rebrà el tractament d'una forma més ràpida que si truca a l'ambulància.

Mala praxis als pacients del Vallès amb ictus hemorràgic amb un temps de símptomes superior a les 3 hores o de temps incert fins l'arribada de l'ambulància. Aquests pacients seran derivats sense avaluació neurològica ni neuroimatge. Els pacients viatjaran de 45 minuts fins hores, segons el tràfic, en una ambulància convencional des del Vallès fins a Barcelona, amb una hemorràgia cerebral no diagnostica amb les complicacions potencials que suposa el trasllat en aquests pacients (broncoaspiració, deteriorament neurològic, etc...).

Pitjor atenció als pacients del Vallès amb ictus no candidats a tractament fibrinolític i pels pacients amb símptomes neurològics d'etiologia no vascular. Hi haurà molts Codis Ictus fals per diversos motius (origen no vascular del procés, comorbilitat prèvia, evolució de més de 6 hores, etc...) que patiran un trasllat innecessari que empitjorarà la saturació del servei d'urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona, i una suposarà una despesa en ambulàncies difícil de justificar.

CONCLUSIÓ

Aquesta proposta incorre en una evident mala praxis per els pacients amb símptomes neurològics de més de tres hores d'evolució, i en concret per els pacients amb ictus isquèmic susceptibles de tractament que veuran endarrerida o impossibilitada l'administració d'un tractament demostrat per la remota possibilitat d'administrar un tractament que encara ha de demostrar la seva eficàcia.
I tot això, sense una explicació escrita, demostrable i quantificable del benefici pels pacients i de les despeses afegides del projecte.

Dra. Gisela Ribera Perpinya
Directora del Servei de Neurologia Parc Taulí.

12. BÚSTIA

Asunto: CODI ICTUS-SOCIETAT CATALANA NEUROLOGIA

Societat Catalana de Neurologia

DR. MIQUEL GALLOFRÉ
CATSALUT
DEPARTAMENT DE SALUT
TRAV. DE LES CORTS 131-139
08028 BARCELONA
mgallofre@catsalut.cat

Benvolgut Dr. Miquel Gallofré,

Em dirigeixo a vostè com a vicepresident de la Societat Catalana de Neurologia i Coordinador de les Guies Oficials de Les Malalties Cerebrovasculars de la SCN. El motiu del meu escrit ve donat que en les últimes setmanes hem rebut diverses cartes de Caps de Servei de Neurologia i responsables de la patologia cerebrovascular de diferents hospitals catalans, expressant la seva preocupació respecte al CODI ICTUS, ja que sembla que es planteja, en un futur pròxim, un canvi substancial en la gestió del CODI ICTUS en part del territori català. Aquests hospitals no estan d'acord amb la nova proposta i consideren fins i tot que pot implica una mala praxi mèdica.

Ens preocupa profundament el contingut dels missatges i li agrairíem la seva resposta i aclariment.

Ben cordialment,

Dr. Jurek Krupinski
Vicepresident de la Societat Catalana de Neurologia
Coordinador de les Guies Oficials de Les Malalties Cerebrovasculars de la
Societat Catalana de Neurologia

Barcelona 18 de maig de 2012

Asunto: RE: CODI ICTUS-SOCIETAT CATALANA NEUROLOGIA

Benvolgut company:

A partir de la implementació del codi ictus a tota Catalunya a l'any 2006, hem estat avaluant el seu funcionament des del PDMVC, i hem detectat canvis en la activació des dels serveis clínics, que afecten sobretot als criteris de temps i edat. Això ens va portar a plantejar una reformulació del codi ictus, que vam portar a discussió a la ronda territorial d'objectius 2012 que va acabar el dia 17 de maig. La versió que plantejarem del nou codi ictus, recull alguns dels suggeriments manifestats per diferents professionals al llarg de les reunions i els canvis que es proposen estan basats en decisions clíniques aportades per professionals experts, que poden no ser sempre coincidents.

En qualsevol cas, la proposta definitiva i els nous circuits no es posaran en funcionament fins a que el SEM, al llarg de 3 mesos, pugui quantificar l'impacte que representaria la implementació del nou codi, tasca que es durà a terme al llarg d'aquest estiu. Com és habitual en la dinàmica del Pla Director, aquesta informació es farà arribar a les regions sanitàries, als grups professionals i als hospitals implicats

Cordialment

Miquel Gallofré
Pla Director Malaltia Vascular Cerebral
Director
Departament de Salut
Roc Boronat 81-95 planta 2a Barcelona 08005
e-mail: mgallofre@catsalut.net
Tf: 0034 93 5513893 Fax: 0034 93 5517510

12. BÚSTIA

Benvolgut doctor:

Abans de l'estiu varem plantejar una reformulació del codi ictus, supeditada a la informació que vam demanar al SEM sobre el nombre dels codis activats i els temps emprats en un període determinat. Hem rebut aquesta informació, que ens indica que el 73% dels pacients arriben als 14 centres de referència en menys de 3'5 hores, que només el 3'1% arriben en un temps conegut entre 3'5 i 6 hores i que la resta es reparteix entre un 5'9% d'ictus del despertar i un 17'9 % d'inici desconegut. No hi ha diferències rellevants entre els diferents per territoris

Vista aquesta informació, el nou codi, no tindrà en compte la edat si el pacient té una bona qualitat de vida prèvia (Rankin previ i comorbilitat baixos, RAN/COM negatiu) i tots els pacients seran adreçats al centre de referència / hospital Teleictus més proper, a on un professional expert definirà la actitud terapèutica adient. Els objectius del PDMVC son aconseguir augmentar el nombre de pacients avaluats per professionals experts el més ràpid possible i fins al moment s'han aconseguit un elevat nombre de tractaments de reperfusió avaluats per mitjà del registre SONIIA, l'acompliment del qual seguirà sent la condició bàsica per a mantenir els actuals fluxos de pacients .

Agraint la vostra col·laboració, cordialment

Miquel Gallofré
Pla Director Malaltia Vascular Cerebral
Director
Departament de Salut

Benvolgut Dr. Gallofré,

Gràcies per fer-nos arribar aquestes dades del SEM i fer-nos participar de les decisions que es van prenent respecte a la direcció del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral. Entenc pel què explica la carta que el Codi Ictus es continuarà gestionant com hem fet fins ara. Per suposat, compta amb la nostra col.laboració per seguir mantenint el grau d'excel.lència.

Salutacions,

Jurek Krupinski

12. BÚSTIA

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

Dr. Oriol de Fabregues-Boixar
President
Societat Catalana de Neurologia

Barcelona, 19 d'abril de 2012

Benvolgut Dr. de Fabregues-Boixar,

En nom de la Junta de Govern de l'Acadèmia, em plau agrair-vos la vostra participació a la **Beca d'Ajut per Formació a Societats de l'Acadèmia**. Com bé sabeu, en la reunió de la Junta de Govern, celebrada el dimarts 17 d'abril, es va votar la proposta de les candidatures presentades, no quedant la Societat Catalana de Neurologia com a guanyadora aquest any.

No obstant, us encoratgem a presentar-vos en altres convocatòries, atès el valor del programa presentat.

Atentament,

Àlvar Net Castel
President de l'Acadèmia

1872 140 ANYS D'HISTÒRIA 2012

Major de Can Caralleu, 1-7 – 08017 Barcelona
Tel. 93 203 10 50 – Fax 93 203 14 85
academia@academia.cat – www.academia.cat

12. BÚSTIA

Societat Catalana de Neurologia

CELEBRACIÓ DE L'ANY DEL CENTENARI DE LA PRIMERA SOCIETAT NEUROLÒGICA CATALANA

Dr . Alvar Net Castel

President de l'Acadèmia

Benvolgut Dr. Net,

Amb gran pesar em dirigeixo a vostè al assabentar-me de la negativa –per altra banda legal i legítima- a atorgar a la **Societat Catalana de Neurologia** una de les "Beques d'ajuda a les Societats" sol·licitada, que havíem demanat en aquest curs acadèmic en el qual celebrem l'any del nostre **centenari,** i en el que –com vostè ja sap- hem tingut despeses extraordinàries, però, imprescindibles, motivades per la necessària publicació de la "*Segona edició de les Guies Mèdiques oficials de diagnòstic i tractament*", la "*Història de la Neurologia Catalana*" o el recull monogràfic dels cinc anys d'existència del nostre *Butlletí* trimestral, que ens han deixat amb pèrdues materials significatives, però, amb la contrapartida raonable d'una gran satisfacció personal pels guanys científics, acadèmics i de formació aconseguits extensibles a tot l'àmbit de l'Acadèmia.

Com vostè recordarà, jo vaig demanar personalment ajuda i orientació a l'Acadèmia de cara a aquesta especial celebració (reunió amb la gerent Sra. Balcells, en data 11 d'abril de 2011 a les 15.30h) i vàrem comprendre la seva negativa a subvencionar alguna ajuda directa per no causar un precedent. En canvi, se'ns oferí i es deixà la porta oberta a la possibilitat d'ajudar–nos a través de la sol·licitud d'una de les Beques d'Ajuda a les Societats per a alguna de les activitats de formació previstes en el nostre centenari i vàrem preparar la memòria amb esforç i il·lusió, i com una activitat rellevant i prioritària d'aquesta nostra commemoració centenària.

Em dol doncs, president, aquesta manca de sensibilitat en vers la nostra Societat Catalana de Neurologia, en aquests moments tan emblemàtics de la celebració del nostre centenari, i més tenint present que vostè –amb molta satisfacció i agraïment per part meva- va acceptar la nostra invitació i va presidir-ne els actes tant en la seva inauguració (17 de març de 2011) com en la seva cloenda (16 de març de 2012) a Vic.

Només em queda comentar-li, president, que comunicaré -amb molta tristesa i personalment- a l'Assemblea de la Societat Catalana de Neurologia del mes entrant i enviaré -amb el seu permís- aquesta carta a tots els seus socis, a causa de la nostra profunda decepció, felicitant de tot cor les altres Societats premiades doncs en cap cas voldríem desmerèixer les seves legítimes i adequades propostes, activitats i mèrits.

Rebi, president, amb molt decaïment i pesar, el testimoni de la meva més sincera consideració.

Ben cordialment,

Dr . Adrià Arboix i Damunt

Expresident de la Societat Catalana de Neurologia

Barcelona, 25 d'abril de 2012

12. BÚSTIA

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

Dr. Adrià Arboix
Ex-President
Societat Catalana de Neurologia

Barcelona, 15 de maig de 2012

Benvolgut Dr. Arboix,

He rebut la seva carta del 25 d'abril de 2012 en la qual vostè em manifesta el seu pesar pel fet de no haver obtingut una de les "Beques d'ajuda a les Societats", la qual havien sol·licitat en aquest curs acadèmic en què precisament se celebra el centenari de la Societat Catalana de Neurologia. Vull manifestar-li ben sincerament que jo també lamento que la Societat no hagi obtingut aquesta ajuda i em sap greu que la commemoració, a banda dels magnífics resultats en l'ordre científic, acadèmic i de formació com vostè molt bé apunta i pels quals l'Acadèmia els ha de felicitar, hagi tingut uns resultats econòmics negatius, fet que també lamento.

Certament, recordo perfectament que vostè va demanar ajuda i orientació a l'Acadèmia la qual, a través de la nostra gerent la Sra. Mercè Balcells, li va suggerir la possibilitat que la Societat es presentés, en igualtat de condicions i amb la normativa comuna per a tothom, a les "Beques d'ajuda a les Societats". Cal dir clarament que aquesta indicació de l'Acadèmia, com vostè comprèn perfectament, no pressuposa en absolut cap posició inicial de preferència de cara a l'atorgament final, sinó que aquest és el resultat d'una lliure competència entre les diverses Societats que es presenten, sota els criteris de major necessitat i menys recursos.

D'altra banda, cal dir que l'adjudicació de les Beques a què fem referència és potestat de la Junta de Govern de l'Acadèmia sota una recomanació, certament, de la Junta Permanent, la qual pot o no ser atesa. Amb això vull manifestar-li que, sense defugir en absolut la part de responsabilitat que em pertoca, el resultat final del procés és competència final del màxim òrgan de govern de la nostra institució.

1872 140 ANYS D'HISTÒRIA 2012

CONTINUA PÀGINA 16

12. BÚSTIA

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

Em consta categòricament, Dr. Arboix, el gran esforç, la il·lusió i la cura que vostè i la Societat han esmerçat en la preparació de la memòria. Ni més ni menys que algunes de les altres Societats que es presentaven a les beques, però aquest motiu no crec que sigui substantiu per argumentar la frustració a la que vostè es refereix.

Discrepo totalment i amical de vostè quan m'atribueix manca de sensibilitat envers la Societat Catalana de Neurologia. En efecte, dintre les meves especialitats de Medicina Interna i de Medicina Intensiva, la Neurologia ha estat una de les àrees que he conreat amb més interès i afecció, tant és així que he publicat dos llibres referents al tema (*Neurologia Crítica*. À. Net, Ll. Marruecos. Springer-Verlag. Barcelona,1994 i *El paciente neurocrítico*. À. Net, Ll. Marruecos. Ars Medica. Barcelona, 2006) en els quals han participat prestigiosos neuròlegs membres de la Societat. Ultra això, dins de la Societat Catalana de Neurologia tinc sortosament alguns dels meus millors amics i he seguit els passos d'aquesta Societat amb el màxim interès. He publicat alguns escrits de caire històric en els quals faig referència a la importància que van tenir els mestres pioners de la Neurologia Catalana en la consolidació i el desenvolupament de l'especialitat en el nostre país i el seu lideratge en l'expansió de l'especialitat a l'estat espanyol (Relacions de la medicina catalana amb les diferents escoles mèdiques d'Europa i Amèrica durant el període 1890-1939. Annals de Medicina: Volum 94, número 4, octubre/novembre/desembre 2011).

Finalment, qualsevol que llegeixi el meu prefaci per a la commemoració del cinquè aniversari del Butlletí, que vostè va tenir la gentilesa d'encomanar-me, no podrà dir que el firmant té poca sensibilitat per la Societat Catalana de Neurologia. Tampoc no puc admetre que vinculi la meva suposada manca de sensibilitat per la Societat a l'amable invitació que vostè em va fer en les dues ocasions que vam celebrar a Vic la Reunió anual de la Societat, a les quals vaig assistir i vaig agrair no només per obligació institucional sinó amb veritable plaer.

1872 140 ANYS D'HISTÒRIA 2012

Em resta, benvolgut Dr. Arboix, posar a la seva disposició i a la de la Societat Catalana de Neurologia tot el suport de la gerència i els serveis administratius de l'Acadèmia, en el cas que siguin requerits, per tal de trobar solucions que permetin l'equilibri pressupostari per tal d'evitar el que vostè ha qualificat de

CONTINUA PÀGINA 17

12. BÚSTIA

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

pèrdues materials significatives, tot recordant-li que l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i les Balears és casa seva i que, per tant, poden utilitzar l'auditori, les sales, aules, i els Serveis que l'Acadèmia ofereix a totes les societats.

Pel que fa referència a la notícia que em dóna de traslladar a l'Assemblea de la Societat Catalana de Neurologia el que m'expressa en a la seva carta, puc assegurar-li que em sembla una magnífica idea, pregant-li a la vegada que vulgui ser també el meu portaveu i doni compte als nostres consocis d'aquesta lletra que li estic adreçant, per si algun d'ells vol tenir en consideració alguns dels criteris que li estic manifestant.

A manera de cloenda li vull assegurar, estimat amic, que em sap molt de greu la discrepància que constatem en aquest afer i li expresso el desig que el pesar, el dol, la tristesa, la profunda decepció i el molt decaïment, segons paraules seves, puguem transformar-los en eficaç esforç i amical companyonia en pro d'assolir els nobles objectius de la nostra institució.

Rebi mentrestant l'assegurança dels meus més sincers sentiments d'amistat i consideració.

Cordialment,

Àlvar Net
President de l'Acadèmia

12. BÚSTIA

Dr. Adrià Arboix
Dr. Francesc Purroy
Editors del Butlletí de la SCN

Benvolguts companys,
Acabo de llegir el Butlletí num. 17 (Abril 2012) de la nostrada SCN, i com responsables i ben segur ànimes del seu contingut, no puc menys que fer-vos arribar la meva sentida felicitació.
Al llarg de diferents apartats i capítols he gaudit amb l'esperit català que transmet tota la revista. No ja simplement amb la llengua i la seva projecció científica, sinó amb la notòria reivindicació nacionalista repetidament plasmada amb frases de ple contingut polític, i reblades amb un bonic final que ens recorda visualment la dita clàssica de Salses a Guardamar, i de Fraga a Maó, sense oblidar-se de l'Alguer ni de l'ignorat topant de Carxe.
Enhorabona, i que el camí obert tingui sempre una continuïtat reforçada, que falta ens fa.
Ben cordialment
Dr Romà Massot

A l'atenció del President Dr Oriol de Fàbregues,
Del darrer President Dr Adrià Arboix i
De tota la Junta de la SCN

Benvolguts companys,
Molt em plau veure el gran nombre d'aportacions científiques fetes a la darrera Reunió Anyal de la SEN.
No tinc xifres evolutives o comparatives amb anys previs però la impressió és la d'una corba ascendent.
És una excel·lent senyal de vitalitat, i un bon auguri neurològic de cara a l'esdevenidor .
Encara és més satisfactori verificar que totes les comunicacions o, si més no, els resums, són fets en català.
Això va en favor de les joves generacions, que estimen i empren la llengua de Catalunya, quan es tracta d'una Reunió o Publicació dins de l'àmbit dels Països Catalans.
D'altra banda sorprèn una mica l'alta participació d'alguns dels Centres de Referència, i la pràctica o total absència d'Hospitals que ostenten un nivell similar. Crec que la Junta hauria de plantejar-se el perquè d'aquesta greu asimetria, i resoldre qualsevol incidència que ho pugui motivar.
Només em resta desitjar un brillant futur a la nostra neurologia, que sens dubte farà honor a una llarga tradició que va iniciar-se fa dos segles.
Cordialment

Dr. Romà Massot i Punyet
Expresident de la SCN
Membre d'Honor de la SCN

Benvolgut Dr. Gallofré,

Gràcies per fer-nos arribar aquestes dades del SEM i fer-nos participar de les decisions que es van prenent respecte a la direcció del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral. Entenc pel què explica la carta que el Codi Ictus es continuarà gestionant com hem fet fins ara. Per suposat, compta amb la nostra col.laboració per seguir mantenint el grau d'excel.lència.

Salutacions,

Jurek Krupinski

13. L'ENTREVISTA. DR. ANTONI DÀVALOS

El Dr. Antoni Dávalos és Director Clínic del Departament de Neurociències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol així com Professor associat de Neurologia. Prèviament va ser cap de servei de l'Hospital Josep Trueta de Girona.
Capdavanter i avantguardista, ha liderat la recerca en el camp Neurovascular del nostre país. En els darrers anys ocupa el càrrec de director clínic del programa corporatiu Ictus dels hospitals de l'ICS.

Què et va fer decidir a fer Neurologia i posteriorment dedicar-te al món neurovascular?
La neurologia va ser una elecció, dintre de l'àrea de les especialitats mèdiques, per poder fer la residencia a Barcelona. No m'havia plantejat ser neuròleg abans de seleccionar aquesta plaça en el concurs oposició. Els resultats professionals i la meva vida familiar des de llavors m'han demostrat que va ser una bona elecció continuar a Barcelona. Em vaig dedicar al mon neurovascular gràcies a un bon amic neuròleg que em va permetre desenvolupar un espai de lideratge en aquest camp ja quan era resident

Quina característica valores més en un Neuròleg?
No crec que un neuròleg hagi de tenir característiques diferents a altres persones. Jo valoro molt la responsabilitat, la lleialtat, la capacitat de innovar, però amb metodologia estricta, i especialment el seny en la pressa de decisions. Intento estimular al meu equip perquè s'esforcin en sortir per damunt de la línia que marca el rendiment mitjà.

Durant la teva vida professional, quin descobriment destacaries en el camp de la Neurologia i perquè?
Evidentment les tècniques de neuroimatge, i especialment la ressonància magnètica. Hi han hagut avenços importants en el diagnòstic genètic, en la prevenció i en el tractament de moltes malalties neurològiques, però els avenços en la neurorradiologia diagnòstica han marcat un abans i un després en la nostra pràctica clínica i han estalviat incomoditats i patiments als malalts. Jo vaig viure de resident el final de les mielografies amb lipiodol, de les arteriografies per punció carotídia i de la placa de crani urgent com a mesura diagnòstica urgent en l'ictus agut!

Quins consideres són els reptes a assolir en el camp neurovascular?
Crec que tenim encara un repte prioritari, com és la creació d'unitats d'ictus en tots els hospitals que ingressen aquest malalts, i la conscienciació que en cas contrari, el malalt ha de ser derivat o tractat mitjançant telemedicina. Això era obligatori assolir-ho segons l'OMS l'any 2005, però encara extenses àrees de l'estat espanyol no disposen d'aquestes unitats. El coneixement de la malaltia per part de la població és l'altre repte. Als pacients i familiars hauríen de ser conscients de la necessitat d'una atenció especialitzada immediata. D'aquesta manera ens ajudarien a pressionar a les autoritats sanitàries per l'organització del sistema Codi Ictus, que només està clarament instal·lat a Catalunya i a Madrid. No sembla prudent plantejar altres fites més ambicioses quan no hem aconseguit el prioritari

De quina de les teves nombroses publicacions estàs més satisfet?. Ens la podries explicar una mica?
Jo crec que de la que vaig publicar a Neurology l'any 1992. Era el meu primer article d'impacte, fet a un hospital provincial amb mitjans limitats. Vaig descriure els factors clínics i d'imatge associats a l'infart progressiu en un estudi prospectiu. L'efecte deleteri de la hiperglucèmia va ser reconegut per primera vegada. A més, aquest treball em va obrir les portes d'una col·laboració científica, i especialment d'una gran amistat amb José Castillo. Amb ell, vàrem aprofundir en el tema i l'any 1997 descrivíem el paper del glutamat en la progressió clínica del dèficit neurològic a la revista Lancet. A partir d'aquest moment vaig iniciar el meu reconeixement internacional i amb ell la possibilitat de participar en projectes i assaigs clínics que han estat crucials pel tractament dels malalts, com els estudis amb tPA intravenós

Quin és el teu projecte més proper?
Sens dubte és un projecte de gestió assistencial i de recerca, que hem anomenat Projecte Corporatiu Ictus, i que pretén integrar amb un node únic professionals de diferents àrees implicades en l'ictus i que treballen en els 8 hospitals de l'ICS. El projecte engloba el desenvolupament d'unitats d'ictus acreditades, d'una guàrdia corporativa de tractament terciari (neurointervencionisme i neurocirurgia vascular), registres i protocols assistencials comuns a tots els centres, i projectes de recerca col·laboratius amb finançament públic o privat.

Quina és l'estratègia d'un cap com tu per a sobreviure i tirar endavant una xarxa nacional de maneig del pacient amb ictus? Tens alguna fórmula magistral?
No crec que hi hagi una fórmula magistral per impulsar el treball en equip d'aquesta xarxa d'hospitals. Hem necessitat dos anys per començar a posar els fonaments d'aquest sentiment de node ICS i de grup únic. He tingut que planificar, però també improvisar, moltes mesures per adaptar-me a uns interessos força diferents entre el professionals, i també dels propis equips directius. L'única manera d'avançar és la negociació i per tant s'ha de cedir amb flexibilitat quan veus que estàs encallat. La major dificultat en els moments

actuals és fer entendre que tothom hi guanya quan no tens recursos per assignar

Somia: com creus que serà la vida del Neuròleg d'aquí 20 anys?
Imagino que farem moltes coses des de l'iPad o com es digui llavors a través de TICs. La imatge substituirà les proves funcionals que utilitzem actualment, prendrem decisions basades en algoritmes i en intel·ligència artificial i els estudis genètics i la bioinformàtica ens donaran el diagnòstic de moltes malalties. Espero que conservem el tracte humà i la proximitat als nostres malats, encara que "l'ull clínic" i les decisions individualitzades estimo que seran menys habituals.

Si un fill teu et digués que vol ser neuròleg, el recolzaries o li trauries del cap?
No ho han estat, però he de reconèixer que no els vaig estimular a ser-ho. Sóc massa exigent a la feina i no vaig estar segur d'acceptar que els meus fills no fossin grans professionals de la neurologia. Les raons han estat exclusivament emocionals. Crec que les neurociències tenen un gran futur.

Escull un lema o una frase feta amb la que t'identifiquis
Per ser feliços hem de saber gaudir del que tenim. Però la frase que més gràcia m'ha fet es la d'Albert Einstein: "Hay dos cosas infinitas: el Universo y la estupidez humana. Y del Universo no estoy seguro."

Recomana'm una cançó?
Calling you, de la pel·lícula Bagdag Café, cantada per Jevetta Steele

Un llibre?
La sombra del viento

Per últim, quan costa un tallat al vostre hospital?
0,40 Euros

14. RACÓ DEL RESIDENT

Per error en el darrer número del butlletí no es va publicar la discussió feta per l'Hospital U. de Bellvitge del cas presentat per l'Hospital U. Arnau de Vilanova consistent en una pacient de 46 anys amb un quadre subagut de trastorn amnèsic i posterior síndrome febril associada a meningitis asèptica. (Butlletí número 16).
Només es va publicar el desenllaç del cas (Butlletí número 17).

En el present apartar es publica la discussió feta per l'Hospital U. De Bellvitge i es planteja un nou cas per part de l'Hospital U. de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Álvaro Cobo Calvo, Cristina Izquierdo Gracia i Sergio Martínez-Yélamos. H. U. Bellvitge

Discutim el cas d'una dona de 46 anys d'edat que en el període de quatre dies va presentar un quadre progressiu d'alteració de la memòria amb posterior síndrome febril i meningitis asèptica. Posteriorment, es descriuen les característiques limfocitàries del líquid cefalorraquidi (LCR) junt amb la positivitat per a Mycoplasma pneumoniae (M. P.) i negativitat per a la PCR de virus herpes símplex (VHS). Inicialment la pacient va ser tractada amb aciclovir i corticoides que després d' obtenir la negativitat de la PCR per VHS van ser suspesos. Després de 10 dies de tractament amb Azitromicina la pacient va presentar milloria clínica.
La pacient no complia criteris clínics per la Malaltia de Behçet(MB) en el moment de l'ingrés (només presentava aftes orals i genitals). Durant l' ingrés es va objectivar un fenòmen de patergia positiu en el punt de la punció venosa. Per tant, malgrat de no realitzar-se un test de patergia de forma reglada, és molt probable que la pacient presentés la MB.

L'afectació del SNC a la MB s'objectiva en el 10-15% dels pacients en forma de trombosis venosa, vasculitis o lesions parenquimatoses en el tronc de l'encèfal i a ganglis basals. En el present cas, les lesions descrites a la RMN cranial no són suggestives de MB. No hem trobat a la literatura afectació hipocampal en pacients amb MB.

Es va objectivar una PCR per a M.P. en el LCR. L' afectació neurològica del M. P. es caracteritza per meningoencefalitis, meningitis asèptica, afectació vascular que clínicament es presenta en forma d'ictus isquèmic, mielitis i afectació del sistema nerviós perifèric amb radiculopaties, neuropaties o afectació de parells cranials. S' han descrit formes focals d'afectació parenquimatosa en forma de necrosis bilateral del nucli del caudat i tàlem. L' afectació focal hipocampal uni o bilateral, però, no és habitual .
El quadre en la pacient orientava cap a una encefalitis límbica (EL). Les manifestacions clíniques clàssiques de l'encefalitis límbica venen donades per trastorns amnèsics que característicament preserven la informació autobiogràfica, crisis comicials temporals o psicomotores que predominen sobre les crisis generalitzades i alteracions psiquiàtriques. La major part dels pacients tenen un LCR patològic amb pleocitosis limfocítica, un moderat augment de les proteïnes, normalitat en la concentració de la glucosa i en ocasions, positivitat tant per a bandes oligoclonals com per a índex IgG. Fins en un 40% dels casos el resultat de l'anàlisi del LCR és normal. El EEG és patològic en gran part dels pacients. Fins en el 80% dels casos i depenent de la patologia subjacent, s'objectiva hiperintensitat en T2 o FLAIR en regió medial temporal de forma asimètrica, la captació de contrast és infreqüent.

La combinació de les característiques clíniques, del LCR, del EEG i de la RMN suggereixen el diagnòstic però normalment no identi-

fica l'etiologia subjacent. Diferents entitats s'han vist relacionades amb la EL. Entre elles, citarem les més freqüents i discutirem quines s'ajusten més a les característiques de la pacient.
LA EL d'etiologia viral sempre ha d'estar present sent el virus herpes símplex (VHS) ha de ser el primer en descartar-se donat que presenta una elevada morbimortalitat si no es diagnostica i es comença ràpidament el tractament adequat. El VHS es presenta radiològicament a la RM amb lesions hiperintenses en els lòbuls temporals i/o regió orbito basal dels lòbuls frontals en les seqüències T2, FLAIR i difusió. La PCR VHS és el "gold standard" amb sensibilitat i especificitat del 94% i 98% respectivament. Donada la negativitat de la PCR-VHS i la milloria de la pacient sense aciclovir, no creiem que aquesta sigui la etiologia.

El virus herpes-humà-6 (VHH6) és una causa menys freqüent però no menyspreable d'encefalitis límbica. S'observa principalment, en pacients immunocompromesos, típic en trasplantats del moll de l'os. Els pacients presenten un quadre de desorientació i confusió així com alteracions amnèsiques, crisis comicials i/o dèficits focals. El diagnòstic es realitza per PCR de VHH-6 en LCR. La RMN cranial mostra les típiques troballes d'encefalitis. Donat que la pacient no presenta factors de risc per la immunosupressió i donada la reversibilitat del quadre sense tractament antivíric (Foscarnet d'elecció), no considerem aquesta la etiologia de la EL.

Altres virus associats a EL i que han estat identificats de manera aïllada són el VVZ i el CMV. Donat que la relació d'aquestes entitats amb la EL és excepcional i ja que la pacient va presentar milloria clínica espontània és molt poc probable la seva associació en aquest cas.

Diferents causes sistèmiques s'han relacionat en alguna ocasió amb l'encefalitis límbica. Entre elles, a pesar de que és poc freqüent, es troba el Lupus Eritematós Sistèmic (LES) amb clínica clàssica de EL, LCR normal o amb elevació de proteïnes, EEG amb descarregues crítiques, positivitat per anti DNA i rara vegada amb afectació medial dels lòbuls temporal. La Síndrome de Sjogren i la síndrome antifosfolípidic poden originar ocasionalment una clínica similar a la EL, però no s'han relacionat amb una afectació hipocampal a la RMN.

Altres entitats autoimmunes relacionades amb la EL són la vasculitis primària del SNC i la tiroïditis de Hashimoto. Totes dues poden presentar-se amb la clínica clàssica i amb alteracions de senyal en el T2 i FLAIR de l'àrea límbica.
Sembla poc probable que aquestes malalties descrites siguin la causa de la EL en la nostre pacient donat que és estranya la seva relació amb la EL i la pacient no presenta altre clínica suggestiva d'elles.

Les epilèpsies temporals, en concret l'esclerosis mesial temporal , en el 65% dels casos són causa d'epilèpsia del lòbul temporal i s'han de tenir presents. Es poden acompanyar d' hiperintensitat en el lòbul temporal i de pleocitosis. En aquest cas, no es descriuen antecedents de risc per al desenvolupament de crisis comicials (infeccions, hipòxia perinatal, traumatismes, crisis febrils), i tampoc símptomes de crisis comicials ni d'aures temporals (deja vú, por, ictal, cacòsmia...) . A la RMN cranial no s'objectiva atrofia ni esclerosis de l'hipocamp. S' hauria de completar el estudi amb EEG .

Les encefalitis autoimmunes i d'origen paraneoplàsic són un rar espectre de malalties en les que la seva etiologia s'associa a anticossos específics que reconeixen antígens expressats tant en el sistema nerviós central com en diferents tumors. Tant els anticossos contra antígens intracel·lular (anti-Hu, CV-2..) com els superficials del neuròpil (anti NMDA, AMPA, GABA...) s'han vist involucrats en pacients amb EL. Actualment, la classificació de les encefalitis límbiques es realitza en funció de l'anticòs present. S'ha de destacar que els pacient amb EL secundaria a anticossos contra el neuròpil presenten millor pronòstic amb el tractament, ja sigui corticoide o immunomodulador , un altre percentatge milloren de forma espontània. Al contrari, aquelles amb anticossos contra antígens intracel·lulars presenten un pitjor pronòstic, millorant en algunes ocasions amb l'exèresi del tumor subjacent. Al 2003 Graus et al. van establir els criteris que defineixen les síndromes paraneoplàsic neurològics. (Taula. 1)
En primer lloc, la major part dels anticossos contra antígens intracel·lulars s'han associat tradicionalment a síndromes paraneoplàsics si bé és cert que no tots són donats per la presència d'una tumoració.
Els anticossos anti-HU són dels que més freqüentment es relacionen amb EL tot i que també es relacionen amb altres estructures del SNC i del Sistema Nerviós Perifèric (SNP). S'associa fonamentalment a neoplàsia pulmonar de cèl·lula petita (NPCP) objectivant-se aquest anticòs fins en un 50% dels casos de NCP i EL.
Els anticossos anti-Ma2 s'ha relacionat clàssicament amb homes amb tumor germinal testicular encara que també s'ha objectivat en dones amb càncer de mama i càncer de pulmó de no –cèl·lula petita. Destaquem que a diferència de la resta d'anticossos anti-antigen intracel·lular, el 35% dels pacients amb EL i anticossos anti Ma2 presenten millora amb el tractament.
Altres anticossos relacionat són els anti CV2 associats a timoma i NPCP i de manera excepcional i en casos aïllat, els anticossos RI (tumor carcinoide), amfifisina (NPCP) i adenilat ciclasa 5 (dos casos sense tumor objectivable)
Entre aquests anticossos hem de tenir present l' anti-Hu, per la seva freqüència comparat amb la resta d' anticossos, pels antecedents de tabaquisme i l'afectació clínica-radiològica compatible. Els Anti-Ma són més freqüents en homes i la resta d'anticossos semblen poc probables en aquest cas. La pacient va millorar espontàniament sense l' extirpació de cap neoplàsia subjacent cosa que no recolzaria aquest diagnòstic.
Per altre banda, la EL relacionada amb anticossos contra antígens del neuròpil del hipocamp o del cerebel són un conjunt d'entitats en les que actualment, s'estan ampliant els coneixements. Entre ells:
Els anticossos anti-NMDA s'observen fonamentalment en dones (rang: 26-76 anys mitjana 19 anys), amb hipertèrmia i lleu meningisme així com alteracions del comportament. Associat a teratoma fins en el 55% de les dones majors de 18 anys i un 2% associat a altres tumors com el limfoma de Hogdking o el neuroblastoma. El LCR mostra pleocitosis limfocitària i/o proteïnorràquia en el 94% dels casos sent freqüent la síntesi intratecal d' anticossos. La RMN cranial és patològica amb afectació medial dels lòbuls temporals en el 50% dels casos.
Els anticossos anti receptors de l'àcid alfa-amino-3-hydroxy-5-methy4-isoxazolepropionico (anti-AMPAR) i de l'anti-receptor de l'àcid gamma aminobutíric
(GABAab-R) s'objectiven en dones en el 90% i 50% dels casos respectivament, amb clínica clàssica de EL encara que en el segon predominen les crisis convulsives. A la RMN cranial s'objectiva afectació medial del lòbul temporal fins en el 90% dels casos en el primer i en el 66% en el segon . La pleocitosis limfocitària s'observa en el 90% de totes dues entitats. Els anticossos anti-AMPAR es relacionen amb un tumor en el 70% de les ocasions sent més freqüent el timoma, la neoplàsia de pulmó i de mama mentre que en els anti GABAb-R es relacionen amb malignitat en el 60% dels casos , el CPC és el més freqüent. Tots dos, poden presentar alhora també altres anticossos, destacant de manera especial els anti-GAD.
El anticossos leucine-rich glioma-inactivated 1 (LGI 1) s'associen fins en el 65% dels casos a dones d'entre 30 i 80 anys amb clínica clàssica de EL i afectació temporal medial en RMN cranial i en el

84% del pacients. Únicament en una minoria dels pacients es troba un tumor subjacent , sent el més freqüent el pulmonar o el timoma. Els anticossos anti Casper-2 s'associen fonamentalment a homes i a la clínica de EL tot i que és característica la seva relació amb el síndrome de Morvan consistent en una hiperexitabilitat del sistema nerviós perifèric.
Sembla compatible l'associació de les característiques que presenta el pacient amb algun dels anticossos contra el neuròpil de l'hipocamp. Qualsevol de les tres primeres entitats comentades podrien relacionar-se amb la clínica i les troballes tant en LCR com a la RMN cranial.
Sens dubte, i per a confluir, s'ha de fer un estudi d'extensió amb TAC toràcic, abdominal i pelvià, i si fos possible un PET junt amb un estudi complet amb anticossos paraneoplàsics i resta de malalties descrites amb anterioritat. A pesar, d'això en un 40% dels pacients, els resultats seran negatius i no es trobarà la causa subjacent.

Taula. 1
Criteris establerts per la Paraneoplastic Neurological Syndrome Euronetwork (Graus et al.)
1) Començament subagut (dies o fins 12 setmanes) de crisis comicials, pèrdua de memòria, confusió y símptomes psiquiàtrics i,
2) Evidència neuropatològica i radiològica (MRI, SPECT, PET) d'afectació del sistema límbic
3) Exclusió d´altres possibles etiologies de disfunció límbica
4) Demostració d´una neoplàsia en els 5 anys següents al diagnòstic, del començament dels símptomes neurològics o desenvolupament de símptomes clàssics de disfunció límbica.

Veure resolució del cas a la pàgina 15 del Butlletí número 17

NOU CAS:

ENCEFALITIS LÍMBICA EN PACIENT AMB TRASPLANTAMENT AL·LOGÈNIC DE MOLL D'ÓS:

Juan Marín, Eva Martinez-Lizana, Estrella Morenas, Pep Munuera, Javier Pagonabarraga.
Hospital de la Sant Creu i Sant Pau, Barcelona.

Home de 63 anys, ingressa el febrer del 2012 de manera programada al servei d'hematologia del nostre hospital per a realitzar transplantament al·logènic de moll d'ós, no emparentat, amb HLA idèntic.
El pacient té una història de mieloma múltiple IgG lambda de 10 anys d'evolució. El mieloma es va diagnosticar l'any 2002, però no va requerir tractament fins l'any 2005, moment en el que va presentar progressió, indicant-se quimioteràpia. El 2006, davant nova progressió, es va realitzar autotransplantament de moll d'ós, que es va haver de repetir l'any 2007. Davant noves recidives els anys 2008 i 2009, el pacient va tornar a rebre quimioteràpia, aconseguint-se aleshores un estat de remissió completa. Fins el setembre del 2011, quan una nova recidiva va aconsellar la realització d'un trasplantament al·logènic de donant no emparentat.

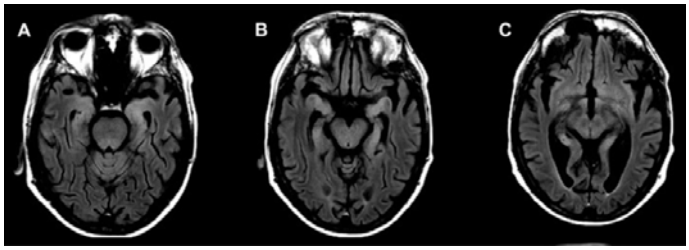
Al cinquè dia d'haver-se realitzat el trasplantament, el pacient va desenvolupar febre, recollint-se múltiples cultius i iniciant tractament empíric amb vancomicina i cefepime. També es va administrar factor de creixement de granulòcits (G-CSF). Cinc dies més tard, el pacient seguia estant febril, sense haver-se detectat cap cultiu positiu. Als 13 dies de l'inici de la febre, i després de mantenir-se 3 dies afebril, es va reduir l'espectre antibiòtic, modificant-se el tractament a levofloxacino, i als 16 dies, seguint sense símptomes, es va retirar l'antibioteràpia. El dia 19, però, la febre va reaparèixer, re instaurant-se l'ús de levofloxacino, i davant la persistència de la febre, als 4 dies, es va ampliar la cobertura amb meropenem, vancomicina, fluconazol i aciclovir.

Durant tots aquests dies, la febre no es va acompanyar de cap altre símptoma que orientés envers el focus infecciós. El dia 28, tot i estar afebril, i per primera vegada durant l'ingrés, el pacient va desenvolupar quadre confessional, pel que es va consultar a neurologia.

A la primera valoració neurològica, el pacient estava conscient, però inatent, i desorientat en temps, espai i persona, amb disàrtria lleu sense trets afàsics. També s'observaren mioclònies d'acció generalitzades, de predomini a les quatre extremitats, sense afectació abdominal ni en regió orofaríngea. La inatenció impedia el pacient fixar i processar noves informacions de manera molt marcada. La resta de l'exploració neurològica era normal.

L'hemograma va mostrar anèmia lleu amb Hb 10,1g/dL, 17000 plaquetes /mm3, sense alteracions de la sèrie blanca. La bioquímica va detectar hiponatrèmia, amb Na+ inicial = 125 mEq/L i segona determinació de 132, amb LDH = 1340 U/L i sense altres alteracions. La TC cranial no va mostrar alteracions i al líquid cefaloraquidi es van trobar 40 cèl·lules, majoritàriament limfòcits, 40mg/dL de proteïnes, i glucosa normal.

Amb la orientació sindròmica d'encefalopatia difusa es va plantejar com a diagnòstic diferencial.



RM als 3 dies d'haver-se iniciat la clínica neurològica va mostrar hiperintensitats en les seqüències FLAIR amb afectació predominant al sistema límbic.

15. ACTUALITZACIÓ EN ..... CEFALEA

Amb aquest número 18 del butlletí s'enceta una nova secció en el que periòdicament es faran actualitzacions de la bibliografia més recent de les patologies més prevalents.
En aquest primer número el tema escollit ha estat la cefalea.

REVISIÓ DE CEFALEA 2011-2012

Cristina González Mingot
Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

La cefalea, com a símptoma, té una prevalença del 74% en la nostra societat i suposa el primer motiu de derivació a la consulta de neurologia [1]. Entre un 3 i un 5 % dels casos pateixen cefalea diàriament [2, 3]. S´ han documentat les importants repercussions a nivell social, laboral i econòmic de la cefalea. Per aquesta raó, la migranya ocupa un dels primers 20 llocs en l´ escala de discapacitat de l'OMS. En els darrers anys, estem vivint l´ avenç en els coneixements fisiopatològics i genètics dels diferents tipus de cefalea. Aquestes troballes estan impulsant la recerca de nous tractaments i intervencions en aquest camp.

Aquesta revisió pretén sintetitzar els articles més rellevants en els diferents àmbits del món de la cefalea en el darrer any. Com passarem a descriure a continuació, les principals novetats les trobem pel que fa al tractament simptomàtic i preventiu de les cefalees primàries, mentre que en el camp de la genètica, la clínica i la epidemiologia les aportacions d´ aquest any tenen una menor transcendència.

Tractament simptomàtic de les cefalees primàries

L´ Aparició dels triptans en la dècada dels noranta va marcar un abans i un després en el tractament de les crisis de migranya i d´ altres cefalees primàries. En l´ actualitat disposem de 7 triptans amb característiques farmacocinètiques pròpies. No obstant, en la pràctica diària encara ens trobem amb algunes limitacions ja que no són efectius en el 35% dels pacients migranyosos, estan contraindicats en pacients amb patologia cardiovascular coneguda, HTA incontrolada i en alguns tipus de migranya com la migranya hemiplègica [4-6].

Els antagonistes del receptor del pèptid relacionat amb el gen de la calcitonina CGRP-R (gepants) són fàrmacs mancats d´ un efecte vasoconstrictor i amb un efecte més perllongat en el temps que no pas els triptans. El seu desenvolupament ha estat abandonat pel moment, degut als seus efectes tòxics a nivell hepàtic. En els estudis realitzats amb el nou gepant BI44370TA no s´ han confirmat aquestes alteracions, pel que es creu que podria no tractar-se d´ un efecte de classe[7]. Els nous antagonistes CGRP-R; BMS-927711 i BI 44370 TA estan en el punt de mira dels futurs estudis [8].

Per altra banda, i en base a la implicació de l´ òxid nítric en la fisiopatologia de la migranya, s´ ha proposat el potencial efecte en la migranya dels inhibidors de la sintasa d´ òxid nítric (iNOS). Els resultats de l´ estudi realitzat amb l´iNOS GW274150 mostren que aquest fàrmac no és efectiu en el tractament preventiu ni en les crisis agudes de migranya [7]. D´ altra banda, noves molècules iNOS amb característiques prometedores com la N-(1-(piperidin-4-yl) indolin-5-yl)thiophene-2-carboximidamide estan sent desenvolupades [9].

Un estudi previ realitzat en 130 pacients amb migranya, en el que s´ administrà 20 mg de lasmiditan endovenós, un nou agonista selectiu del receptor 5-HT1F sense efectes vasoconstrictors, o placebo va demostrar l´ efectivitat del fàrmac a les 2 hores de l´ administració [10]. Per tal de confirmar l'eficàcia i seguretat del tractament oral amb lasmiditan, els investigadors realitzen un estudi multicèntric en el que participen un total de 512 pacients amb crisis de migranya amb o sense aura d´ intensitat moderada o severa. Els participants es van randomitzar en els diferents grups: placebo, 50 mg, 100 mg, 200 mg o 400 mg del fàrmac a estudi. Es va instruir als pacients a tractar les crisis de migranya dins de les primeres 4h amb el fàrmac de l´ estudi. En totes les dosis de lasmiditan es va obtenir una superioritat en la reducció del dolor respecte a placebo, els efectes més destacables es van obtenir amb les dosis de 100 i 400 mg, essent comparables a la dels triptans i gepants. De manera característica es van obtenir millors resultats amb el tractament administrat per via oral que endovenós (38 i 19 % respectivament) que podria ser degut a que les dosis endovenoses utilitzades van ésser inferiors a les dosis orals [11]. Els efectes adversos (EA) més notables van succeir a nivell del sistema nerviós central en forma de marejos, fatiga, vertigen, parestèsies i somnolència. Aquests, augmentaren proporcionalment amb la dosis del fàrmac. La freqüència d´ EA va ésser del 62 % per la dosis de 400mg vo de lasmiditan, 25% per la dosis de 20 mg ev, mentre que en estudis previs amb triptans s´ apropà al 16%[11]. La bona resposta a les 2h del tractament i el seu perfil de seguretat senyalarien la dosis de 100 mg com la indicada per a futurs assajos. Els autors conclouen que un fàrmac sense efectes a nivell vascular pot ésser efectiu en el tractament de les crisis de migranya, suggerint d´ aquesta forma que la migranya és una malaltia neuronal i no una patologia vascular com indiquen els darrers estudis. En conclusió, el lasmiditan és una fàrmac sense efectes vasoconstrictors efectiu en el tractament de les crisis de migranya, no obstant, presenta una alta tassa d´ efectes adversos [11].

Pel que fa als estudis amb triptans, cal comentar els dos estudis realitzats per un grup de New Jersey. El primer d´ ells, demostra que l´ efecte del rizatriptà en les crisis de migranya no es veu modificat pel tractament amb topiramat preventiu [12]. En el segon, s´ avalua la seguretat i l´ eficàcia del rizatriptà en migranya pediàtrica. Obtenen com a resultat que l´ esmenat fàrmac va demostrar una millora estadísticament significativa respecte al placebo en l' eliminació de dolor i va ser generalment ben tolerat en pacients amb migranya d' entre 6 i 17 anys d´ edat [13].

Tractament preventiu de les cefalees primàries

Al voltant d´ un 2% de la població patirà una migranya crònica (MC) al llarg de la seva vida, amb les importants implicacions en la qualitat de vida que això implica. Són pocs els assajos controlats i amb doble cec que han estudiat l´ eficàcia de la prevenció oral en la cefalea crònica diària i MC [14-20]. La toxina Botulínica A s´ ha vist capaç de disminuir el dolor associat a diverses patologies, incloent-hi la migranya.

En el treball d´ Aurora i col·laboradors inclou un total de 1384 pacients amb migranya crònica i sense tractament preventiu en el que van participar 122 centres de 6 països diferents. Els pacients es van estratificar en dos grups: Onabotulinumtoxina A (n= 688) o placebo (n=696). Es van administrar 5 unitats de toxina en 31 punts fixos cada 12 setmanes, amb la opció d´ utilitzar 40 U extra en musculatura occipital, temporal i trapezis. L´ Estudi es va dividir en una primera fase de 24 setmanes de doble cec (2 cicles) i una segona fase oberta de 32 setmanes (3 cicles). Es va obtenir una disminució significativa en la freqüència basal dels episodis de migranya a la setmana 56 de l´ estudi. A més a més, a la setmana 24 es va objectivar una reducció estadísticament significativa en la freqüència d´ administració d´ analgèsia en els pacients en el braç de Onabotulinumtoxina A respecte al placebo. Pel que conclouen que el tractament amb 5 cicles de Onabotulinumtoxina A és efectiu, segur i ben tolerat en adults amb MC [21].

Un segon estudi dels mateixos autors avalua l´ impacte en la qualitat de vida del tractament amb Onabotulinumtoxina A en pacients amb MC mitjançant l´ escala HIT-6 . L´ estudi aporta una evidència classe 1A respecte a que aquest fàrmac millora la qualitat de vida del pacients amb MC [22].

Del metanàlisis realitzat pel grup de Jeffrey s´ extreu que el tractament amb toxina botulínica A es capaç de produir un benefici lleu-moderat respecte a la reducció del nombre d´ episodis de migranya mensuals en pacients amb migranya crònica i cefalea crònica diària respecte al placebo, mentre que no s´ obtenen efectes significatius en el cas de la migranya episòdica i la cefalea tensional crònica [23].

Pel que fa als fàrmacs utilitzats en el tractament preventiu de primera línia en la migranya, destaquen els resultats obtinguts en l´ estudi realitzat pel grup de Silberstein. És tracta d´ un assaig doble cec en el que participen 250 pacients amb més de 10 crisis de migranya al mes en tractament amb topiramat en dosis de 50 a 100 mg al dia associat a 240 mg de propanolol al dia o placebo. Els autors no troben diferències significatives entre el grup de teràpia combinada (topiramat més propanolol) i el de monoteràpia (topiramat més placebo), fet que contradiu l´ experiència prèvia [24].

Opcions de tractament en la cefalea en clúster refractària

Aproximadament el 10-15% dels pacients amb cefalea en raïms o en clúster desenvoluparà una forma crònica de la seva malaltia (CCH). D´ aquests casos, entre el 10 i el 20% no respondran a cap de les pautes de tractaments establertes. Passarem a revisar l´ estat actual de les opcions terapèutiques de la cefalea clúster refractària; com les infiltracions suboccipitals de corticosteroides, la implantació d´ estimuladors suboccipitals, l´ estimulació del gangli esfenopalatí o la neuroestimulació hipotalàmica profunda.

En l´ estudi del grup de Leroux van participar 43 pacients (15 amb la forma crònica i 28 amb la episòdica de cefalea en clúster). Es van dividir en dos grups per rebre tres infiltracions suboccipitals de corticosteroides (3,75 mg de cortivazol) o placebo. A més a més, els pacients van ésser tractats amb verapamil oral. Els autors observen que el tractament repetit amb infiltracions de corticosteroides és efectiu al disminuir de forma significativa el nombre d´ atacs diaris comparat amb el placebo durant els primers 15 dies de l´ estudi. No obstant, el dia 30 els dos grups tenen una freqüència similar de crisis, el que creuen que podria explicar-se per l´ efecte del verapamil oral [25].

En l´ article de Magis i col·laboradors es mostren els resultats del seguiment de 15 pacients amb CCH refractari després de 37 mesos de la implantació d´ un estimulador suboccipital (ONS) en el costat de les crisis. Un d´ ells va tenir una sobreinfecció del material implantat pel que es va haver de retirar el dispositiu. El 80% dels restants van referir una milloria aproximada del 90%, a més a més el 60% van quedar lliures de crisis durant llargs períodes de temps. Dos pacients no van respondre o van referir una milloria molt lleu dels símptomes. La intensitat de les crisis residuals no es va poder modificar amb l'ONS. En base a la seva observació, els autors confirmen l´ eficàcia de l´ ONS en la CCH refractària i la consideren una tècnica segura i ben tolerada. No obstant, no poden deixar de banda l' aparició de crisis contralaterals i els episodis autonòmics aïllats en el 36% dels responedors [26].

En el següent estudi s'analitza l'evolució als 33 mesos, de 5 pacients amb CCH refractari intervinguts amb estimulació hipotalàmica póstero-lateral. Tots ells van restar sense crisis entre 1 i 2 setmanes després del procediment. Després de 33 mesos de seguiment, 2 continuen lliures de crisis, 2 presenten una disminució del 90%, mentre que la resta presenta una disminució del 50% en el nombre de crisis. No es van enregistrar efectes adversos importants, els més freqüents varen ser miosis i eufòria. De forma transitòria i en relació a la modificació dels paràmetres d´ estimulació els pacients van referir diplopia, cansament, cefalea i distonia cervical. En base a l´ anterior, els autors conclouen que la estimulació cerebral profunda a nivell de l´ hipotàlem posterior en pacients amb CCH refractari és una eina efectiva i segura en la reducció de les crisis [27].

Aspectes clínics de les cefalees primàries

Des de el punt de vista clínic el més rellevant del darrer any són per una banda, els estudis referents a la relació entre migranya i dissecció arterial cervical i per l´ altra, la fisiopatologia de la cefalea en raïms o en clúster.

Estudis previs amb menor nombre de casos van suggerir la relació entre la dissecció arterial cervical i la migranya [28-30]. No obstant, continuen existint discrepàncies respecte a l´ associació de la dissecció arterial amb els diferents tipus de migranya. En aquest article es presenten els resultats de l´ anàlisi de 986 pacients amb dissecció arterial cervical i els comparen amb 653 pacients amb ictus d´ altres etiologies. Els autors observen que els ictus deguts a dissecció arterial es presenten més freqüentment associats a migranya que els ictus d´ altres causes (35.7 vs 27.4%, p= 0.0003). Respecte al tipus de migranya, obtenen una major freqüència de migranya sense aura en els ictus deguts a dissecció arterial que en els d´ altres etiologies (20.2 vs 11.2 %, p<0.001) mentre que per la migranya amb aura no s´ objectiven diferències estadísticament significatives. L´aparició de migranya no s´ associà amb la presència d´ isquèmia cerebral ni tampoc va variar el pronòstic de la dissecció arterial [31].

Amb la intenció d´ esbrinar si la facilitació central del processament del dolor trigeminal forma part de la fisiopatologia de la cefalea en clúster, els següents autors presenten 66 pacients (18 amb clúster episòdic en el moment de la crisis, 28 amb clúster episòdic en període intercrisis i 20 amb clúster crònic) i 30 controls. Tots els participants són estudiats mitjançant les tècniques de blink reflex nociceptiu i potencials evocats per estímul dolorós en territori V1 bilateral. Els investigadors detecten una facilitació asimètrica del processament trigeminal del dolor, predominantment a nivell del tronc de l´ encèfal en tots els pacients amb clúster. Aquesta alteració s´ obté d´ una forma més marcada durant les crisis de dolor i persisteix en els períodes intercrisis. En el cas dels pacients amb clúster crònic s´ observen canvis addicionals en els potencials evocats per estímul dolorós. Aquest fet suggereix que es produeixen alteracions en el processament supraespinal del dolor degut a fenòmens de plasticitat neuronal en relació al dolor crònic que no s´ objectiven en el clúster episòdic [32].

Genètica de les cefalees primàries

Els estudis familiars han demostrat que en la migranya existeix un important component genètic associat als factors ambientals. En els darrers anys hem viscut un avenç important en el camp de la genètica de les cefalees primàries. Algunes formes infreqüents de migranya com la migranya hemiplègica familiar ens han ajudat a conèixer la genètica d´ aquestes formes de migranya i les seves variants. A diferència dels anys anteriors, no s´ han descrits nous gens per les cefalees primàries en aquest últim.

En l´ estudi realitzat pel grup de Cox participen 154 pacients amb migranya procedents de l'illa de Norfolk a Austràlia. Es tracta d´ una població aïllada amb una alta prevalença de migranya (el 25% de la població). Dels seus resultats se n´ extreu que existeix un

loci als cromosomes 9q22.22 i 13q33.1 que comporta una major susceptibilitat a patir migranya [33]. En Chasman i col·laboradors presenten un estudi genètic en el que inclouen 5122 migranyosos i 18108 controls. Estudien les associacions més freqüents en el grup de pacients amb migranya i destaquen que en el cas de rs2651899 i rs10166942 van ésser específiques per migranya i no per altres tipus de cefalea. Cap de les variables va mostrar una associació preferencial pels diferents tipus de migranya; amb o sense aura[34]. Pel que fa a l´ associació entre migranya i epilèpsia, un estudi finlandès aporta evidències sobre l´ existència d´ un loci comú per epilèpsia i migranya en els cromosomes 14q12-q23 i 12q24.2-q24.3 el que suposa una etiologia genètica comú en aquestes dues patologies[35]. Per últim, la revisió del grup de Stuart destaca la troballa de 3 nous polimorfismes de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) associats a migranya en un grup de 285 individus de la població genèticament aïllada de l´ illa de Norfolk [36]. Entre ells, val a destacar el polimorfisme rs2274976 que a més a més de la migranya s´ ha vist associat a l´ ictus en pacient jove. Aquestes dades, recolzen la implicació de la MTHFR en la migranya. [37].

[1]. Gracia-Naya M, Uson-Martin MM. [Multicenter transverse study of the neurological ambulatory care in the Spanish Health System in Aragon: overall results]. Rev Neurol. 1997 25: 194-199.

[2]. Castillo J, Munoz P, Guitera V, Pascual J. Kaplan Award 1998. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. Headache. 1999 39: 190-196.

[3]. Colas R, Munoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. Neurology. 2004 62: 1338-1342.

[4]. MaassenVanDenBrink A, Reekers M, Bax WA, Ferrari MD, Saxena PR. Coronary side-effect potential of current and prospective antimigraine drugs. Circulation. 1998 98: 25-30.

[5]. Tepper SJ, Millson D. Safety profile of the triptans. Expert Opin Drug Saf. 2003 2: 123-132.

[6]. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT1B/1D agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia. 2002 22: 633-658.

[7]. Hoffmann J, Goadsby PJ. New Agents for Acute Treatment of Migraine: CGRP Receptor Antagonists, iNOS Inhibitors. Curr Treat Options Neurol. 2012 14: 50-59.

[8]. Negro A, Lionetto L, Simmaco M, Martelletti P. CGRP receptor antagonists: an expanding drug class for acute migraine? Expert Opin Investig Drugs. 2012 21: 807-818.

[9]. Annedi SC, Maddaford SP, Ramnauth J, et al. Discovery of a potent, orally bioavailable and highly selective human neuronal nitric oxide synthase (nNOS) inhibitor, N-(1-(piperidin-4-yl)indolin-5-yl)thiophene-2-carboximidamide as a pre-clinical development candidate for the treatment of migraine. Eur J Med Chem. 2012.

[10]. Pilgrim AD, B.Rupniak, N. . COL-144, an orally bioavailable selective 5-HT1F receptor agonist for acute migraine therapy. Cephalalgia. 2009 29: 24-25.

[11]. Tfelt-Hansen PC, Olesen J. The 5-HT1F receptor agonist lasmiditan as a potential treatment of migraine attacks: a review of two placebo-controlled phase II trials. J Headache Pain. 2012 13: 271-275.

[12]. Seeburger JL, Cady RK, Winner P, et al. Rizatriptan for treatment of acute migraine in patients taking topiramate for migraine prophylaxis. Headache. 2012 52: 57-67.

[13]. Ho TW, Pearlman E, Lewis D, et al. Efficacy and tolerability of rizatriptan in pediatric migraineurs: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial using a novel adaptive enrichment design. Cephalalgia. 2012 32: 750-765.

[14]. Silvestrini M, Bartolini M, Coccia M, Baruffaldi R, Taffi R, Provinciali L. Topiramate in the treatment of chronic migraine. Cephalalgia. 2003 23: 820-824.

[15]. Saper JR, Lake AE, 3rd, Cantrell DT, Winner PK, White JR. Chronic daily headache prophylaxis with tizanidine: a double-blind, placebo-controlled, multicenter outcome study. Headache. 2002 42: 470-482.

[16]. Spira PJ, Beran RG. Gabapentin in the prophylaxis of chronic daily headache: a randomized, placebo-controlled study. Neurology. 2003 61: 1753-1759.

[17]. Saper JR, Silberstein SD, Lake AE, 3rd, Winters ME. Double-blind trial of fluoxetine: chronic daily headache and migraine. Headache. 1994 34: 497-502.

[18]. Dodick DW. Clinical practice. Chronic daily headache. N Engl J Med. 2006 354: 158-165.

[19]. Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, Goadsby PJ. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Cephalalgia. 2007 27: 814-823.

[20]. Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Headache. 2007 47: 170-180.

[21]. Aurora SK, Winner P, Freeman MC, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled analyses of the 56-Week PREEMPT clinical program. Headache. 2011 51: 1358-1373.

[22]. Lipton RB, Varon SF, Grosberg B, et al. OnabotulinumtoxinA improves quality of life and reduces impact of chronic migraine. Neurology. 2011 77: 1465-1472.

[23]. Jackson JL, Kuriyama A, Hayashino Y. Botulinum toxin A for prophylactic treatment of migraine and tension headaches in adults: a meta-analysis. JAMA. 2012 307: 1736-1745.

[24]. Silberstein SD, Dodick DW, Lindblad AS, et al. Randomized, placebo-controlled trial of propranolol added to topiramate in chronic migraine. Neurology. 2012 78: 976-984.

[25]. Leroux E, Valade D, Taifas I, et al. Suboccipital steroid injections for transitional treatment of patients with more than two cluster headache attacks per day: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol. 2011 10: 891-897.

[26]. Magis D, Gerardy PY, Remacle JM, Schoenen J. Sustained effectiveness of occipital nerve stimulation in drug-resistant chronic cluster headache. Headache. 2011 51: 1191-1201.

[27]. Seijo F, Saiz A, Lozano B, et al. Neuromodulation of the posterolateral hypothalamus for the treatment of chronic refractory cluster headache: Experience in five patients with a modified anatomical target. Cephalalgia. 2011 31: 1634-1641.

[28]. Rubinstein SM, Peerdeman SM, van Tulder MW, Riphagen I, Haldeman S. A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection. Stroke. 2005 36: 1575-1580.

[29]. Artto V, Metso TM, Metso AJ, et al. Migraine with aura is a risk factor for cervical artery dissection: a case-control study. Cerebrovasc Dis. 2010 30: 36-40.

[30]. Pezzini A, Granella F, Grassi M, et al. History of migraine and the risk of spontaneous cervical artery dissection. Cephalalgia. 2005 25: 575-580.

[31]. Metso TM, Tatlisumak T, Debette S, et al. Migraine in cervical artery dissection and ischemic stroke patients. Neurology. 2012 78: 1221-1228.

[32]. Holle D, Gaul C, Zillessen S, et al. Lateralized central facilitation of trigeminal nociception in cluster headache. Neurology. 2012 78: 985-992.

[33]. Cox HC, Lea RA, Bellis C, et al. Heritability and genome-wide linkage analysis of migraine in the genetic isolate of Norfolk

Island. Gene. 2012 494: 119-123.
[34]. Chasman DI, Schurks M, Anttila V, et al. Genome-wide association study reveals three susceptibility loci for common migraine in the general population. Nat Genet. 2011 43: 695-698.
[35]. Polvi A, Siren A, Kallela M, et al. Shared loci for migraine and epilepsy on chromosomes 14q12-q23 and 12q24.2-q24.3. Neurology. 2012 78: 202-209.
[36]. Cox HC, Lea RA, Bellis C, et al. Variants in the human potassium channel gene (KCNN3) are associated with migraine in a high risk genetic isolate. J Headache Pain. 2011 12: 603-608.
[37]. Stuart S, Cox HC, Lea RA, Griffiths LR. The role of the MTHFR gene in migraine. Headache. 2012 52: 515-520.

16. LA NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

En aquest número revisem articles publicats per autors catalans en revistes de l'àmbit de la patologia neurovascular

Atherosclerosis. 2012 Mar;221(1):221-5.
The Barcelona-Asymptomatic Intracranial Atherosclerosis (AsIA) study: prevalence and risk factors. López-Cancio E, Dorado L, Millán M, Reverté S, Suñol A, Massuet A, Galán A, Alzamora MT, Pera G, Torán P, Dávalos A, Arenillas JF. Department of Neurosciences, Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Universitat Autonoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, Spain
El Barcelona-Asia (Barcelona-Asymptomatic Intracranial Atherosclerosis) és un estudi poblacional prospectiu que intenta investigar la historia natural de les estenosis intracranialsasimptomàtiques en la població mediterrània. Els criteris d'inclusió a l'estudi són tenir una edat major de 50 anys amb una associació de riscs vasculars moderada o alta determinats mitjançant l'escala REGICOR però sense antecedents d'ictus o cardiopatia isquèmica. A tots els pacients se'ls hi va realitzar un dúplex transcranial.
S'han inclòs en l'estudi un total de 933 subjectes. En un total de 80 persones se'ls hi ha detectar una o més estenosis intracranials (8,6%). Les estenosis han estat moderades o greus en 31 persones. La prevalença d'estenosis intracranials asimptomàtiques s'ha associat a valors elevats en l'escala REGICOR, la diabetis (OR 2,95), l'edat (OR 1,05) i la hipertensió arterial (OR 1,78).

Int J Stroke. 2012 Feb;7(2):125-32..
Higher carotid intima media thickness predicts extracranial vascular events and not stroke recurrence among transient ischemic attack patients.
Purroy F, Montserrat J, Begué R, Gil MI, Quílez A, Sanahuja J, Brieva L, Pardina M, Piñol-Ripoll G.
Stroke Unit, Department of Neurology, Universitat de Lleida, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, IRBLLEIDA, Lleida, Spain.
L'increment del gruix íntima-mitja carotidi (GIM) s'ha associat a un increment en el risc d'episodis vasculars. En l'estudi es planteja estudiar la relació entre el GIM carotidi i el risc d'aparició d'episodis vasculars extracranials i d'aparició d'ictus isquèmics establerts en una cohort de pacients amb el diagnòstic d'AIT consecutius (Registre REGITELL).
La determinació del GIM es va fer mitjançant ultrasonografia d'alta resolució en 283 pacients consecutius. Es van recollir variables clíniques, de neuroimatge i etiològiques. Tots els pacients van ser seguits durant un període mínim de 6 mesos.
Es van detectar 15 episodis vasculars extracranials (12 cardiopatia isquèmica i 3 d'arteriopatia perifèrica) i 29 ictus recurrents després d'un seguiment mig de 12,3 mesos.
Els pacients que van desenvolupar un episodi vascular extracranial varen tenir un GIM significativament superior (p<0,001) 1,087+/-0,189 mm versus 0,887+/-0,195. En canvi el GIM no es va relacionar amb el risc de recurrència d'ictus.

Cerebrovasc Dis. 2012 Jan 7;33(2):182-189.
Prediction of Early Stroke Recurrence in Transient Ischemic Attack Patients from the PROMAPA Study: A Comparison of Prognostic Risk Scores
Purroy F, Jiménez Caballero PE, Gorospe A, Torres MJ, Alvarez-Sabin J,Santamarina E, Martínez-Sánchez P, Cánovas D, Freijo MM, Egido JA, Girón JM, Ramírez-Moreno JM, Alonso A, Rodríguez-Campello A, Casado I, Delgado-Medeiros R,Martí-Fàbregas J, Fuentes B, Silva

Y, Quesada H, Cardona P, Morales A, de la Ossa N, García-Pastor A, Arenillas JF, Segura T, Jiménez C, Masjuán J.
Stroke Unit, Department of Neurology, Universitat de Lleida, Hospital
Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, IRBLleida Research Institute,Lleida,
Spain.

Es tracta d'un estudi multicèntric en el que han participat nombrosos centres catalans. En aquest estudi s'han inclòs fins a un total de 1137 pacients amb el diagnòstic d'AIT valorat per un neuròleg en menys de 48 hores en els que s'ha fet un seguiment precoç dels mateixos durant 7 i 90 dies i s'ha determinat la utilitat de les principals escales pronòstiques: ABCD, ABCD2, ABCD2I, ABCD3, ABCD3V Califòrnia Risk Score, Essen Stroke Risk Score i l'SPI-II. El risc de recurrència d'ictus als 7 i 90 dies va se baix (2,6 i 3,8% respectivament). Cap escala clínica va tenir una relació forta amb aquest risc. Les variables episodis múltiples i etiologia ateromatosa van ser predictors independents de recurrència d'ictus als 7 [hazard ratio (HR) 3,97; $p < 0.001$, i HR 3,11; $p = 0.003$,] i 90 dies (HR 2,35; $p = 0,006$, i HR 2,20, $p = 0,018$).

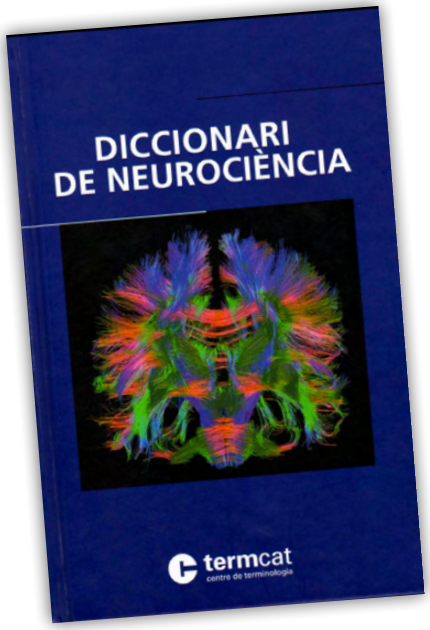
Lancet. 2012 Jul 28;380(9839):349-57.
Citicoline in the treatment of acute ischaemic stroke: an international, randomised, multicentre, placebo-controlled study (ICTUS trial).

Dávalos A, Alvarez-Sabín J, Castillo J, Díez-Tejedor E, Ferro J, Martínez-Vila E, Serena J, Segura T, Cruz VT, Masjuan J, Cobo E, Secades JJ; International
Citicoline Trial on acUte Stroke (ICTUS) trial investigators.

Collaborators: Lees KR, Warach S, Whitehead J, Cuadras P, Capellades J, Köhrmann M, Schneider D, Ringleb PA, Ritter M, Kessler C, Jander S, Rosenkranz M, Glahn J,
Schäbitz WR, Dichgans M, Ochs G, Cruz VT, Veira C, Grebe HP, Cunha L, Santo G, Pinho e Melo T, Falcão F, Rui M, Salgado V, Correia M, Azevedo E, Gonçalves G,
Guerreiro R, Fontes J, Candido J, Sabín JÁ, Montaner J, Santamarina E, Maisterra O, Serena J, Castellanos M, Silva Y, van Eendenburg C, Dávalos A, Pérez de la
Ossa N, Millán M, Dorado L, Segura T, Perona-Moratalla AB, Ayo-Martín O, Masjuan J, García-Barragán N, Alonso-Cánovas A, Díez-Tejedor E, Fuentes B, Rubio F,
Cardona P, Blanco M, Rodríguez-Yáñez M, Martí-Vilalta JL, Martí J, Roquer J, Rodriguez Campello A, Tejada J,García-Tuñón L, Vivancos J, Ximénez-Carrillo Á, Lago A, Parkhutik V, Nuñez AG, Larracoechea J, Casado I, Pons JM, Egido JA, Trejo JM, Cánovas D, Gállego J, Arenillas JF, de Vilanova A, Sanahuja J, Lainez JM, del Mar Freijo M, Blesa L, Tejero C, Palomeras E, Morlan L, Jiménez C, Izquierdo G, Pego R, Fernández-Bolaños R, Rebollo M, Maciñeiras JL, Martín A, Arboix A, Rodríguez JR.

Ambiciós estudi sobre l'efectivitat d'un fàrmac neuroprotector català clàssic, la citicolina, en la fase aguda de l'ictus isquèmic. Amb aquest objectiu es va dissenyar un assaig clínic randomitzat contra placebo en pacients amb ictus isquèmic agut moderat o greu de < 24 hores d'evolució. Els pacients del grup actiu van rebre 1g cada 12 hores de citicolina durant 6 setmanes. L'estudi es va aturar després d'incloure 2298 pacients (1148 citicolina i 1150 placebo) en veure que no hi havien diferències entre els dos grups respecte a milloria clínica (puntuació a l'escala rankin <2) mesurada als 90 dies (odds ratio 1,03).

17. NOU DICCIONARI DE NEUROCIÈNCIA



Els neuròlegs catalans en particular, i en general tots els interessats en les múltiples disciplines científiques que constitueixen a les neurociències, celebrem la recent publicació del Diccionari de Neurociència.
Agraïm l'esforç conjunt dels neurocientífics que s'han entregat i responsabilitzat en aquesta tasca de consolidar la vessant científica de la nostra llengua en aquest àmbit. Així com el suport per l'Obra Social de CatalunyaCaixa, la Xarxa Vives d'Universitats i del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i la col·laboració del TERMCAT .
La neurociència neix de la pregunta de com funciona el sistema nerviós, i particularment el cervell, òrgan extremadament complex, teixit amb cent mil milions de neurones i mil bilions de sinapsis, subjectes a les lleis físiques i químiques; seu i gènesi dels processos mentals i del comportament. És ben cert que avui l'interès per la neurociència omple conferències i provoca allaus de llibres i publicacions, i que, a occident, ningú no amaga cap dubte que el cervell és "la matèria de la ment", però la idea que el cervell és la seu i gènesi dels processos mentals no és una tradició recollida en la nostra llengua romànica. És una idea relativament nova en la història de la civilització i del coneixement. Ni els antics egipcis amb els seus coneixements mèdic religiosos, alhora que intuïtius i empírics, ni els seus hereus, de la medicina hipocràtica grega, ni la galènica llatina, ni, després de l'edat mitjana, amb la revolució descriptiva anatòmica vesaliana del renaixement,hom no es va adonar d'aquest fet, que per altra banda avui considerem tan obvi. De fet no fou fins el segle XVII que s'aconseguí d'establir el mètode experimental per a l'anàlisi del sistema nerviós amb Thomas Willis (Cerebri Anatome 1664)i amb la descripció de René Descartes de l'acte reflex (De homine 1662, Traité de l'homme1664). Durant la il·lustració es consolidà l'abordatge a través de la filosofia natural de la descripció del sistema nerviós; i al segle XIX cristal·litzà l'estudi del cervell,sobretot a través de les seves mancances, trastorns i malalties, en definitiva, amb l'eclosió de les grans escoles clíniques neurològiques i anatomo patològiques i fisiològiques germànica, russa, nòrdica, britànica i francesa, de la que en som fills. A casa nostra això succeí de la mà, de forma rellevant, del treball de l'històleg Premi Nobel de Medicina i Fisiologia (1906) Santiago Ramón y Cajal, iniciat a Barcelona el 1887-1892, membre de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña l'any 1892, i a posterior soci d'honor de l'Associació de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana 1919; i de

la creació, el 1882, del primer dispensari hispànic de neurologia i electroteràpia a Barcelona, per part del Dr. Lluis Barraquer Roviralta (germà del també històleg i oftalmòleg, i amic de Ramón y Cajal, Josep Antoni Barraquer Roviralta), i que es consolidà amb la creació de la, ara centenària, societat de neurologia catalana (sociedad de psiquiatria y neurolgia de Barcelona 1911). El desenvolupament de la neurociència s'ha fet des d'aleshores exponencial i exorbitant aquesta darrera dècada, anomenada del cervell. L'acumulació de tants coneixements ha estat doncs l'estímul per recollir i normalitzar-ne els mots a adoptar en llengua catalana en aquest nou diccionari terminològic.
El diccionari ha estat elaborat per un equip d'experts de diverses universitats. Destacant Antoni Valero-Cabré iniciador del projecte i autor principal del primer cos de l'obra, i en Josep Reig Vilallonga i en Xavier Navarro Acebes, coordinadors científics i autors especialistes en particular de les àrees temàtiques de neuroanatomia i neurofisiologia respectivament.
El diccionari està estructurat en diferents àrees temàtiques de coneixement revisades per un destacat especialista en neuroanatomia (Josep Reig), neurohistologia (revisada per l'estimada i tan desafortunadament traspassada Laia Acarin), neurobiologia cel·lular i del desenvolupament (Joan X Comella), neurobiologia molecular (Albert Adell), neuroquímica, neurofarmacologia, neurofisiologia (Arcadi Gual, Xavier Navarro), neurobiologia del comportament (Antoni Rodriguez), neurologia (revisada pel col·lega neuròleg Dr. Jordi Bruna), neuropsicologia (Carme Junqué) i psiquiatria (Josep M. Pericay) i neurociències computacionals (Elena Valderrama). El diccionari consta de 2519 termes, dels quals més de 200 corresponen a l'àrea de la neurologia clínica.
L'obra ha estat editada en paper i també es pot consultar en línia a la col·lecció de Diccionaris en Línia del web del TERMCAT (http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/140/Presentacio/). És una obra concebuda com una eina de consulta pràctica per a resoldre els dubtes terminològics dels professionals que treballem en el camp de les neurociències, per aquesta raó les definicions que s'hi troben no són de caràcter enciclopèdic, si no que pretenen caracteritzar un concepte d'acord amb la concepció que en tenen els especialistes corresponents. Això ha motivat que en alguns casos, amb el suport del Consell Supervisor del TERMCAT, s'hagi realitzat una tasca de normalització lingüística d'alguns termes que fins ara s'utilitzaven com a manlleus d'altres llengües, principalment de l'anglosaxona. Desitgem que l'obra cobreixi les necessitats de tots interessats, tot i que no tenim cap dubte que es tractarà d'un punt de partida per a posteriors ampliacions doncs de ben segur els esperats avenços en el camp ho condicionaran.

Oriol de Fàbregues-Boixar
President de la Societat Catalana de Neurologia

18. COMUNICAT DEL BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

Des del Banc de Teixits Neurològics del Biobanc –Hospital Clínic-IDIBAPS s'informa que s'ha modificat el format i continguts dels documents necessaris per a formalitzar administrativament la donació de teixit nerviós.
Els nous documents vigents es poden trobar a la nova pàgina web (www.clinicbiobanc.org) a l'apartat de "Documents assistencials".

19. REUNIONS DEL COMITÈ D'EXPERTS EN MALALTIES VASCULARS CEREBRALS.

El nou coordinador de les reunions del comitè d'experts en malalties vasculars cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia serà el Dr. Joan Martí i Fàbregas de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en substitució del Dr, Joan Martí i Vilalta.
L'horari de les reunions és a les 8:30 hores després de realitzar la votació el mes de juny de 2012 entre representants dels hospitals participants. Per setzè any consecutiu seran de caràcter mensual, els primers divendres de cada mes. Cal recordar que les reunions són obertes a qualsevol metge que hi vulgui assistir. La durada màxima és de dues hores. Es presenten cassos clínics d'interès, es plantegen problemes de la pràctica assistencial, aspectes singulars clínics d'imatge, protocols i estudis cooperatius multicèntrics.

El calendari de reunions és el següent:

19 Octubre 2012	**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau**
9 Novembre 2012	**Hospital del Sagrat Cor**
14 Desembre 2012	**Hospital Bellvitge**
11 Gener 2013	**Hospital de la Vall d'Hebron**
15 Febrer 2013	**Hospital Clínic**
8 Març 2013	**Hospital Mútua de Terrassa**
12 Abril 2013	**Hospital Josep Trueta**
10 Maig 2013	**Hospital Germans Trias**
7 Juny 2013	**Hospital del Mar**
28 Juny 2013	**Hospital Arnau de Vilanova**

20. RACÓ LITERARI

- Proverbis
  Obre la porta al jorn assoleiat:
  prepara't pel dolent.
  Sies humil en la prosperitat,
  i en la mala fortuna pacient.

  ****

  Cau la fulla; se'n dol sa companyona;
  però passa un instant, i la segona
  el mateix vent s'endú.
  El mort amat és la primera fulla,
  i la segona, tu.
  ¿Per què plor tan amarg ta galta mulla,
  si és un alè tan breu
  el que separa son morir del teu?
  JOAN ALCOVER (Ciutat de Mallorca, 1854-1926)

- **"El Parlament de Catalunya constata la necessitat que el poble de Catalunya pugui determinar lliurament i democràtica el seu futur col·lectiu i insta el govern a fer una consulta prioritàriament dins la propera legislatura"**
  Resolució del Parlament de Catalunya, 26 de setembre de 2012, Punt 5.

- **"Contra la llei van demolir el mur de Berlín, contra la llei van instaurar l'església de Roma, la República Francesa, els Estats Units d'Amèrica i la Unió Soviètica, que contra la llei va desaparèixer. I contra la llei vigent es va fer la Constitució Espanyola, que ara és obstacle per a una part important de la societat. Quan una llei serveix per perjudicar i contrariar un sector substantiu de la ciutadania, el deure, no tan sols el dret, d'aquesta ciutadania és anar-hi en contra"**
  Miquel de Palol, escriptor

- **"Una trentena d'estats han aparegut a l'atles des del 1990, dels quals 14 són a Europa: Lituània, Letònia, Estònia, Bielorússia, Macedònia, Eslovènia, Moldàvia, Croàcia, Ucraïna, Bòsnia i Herzegovina, Txèquia, Eslovàquia, Montenegro i Kosova. Cap estat no ha convocat una consulta per decidir el futur de la porció de territori que se li ha emancipat"**
  Emili Bella, periodista

- **"És una broma que demani federalisme un partit que no té ni grup parlamentari propi"**
  David Castillo, escriptor i poeta

- **"Cap llei diu que Catalunya hagi de sortir de la Unió Europea si s'independitza"**
  Viviane Reding, vicepresidenta de la Comissió Europea

- **"La independència és il·legal i la Guàrdia Civil, no"**
  Joaquín Leguina, expresident de la Comunitat de Madrid (PSOE)

- **"Es boicotegen els productes catalans. S'amenaça de manera abjecta amb les pensions de jubilació. Es fan constants crides institucionals a confrontar ètnicament la societat catalana. Associacions militars en actiu no tenen cap empatx a l'hora de fer un diagnòstic en clau de guerra. Hi ha qui ja escriu informes judicials sumaríssims. Hi ha sectors que ja reivindiquen la supressió de l'autonomia. Aznar i Felipe González revelen que no només són ànimes bessones, sinó siameses. Entremig, els vols rasants de l'exèrcit de l'aire encara són menys eixordadors que el silenci còmplice dels intel·lectuals i dels progressistes espanyols"**
  Lluís Muntada, escriptor

21. L'AGENDA

Protocolos y guías de Trabajo en el estudio del deterioro cognitivo.
Realitzat a l'Hospital del Mar el dia 14 de setembre de 2012. Director Jordi Peña-Casanova.

Segona Jornada de la Migranya a Catalunya.
Realitzat el dia 12 de setembre.
Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
Organitzador Dr. Jordi González Menacho.

Remodelant el cervell. Rehabilitació neuropsicològica i estimulació cognitiva.
Realitzat a Barcelona el 25 d'octubre de 2012 a l'Auditori ONCE, promogut per l'Institut Guttmann.

I Jornada d'atenció compartida en Neurologia AIS-BE
Realitzada a l'hospital Plató el dia 5 d'octubre de 2012.
Organitzadora Dra. Neus Fabregat.

22. EL LEMA

"Potser la nostra vida sigui un mal instrument, però és música, viure!"

Màrius Torres (Lleida 1910 - Puig d'Olena 1942)

23. EL MIRADOR
La nostra terra

Jardins d'Artigas dissenyats per Antoni Gaudí i construïts entre 1905 i 1906. Situats a la Pobla de Lillet (Fotografia F. Purroy)

Sant Sadurní de Tavèrnoles. Monestir romànic a Anserall, poble de les Valls de Valira a la comarca de l'Alt Urgell (Fotografia F. Purroy).

23. EL MIRADOR
La nostra terra

Diada Nacional de Catalunya, 11 de setembre de 2012. Un milió i mig de participants