ISSN 2013-1186

GENER 2013
NÚM. 19
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. Premis i distincions SCN 2013
4. Renovació parcial de la junta directiva SCN
5. Èxit en la II Jornada d'actualització en el Tractament i diagnòstic de les malalties Neurològiques més prevalents
6. Resultat enquesta als socis de la Societat Catalanade Neurologia
7. Premis Trueta 2012
8. Bústia
9. Actualització en epilèpsia
10. El Racó dels residents
11. La Neurologia Catalana al món
12. Entrevista Dr. Francesc Pujadas
13. Racó literari
14. 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
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
Correu electrònic: scn@suportserveis.com

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/Benvolgudes Sòcies,
L'any 2013 ja ha engegat, no exempt de tensions i dificultats, però amb els millors desitjos de superar-les. La SCN manté el seu rumb i el seu impuls, i comença l'any amb la invitació per retrobar-nos tots plegats en la nostra consolidada reunió anual, a Sitges, els propers dies 7 i 8 de març. Enguany també us convidem a assistir als cursos de formació continuada d'actualització en cefalees neuràlgiques cranials, de tractaments endovasculars, d'epilèpsia i de malalties neurològiques rares; a les taules rodones dels nous tractaments anticoagulants, de la nova indicació de toxina botulínica en cefalea, del tractament de la malaltia d'Alzheimer; als simposis d'esclerosi múltiple i d'epilèpsia, a les conferències d'experts i a les conferències magistrals neurocientífica i clínica. Us animem a presentar les vostres comunicacions, l'abstract de les quals es publicarà a la Revista de Neurologia. En definitiva, a aprendre i a compartir experiències i inquietuds, i a participar en l'assemblea de la Societat.

Alhora, en el marc de la reunió anual també honorarem, amb el just reconeixement de mèrits, al millor alumne del Curs de Neurologia Clínica i les millors comunicacions exposades, i atorgarem el premi a la eminent trajectòria professional 2013 al Dr. Josep Dalmau. Igualment, distingirem com a nou Membre d'Honor, la menció més alta i prestigiosa de la nostra Societat, en el quarantè aniversari de la moderna SCN, al Dr. Eduard Tolosa. I agrairem la col·laboració cívica en la difusió de la neurologia a Catalunya tot atorgant el I premi social "Galceran i Granés. 100 anys de la Societat Catalana de Neurologia", en memòria dels cent anys d'història de la nostra Societat -la primera societat neurològica de la Península Ibèrica- al Molt Honorable Sr. Pasqual Maragall.

Pel que fa a l'any 2012 que deixem enrere, volem informar-vos, en primer lloc, que s'ha consolidat amb èxit la Jornada neurològica bianual d'actualització en el tractament i diagnòstic de les malalties neurològiques més prevalents, organitzada en centres sanitaris de forma itinerant arreu del territori. Primer fou a l'Hospital General de Catalunya de Sant Cugat, i el passat 26 d'octubre a l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida (pàg.8).

Com a Societat ens congratulem que el passat 2 d'octubre es reconegués socialment la tasca feta per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, de la que en som societat filial, amb l'atorgament del premi Dr. Trueta, i ens n'alegrem molt especialment per la concessió de la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari a la trajectòria professional a la Dra. Mercè Boada, presidenta carismàtica que fou de la Societat Catalana de Neurologia del 2000 al 2002 (pàg.12)

Així mateix la SCN no ha romàs aïllada de la situació general del país i va valorar adherir-se als comunicats del Col·legi de Metges de Barcelona i de Girona, i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques. Si bé els estatuts de la moderna SCN atorguen la representativitat de la Societat al seu president, assessorat per la junta directiva, aquests estatuts són de 1973 —de l'època de la Constitució Espanyola— ben abans de la difusió d'internet i del moviment dels indignats, per exemple. En fi, la junta directiva va resoldre, i establir el precedent, de manifestar l'opinió de la Societat coneixent-la i consultant-la directament al soci, mitjançant l'enquesta de realitzada el 13 de novembre de 2012 . A la pàgina ...(?) en teniu el resultat. Aquesta és doncs l'opinió de la Societat, que la junta directiva accepta com a tal. Moltes gràcies per participar-hi. Creiem que aquesta forma de participació és la manera de democratitzar i donar transparència a la nostra Societat, sobretot en els temps actuals de descrèdit de les institucions.

Ciència i compromís. Ens veiem a Sitges.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
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

Un cop més la Societat Catalana de Neurologia, puntualment el mes de març, prepara la seva ja consolidada Reunió Anual. Aquest any volem destacar que a més dels Cursos de Formació, les Taules Rodones, els Tallers i el Simposis, hem incorporat les Conferències d'Experts, que aquest any seran sobre Tractament Neuroquirúrgic de Cefalees Trigeminals i Actualització Neurovascular, així com el Premi Social "Galceran i Granés, 100 anys de la Societat Catalana de Neurologia" a la Fundació Pasqual Margall i una nova distinció "Membre d'Honor" al Dr. Eduard Tolosa i Sarró de l'Hospital Clínic de Barcelona.
Enguany el Premi SCN 2013 a la millor trajectòria professional serà pel Dr. Josep Dalmau de l'Hospital Clínic de Barcelona.
Desitjant que el programa sigui del vostre interès us agraïm un cop més la vostra participació en la Reunió Anual i en la resta d'activitats que organitza la SCN per seguir treballant en la promoció de la neurologia.

Us esperem a tots i totes a Sitges
Ben cordialment

Junta Societat Catalana de Neurologia

Data: 7 i 8 de març de 2013
Lloc: Hotel Calipolis de Sitges

PROGRAMA HORARI — DIJOUS, 7 DE MARÇ

Dijous, 7 de març

15.00 -15.45h — **Acreditació**

15.45 -16.45h — **XXVII CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA I**

MSD

CURS (A) Actualitzacions en Cefalea sala SERT
Moderador: Dr. Carles Roig
• **Neuràlgies cranials**
Dra. Núria Solà, Dra. Natàlia Mas

15.45 -16.45h — **CURS (B) Actualitzacions en vascular** sala MESTRAL-BALUART
Moderador: Dr. Francesc Purroy
• **Controvèrsies en tractaments endovasculars**
Encara no hi ha evidència
Dra. Elena López-Cancio
Sí, tenim evidència
Dr. Marc Ribó

16.45 -17.30h — **CONFERÈNCIA EXPERTS**

CONFERÈNCIA (A) Tractament neuroquirúrgic de neuràlgies trigeminals sala SERT
Dr. Marcel·lí Garcia Bach

17.30 -18.00h — **Pausa Café**

GE Healthcare

SESSIÓ PÒSTERS I sala ARCOS
Coordina: Dr. Adrià Arboix i Dr. Francesc Purroy

18.00-18.45h — **SIMPOSI I** sala SERT

NOVARTIS

Un pas endavant en l'Esclerosi múltiple
Moderador: Dr. Antoni Escartín

• **Evidències experimentals de fingolimod al SCN**
Dr. Carlos Matute
• **Analitzant l'efecte de fingolimod en ressonància magnètica**
Dr. Àlex Rovira

• **OCT en EM: explorant nous camins**
Dr. Pablo Villoslada

18.45 -19.30h — **TAULA RODONA I** sala SERT
Moderador: Dr. Jerzy Krupinski

Bayer
Almirall

Tractaments anticoagulants. Qui és el guanyador?
Dr. Joan Martí Fàbregas
Dr. Jaume Roquer
Dr. Víctor Obach

19.30 -23.00h — **LLIURAMENT DE PREMIS** Palau MARICEL
Honorable Sr. Boi Ruiz. Conseller de Salut
Il·lustríssim Sr. Miquel Forns. Alcalde de Sitges
Dr. Miquel Vilardell. President del Col·legi de Metges de Barcelona
Dr. Àlvar Net. President de l'ACMCB
Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar. President de la SCN

ESTEVE
Ajuntament de Sitges
Consorci del Patrimoni de Sitges

• **Premi social "Galceran i Granés. 100 anys de Societat Catalana de Neurologia"**
Molt Honorable Sr. Pasqual Maragall
• **Distinció Membre d'Honor 40è aniversari moderna SCN**
Prof. Eduard Tolosa. Hospital Clínic. Barcelona
• **Premi trajectòria professional 2013**
Dr. Josep Dalmau. University of Pensylvania. EUA. IDIBAPS

A continuació se servirà un còctel-sopar
Imprescindible tiquet d'invitació

PROGRAMA HORARI

DIVENDRES, 8 DE MARÇ

Divendres 8 de març

9.00 -9.40h

SIMPOSI II sala SERT

Novetats en el tractament antiepilèptic

Moderador: Dr. Santiago Fernández

- **Receptors AMPA. Una nova diana en el tractament de l'epilepsia**

Dr. Javier Salas

- **Zonisamida. Noves dades i experiència a la pràctica clínica**

Dr. Pablo Millet

9.40 - 11.00h

XXVII CURS D'ACTUALITZACIÓ EN NEUROLOGIA II sala SERT

Moderador: Dr. Javier Pagonabarraga

CURS (C) Actualitzacions en Malalties Neurològiques Infreqüents: Què no se'ns pot escapar?

- **Malaltia de Niemann-pick tipus C i malaltia de Gaucher.**

Dr. Jordi Gascón

- **Malaltia de Pompe i altres malalties neuromusculars infraqüents però tractables.**

Dr. Jordi Diaz

- **Atàxies tractables: què no se'ns pot escapar?**

Dr. David Genís

CURS (D) Diagnòstic Diferencial Avançat en pacients amb sospita d'epilèpsia

- **Introducció**

Dra. Mercè Falip

- **Epilèpsia o trastorn de son**

Dra. Gemma Sansa

- **Epilèpsia o trastorn de moviment**

Dra. Sònia Jaraba

11.00h-11.30h

Pausa cafè

SESSIÓ PÒSTERS II sala ARCOS

Coordina: Dr. Adrià Arboix i Dr. Francesc Purroy

11.30h-12.30h

CONFERÈNCIA LLUÍS BARRAQUER ROVIRALTA sala SERT

Dr. Eduard Tolosa

12.30 -13.15h

CONFERÈNCIA RAMON I CAJAL sala SERT

Mecanismes moleculars de neurodegeneració en la malaltia de Parkinson

Dr. Miquel Vila

13.15 -14.00h

SIMPOSI III sala SERT

Trastorns de la marxa en l'Esclerosi Múltiple
Tot un repte

Moderadora: Dra. Olga Carmona.

- **Etiopatogenia dels trastorns de la marxa en esclerosi múltiple**

Dr. Jordi Batlle

- **Experiència clínica en el tractament dels trastorns de la marxa en esclerosi múltiple**

Dr. Lluís Ramió

14.00 -15.00h

Dinar lliure

14.00 - 16.15h

TAULA RODONA II sala MESTRAL-BALUART

Taller de noves aplicacions de toxina botulínica en neurologia. Com infiltrar OnabotulinumtoxinA pel tractament de la Migranya Crònica

(dinar inclòs - places limitades)

Coordina: Dr. Oriol de Fàbregues
Dra. Patricia Pozo
Dr. Mariano Huerta

15.15 -16.15h

TAULA RODONA III sala SERT

Taller EMG

- **Com interpretar els resultats d'un EMG: conceptes bàsics i detalls a no oblidar**

Dr.Jordi Diaz

16.15 -16.30h

PLATAFORMA NeuroGaleni.co sala SERT

Coordina: Dr. Javier Pagonabarraga

16.30 -17.10h

SIMPOSI IV sala SERT

Evidència científica publicada amb Acetato d'Eslicarbazepina i experiència clínica. Què hi ha de nou?

Dr. Albert Molins

17.10 -17.40h

Pausa Cafè

SESSIÓ PÒSTERS III sala ARCOS

Coordina: Dr. Adrià Arboix i Dra. Elvira Munteis

17.40 -18.30h

TAULA RODONA IV sala SERT

Optimització del tractament específic de la malaltia d'Alzheimer. El paper del CATMA a Catalunya

Coordina: Dr. Miquel Aguilar

Dr. Antoni Turón
Dra. Pilar Azpiazu
Dr. José Miguel Baena

18.30 -19.00h

PRESENTACIÓ DE LA GUIA DE MALALTIES CEREBRALS VASCULARS PER SMARTPHONE (3ra. Edició) sala SERT

Dr. Francesc Purroy
Dr. Jerzy Krupinski

19.00 -19.50h

SESSIÓ COMUNICACIONS ORALS sala SERT

Dr. Adrià Arboix

19.50 - 20.00h

CLOENDA I LLIURAMENT DE PREMI A LA MILLOR COMUNICACIÓ I MILLOR ALUMNE CURS NEUROLOGIA CLÍNICA sala SERT

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar, Dr.Jerzy Krupinski i Dr. Adrià Arboix

20.00 - 20.30h

Assemblea ordinària.
Eleccions parcials junta directiva sala SERT

3. PREMIS I DISTINCIONS

Societat Catalana de Neurologia

Dr. Josep Dalmau

Benvolgut Doctor:

La Societat Catalana de Neurologia, en reunió de la seva Junta Directiva del dia 21 de desembre de 2012 va acordar d'atorgar-li el "Premi SCN 2013 a la millor trajectòria professional" en just reconeixement de la seva brillant trajectòria professional i de la seva tasca investigadora de relleu internacional.

L'acte d'atorgament del Premi tindrà lloc el proper dia 7 de març del 2013 a l'Hotel Calipolis a Sitges durant la Reunió Anual a la qual ens plau convidar-lo

Rebi junt amb la meva sincera enhorabona, la més alta consideració.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar

President SCN

Barcelona, 22 de Gener de 2013

3. PREMIS I DISTINCIONS

Societat Catalana de Neurologia

Professor Eduard Tolosa i Sarró
Hospital Clínic de Barcelona

Benvolgut Doctor:

La Societat Catalana de Neurologia, en reunió de la seva Junta Directiva del dia 24 d'octubre de 2012 va acordar distingir-lo com a nou Membre d'Honor de la Societat en just reconeixement de la seva brillant trajectòria professional i docent i de la seva tasca investigadora de relleu internacional en el camp dels trastorns del moviment i malaltia de Parkinson.

L'acte de nomenament tindrà lloc el dia 7 de març del 2013 a l'Hotel Calipolis a Sitges, durant la Reunió Anual i celebració del 40è aniversari de la moderna Societat Catalana de Neurologia, a la qual ens plau convidar-lo.

Rebi junt amb la meva sincera enhorabona, la més alta consideració.

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar

President SCN

Barcelona, 6 de novembre de 2012

3. PREMIS I DISTINCIONS

Societat Catalana de Neurologia

Molt Hble. Sr. Pasqual Maragall i Mira
FUNDACIÓ PASQUAL MARAGALL
PRBB
DR. AIGUADER 88
08003 BARCELONA

Molt Honorable Senyor:

La Societat Catalana de Neurologia, a través de la seva Junta Directiva es complau en atorgar-li el Premi **"Galceran i Granés. *100 anys de Societat Catalana de Neurologia*"**, a la promoció social de la Neurologia a Catalunya en reconeixement i agraïment de la seva tasca en aquest camp. Principalment per la seva infatigable i manifesta voluntat de derrotar la malaltia d'Alzheimer; per impulsar la recerca de relleu internacional en aquesta malaltia i altres malalties neurodegeneratives a Barcelona, cap i casal del nostre país i per la difusió de la Neurologia amb el guardonat documental titulat amb les tres paraules del test minimental en català "Bicicleta, Cullera, Poma".

Ens complauria ens honorés amb la seva assistència a l'acte de lliurament que tindrà lloc el proper 7 de març del 2013 a l'Hotel Calípolis de Sitges en la Reunió Anual de la Societat.

Rebi la nostra més alta consideració i sentida enhorabona

Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar

President SCN

Barcelona, 6 de novembre de 2012

4. RENOVACIÓ PARCIAL DE LA JUNTA DIRECTIVA SCN

Durant la propera XVII Reunió anual de la Societat Catalana de Neurologia es renovarà parcialment la junta directiva de la Societat Catalana de Neurologia.

Societat Catalana de Neurologia

RENOVACIÓ PARCIAL JUNTA DIRECTIVA SCN

Benvolgut soci/ Benvolguda sòcia,

Complint amb el compromís pel qual va ser elegida la Junta, convoquem renovació de càrrecs de la Junta Directiva per l'any 2013. La renovació és per al Tresorer (Javier Pagonabarraga) i un vocal (Francesc Purroy).

S'obre el procés de presentació de candidatures amb **data límit de presentació 28 de febrer de 2013.** És requisit indispensable per a presentar candidatures i votar, estar al corrent de pagament de les quotes de soci. Les candidatures es poden enviar per correu o e-mail a la secretaria administrativa de la SCN (scn@suportserveis.com), Calvet 30, entr. 2ª - 08021 Barcelona).

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

Així doncs es convoca a tots els socis/es el divendres 8 de març de 2013 a la **Assemblea General Ordinària, que se celebrarà a las 20.00 hores** al l'Hotel Calípolis de Sitges (Av. Sofia 2), en el marc de la XVII Reunió Anual de la SCN (www.scn.cat), amb el següent ordre del dia:

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

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

Cordialment.

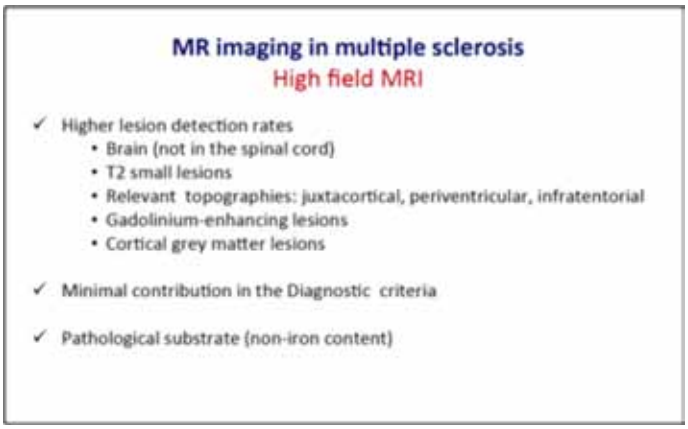
Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar
President

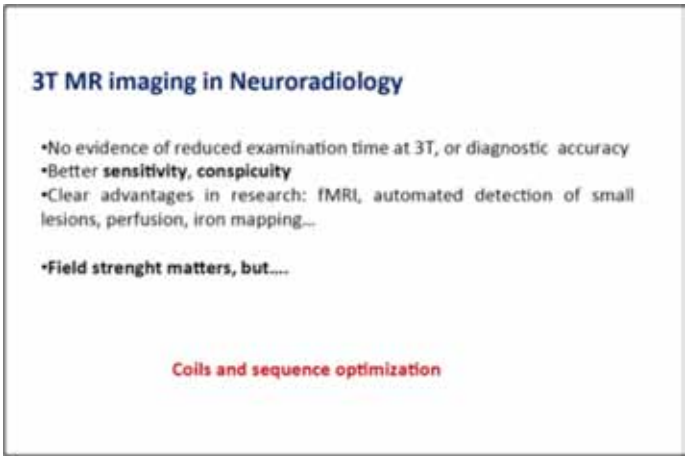
Dra. Elvira Munteis
Secretària

Barcelona, 28 de gener de 2013

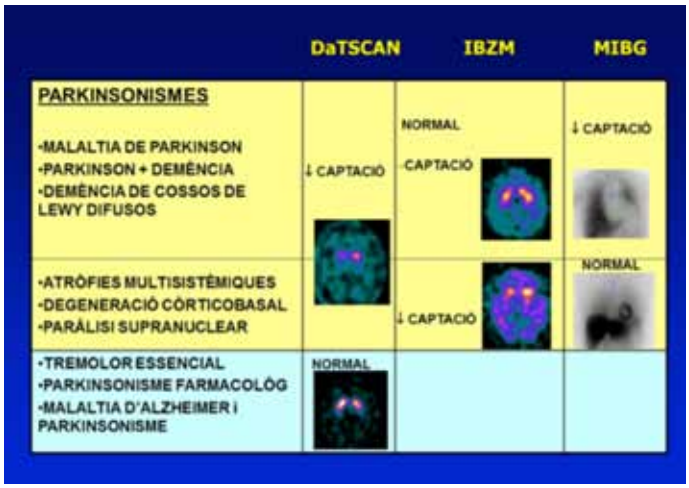
5. ÈXIT EN LA II JORNADA D'ACTUALITZACIÓ EN EL TRACTAMENT I DIAGNÒSTIC DE LES MALALTIES NEUROLÒGIQUES MÉS PREVALENTS

El passat 26 d'octubre es va realitzar a la Sala d'Actes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova la II Jornada d'actualització en el Tractament i diagnòstic de les Malalties Neurològiques més prevalents, continuació natural de la Jornada Extraordinària de la Societat en commemoració del seu centenari que es va realitzar fa un anu a l'Hospital General de Catalunya. L'any passat l'acte va servir per a lliurar en format DVD les Guies mèdiques oficials de diagnòstic i tractament de la SCN 2011. Enguany l'acte ha permès gaudir d'una actualització en els coneixements sobre el diagnòstic i tractament de malalties neurològiques tant prevalents com la demència, l'esclerosi múltiple, la malaltia de parkinson, els ictus, les cefalees, l'epilèpsia, les malalties musculars, el dolor neuropàtic o la son.

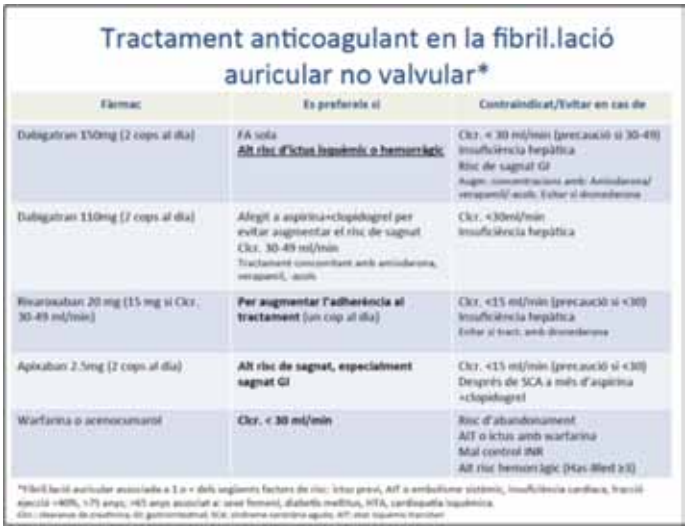




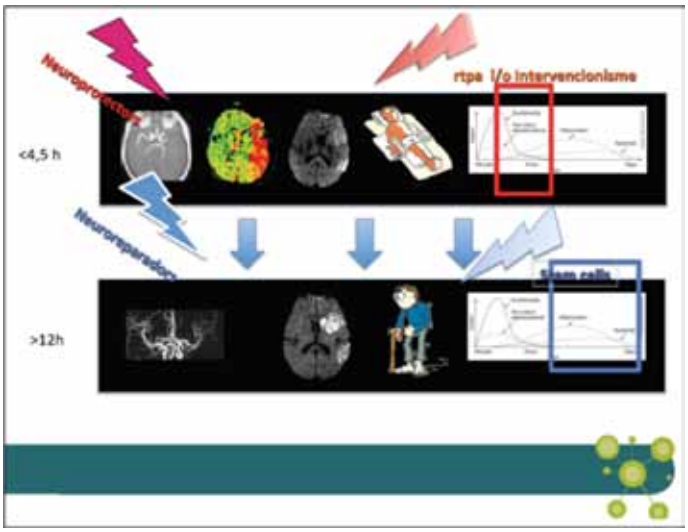
L'acte va gaudir d'una nombrosa assistència de prop de 200 persones que van omplir la sala d'actes durant matí i tarda. Va se inaugurat pel delegat territorial de Lleida, el Dr. Josep Pifarré, el Gerent de

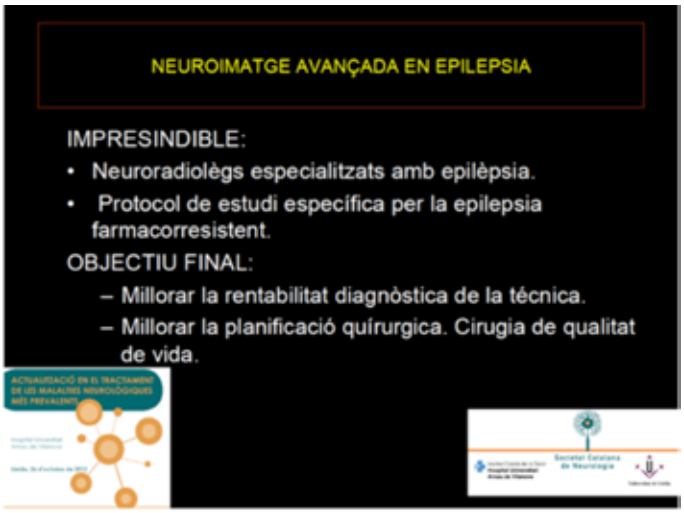


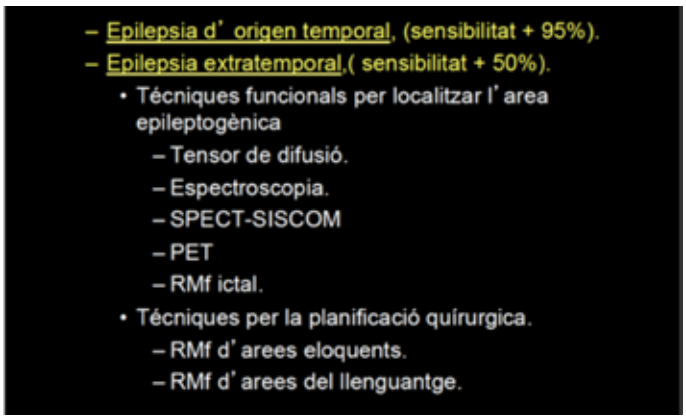
l'hospital, el Dr. Jaume Capdevila, el vocal de la SCN, el Dr. Francesc Purroy i el president de la SCN, el Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar. Durant el primer bloc científic del matí, els Drs. Gerard Piñol-Ripoll i Francesc Pujadas van desenvolupar l'estat actual sobre la neuroi-



matge i biomacardors en les demències degeneratives, i el present i futur dels tractaments respectivament. Seguidament, la Dra. Cristina Auger ens va fer una actualització de la neuroimatge en Esclerosi múltiple. Ens va parlar de què aporten les noves RM de 3 tesles (figures 1 i 2). La Dra. Elvira Munteis va parlar del tractament actual dels pacients amb aquesta malaltia en els que els tractaments orals i els anticossos monoclonals són una realitat. Posteriorment, el Dr. Carles Lorenzo va explicar la utilitat de la neuroimatge avançada en

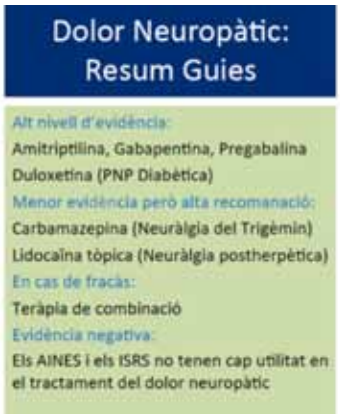


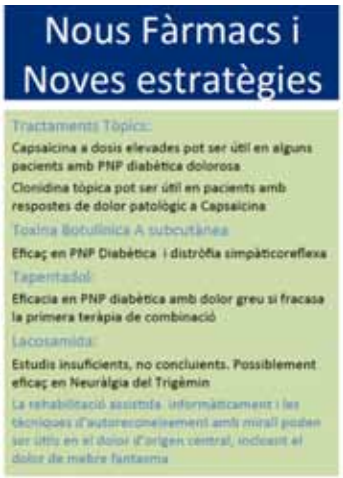


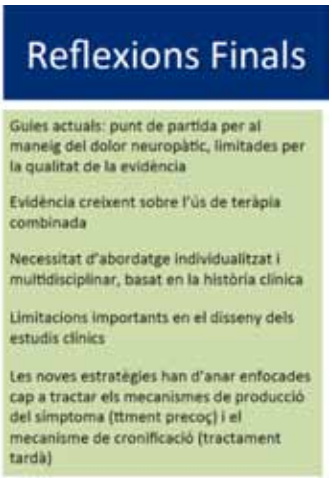


el diagnòstic dels trastorns del moviment (figura 3). El tractament de la malaltia del Parkinson i la importància creixent de la simptomatologia no motora va ser aspectes desenvolupats pel Dr. Xavier Pagonabarraga.
Al segon bloc del matí es va parlar de la neurimatge avançada en l'ictus, Dr. Pep Munuera, i de la realitat dels nous tractaments (neuroreparació, anticoagulació i neurointervencionisme [figures 4-7]), Drs. M. Àngels Font i Francesc Purroy). Seguidament el Dr. Joan Martí ens va ficar al dia sobre els nous avenços en el diagnòstic de l'hemorràgia cerebral i la realitat dels seu tractament (figura 8).
El matí es va acabar amb l'actualització en el tractament de la migranya, Dr. Joan Izquierdo, i el d'altres cefalees, Dr. Jordi Sanahuja.

Al llarg de la tarda, la Dra. Núria Bargalló ens va mostrar la utilitat i la necessitat de la neuroimatge en el procés diagnòstic de l'epilèpsia (figures 9 i 10). Mentre que la Dra. Mercè Falip ens va parlar dels nous fàrmacs. Va ser molt interessants les xerrades sobre el diagnòstic i tractament de les principals malalties muscularsdels Drs Isabel Illa i Josep Gàmez. Finalment, la jornada es va acabar amb les xerrades del Dr. Marc Boix sobre dolor neuropàtic (figura 11 i 12) i de la Dra. Montserrat Pujol sobre les principals alteracions de la son (figures 13 i 14).







5. ÈXIT EN LA II JORNADA D'ACTUALITZACIÓ EN EL TRACTAMENT I DIAGNÒSTIC DE LES MALALTIES NEUROLÒGIQUES MÉS PREVALENTS

Tractament de la Narcolèpsia

Somnolència

Modafinil
Oxibat sòdic
Metilfenidat
Migdiades planificades

Cataplexia

Oxibat sòdic
Antidepressius (Clomipramida, Venlafaxina, Duloxetina, Fluoxetina)

Tractament ideal: Hipocretina (NO disponible)

Tractament de les cames neguitoses

1ª Línea

Agonistes dopaminèrgics: Pramipexol / Rotigotina / Ropinirol
Lligands alfa 2 delta: Pregabalina / Gabapentina enacarbil

2ª Línea

Levodopa
Gabapentina
Oxicodona

3ª Línea

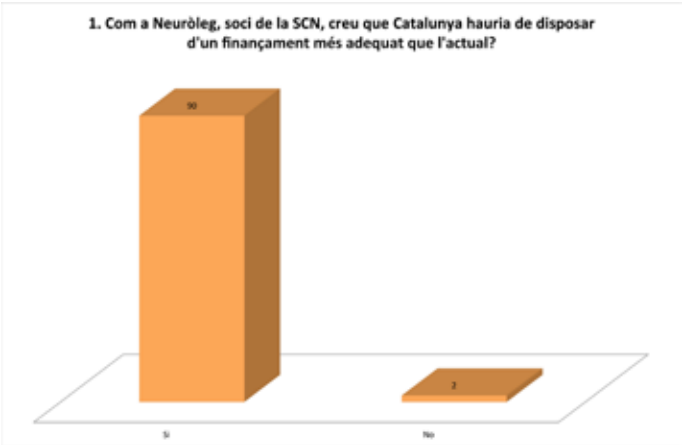
Benzodiazepines
Ferro
Tramadol

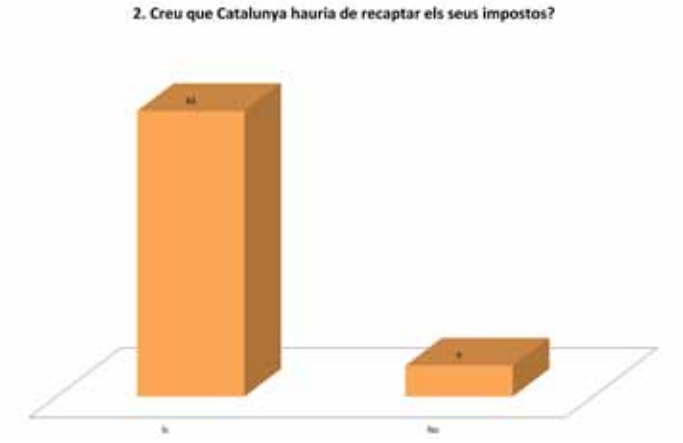
6. RESULTAT ENQUESTA ALS SOCIES DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

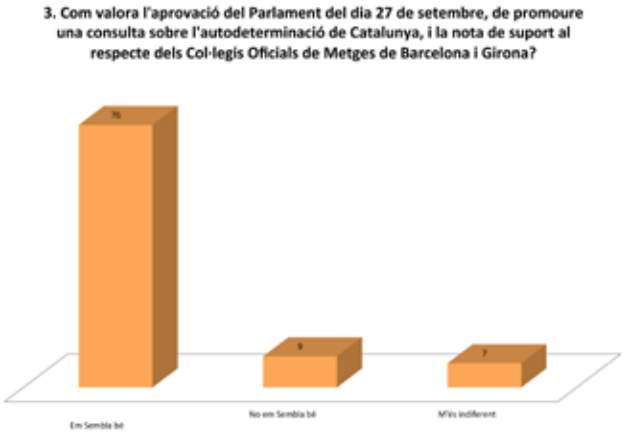
Durant el passat mes de novembre de 2012 es va enviar una enquesta on-line a tots els socis de la Societat Catalana de Neurologia sobre:

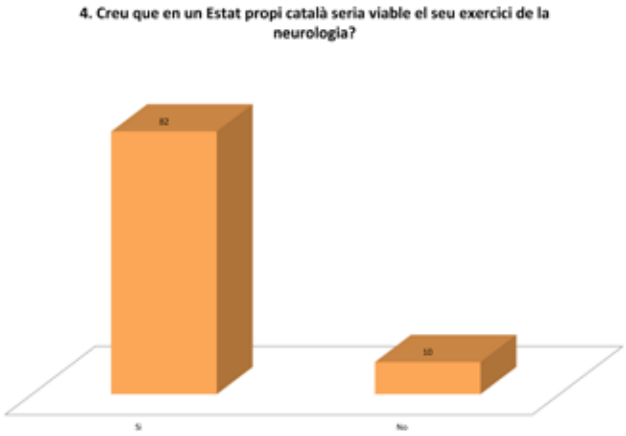
1. el fet que Catalunya pugui disposar d'un finançament més adequat que l'actual
2. que Catalunya pugui recaptar els seus impostos
3. que s'hagi promogut una consulta sobre autodeterminació i la nota de suport al respecte dels Col·legis Oficials de Metges de Barcelona i Girona
4. que sigui viable el seu exercici de la neurologia en un Estat propi català
5. quina és la forma política que veu més adequada per a Catalunya en el futur
6. si creu que el debat polític actual pot tenir incidència amb la resta de l'Estat.

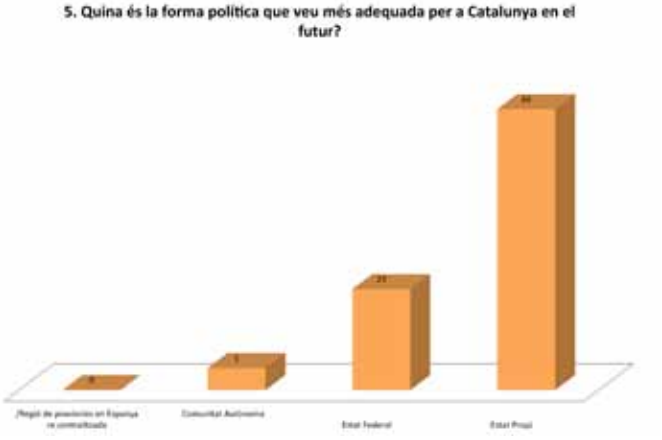
L'enquesta ha estat respota per 92 socis.

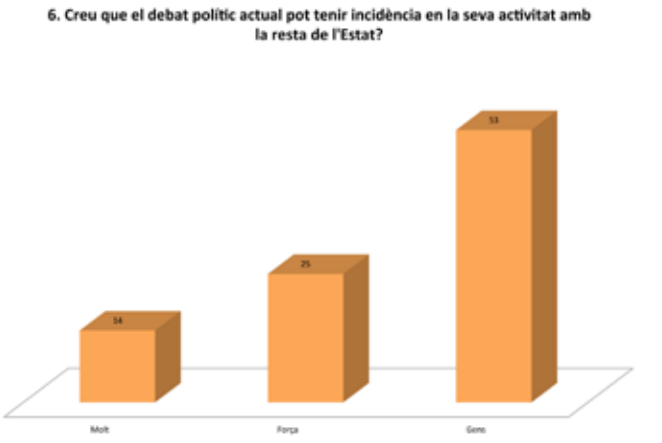












7. PREMIS TRUETA 2012

Parlament de la Dra. Mercè Boada amb motiu del lliurament de les Medalles i Plaques Josep Trueta, el dia 2 d'octubre de 2012, al Saló Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya

Molt Honorable Presidenta del Parlament de Catalunya, Honorable Conseller de Salut, família Trueta, autoritats civils i acadèmiques, guardonats, companys i amics.

És per a mi un privilegi, un honor i una gran responsabilitat dirigirme a tots vostès en nom dels guardonats amb les Medalles i Plaques Josep Trueta al mèrit sanitari 2012.

Privilegi.

Privilegi, no per mèrits propis, sinó per fer-ho en nom de tant reconeguts professionals i distingides institucions de la sanitat catalana, que ens uneix, no sols compartir avui guardó, sinó també ideari i fita: fer de Catalunya un referent internacional en l'àmbit de la salut.

Honor.

Honor, pel nom, tradició i prestigi del Josep Trueta.

Mai, com avui en dia, podem entendre millor la dimensió del gran home que fou el Dr. Trueta.

Metge, investigador, innovador i docent, persona que estimava Catalunya, a qui va servir i la mostrà al món. Qui va fer gran aquest país encerclat per turons i poca plana, que ha obligat a conrear pobres bancals per treure'n bon fruit. País banyat per la Mediterrània, que ens ha fet salpar mar enllà, a la recerca de la nostra Ítaca.

The Spirit of Catalonia. Avui, més que mai. Història emocional d'un país, rica en valors que impregnen el sentit aquests guardons: Repte, treball, talent, recerca i sobretot entusiasme, vocació i actitud de servei.

La seva dimensió, la visió dels Trueta, és la d'entendre el món sanitari des d'un concepte holístic, de grans mires, on tots hi són inclosos. L'ample ventall de competències que ens reuneix enguany, així ho confirma.

Des de la recerca més agosarada i capdavantera, al disseny de models d'atenció, gestió, formació i millora de la qualitat en salut posats al servei d'una societat madura, exigent i canviant.

Des del metge de capçalera, proper, savi, que coneix fil per randa la seva comunitat, fins al farmacèutic que educa, instrueix i alliçona, o fins la infermeria d'altra banda, que assumeix l'expertesa de la cura i actua com a motor del desenvolupament i gestió d'unitats multidisciplinàries.

Integració i globalitat que, junt amb l'atenció als nens, la pediatria, són els puntals de la nostra sanitat.

Avui hi són també professionals que han dedicat la seva vida a l'estudi i lluita per la prevenció de malalties infeccioses, con la malària o la SIDA, amb indiscutible presència i reconeixement a nivell internacional.

O a conèixer i endinsar-se amb passió en la investigació i tractament del càncer, creant instituts a casa nostra pel seu estudi.

O forçant el pas de la biologia experimental a les tècniques de reproducció assistida, que tanta esperança i plenitud han aportat i de la que són capdavanters.

No cal dir el pes social que tenen les fundacions dedicades a la recerca i tractament de malalties concretes com la leucèmia o l'Alzheimer, nascudes sota l'impuls personal i sentit del mecenatge, amb l'objectiu, des de la iniciativa privada, d'omplir espais que estaven menys desenvolupats.

Res va endavant sense una sòlida educació. Paper cabdal de la formació mèdica continuada a casa nostra.

Res va endavant si no va precedit i acompanyat per uns bons principis. Principis de la bioètica, que marquen la pauta del bon fer: respecte a la persona, és a dir, a la seva dignitat, valors, creences i conviccions.

Pedro, Miguel Ángel, José, Victòria, Josep, Bonaventura, Joaquim, Joseps Maries [n'hi ha 3], Albert, Montserrat i Anna. Jo us saludo i us felicito.

Som un país que reconeix el mèrit de les institucions lligades al món sanitari, que creixen i el fan créixer treballant en xarxa, creant sinèrgies i induint l'economia del talent.

Enguany, l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, que fa que l'atenció i assistència arribi a tot el territori de forma equitativa, que promou la recerca biomèdica i la docència, l'Institut Català de la Salut.

La multinacional catalana, el WERFEN GROUP, dedicada al desenvolupament de noves tecnologies per a la fabricació i comercialització d'instrumental mèdic i científic, que ja ha salpat vers nous horitzons.

La institució centenària que fomenta el coneixement mèdic i la seva difusió dins l'àmbit de la nostra parla, mantenint l'esperit humanístic de la medicina, "L'Acadèmia".

Institucions que vetllen i promouen la millora de la qualitat d'aquesta atenció, com la Fundació Avedis Donabedian o la Fundació Esclerosi Múltiple, que amb una percepció longitudinal de la malaltia ha sabut tractar-la des del seu coneixement bàsic fins a la inserció laboral dels afectats, promocionant serveis arreu de Catalunya. Quina bona feina!
Parlar del Centre de Recerca en Economia i Salut és entrar de ple

en el complex entramat del sistema sanitari. El CRES té per objectiu promoure, des de la recerca acadèmica i científica, la millora i la sostenibilitat del sistema de salut.

Bé, per acabar els he de dir que els guardonats estem molt agraïts i ens sentim responsables davant de la societat pel reconeixement que avui hem rebut.

Tal vegada aquestes eren les primeres paraules a dir, però tal vegada al ser les darreres, seran les més solemnes.

Agraïts al Govern de la Generalitat, presidit pel Molt Honorable Sr. Artur Mas, qui avui ens dóna acollida en aquesta cerimònia i que ens permet formar part de les seves cròniques.

Agraïts al Conseller de Salut, Honorable Sr. Boi Ruiz, qui ens proposà, coneixedor de la nostra feina i trajectòria. Gràcies Conseller per haver vist en nosaltres alguns dels valors del Trueta.

Com no, agraïts als nostres companys i col·laboradors, que sense el seu esforç en equip, aquest reconeixement no hagués estat possible. I també a les nostres famílies qui ens han regalat temps, estima i sobretot llibertat per fer allò que tant ens agrada.

Finalment, als malalts i les seves famílies, que amb la seva confiança i generositat ens han permès aconseguir les nostres fites.

Jo, que vinc del món de les memòries, els hi puc ben dir que aquesta cerimònia no caurà en l'oblit.

8. BÚSTIA

Societat Catalana de Neurologia

Dr Oriol de Fàbregues

Benvolgut president i amic
Com bé saps Catalunya està vivint una època històrica, i amb la possibilitat que el seu futur vagi cap a cotes de més llibertat que l'actual. Alguns defensem la independència, sospito que tu també, i d'altres un Estat Federat, i són pocs els que volen mantenir la situació actual. En tot cas, és el poble el que ha de decidir el seu futur, i la millor manera és mitjançant un referèndum, plebiscit, etc d'autodeterminació.
Penso que les Institucions que tenen un pes específic a Catalunya, i la SCN n'és una d'elles, tenen un deure i una responsabilitat. La neurologia té el futur molt més segur que Catalunya.
És per això que a títol personal, com amic i company, et prego una manifestació pública que doni suport al dret d'autodeterminació, ja sigui per arribar a la independència, o per sol·licitar d'altres opcions.
Gràcies per considerar aquesta carta, i en tot cas agrair-te el teu parer.
Rep una cordial salutació

Romà Massot i Punyet.
Tarragona

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: 03406/7049/2012
Data: 06/07/2012 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 vostè, 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 agrairíem 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

Departament de Salut

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

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

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

Benvolgut,

Des del Pla director sociosanitari, ens posem en contacte amb vostè per demanar-li la designació de tres neuròlegs per participar en un grup de treball sobre les demències.

Es tracta d'un projecte conjunt del Programa d'Atenció i Prevenció a la Cronicitat i el Pla director, vinculat a un objectiu del Pla de Salut *Projecte 2.1. Implantar processos clínics integrats per malalties cròniques.*

En aquest grup de treball, participaran diferents professionals amb l'objectiu d'establir consensos sobre el maneig de la malaltia amb una visió comunitària.

Agraint la seva atenció, restem a la seva disposició per a qualsevol consideració al respecte.

Cordialment,

Pau Sánchez Ferrín
Director
Pla director sociosanitari

Barcelona, 30 de novembre de 2012

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
Tel. 93 227 29 00
Fax 93 227 29 90
http://www.gencat.cat/salut

AVALS

II Jornada de la Migranya a Catalunya
Reus 12 de setembre de 2012

Protocolos y guias de trabajo en el estudio del deteriori Cognitivo
Barcelona, 14 de setembre de 2012

I Jornada d'atenció compartida en Neurologia AIS-BE
Barcelona 5 d'octubre de 2012

XXIV Jornades tècniques de l'Institut Guttmann. Remodelant el cervell
Barcelona, 25 d'octubre e 2012

IV Curso de donación y trasplante de órganos para neurólogos
Barcelona, 4 i 6 d'abril 2013

9. ACTUALITZACIÓ EN ..... EPILÈPSIA

En aquest número 19 del butlletí de la nostra societat es consolida la secció periòdica sobre actualitzacions en diferents camps de la Neurologia.
En aquest segon número, el tema escollit ha estat l'epilèpsia.

La epilepsia es una patología que afecta aproximadamente al 1% de la población, y constituye la tercera causa de patología neurológica de asistencia a urgencias. En este respecto, se han notificado novedades terapéuticas en el tratamiento del Status Epiléptico (SE), en el que básicamente se tiende a cambiar el esquema clásico de actuación del SE mediante la utilización de nuevos fármacos antiepilépticos para evitar así los efectos secundarios indeseables de los fármacos clásicos como el Fenobarbital, y las posibles interacciones farmacológicas. No obstante, los tiempos de actuación recomendados continúan siendo los mismos. Existen numerosas publicaciones del uso de Levetiracetam, y de Lacosamida en el estatus epiléptico. Destaca un trabajo multicéntrico liderado por la doctora Julia Miró del Hospital de Bellvitge, en el que se establece que la Lacosamida endovenosa, es un tratamiento eficaz y seguro para los pacientes con SE refractario. (1)

El control clínico de la epilepsia, a menudo se complica cuando los pacientes no responden a los tratamientos. El estigma social y laboral de la epilepsia aún persiste, y tanto el diagnóstico erróneo de la enfermedad como la recurrencia de crisis por la retirada de medicación, pueden tener un impacto social del paciente más allá de los riesgos vitales. En un estudio publicado en este año, se confirma que la epilepsia mal controlada se asocia significativamente a mayor riesgo de fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos, así como al aumento de uso de recursos sanitarios, como la necesidad de hospitalización o visitas en consultas externas. Los autores calculan que el coste directo al sistema sanitario de un paciente con epilepsia que no responde al tratamiento médico varía entre 10.000 y 12.000 Euros anuales aproximadamente, con unos costes indirectos entorno a los 2.000 Euros. Además, se calculó que un empleado con epilepsia refractaria pierde 2.5 veces más días de trabajo que una epilepsia con buen control. Por ello, es responsabilidad de los neurólogos conocer las diferentes novedades en diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, así como insistir en los recursos sociales y sanitarios que requieren los pacientes para reducir los problemas de salud y los costes derivados de padecer crisis epilépticas recurrentes. (2)

Uno de los diagnósticos más importantes que se ha revisado y actualizado a lo largo de este año ha sido el pronóstico de las Epilepsias Generalizadas Idiopáticas. Clásicamente, se se asume que este tipo de epilepsias tienen mejor pronóstico que las epilepsias focales, aunque la subclasificación de las diferentes entidades es relevante a la hora de adoptar actitudes a largo plazo. Por ejemplo, a pesar del solapamiento de síntomas y hallazgos en el electroencefalograma, es importante saber diferenciar el síndrome de ausencias infantiles de otros como las ausencias juveniles, ya que el primero suele tener un curso benigno y autolimitado, y se puede plantear la retirada de tratamiento. También es importante conocer que a pesar de la buena respuesta al tratamiento que tiene la epilepsia mioclónica juvenil, tan sólo menos del 20% de los pacientes quedan en remisión continua tras la retirada del mismo. Es decir, la heterogenicidad clínica, así como el valor controvertido de los hallazgos en el EEG de los pacientes con Epilepsias Generalizadas Idiopáticas, obliga a mantener actitudes cautelosas a la hora de establecer pronósticos y modificar tratamientos antes de poder asegurar un diagnóstico sindrómico definitivo. (3)

En esta línea de epilepsia,últimamente han habido varias publicaciones sobre las manifestaciones clínicas del déficit de transportador de Glucosa-1 (GLUT-1) secundarios a las mutaciones en el gen SLC2A1. Se sabe que el déficit de GLUT-1 puede producir encefalopatías en niños y distonía paroxística del ejercicio. Sin embargo, se ha identificado el déficit hasta en un 1% de los pacientes con epilepsia generalizada idiopática, especialmente en epilepsia con ausencias de inicio precoz. El diagnóstico del déficit de GLUT-1 es importante, ya que existen posibilidades terapéuticas eficaces(dieta cetogénica), y de cara al consejo genético. (4,5)

También se ha avanzado en el conocimiento de las bases genéticas de algunos tipos de epilepsia, así el uso de la técnica de Microarray ha detectado que existen mayor número de variaciones de copias en los pacientes con retraso mental, trastornos psiquiátricos y epilepsia, específicamente en los genes que codifican canales iónicos, que en los sujetos sanos. Por lo que, esta técnica podría convertirse en herramienta diagnóstica específica para un grupo de pacientes que comparten síntomas comunes a diferentes mutaciones. (6)

La inmunidad y la inflamación, son otro foco de interés en la epilepsia. En especial, cada vez se encuentra una mayor prevalencia de epilepsias autoinmunes idiopáticas o asociadas enfermedades sistémicas o cáncer, para las que se encuentran con mayor frecuencia anticuerpos antineuronales específicos como los anti-NMDA o los anti-LGI-1. Por la aparente baja prevalencia de estas entidades, la colaboración de diferentes centros ha aportado grandes avances en la caracterización de epilepsias refractarias de inicio tardío de origen autoinmune. Como ejemplo, en un trabajo liderado por la doctora Mercé Falip se observó que hasta un 12% de las epilepsias temporales refractarias de aparición tardía tenían la presencia de anticuerpos antiglutámico decarboxilasa, y que podrían tener una relación causal con el origen de las crisis. (7).
Las publicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de la epilepsia han sido numerosas, sin embargo, aún se intenta consolidar como una alternativa eficaz para el tratamiento de epilepsias refractarias. Cada vez, son más los centros con posibilidades de tratamiento quirúrgico en nuestro medio, que se debería reflejar en una mayor accesibilidad de los pacientes a estas alternativas terapéuticas, y un mayor contacto de los neurólogos con estos centros. Sin embargo, aún está por establecer cuáles son las características definitivas de fácil conocimiento para los neurólogos generales de las indicaciones quirúrgicas de la epilepsia. En un trabajo de la unidad de epilepsia del Hospital Clinic y Sant Joan de Deu, detectaron que de los pacientes remitidos por epilepsia refractaria a una unidad quirúrgica, tan sólo cumplían criterios de epilepsia fármacoresistente un 32% de los pacientes remitidos, de acuerdo con la información que se podía obtener de su historial clínico. La nueva definición de epilepsia refractaria al tratamiento médico, definida como el fracaso de dos o más fármacos a lo largo de un periodo superior a un año, facilita las indicaciones para la derivación de los pacientes a unidades de epilepsia sin que tengan que sufrir demoras innecesarias para la aplicación del tratamiento óptimo. (8)

Bibliografía

1. Efficacy of intravenous lacosamide as an add-on treatment in refractory status epilepticus: A multicentric prospective study. Miró J, Toledo M, Santamarina E, Ricciardi AC, Villanueva V, Pato A, Ruiz J, Juvany R, Falip M. Seizure. 2012 2:1059-131

2. Burden of uncontrolled epilepsy in patients requiring an emergency room visito r hospitalization. Ranjani Manjunath, Pierre Emmanuel Paradis, Helene Parise, Marie-Helene Lafeuille, Brian

Bowers, Mei Sheng Duh, Patrick Lefebvre, Edward Faught. Neurology. 2012; 79:1908-16.

3. The prognosis of idiopathic generalized epilepsy. Udaya Seneviratne, Mark Cook, Wendyl d'Souza. Epilepsia. 2012; 53:2079-90

4. Glucose transporter type I deficiency syndrome: epilepsy phenotypes and outcomes. Pong AW, Geary BR, Engelstad KM, Natarajan A, Yang H, De Vivo DC. Epilepsia. 2012;53(9):1503-10.

5. Glucose Transporter 1 Deficieny in the Idiopathic Generalized Epilepsies. Arsov T, Mullen SA, Rogers S, Phillips AM, Lawrence KM, Damiano JA, Goldberg-Stern J, Afawi Z, Kivity S, Trager C, Petrou S, Berkovic s, Scheffer IE.

6. Clinical significance of rare copy number variations in epilepsy: a case-control survey using microarray-based comparative genomic hybridization.Striano P, Coppola A, Paravidino R, Malacarne M, Gimelli S, Robbiano A, Traverso M, Pezzella M, Belcastro V, Bianchi A, Elia M, Falace A, Gazzerro E, Ferlazzo E, Freri E, Galasso R, Gobbi G, Molinatto C, Cavani S, Zuffardi O, Striano S, Ferrero GB, Silengo M, Cavaliere ML, Benelli M, Magi A, Piccione M, Dagna Bricarelli F, Coviello DA, Fichera M, Minetti C, Zara F. Arch Neurol. 2012;69:322-30.

7. Prevalence and immunological spectrum of temporal lobe epilepsy with glutamic acid decarboxylase antibodies.Falip M, Carreño M, Miró J, Saiz A, Villanueva V, Quílez A, Molins A, Barceló I, Sierra A, Graus F. Eur J Neurol. 2012;19:827-33.

8. Are patients referred for presurgical evaluation drug resistant according to the new consensus definition? A study in a tertiary center.Carreño M, Aparicio J, Sierra A, Aceituno A, Pintor L, Bargallò N, Setoain J, Rumià J, Boget T, Donaire A, Bailles E, Fernández S. Epilepsy Res. 2012; 98:277-80.

10. RACÓ DEL RESIDENT

Discussió del cas d'una pacient de 63 anys amb quadre d'encefalitis límbica post-trasplant al·logènic de moll d'os.

Mariona Hervàs, Jordi Estela. *Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.*

L'Encefalitis Límbica Aguda Post-trasplant de moll d'os (en anglès PALE, Post-trasplant Acute Limbic Encephalitis) és una complicació neurològica infreqüent dels pacients trasplantats de moll d'os. La causa més habitual és l'etiologia infecciosa associada al virus herpes humà 6 (VHH-6) (1). En les sèries descrites, la incidència de PALE entre els pacients trasplantats de moll d'os és de 1.5%, sent tots ells seropositius per VHH-6 (s'han descrit alguns casos aïllats de PALE seronegatius per VHH6, però es qüestiona que es tracti d'un error per la baixa sensibilitat del test per a la detecció del DNA viral) (2,3,4). La reactivació del VHH-6 s'ha observat en el 40-60% dels pacients, normalment després de les 3 primeres setmanes post-trasplant de moll d'os. Les dues variants (VHH-6 A i B) són neurotròpiques en estudis in vivo, i resideixen de forma latent en el SNC, podent-se reactivar en estats d'immunosupressió. El VHH-6 es pot presentar amb un ampli espectre de manifestacions clíniques (exantema, febre i pneumonitis intersiticial) però l'associació més greu és l'encefalitis difusa o multifocal, especialment en els individus trasplantats de moll d'os. En una minoria dels pacients, s'ha descrit l'afectació exclusiva del sistema límbic com en el nostre cas. En les petites sèries descrites en la literatura, trobem moltes similituds epidemiològiques, clíniques i radiològiques amb el nostre pacient. Tot els casos són homes que han rebut trasplant al·logènic de moll d'os, tots presenten una malaltia de l'empelt contra l'hoste, i els símptomes s'inicien a la fase de reconstitució immunològica (primer mes). El quadre clínic consisteix en febre, un estat confusional agut amb amnèsia anteròg rada i en alguns casos, convulsions. En quant a les proves de laboratori, de forma característica, en la majoria dels pacients s'ha observat com en el nostre cas, una hiponatrèmia secundària a un SIADH. En l'anàlisi del LCR, és típica la pleocitosi limfocitària amb hiperproteinorraquia, així com la negativitat en les proves de detecció de DNA d'altres virus, la negativitat dels cultius per a bacteris i fongs, i la negativitat d'anticossos onconeuronals. En les proves de neuroimatge, presenten una hiperintensitat de la senyal de ressonància en T2, FLAIR i DW que no capta contrast, de forma bilateral del sistema límbic (uncus, amígdala, hipocamp i córtex entorrinal), i que concorda amb l'activitat epileptiforme focal temporal i fronto-temporal detectada en l'EEG. En l'actualitat, però el paper del VHH-6 en l'etiopatogènia de PALE és controvertit, ja que es desconeixen els mecanismes pels que el VHH-6 pot inflamar el sistema límbic en alguns casos i en altres fer una afectació difusa; i d'altra banda, la seronegativització del virus amb el tractament, no sempre es correlaciona amb la milloria clínica dels pacients.
El PALE s'assembla clínica i radiològicament, a l'Encefalitis Límbica Autoimmunitària (paraneoplàsica i no paraneoplàsica), malgrat l'inici és més subagut en aquesta última entitat. En el nostre cas, el tractament quimioteràpic previ ens ha de fer plantejar la possibilitat d'una segona neoplàsia i d'un síndrome paraneoplàsic secundari. En les exploracions complementàries, per tant, inclouríem una TC tóraco-abdominal i la determinació en sang i en LCR d'anticossos onconeuronals.

Dins les causes immunomediades d'encefalitis post-trasplant en el nostre pacient, cal mencionar la malaltia de l'empelt contra l'hoste mediada per les cèl·lules T del donant; que de forma altament infreqüent pot provocar encefalitis i que el diagnòstic és histològic. Per altra banda, en pacients trasplantats de moll d'os, en relació a la malaltia de l'empelt contra l'hoste, s'han descrit quadres neurològics immunomediats similars al síndrome de Guillain-Barré o a la Miastènia Gravis (5). Per això, encara que no hem trobat cap cas en la literatura, creiem que una altra opció diagnòstica en el nostre pacient, podria ser l'encefalitis límbica immunomediada. Els anticossos onconeuronals anti-canals de potassi voltatge-depenents (VGKC) clínicament es caracteritzen per un quadre de confusió amb afectació de la memòria anteròg rada, a vegades precedit de crisis tòniques curtes que es poden confondre amb mioclònies, trastorns de conducta del son REM i hiponatrèmia; com en el nostre pacient(6).
En resum, per al diagnòstic etiològic de l'encefalitis límbica post-trasplant de moll d'os és imprescindible l'anàlisi de sang amb serologies, l'anàlisi de LCR per a la detecció de DNA per PCR, els cultius de sang i LCR i la realització d'una prova de neuroimatge com la RMN cranial. Si es descarta l'etiologia infecciosa, la detecció d'anticossos onconeuronals i la realització de una TC tóraco-abdominal ens ajudaran a descartar les causes autoimmunitàries paraneoplàsiques o no paraneoplàsiques. Per últim, la biòpsia cerebral pot ser útil en aquells casos en que no existeixi una etiologia específica, per tal d'excloure una malaltia de l'empelt contra l'hoste mediada per cèl·lules T.

Bibliografia:

1. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplant recipients: a global perspective. Bone Marrow Transplant. 2009 Oct;44(8):453-558.

2. Seeley WW et al, Post-transplant acute limbic encephalitis: clinical features and relationship to HHV6. Neurology 2007. Jul 10;69(2):156-65.

3. Hill JA et al, Cord-blood hematopoietic stem cell transplant confers an increased risk for human herpesvirus-6-associated acute limbic encephalitis: a cohort analysis. Biol Blood Marrow Transplant 2012. Nov;18(11):1638-48.

4. Kawaguchi T et al, Severe hyponatremia caused by syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone developed as initial manifestation of human herpesvirus-6-associated acute limbic encephalitis after unrelated bone marrow transplantation. Transpl Infect Dis. 2012 Nov 23.

5. Grauer O et al, Neurological manifestations of chronic graft-versus-host disease after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation: report from the Consensus Conference on Clinical Practice in chronic graft-versus-host disease. Brain 2010; Oct 133(10):2852-65.

6. Graus F et al, Neuronal surface antigen antibodies in limbic encephalitis: clinical-immunologic associations. Neurology 2008. Sep 16;71(12):930-6.

RESOLUCIÓ DEL CAS:

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 alogènic 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 diagnostar 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 complerta. Fins el setembre del 2011, quan una nova recidiva va aconsellar la realització d'un trasplantament alogènic 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 anitibiòtic, modificant-se el tracatment a levofloxacino, i als 16 dies, seguint sense símptomes, es va retirar l'antibioticoteràpia. El dia 19, però, la febre va reaparèixer, reinstaurant-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 foc infecciós. El dia 28, tot i estar afebril, i per primera vegada durant l'ingrés, el pacient va desenvolupar quadre confussional, 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 mioclonies 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 plaquetas /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 craneal no va mostrar alteracions i al líquid cefalorraquidi es van trobar 40 cèl.lules, majoritàriment limfòcits, 40mg/dL de proteines, i glucosa normal.

Amb la orientació sindròmica d'encefalopatia difusa es va plantejar com a diagnòstic diferencial la possibilitat d'encefalitis infecciosa vírica o per Lysteria Monocitogenes, encefalitis inmunomediada (graft vs host), o infiltració tumoral meníngea.

Es va decidir afegir tractament amb ampicilina per a cobrir la possible listeriosi, i considerant-se com a sospita etiològica principal l'origen infecciós, es van retirar tots els immunosupressors excepte els corticoides.

Poque hores més tard, el pacient va presentar crisi tònico-clònica generalitzada i disminució del nivell de consciència fins l'estat de coma. Inicialment es va iniciar tractament amb clonazepam i valproat endovenosos, no podent-se evitar la progressió cap a status epilèptic no convulsiu, amb pacient sense contacte amb el medi extern i clònies facials dretes. Després d'intubar el pacient, fer el trasllat a la Unitat de Cures Intensives, i instaurar tractament amb levetiracetam endovenós (1500 mg / 12 hores), propofol a 1.5 ml/h i clonazepam 1mg/6h, va cedir l'activitat epileptiforme observada (activitat comicial fronto-temporal dreta), però el pacient no va recuperar l'estat de consciència, mantenint-se en coma, sense afectació focal d'estructures de tronc a l'exploració clínica.

Les proves de PCR realitzades a sang perifèrica per a virus herpes simple 1 i 2, virus de la varicela zòster, citomegalovirus i enterovirus, així com les tincions de Gram i tinta xinesa, van resultar totes negatives.

La RM cràneoencefàlica als 3 dies d'haver-se iniciat la clínica neurològica va mostrar hiperintensitats en seqüències T2 i FLAIR amb afectació predominant al sistema límbic (amígdala i còrtex temporal medial bilateral) (fig.1A,B,C), sense component necrohemorràgic, així com hiperintensitats més puntiformes al tronc encefàlic i cerebel. El patró de distribució d'aquestes lesions és característica d'encefalitis per virus herpes humà 6 (VHH-6), motiu pel que es va ampliar l'estudi microbiològic de LCR amb PCR per a VHH -6, que va resultar positiu.

Donat que l'aciclovir no és efectiu per aquest virus, es va iniciar tractament endovenós amb ganciclovir a dosis plenes. Es van haver d'esperar 20 dies per a que el pacient comencés a millorar del nivell de consciència. Posteriorment, el pacient va anar recuperant l'estat d'alerta, amb correcta resposta a ordres senzilles, i posterior restabliment del nivell de consciència i les funcions atencionaals.

Tot i així, inicialment, el pacient necessitava ajuda per a la majoria de les activitats bàsiques de la vida diària, conseqüència de deteriorament cognitiu residual amb desorientació temporal, importants alteracions mnèsiques (alteració en la codificació inicial, aprenentatge i recuperació de la informació, sense millora amb pistes semàntiques), alteració de les funcions executives (planificació) i visuoperceptives, i dèficits de les pràxies visuoconstructives (closing-in, errors de planificació, en les interseccions, dèficits de simetria). A nivell conductual destacava la presència de símptomes compatibles amb depressió greu, pel que es va iniciar tractament amb escitalopram.

En els controls ambulatoris el pacient ha anat millorant progressivament les seves funcions cognitives, persistint síndrome depressiva i incapacitats funcionals associades als dèficits executius i mnèsics.

A la RM control realitzada als 4 mesos de la resolució de la infecció, s'observa pèrdua de volum cerebral generalitzat, de predomini temporal medial, sense altres alteracions significatives. (fig.1D,E,F)

Virus herpes humà 6 (VHH-6)

Es tracta d'un virus DNA de doble cadena de la familia dels herpesvirus del grup β. Causa la febre exantemàtica en la infància. Té una prevalença mundial d'infecció propera al 100%. És capaç d'infectar a les cèl.lules que expressen CD46, que són la pràctica totalitat de les cèl.lules nucleades (1, 2).

El seu mecanisme de latència és diferent al de la resta dels herpes-

virus humans. És capaç d'integrar-se al DNA cromosòmic de les cèl. lules humanes. Per aquest motiu existeix la possibilitat d'afectar a la línea germinal, pel que aproximadament el 1% de la població presenta el genoma d'aquest virus integrat en un cromosoma de totes les seves cèl.lules. Fins i tot es pot donar el cas d'heredar una còpia del virus de la mare i una altra del pare. El significat de la presència cromosòmica del HHV-6 no està aclarit, però es coneix que en determinades condicions es pot reactivar 'in vitro'.(2, 3)

La principal importància d'aquest virus en neurologia és la seva alta capacitat d'infectar el SNC, provocant encefalitis(4), i perquè és el responsble d'aproximadament un 30% de las convulsions febrils de la infància(5). També s'ha implicat (sense demostració causal) amb l'esclerosi múltiple i l'esclerosi temporal mesial(4).

En quant aquest cas, és rellevant destacar que l'encefalitis per VHH-6 és la causa més freqüent d'encefalitis i mielitis en pacients que han rebut trasplantament alogènic de moll d'ós. Donades les seves especifictats terapèutiques, i donat que aquest virus no es sol estudiar de rutina en el diagnòstic etiològic de les encefalitis víriques, el coneixement d'aquesta especificitat associada al tractament de neoplàsies hematològiques és crucial per a un diagnòstic més precoç i un tractament amb millor pronòstic funcional(6).

Després d'un trasplantament de moll d'ós el virus es reactiva en un 40-50% dels pacientes, donant símptomes de febre (amb o sense exantema), i provocant encefalitis en un 1% dels pacients, éssent la causa més frequent d'encefalitis límbica en transplantats de mèdula óssea (66% dels casos). Afecta més als homes, amb una incidència màxima registrada al mes del transplantament. Cursa amb confussió, amnèsia anteròg rada greu i retròg rada més preservada, crisis parcials complexes o generalitzades tònico-clòniques i/o síndrome de secreció inadequada d'ADH. El LCR mostra un recompte cel.lular variable d'entre 1 i 40 cèl.lules, amb proteines generalment normals (mitja de 40 mg/dL). El VHH-6 també s'ha detectat, retrospectivament, com una de les causes 'ocultes' en fins a 1/3 d'encefalitis d'etiologia indeterminada en pacients immunocompetents(1, 4).

El diagnòstic es pot realitzar per PCR, serologia o cultiu. Per a diferenciar una infecció activa d'una crònica es pot mesurar l'afinitat dels anticossos. La PCR en una infecció inactiva mostra poques còpies del DNA víric, mentre que en persones amb la infecció activa el número de còpies es molt més gran (1, 2).

Els fàrmacs recomenats per a tractar aquest virus són el ganciclovir i el foscarnet, tot i que cap d'ells té la indicació firmement aprobada. Tots dos fàrmacs tenen un risc de toxicitat elevat, pel que no s'han d'utilitzar de manera empírica, sino exclusivament si es disposa d'un diagnòstic confirmat d'infecció activa per VHH-6. Especialment important, l'aciclovir no és efectiu pel tractament de les encefalitis per VHH-6 (2).

Conclusions

El virus de l'herpes humà 6 és la causa más frequent d'encefalitis en pacients amb trasplantament de moll d'ós, però també és una causa frequent d'encefalitis de causa indeterminada en pacients immunocompetents. Les seves especificitats en quant a les lesions observables mitjançant ressonància magnètica, així com la necessitat d'utilitzar de manera específica ganciclovir o foscarnet pel seu tractament mostren la importància del coneixement d'aquest virus en aquesta població de pacients.

Bibliografia

1. Tyler KL. Emerging viral infections of the central nervous system: part 1. Arch Neurol. 2009;66:939–48.

2. Flamand L, Komaroff AL, Arbuckle JH, Medveczky PG, Ablashi DV. Review, part 1: Human herpesvirus-6-basic biology, diagnostic testing, and antiviral efficacy. J Med Virol. 2010;82:1560–1568

3. Arbuckle JH, et al. 2010. The latent human herpesvirus-6A genome specifically integrates in telomeres of human chromosomes in vivo and in vitro. Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 107: 5563–5568.

4. Yao K, Crawford JR, Komaroff AL, Ablashi DV, Jacobson S. Review part 2: Human herpesvirus-6 in central nervous system diseases. J Med Virol. 2010;82:1669–1678.

5. Hall CB, Long CE, Schnabel KC, et al. Human herpesvirus 6 infection in children. A prospective study of complications and reactivation. N Engl J Med. 1994;331:432–8.

6. Ogata M. Human herpesvirus 6 in hematological malignancies. J Clin Exp Hematop. 2009;49:55-67.

7. Ablashi DV, Devin CL, Yoshikawa T, Lautenschlager I, Luppi M, Kuhl U, Komaroff AL. Review Part 3: Human herpesvirus-6 in multiple non-neurological diseases. J Med Virol. 2010;82:1903–1910.

11. LA NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

Pagonabarraga J, Corcuera-Solano I, Vives-Gilabert Y, Llebaria G, Garcia-Sanchez C, Pascual-Sedano B, et al. *Pattern of regional cortical thinning associated with cognitive deterioration in parkinson's disease. PloS one. 2013;8:e54980*

La demencia és una complicació frequent i devastadora en els pacients amb malaltia de Parkinson. En aquest estudi del grup de Sant Pau, es comparen les característiques de neuroimatge (RM 3.0 Tesla) de 26 pacients amb capacitat cognitiva normal, 20 amb demencia establerta i 26 amb deteriorament cognitiu lleu (DCL). També van agafar un grup control format per 18 persones sanes. Van observar un patró d'aprimament cortical linial i progressiu en àrees cerebrals relacionades amb memòria declarativa (còrtex entorrinal, pol temporal anterior), memòria semàntica (parahipocamp, gir fusiform) i d'integració visuoperceptiva (solc temporal superior, gir lingual, cuneus i precuneus).
Concluen que el patró d'aprimament cortical és present ja en pacients amb DCL.

Saez-Francas N, Hernandez-Vara J, Corominas Roso M, Martin JA, Brugue MC. *The association of apathy with central fatigue perception in patients with parkinson's disease. Behavioral neuroscience. 2013*

Interessant estudi de col·laboració entre el grup de Trastorns de Moviment, el de Medicina Interna i el servei de Psiquiatria de l'Hospital U. Vall d'Hebron en el que s'esbrina la presència de percepció de fatiga central (FC) en pacients amb Malaltia de Parkinson com a símptoma no motor associada a la malaltia. Així , dels 90 pacients avaluats, 37 (41.1%) van complir criteris de FC. La presència i gravetat de la FC es va associar a alteracions en el domini de l'apatia i no a variables clíniques com l'edat, el sexe, la durada de la malaltia, l'estadiatge clínic, les complicacions motores, els antecedents psiquiàtrics o el tractament rebut.

Gironell A, Figueiras FP, Pagonabarraga J, Herance JR, Pascual-Sedano B, Trampal C, et al. *Gaba and serotonin molecular neuroimaging in essential tremor: A clinical correlation study. Parkinsonism & related disorders. 2012;18:876-880*

Malgrat que la tremolor essencial és el trastorn del moviment més freqüent en l'adult encara no es coneix ben bé la seva etiologia i/o fisiopatologia. Existeix consens sobre la implicació del cerebel i la disfunció del sistema gabaèrgic. En aquest estudi, el grup de Sant Pau vol demostrar la hipòtesi de que el sistema de neurotransmissió serotoninèrgic, com passa en la malaltia de Parkinson, també està alterat.
Per a fer-ho, van avaluar 10 persones amb tremolor essencial mitjançant PET amb Flumazenil i DASB. Van observar una correlació significativa entre la captació cerebel·losa de Flumazenil (via GABA) i les escales clíniques de tremolor però no amb les troballes de DASB-PET (via serotoninèrgica).
Aquestes troballes recolzen l'alteració en la unió als receptors GABA (subtipus GABA A) en els pacients amb tremolor essencial i no una alteració en el sistema de neurotransmissió serotoninèrgic. Això ha de permetre guiar el desenvolupament de nous fàrmacs efectius en la tremolor essencial.

12. L'ENTREVISTA. DR. FRANCESC PUJADAS

El Dr. Francesc Pujadas va nèixer l'1 d'octubre de 1957 a Sabadell, on també viu.
Va cursar la carrera de medicina a l'UAB, Unitat Docent de l'Hospital de Sant Pau, i es va llicenciar l'any 1980. Va fer Residència de Neurologia via MIR a l'Hospital del Mar de Barcelona de 1982 a 1986, i hi va continuar un any més de Metge Adjunt d'Urgències de Neurologia. L'any 1987 es va incorporar a l'Hospital Vall d'Hebron com a metge adjunt, i des d'aleshores treballa en el camp de les demències, primer en una Consulta Externa Monogràfica de Demències, de la qual va derivar l'any 2005 a l'actual Unitat de Demències. Para·lelament va formar part de la Unitat Neurovascular als seus inicis, entre 2000 i 2005. És Tutor acreditat de Residents de Neurologia des de 2006.

Què et va fer decidir a fer Neurologia i posteriorment dedicar-te al món de la demència?
Quan era estudiant a l'Hospital de Sant Pau em va interessar molt la característica tan pròpia de la Neurologia d'arribar al diagnòstic mitjançant el raonament clínic, i amb el diagnòstic topogràfic com una eina bàsica. També em va motivar l'ampli ventall de malalties neurològiques, que van des de l'afectació muscular fins a la de les funcions corticals superiors. Finalment, se'm va contagiar l'entusiasme per la Neurologia que transmetia el Prof. Lluís Barraquer en les seves classes teòriques i posteriorment veure'n l'aplicació a la pràctica clínica a la Sala de Neurologia quan hi vaig estar de rotatori a l'últim curs de la carrera.

Quina característica valores més en un Neuròleg?
Mantenir l'esperit predominantment clínic de la nostra especialitat però la ment oberta a les innovacions en tècniques diagnòstiques, avenços terapèutics i en la recerca. I tan important o més, tenir un tracte humà i professional tant amb els companys com amb els pacients.

Durant la teva vida professional, quin descobriment destacaries en el camp de la Neurologia i perquè?
La introducció de la neuroimatge i especialment de la ressonància magnètica a partir dels anys 80 del segle passat , que ens ha permès de "veure" les alteracions del sistema nerviós que abans només intuíem de manera indirecta. Més endavant, les tècniques de neuroimatge funcional (SPECT, PET, RM funcional) que ajuden a comprendre com funciona el cervell més enllà de la lesió observable en la neuroimatge estructural. Finalment, i especialment en la malaltia d'Alzheimer i les malalties neurodegeneratives en general, els avenços en genètica i patologia molecular que ens mostren els mecanismes fisiopatològics de la malaltia i obren el camí per al disseny de tractaments més eficaços.

Els que et coneixem sabem que ets un neuròleg molt complet que ha format generacions de nous neuròlegs a la Vall d'Hebron, però on van ser els teus inicis?
Com he esmentat abans, vaig estudiar els últims cursos de la carrera de Medicina a la Unitat Docent de l'Hospital de Sant Pau. Vaig fer la Residència MIR a l'Hospital del Mar amb el Prof. Adolf Pou Serradell, que va ser el meu primer mestre. En acabar el període MIR vaig seguir un any de MAU al mateix hospital i finalment l'any 1987 vaig incorporar-me a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron amb el Prof. Agustí Codina, on he estat treballant fins a l'actualitat.

Què t'ha fet dedicar-te de forma més intensiva a la demència?
La meva dedicació a les demències, me la va "facilitar" el Prof. Agustí Codina quan em vaig incorporar la l'Hospital Vall d'Hebron, en encarregar-me de col·laborar amb ell en una Consulta Externa Monogràfica de Demències, en el moment en que s'iniciava la subespecialització en Àrees Neurològiques específiques als grans hospitals. Com crec que passa amb la majoria de neuròlegs, si et dediques a una àrea de la neurologia hi acabes profunditzant, gaudint-ne i dedicant-hi la major part de la pràctica mèdica. Malgrat tot, sempre he intentat de conservar l'interès per la neurologia general.

Quins consideres són els reptes a assolir en el camp de la demència?
El desenvolupament de biomarcadors amb la suficient sensibilitat i especificitat per al diagnòstic precoç de les demències i que siguin aplicables a la pràctica clínica habitual. El disseny i la investigació clínica de tractaments modificadors de la malaltia que puguin ser administrats en les fases inicials.

De quin dels projectes que has participat estàs més satisfet? Ens el podries explicar una mica?
La tasca de tutor de residents de Neurologia, amb l'elaboració del programa de formació, l'aprenentatge de les tècniques docents i la seva aplicació a la formació dels residents del Servei és el que més satisfaccions m'ha donat.

Quin és el teu projecte més proper?
Consolidar definitivament la Unitat de Demències de l'Hospital Vall d'Hebron, continuant un projecte iniciat per la Dra. Mercè Boada, per mantenir la continuïtat del personal i de l'estructura que garanteixi la qualitat assistencial i la capacitat investigadora en el camp de les demències dintre del meu hospital.

Quina creus que ha de ser l'estratègia adequada per a que la neurologia tiri endavant en un moment de crisis com l'actual? Tens alguna fórmula magistral?
Actualment disposem dins del camp de la Neurologia de mètodes diagnòstics i tractaments generalment eficaços però cada vegada més cars. Hem d'aprofitar bé i racionalitzar l'ús dels recursos dels que disposem, evitar duplicitats assistencials entre atenció primària i hospitalària, fins i tot dins de les subespecialitats de la neurolo-

gia, evitar ingressos innecessaris, limitar la despesa en proves i tractaments que no tinguin un bona relació cost-benefici. Al mateix temps, però, cal defensar el model de Sanitat pública, universal i gratuïta, de qualitat, una conquesta social i democràtica sobretot europea i que actualment està qüestionada per la ideologia neoliberal dominant.

Somia, com creus que serà la vida del Neuròleg d'aquí 20 anys?
Disposarem de marcadors diagnòstics precoços per a la majoria de les malalties neurodegeneratives. Potser també tindrem tractaments "a mida" de cada pacient per la farmacogenòmica. No crec que perdem però l'esperit clínic en el raonament diagnòstic que caracteritza la nostra especialitat.

Si un fill teu, et digués que vol ser neuròleg, el recolzaries, o li trauries del cap?
No s'ha donat el cas, però crec que el recolzaria completament.

Escull un lema o una frase feta amb la que t'identifiquis.
"Primum non nocere". Pot semblar una frase passada de moda avui en dia, amb els avenços tecnològics i terapèutics de què disposem, però encaixa amb el principi ètic de no maleficència: si no està clar que puguis donar un benefici al pacient amb una prova o un tractament, evita de causar més dany.

A quina ciutat t'agradaria viure?
Jo ja estic bé a Sabadell, però fent un esforç d'imaginació, a Europa potser Amsterdam i a Amèrica del Nord, Montreal.

Recomana'm una cançó?
"Viatge a Ítaca", de Lluís Llach sobre el poema de Konstandinos Kavafis.

Un llibre?
"Homo Faber", de Max Frisch.

Per últim, quan costa un tallat al vostre hospital?
55 cèntims.

13. RACÓ LITERARI

Aquest any 2013 que entrem, es commemora el centenari del naixement de Salvador Espriu (1913-1985). En el seu Cànon Occidental (1994), el prestigiós crític literari i professor nord-americà Harold Bloom situa a Espriu entre els gran autors de la poesia universal, lamentant que no se li hagués atorgat el premi Nobel de literatura. A manera d'homenatge, recordem algun dels seus poemes.

EL LEMA I
"M'arriba de sobte la claror d'aquest nou dia
que esdevindrà plenitud del meu somni feliç"

Salvador Espriu, *Final del Laberint*

EL LEMA II
"Nosaltres volem
només,
amb esperança
humil,
la plenitud eterna
de la rosa,
una suprema eternitat
de flor"

Salvador Espriu, *La pell de brau (XIV)*

Felicitació de NADAL
Mira com vinc per la nit
del meu poble, del món, sense cants
ni ja somnis, ben buides les mans:
et porto sols el meu gran crit.

Infant que dorms, no l'has sentit?
Desperta amb mi, guia'm la por
de caminant, aquest dolor
d'uns ulls de cec dintre la nit.

Salvador Espriu, *Prec de Nadal. En el poemari: El caminant i el mur*

Si et criden a guiar
un breu moment
del mil·lenari pas
de les generacions,
aparta l'or,
la son i el nom.
També la inflor
buida dels mots,
la vergonya del ventre
i dels honors.
Imposaràs
la veritat
fins a la mort,
sense l'ajut
de cap consol.
No esperis mai
deixar record,
car ets tan sols
el més humil
dels servidors.
El desvalgut
i el qui sofreix
per sempre són
els teus únics senyors.
Excepte Déu,
que t'ha posat
dessota els peus
de tots.

Salvador Espriu, *La pell de brau, poema XXIV*

Deixa que el greix dels eunucs trontolli d'estèrils rialles
i detura-les, quan et cansin, amb el puny ben clos.
Car tu ets home, vella mida de totes les coses,
i cercaràs en va una més alta dignitat
arreu del món que miren i comprenen els ulls.
Què pot desesperar-te, quin mal no suportaràs,
si acceptes el temps i la mort i l'honor de servir,
els nobles manaments de l'eterna llei?
Desdenyós de lloances, de premis i de guany,
treballa amb esforç perquè sigui Sepharad
per sempre altiu senyor, mai tremolós esclau.
I quan arribis a la porta de la teva nit,
en acabar el camí que no té retorn,
sàpigues dir tan sols: "Gràcies per haver viscut".

Salvador Espriu, *La pell de brau, poema XLIX*

"...Em fa vergonya pensar que aquesta terra meva produeix tants imbècils per centímetre quadrat. Va ser un clamor, havies perdut les eleccions. Mentida, les havies guanyades talment el que tenia més escons no arribava a la meitat dels teus, però amb escons o sense els pollastrets de vuit rals t'han picotejat sense compassió ni respecte. He patit per tu, te les han dit totes i de com més males en deien més gran feien la teva persona no ja com a home de cada dia sinó com a polític. Estic per dir que en aquest merder de xafarderies, callant i apesarat tu ets l'únic camí. Tu ets l'únic camí. I que callin les granotes dels bassals de mala pluja. T'han bastonejat, amb el que diuen els diaris d'enllà, no cal fer-ne cabal i espero que el seny català que tenen alguns dels polítics, benauradament, se'ls imposi per trobar una terra lliure que no serà el cel de les oques, arrossegarà els nostres defectes de segles, però almenys serem a casa».
Josep M Ballarin, capella i escriptor, "Carta al president Mas" (8 de desembre de 2012)

« Ha arribat l'hora de girar full, entornar els resultats i i procedir a fer allò pel que més d'un milió de persones van votar CiU i prop de mig milió, ERC, que era senzillament impulsar i convocar un referèndum i com més aviat millor »
Sergi Sol, periodista

LA NOSTRA TERRA
Homenatge a Jacint Verdaguer

"Enmig d'una plana de cingles reclosa,
com reina que guarden de dia i de nit
els braços de l'aspre Montseny i del Tossa
desperta somnia la ciutat de Vic"

J Verdaguer (1845-1902)

"EL VERDAGUER" d'ALFARO
Estàtua d'acer de 26 metres d'altura i més de set tones de pes, de l'escultor valencià Andreu Alfaro que va morir el passat 14 de desembre, que reprodueix la silueta del poeta de Folgueroles, Jacint Verdaguer, que està situada al campus de la Torre dels Frares a Vic (Osona). Hi va ser instal·lada l'any 2002 arran de la commemoració dels cent anys de la mort del poeta de Folgueroles.

EL MONUMENT a VERDAGUER de BARCELONA
Monument a Jacint Verdaguer situat a Barcelona en la cruïlla entre el passeig de Sant Joan i la Diagonal. L'any 1912, deu anys després de la seva mort, es va convocar un concurs per decidir qui havia de projectar-ne el monument. El guanyador va ser l'equip format per l'arquitecte Josep M. Pericas i l'escultor Joan Borrell, tot i que finalment hi van participar també les germans Oslé, que havien presentat un projecte alternatiu. De Borrell és l'estàtua de bronze de mossèn Cinto i les de pedra, al·legòriques a la poesia, que hi ha a la base. Llucià i Miquel Oslé són els autors dels relleus que conformen el fris que envolta el monument, al·lusius a diversos poemes de Verdaguer. La primera pedra es va posar l'any 1914 però les obres es van allargar fins el 1924.

SEPULCRE de TORRES i BAGES (Fotografía 3)

Sepulcre de Josep Torras i Bages (1846-1916) a la catedral de Vic, bisbe, filòsof, i escriptor, un dels patriarques espirituals de Catalunya.

14. EL MIRADOR
LA NOSTRA TERRA

Montserrat

Erdo (Pallars Jussà)