

^c Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jbenitol@meditex.es (J. Benito-León).
doi:10.1016/j.nrl.2011.03.017

Importancia del estudio electromiográfico en el diagnóstico del temblor ortostático. Réplica

Importance of electromyographic studies in the diagnosis of orthostatic tremor. Reply

Sr. Editor:

Agradecemos la carta enviada por Benito et al enfatizando la posible asociación existente entre el temblor ortostático y el déficit de vitamina B₁₂, en que se pone de manifiesto la asociación causal entre estas dos entidades y la bibliografía existente al respecto¹⁻⁶.

En efecto, conocedores de esta asociación, y dados los antecedentes patológicos de la paciente, revisamos en su momento los niveles de vitamina B₁₂ que estaban situados entre 249-421 pmol/l (132-857) y el volumen corpuscular medio en torno a 85 fL (80-96) en analíticas sucesivas realizadas entre 2006 y 2009, momento en que visitamos por primera vez a la paciente.

La paciente tenía el antecedente de una neoplasia gástrica en el 2006 que requirió gastrectomía total y colestectomía, así como aporte mensual intramuscular de vitamina B₁₂ desde el 2006 hasta la actualidad. Sin embargo, el inicio de la clínica de inestabilidad en extremidades inferiores se sitúa en 1996, 10 años antes del antecedente de neoplasia gástrica y la consecuente gastrectomía, causantes de su déficit de vitamina B₁₂.

No obstante, es importante tener presente dicha asociación y agradecemos a Benito et que hayan remarcado esta

posible inferencia causal, dada la reversibilidad del temblor ortostático al tratamiento y la reposición de los niveles de vitamina B₁₂.

Bibliografía

1. Benito-León J, Porta-Etessam J. Shaky-leg syndrome and vitamin B12 deficiency. *N Engl J Med.* 2000;342:981.
2. Koussa S, Taher A, Sayegh T. Postural and kinetic tremor associated with vitamin B12 deficiency. *Rev Neurol (Paris).* 2003;159:1173-4.
3. Kumar S. Vitamin B12 deficiency presenting with an acute reversible extrapyramidal syndrome. *Neurol India.* 2004;52:507-9.
4. Katsaros VK, Glocker FX, Hemmer B, Schumacher M. MRI of spinal cord and brain lesions in subacute combined degeneration. *Neuroradiology.* 1998;40:716-9.
5. Morita S, Miwa H, Kihira T, Kondo T. Cerebellar ataxia and leukoencephalopathy associated with cobalamin deficiency. *J Neurol Sci.* 2003;216:183-4.
6. Yagüe S, Veciana M, Campdelacreu J. Importancia del estudio electromiográfico en el diagnóstico del temblor ortostático. *Neurología.* 2011;26:53-4.

S. Yagüe*, M. Veciana, J. Pedro y J. Campdelacreu

Unidad de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario de Bellvitge Príncipes de España, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: syj180574@telefonica.net (S. Yagüe).

doi:10.1016/j.nrl.2011.04.016

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.nrl.2011.03.017.

Oclusión carotídea bilateral y estenosis progresiva de arterias vertebrales posradioterapia en paciente joven

Bilateral carotid occlusion and progressive stenosis of vertebral arteries after radiotherapy in a young patient

Sr. Editor:

Se ha descrito un incremento de riesgo de ictus en pacientes menores de 60 años que han recibido radioterapia (RT) por neoplasias de cabeza y cuello, debido a que la irradiación de estas regiones provoca una aterosclerosis acelerada, potenciada por la coexistencia de factores de riesgo vascular. El inicio de los síntomas de isquemia cerebral se suele producir tras 10 años de irradiación¹, aunque el curso exacto de la

arteriopatía post-RT y el tratamiento más adecuado no es bien conocido.

Presentamos el caso de un paciente joven con ictus en relación con una arteriopatía grave y progresiva de arterias cerebrales extracraneales post-RT.

Varón de 45 años de edad, exfumador importante y con antecedente de carcinoma de cavum tratado con RT a los 25 años. La dosis total de RT recibida por el paciente fue de 70 Gray (Gy), a razón de 2 Gy diarios. El área irradiada englobó la nasofaringe (área de tumor primario) y cadenas ganglionares (región cervical). Acudió a urgencias por pérdida de fuerza en el hemicuerpo izquierdo y disartria al despertarse. En los 2 días previos había presentado episodios de sintomatología neurológica autolimitados, consistentes en parestesias linguales y sensación de mareo. Se realizaron una TC craneal, un electroencefalograma, radiografía torácica y estudios de laboratorio que resultaron normales. Ingresó en una unidad de ictus objetivándose