

XIX REUNIÓN ANUAL DE LA AMN



**LIBRO DE
COMUNICACIONES**

<https://congreso-amn.com/>



CON LA COLABORACIÓN DE:





ÍNDICE DE CONTENIDOS

COMUNICACIONES ORALES I	4
COMUNICACIONES ORALES II	17
E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES	28
E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	57
E-POSTERS. TEMÁTICA: TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO	86
E-POSTERS. TEMÁTICA: CEFALÉAS	96
E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROLOGÍA COGNITIVA Y DE LA CONDUCTA	108
E-POSTERS. TEMÁTICA: EPILEPSIAS	110
E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	113
E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROINMUNOLOGÍA-NEUROONCOLOGÍA	123
E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROLOGÍA GENERAL	133



SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I, 21 DE OCTUBRE 2021, 17:30 – 19:10

MODERADORES:

Dr. Antonio Cruz Culebras (Hospital Ramón y Cajal)

Dra. Lucía Galán (Hospital Clínico San Carlos)



O-001

PREDICTUS: HERRAMIENTA PREDICTIVA DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE CIRCULACIÓN ANTERIOR TRATADOS MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Clara Aguirre¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Elisa de la Fuente¹, Manuel Villacorta², Ignacio Zabala², Juan Vega-Villar³, José Luis Caniego³, Álvaro Ximénez-Carrillo¹, José Vivancos¹

¹Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, ²Human Analytics S.L, ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa

OBJETIVO: Aplicar técnicas de inteligencia artificial (“machine learning”) para desarrollar una herramienta predictiva de mortalidad en pacientes con ictus isquémico agudo (IIA) tratados mediante trombectomía mecánica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Inicialmente realizamos un estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con IIA de circulación anterior tratados con trombectomía en nuestro centro. Se analizaron variables relacionadas con la mortalidad y con ellas se generó una herramienta predictiva a través de “machine learning” (software: R 3.5.1; Human-Analytics. S.L). Se compararon los resultados con la regresión logística tradicional.

RESULTADOS: N= 373, edad media: 68.9 (DE: 14.6), 205 (54.8%) mujeres, mediana NIHSS: 17 (IQR: 12-22), rTPA IV previo: 146 (39%), 108 (28.9%) presentaron bajo nivel de consciencia al inicio. TICI \geq 2b postprocedimiento: 331 (88.5%), media volumen de infarto 24h (V24h): 32 (DE: 61.4), mediana NIHSS 72h: 4 (IQR: 0-11), 36 (9.6%) desarrollaron hemorragia sintomática. qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment score) \geq 2: 56 (15%). mRs 3 meses \leq 2: 202 (54%), mortalidad 3 meses: 43 (11.5%). Las variables edad, mRs previo, afectación de nivel de consciencia, TICI \geq 2b, NIHSS 72h, core de infarto en mapas de volumen, hemorragia sintomática, V24h y qSOFA \geq 2 se relacionaron de forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la mortalidad. Con estas variables se construyó una herramienta a través de “machine learning” capaz de predecir mortalidad con un área bajo la curva (AUC) de 0.919, frente AUC 0.71 obtenida con dichas variables en la regresión logística tradicional.

CONCLUSIONES: Presentamos una herramienta obtenida mediante métodos de “machine learning” capaz de predecir mortalidad en pacientes con IIA tratados mediante trombectomía con mayor precisión que los métodos estadísticos habituales. La implementación de este tipo de herramientas podría facilitar la toma de decisiones en práctica clínica habitual.



O-002

UTILIDAD DEL SOFTWARE AUTOMATIZADO RAPID PARA ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE CIRCULACIÓN COLATERAL CONSERVADA: UNA HERRAMIENTA DE PRECISIÓN

Dra. Esther Valiente Gordillo¹, Dr. Santiago Trillo Senin¹, Dra. Carmen Ramos¹, Dr. Juan Vega¹, Dra. Patricia García-García¹, Dra. Celia Alonso Rodríguez¹, Dra. Elisa de la Fuente¹, Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dr. Jaime Alonso¹, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dr. Jose Luis Caniego Monreal¹, Dr. Jose Vivancos¹

¹Hospital Universitario La Princesa

OBJETIVOS:

Los sistemas de valoración de circulación colateral leptomenígea(CCL) pueden ser complejos y subjetivos. Los softwares automatizados de TC perfusión(TCP) permiten obtener de forma rápida, precisa y reproducible parámetros que podrían indicar el grado de CCL. Nuestro objetivo es estudiar la CCL mediante el software RAPID y factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes con ictus de ACM por oclusión de M1/T-carotídea atendidos en nuestro centro desde agosto 2020 a mayo 2021, con estudio de TCP procesado mediante RAPID. El grado de CCL se evaluó mediante 10 parámetros obtenidos automáticamente. El mejor estimador de CCL se determinó por su asociación con las escalas de CCL PATHS, Tan e índice de hipoperfusión(HHI). Se estudió la relación entre el grado de CCL con 65 variables.

RESULTADOS:

N=71. Edad media 74,87(DE 14,53) Mujeres 66,2 %. Oclusión M1 54(76,1 %). Tratamiento endovascular 56(78,9 %). El mejor estimador de CCL fue la reducción del flujo relativo<34%(CBF_r<34%), correlación PATHS($\rho=0,88$; $p<0,001$), Tan($\rho=0,59$; $p<0,001$) y HHI($\rho=0,86$; $p<0,001$). El CBF<34% se transformó en índice de porcentaje de CCL conservada y se denominó BIRDIE(Brain collaterals rapid Index). Media de BIRDIE 0,7(DE 0,33). Un mayor BIRDIE se asoció a mRS previo 0/1($p=0,026$), sobrepeso(IMC>25; $p=0,036$). Un menor BIRDIE se asoció a oclusión de T-carotídea($p=0,004$), un mayor ASPECTs($p<0,01$), un menor NIHSS pretratamiento($p<0,001$), TAD>100mmHg($p=0,048$) o TAS>200mmHg($p=0,003$), vasculopatía cerebral de pequeño vaso($p=0,022$), enfermedad vascular sistémica($p=0,045$), enfermedad renal crónica($p=0,008$).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio el software RAPID se muestra como un adecuado estimador de CCL, especialmente utilizando el parámetro BIRDIE. En nuestro estudio la CCL se asoció fundamentalmente con enfermedad vascular y, paradójicamente, con sobrepeso.



O-003

NEUROINTERVENCIONISMO EN EL ICTUS DE ACM MÁS ALLÁ DE LA VENTANA TERAPÉUTICA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Dr. Santiago Trillo Senin¹, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla, Dr. Antonio Cruz-Culebras, Dra. Patricia Calleja, Dr. Andrés García-Pastor, Dra. Marta Guillán Rodríguez, Dra. Elisa de la Fuente, Dra. Patricia Simal, Dr. Fernando Rodríguez-Jorge, Dr. Fernando Ostos, Dra. Ana Iglesias-Mohedano, Dr. Claudio Rodríguez-Fernández, Dra. Carmen Ramos Martín, Dr. Jose Egido, Dr. Jaime Masjuán Vallejo, Dr. Pablo Rábano, Dra. Marta Vales Montero, Dr. Jose Fernández-Ferro, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo, Dra. Ana Fernández Revuelta, Dr. Federico Ballenilla, Dr. Antonio Gil, Dr. Manuel Moreu, Dr. Jose Luis Caniego Monreal

¹Hospital Universitario La Princesa

OBJETIVOS:

El tratamiento endovascular(TE) en el ictus de ACM más allá de las 24 horas ofrece un beneficio incierto. El objetivo de nuestro estudio es presentar la experiencia conjunta de aquellos pacientes tratados por ictus de ACM en la Comunidad de Madrid superando esta ventana terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo multicéntrico(6 centros) de pacientes que recibieron TE por ictus de ACM desde el inicio de registro de nuestra comunidad con un tiempo de evolución superior a 24 horas. En aquellos casos de inicio desconocido, se consideró el tiempo desde la última vez visto asintomático. Se estudiaron las características de los casos y evolución.

RESULTADOS:

N=32. Mujeres 75%, edad media 65,8(DE 15,9). Motivo tiempo de tratamiento>24h: retraso diagnóstico en 16 casos(50%), empeoramiento en 9(28,1%), reevaluación en 4(12,5%) y otros motivos en 3(9,4%). Se logró recanalización en 27 casos(84,4%) con tiempo de evolución mediana inicio-recanalización 28,9 horas[26-50,4]. 8 casos(25%) fueron tratados más allá de 48 horas. Se produjeron complicaciones durante el procedimiento en 7 casos(21,8%), siendo la más frecuente la migración distal del trombo(4 casos). No hubo casos de transformación hemorrágica sintomática. A los 3 meses el 58,1% alcanzaron mRS<3 y 2 casos habían fallecido(6,5%). No se encontró asociación estadísticamente significativa como factores pronósticos con la edad o el tiempo de evolución.

CONCLUSIONES:

Según la experiencia de los centros de ictus de nuestra comunidad el TE más allá de las 24 horas parece mostrar un perfil de eficacia y seguridad favorable. Ello sugiere que un límite dicotómico temporal no debería evitar el tratamiento en casos seleccionados.



O-004

TRATAMIENTO CON CÉLULAS TRONCALES MESENQUIMALES ALOGÉNICAS DERIVADAS DE TEJIDO ADIPOSO EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL. RESULTADOS DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ENSAYO CLÍNICO AMASCIS

Dra. Elena De Celis Ruiz¹, Dra Blanca Fuentes Gimeno¹, Dra Raquel Gutierrez Zúñiga¹, Dra María Gutiérrez Fernández¹, Dra María Alonso de Leciñana Cases¹, Dr Alberto Borobia¹, Dr Gerardo Ruiz Ares¹, Dra Laura Otero Ortega¹, Fernando Laso García¹, Mari Carmen Gómez de Frutos¹, Dr Exuperio Díez Tejedor¹

¹Hospital Universitario La Paz

OBJETIVOS: Evaluar seguridad y eficacia a 24 meses de la administración intravenosa de células troncales mesenquimales alogénicas derivadas de tejido adiposo (AD-MSCs) en pacientes con infarto cerebral (IC).

MATERIALES Y MÉTODOS: Ensayo clínico fase IIa, piloto, unicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Se incluyeron pacientes ≥ 60 años con IC moderado-grave, asignados aleatoriamente a recibir AD-MSCs o placebo en las primeras 2 semanas desde el inicio de los síntomas del ictus. El objetivo principal es el análisis de seguridad hasta los 24 meses: eventos adversos, complicaciones sistémicas y neurológicas y aparición de tumores. El objetivo secundario es la eficacia del tratamiento: escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses, NIHSS en cada visita, tamaño del IC con resonancia magnética y marcadores de reparación cerebral (MMP-9, VEGF-A y BDNF) a los 7 días y a los 3 meses. Se presentan los resultados finales del ensayo AMASCIS-01. EudraCT: 2011-03551-18; NCT01678534.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes, 4 en el grupo de tratamiento, 9 placebo y 6 excluidos. Tras 24 meses, se reportaron 124 eventos adversos; 2 graves en el grupo de AD-MSCs y 9 en el placebo. No hubo diferencias en número de eventos adversos, complicaciones sistémicas o neurológicas entre ambos grupos ni tampoco desarrollo de tumores. No se encontraron diferencias significativas en el tamaño del IC ni en los valores de ERm o NIHSS en ninguna de las visitas. Los niveles de VEGF-A y BDNF disminuyeron en el grupo de AD-MSCs mientras que aumentaron en el grupo placebo.

CONCLUSIONES: La administración intravenosa de AD-MSCs dentro de las primeras dos semanas del IC es segura. Se necesitan más estudios con mayor número de pacientes para poder explorar su eficacia.



O-005

MONITORIZACIÓN DE RITMO PROLONGADA Y DISFUNCIÓN AURICULAR ECOCARDIOGRÁFICA: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO ARIES

Sr. Jesús García Castro¹, Dr. Ricardo Rigual¹, Dr. Sergio Castrejón Castrejón², Dr. Gerardo Ruiz Ares¹, Dr. Marcel Martínez Cossiani², Dra. María Alonso de Leciñana¹, Dr. Jorge Rodríguez Pardo¹, Dra. Raquel Gutiérrez Zúñiga¹, Dra. Lucía Fernández Gassó³, Dra. Esther Pérez David³, Dra. Blanca Fuentes¹, Dr. José Luis Merino², Dr. Exuperio Díez Tejedor¹

¹Servicio de Neurología y Centro de ictus. Hospital Universitario La Paz, ²Unidad de arritmias y electrofisiología robotizada. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, ³Unidad de imagen cardiaca. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz

OBJETIVOS

El ictus criptogénico frecuentemente se relaciona con una fuente embólica cardiaca no conocida. Objetivo: estudiar la presencia de fibrilación auricular (FA), estado parafibrilatorio (EP, definido como inestabilidad eléctrica auricular) y signos ecocardiográficos de disfunción contráctil auricular en pacientes con ictus criptogénico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron pacientes incluidos en el estudio ARIES (Atrial imaging and cardiac Rythm In Embolic Stroke), observacional, prospectivo, de casos consecutivos de pacientes con ictus criptogénico desde mayo 2020 hasta marzo 2021. Se realizó monitorización ECG continua de 30 días y estudio ecocardiográfico avanzado, con análisis del volumen telesistólico auricular, función auricular 3D (F3D) y deformación del miocardio auricular en fases reservorio (PFR), conducción (PFC) y eyección (PFE). Se clasificaron los pacientes según la monitorización ECG: ritmo sinusal, FA (criterios convencionales) o EP (> 3000 latidos auriculares ectópicos diarios o >2 episodios de microfibrilación auricular de <30 segundos). Se analizó la recurrencia isquémica y la etiología del infarto cerebral a los 90 días.

RESULTADOS

Se han incluido 56 pacientes (73,5±11,6 años, 53,6% mujeres). 17 pacientes (30,4%) presentaron EP y 16 (28,6%) FA en la monitorización continua. Los pacientes con EP presentan una tendencia a mayor disfunción auricular ecocardiográfica: F3D de 57,75% vs 60,46% (p=0,565), PFR 22,57% vs 29,94% (p=0,063), PFC -9,28% vs -13,27% (p=0,085) y PFE -13,28% vs -16,67% (p=0,237). A los 90 días se produjo una única recurrencia isquémica (1,8%) en un paciente con EP.

CONCLUSIONES

En este análisis preliminar, un tercio de los pacientes con ictus criptogénico presentaron estado parafibrilatorio, con tendencia a mayor disfunción auricular en ecocardiografía avanzada.



O-006

COMPARACIÓN DE DOS MODELOS DE ATENCIÓN AL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Dr. José Fernández Ferro¹, Sra. Lidia Rodero Barcos², Dr. Claudio Rodríguez Fernández³, Dra. Marta Guillán Rodríguez¹, Dr. Jorge Escartín López⁴, Dra. Natalia Barbero Bordallo¹, Dra. María Jesús García Sánchez¹, Dra. Juana Catalina Martínez Ramos¹, Dr. Rubén Cazorla García⁴, Dr. José Cebrián Escudero⁵, Dra. Cristina Prieto Jurczynska⁵

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, ²Universidad Rey Juan Carlos, ³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, ⁴Hospital Universitario General de Villalba, ⁵Hospital Universitario Infanta Elena

INTRODUCCIÓN

El modelo drip&drive (DD) ha demostrado reducir los tiempos hasta la atención y mejorar el pronóstico funcional de los pacientes en determinados lugares geográficos respecto del modelo drip&ship (DS). Nuestro objetivo principal es comparar el tiempo puerta-punción femoral entre un grupo de pacientes manejado bajo el modelo DS frente a otro manejado bajo el modelo DD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran vaso tratados mediante trombectomía mecánica en tres hospitales públicos de la CM entre enero de 2014 y marzo de 2021. Se realizó una comparación de las características clínicas y los tiempos de atención entre ambos grupos mediante pruebas de contraste de hipótesis paramétricas (t-student para medias y Chi-cuadrado para proporciones) o no paramétricas (U de Mann-Whitney y Chi cuadrado) en función de la distribución de las variables.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 38 pacientes (27 en DD y 11 en DS). Los grupos fueron en comparables respecto de las características basales (salvo en algunas variables con tamaño muestral pequeño), con diferencias significativas en todos los tiempos analizados (minutos): urgencias-punción femoral (DD 140 [110-181]; DS 245 [222-310]; p 0,0004); TAC-punción femoral (DD 100 [85-144]; DS 222 [200-250]; p 0,0001) y llegada-recanalización arterial (DD 180 [140-209]; DS 278 [241-360]; p 0,0014).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, al igual que en estudios previos, el modelo DD disminuye los tiempos hasta el inicio del procedimiento intraarterial y hasta la recanalización respecto del modelo DS, sin diferencias en el pronóstico clínico al alta.



O-007

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN UN MODELO ANIMAL DE HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Sra. Mari Carmen Gómez de Frutos¹, Sr. Iván García Suárez², Sr. Fernando Laso García¹, Dr. Luke Diekhorst¹, Dra. Laura Otero Ortega¹, Dra. María Alonso de Leciñana¹, Dra. Blanca Fuentes¹, Dra. María Gutiérrez Fernández¹, Prof. Exuperio Díez Tejedor¹, Dr. Gerardo Ruíz Ares¹

¹Laboratorio de Ciencias Neurológicas e Investigación Cerebrovascular, Departamento de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, Área de Neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ, Universidad Autónoma de Madrid, ²Servicio de Emergencias, Hospital Universitario San Agustín. Área de Neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz

OBJETIVO: La diabetes mellitus (DM) es un predictor conocido de mala evolución en el ictus isquémico, no estando claro su efecto en la hemorragia intracerebral (HIC). Por ello, el objetivo de este estudio es valorar el impacto de la DM en un modelo de HIC en ratas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Veintidós ratas Sprague-Dawley fueron distribuidas en 2 grupos: 1) HIC (n=11); 2) DM+HIC (n=11). La HIC se indujo con colagenasa-IV en el estriado mediante referencias estereotáxicas, y la DM con estreptozotocina-nicotinamida. Evaluamos: afectación neurológica (test de Rogers, viga de madera y cilindro rotatorio) de forma basal, a las 48h, 4d y 1m post-HIC; volumen de HIC, edema perilesional y desplazamiento de estructuras cerebrales (distancia cisternas subaracnoideas-duramadre) mediante Resonancia Magnética a las 48h y al mes.

RESULTADOS: Los dos grupos mostraron puntuaciones similares en las escalas de evaluación funcional a todos los tiempos. A las 48h, el volumen de HIC fue de 43.44 mm³ (SD 15.08) en el grupo HIC y de 13.42 mm³ (SD 23.13) en el grupo DM+HIC (p=0.014), y de 18.69 mm³ (SD 9.59) y 23.78 mm³ (SD 37.80) al mes (p=0.250), respectivamente. El volumen de edema a las 48h fue de 27.42 mm³ (SD 13.71) en el grupo HIC y de 32.39 mm³ (SD 12.57) en el grupo DM-HIC (p=0.488). La proporción de edema con respecto al volumen de HIC fue de 0.68 mm³ (SD 0.26) en el grupo HIC y de 10.27 mm³ (SD 11.84) en el grupo DM-HIC, (p=0.001). Finalmente, la distancia cisternas-duramadre fue de 1.06 (SD 0.041) en el grupo HIC y de 1.1 (SD 0.04) en el grupo DM-ICH (p=0.033) respecto al contralateral a las 48h, y de 1.05 (SD 0.073) y de 1.02 (SD 0.04) al mes respectivamente (p=0.429).

CONCLUSIONES: En un modelo animal de HIC, la DM se asocia con menor volumen de hemorragia con similar repercusión funcional, mayor edema cerebral y mayor desplazamiento de las estructuras en la fase aguda.



O-008

PREDICTORES DE RESPUESTA A TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN ICTUS DE ARTERIA BASILAR: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Dra. Carmen Ramos Martín¹, Dr. Asier de Albóniga-Chindurza², Dra. Patricia Zunzunegui Arroyo³, Dra. Rocío Vera Lechuga⁴, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla⁵, Dr. Javier Membrilla López⁶, Dra. Patricia Calleja Castaño⁷, Dr. Herbert Tejada-Meza⁸, Dr. Juan Vega Villar¹, Dr. Joaquín Ortega-Quintanilla², Dra. Lorena Benavente Fernández³, Dra. Raquel Sainz-Amo⁴, Dr. Alfonso López-Frías⁵, Dra. Begoña Marín Aguilera⁶, Dr. Fernando Ostos⁷, Dra. Marta Serrano-Ponz⁸, Dra. Laura Martínez-Vicente¹, Dra. Elena Zapata-Arriaza², Dr. Sergio Calleja Puerta³, Dr. Antonio Cruz Culebras⁴, Dr. Jose Egido⁵, Dra. Blanca Fuentes⁶, Dr. Federico Ballenilla⁷, Dr. Javier Marta-Moreno⁸, Dr. Santiago Trillo¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, ³Hospital Universitario Central de Asturias, ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, ⁵Hospital Clínico San Carlos, ⁶Hospital Universitario La Paz, ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre, ⁸Hospital Universitario Miguel Servet

INTRODUCCIÓN:

El ictus por oclusión aguda de la arteria basilar (IAB) conlleva la mayor morbi-mortalidad de los casos de ictus agudo y su tratamiento endovascular (TE) no está claramente establecido. El objetivo de nuestro estudio es identificar los factores asociados a la respuesta al TE en pacientes tratados por IAB.

MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, con recogida prospectiva de datos, de pacientes consecutivos con IAB, que recibieron TE en 8 centros de ictus desde enero/2012-mayo/2019. Se recogieron variables demográficas, clínicas, del procedimiento y se analizó su relación con el mRS a 3 meses (mRS-3m).

RESULTADOS:

N=282. Mujeres 39,7%. Mediana mRS previo 0 [RIQ 0]. Trombolisis IV 79 casos (28,1%). El 37,5% (102 casos) se trataron con aspiración simple y se consiguió recanalización completa en 227 casos (83,8%). En 28 casos (10%) hubo complicaciones asociadas al TE, la más frecuente embolismos distales (11 casos, 3,9%) La mediana de mRS-3m fue 3 [RIQ 5]. En el análisis multivariante fueron predictores de recanalización completa la etiología cardioembólica ($p=0,029$), predictores independientes del mRS-3m, la puntuación en escala de Glasgow (GCS) y glucemia a la llegada ($p<0,001$) y el número de intentos de recanalización ($p=0,04$). Identificamos asociación entre mortalidad intrahospitalaria y la etiología no-cardioembólica ($p=0,03$), la transformación hemorrágica sintomática ($p=0,001$) y la no recanalización completa con OR=5,539, IC95% [2.556-12.006], $p<0,001$.

CONCLUSIÓN:

En el IAB la gravedad clínica, la glucemia y el número de intentos de recanalización predicen la respuesta al TE. La etiología no-cardioembólica predice mala evolución. La asociación entre la mortalidad y la ausencia de recanalización apoya el beneficio del TE en esta enfermedad. Los factores de neuroimagen asociados están siendo estudiados



O-009

COMPARACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN AL ICTUS AGUDO ENTRE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y DEL RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO ATALAIA

Dra. María Usero Ruiz¹, Dr Andrés García Pastor¹, Dr Pere Cardona Portela², Dr Herbert Tejada Meza³, Dra Sara Blanco Madera⁴, Dr Félix González López⁵, Dr Carlos Gómez Escalonilla⁶, Dra Susana Arias Rivas⁷, Dr Carlos Tejero Juste⁸, Dra Mar Morín Martín⁹, Dra Mercedes de Lera¹⁰, Dr Javier Tejada García¹¹, Dr Antonio Medina Rodríguez¹², Dra M Mar Freijó¹³, Dra Ana Rodríguez Campello¹⁴, Dra Maria Esther Ramos Araque¹⁵, Dra Paula Agüero Rueda¹⁶, Dra Patricia Martínez Sánchez¹⁷, Dr Enrique Palacio Portilla¹⁸, Dr José Fernández Ferro¹⁹, Dra Cristina Sanchez-Vizcaíno Buendía²⁰, Dr Antonio Cruz Culebras²¹, Dra Gemma Reig Roselló²², Dra Gema Sanz Fernández²³, Dra David Alejandro Padilla León²⁴, Dr Francisco Julián Villaverde²⁵, Dra Rocío Velasco³⁴, Dr Miguel Alberte Woodward²⁶, Dr Juan Carlos Portilla Cuenca²⁷, Dra Laura Izquierdo Esteban²⁸, Dr Jose Manuel Flores Barragán²⁹, Dr Fernando Ostos³⁰, Dra Inmaculada Villegas Rodríguez³¹, Dra Pilar Sobrino³², Dra Jessica Molina-Seguín⁴¹, Dra Laura Albert Lacal³³, Dr Xan Romani Faro³⁵, Dr Eloy Elices Palomar³⁶, Dra Marta M Martínez-Martínez³⁷, Dra Inmaculada Navas Vinagre³⁸, Dr Jose Antonio Tamayo Toledo³⁹, Dr Shanin Mirdavood⁴⁰, Dr Antonio Gil Núñez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ²Hospital Universitario de Bellvitge, ³Hospital Universitario Miguel Servet, ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, ⁵Hospital de Donostia, ⁶Hospital Universitario Clínico San Carlos, ⁷Hospital Universitario Santiago de Compostela, ⁸Hospital Universitario Lozano Blesa, ⁹Hospital Universitario Virgen de la Salud, ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León, ¹²Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, ¹³Hospital Universitario de Cruces, ¹⁴Hospital del Mar, ¹⁵Hospital Universitario de Albacete, ¹⁶Hospital Universitario Son Espases, ¹⁷Hospital Universitario de Torrecárdenas, ¹⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, ¹⁹Hospital Rey Juan Carlos, ²⁰Hospital universitario Santa Lucía, ²¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, ²²Hospital Universitario La Princesa, ²³Hospital Juan Ramón Jiménez, ²⁴Hospital Universitario de Canarias, ²⁵Hospital San Pedro, ²⁶Hospital Lucus Augusti, ²⁷Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, ²⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias, ²⁹Hospital General Universitario de Ciudad Real, ³⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, ³¹Hospital Universitario San Cecilio, ³²Hospital Fundación de Alcorcón, ³³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, ³⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro, ³⁵Hospital de la Línea de la Concepción, ³⁶Hospital Quirón Salud Baleares, ³⁷Hospital Universitario Infanta Sofía, ³⁸Hospital Fundación Jiménez Díaz, ³⁹Hospital Regional de Málaga, ⁴⁰Hospital Insular de Gran Canaria, ⁴¹Hospital Mutua Terrasa

OBJETIVOS.

Comparar los tiempos de atención y administración de tratamientos de reperusión en el ictus agudo entre los hospitales de la comunidad de Madrid (CAM) y del resto de comunidades autónomas (CC.AA). Comparar asimismo la aplicación de las medidas empleadas para reducir esos tiempos.

MÉTODO

El estudio ATALAIA es un estudio, prospectivo, observacional y multicéntrico en el que participaron 44 centros españoles, 10 pertenecientes a la CAM. Durante un periodo de 6 meses, se incluyeron pacientes consecutivos con ictus isquémicos agudos, sometidos a terapias de reperusión. Se excluyeron aquellos de inicio desconocido o intrahospitalarios. Se analizaron variables demográficas, clínicas y organizativas.

RESULTADOS

Desde Noviembre 2018 hasta Diciembre 2019 se incluyeron 1680 pacientes en toda España, 346 (20,6%) en la CAM. De éstos, 160 (46%) fueron tratados con trombolisis intravenosa (TIV), 113 (33%) con trombectomía mecánica (TM) y 73 (21%) con TIV+TM.



La mediana en minutos y rango intercuartílico (RIC) de los tiempos puerta-imagen (TP-I), puerta-aguja (TP-A) y puerta-punción femoral (TP-PF) en la CAM y el resto de CC.AA fue 18 (13-26) y 24 (15-35), $p<0,001$; 46 (32,75-65) y 51 (35-67), $p=0,085$; y 80 (60-108,25) y 94 (68-127), $p=0,020$. La proporción de pacientes con TP-PF óptimo (<90 minutos si TM en el mismo centro y <60 en caso de traslado) fue mayor en la CAM: 54,5% vs 39,9%, $p<0,001$

La proporción de traslados interhospitalarios para la administración de tratamientos de reperfusión fue de 16,8% en la CAM y 18,5% en el resto ($p=0,461$). La prenotificación, el traslado mediante 112, el uso de escalas prehospitales, el registro del paciente y solicitud de pruebas previo a su llegada, no repetir ECG si previamente realizado por SUMMA, no esperar resultados de laboratorio o la primera atención por neurólogo, fueron significativamente más utilizados en la CAM. Sin embargo, el bolo de alteplasa se administró en la mesa de tomografía computarizada (TC), sólo en el 18% frente al 22,5% en el resto de CC.AA ($p=0,143$), ningún paciente fue trasladado directamente a la sala de TC y sólo el 5,4% a la sala de neurointervencionismo.

CONCLUSIÓN.

En la CAM se registraron menores T-PI y TP-PF comparado con el resto de CC.AA y se aplicaron con mayor frecuencia medidas para reducir tiempos de atención al ictus agudo. Se deben reforzar algunas medidas como la administración del bolo de alteplasa en la mesa de TC o el traslado directo a la sala de TC o de neurointervencionismo.



O-010

REGISTRO DE ENFERMEDAD DE POMPE ESPAÑOL. ANÁLISIS DE LOS 100 PACIENTES INCLUIDOS.

Dr. Rafael Jenaro Martínez Marín¹, Dr David Reyes Leiva^{2,3}, Dr Andrés Nascimento⁴, Dra. Nuria Muelas^{3,5}, Dr Juan Vilchez^{2,4}, Dra. Cristina Dominguez^{3,6}, Dra Carmen Paradas⁷, Dr Iñigo Rojas-Marcos⁸, Dra Montse Olivé^{2,3,8}, Dr Josep María Grau⁹, Dr Miguel Angel Barba-Romero¹⁰, Dra Maria Teresa Gomez¹¹, Dra Pilar Casquero¹², Dra Maria Dolores Mendoza¹⁴, Dr Juan Carlos De León¹⁴, Dr Antonio Gutiérrez¹⁵, Dr Germán Morís¹⁶, Dra Raquel Blanco-Lago¹⁶, Dr Alba Ramos-Fransi¹⁷, Dr Guillem Pintós¹⁸, Dr David Moreno¹⁸, Dra María José García Antelo¹⁹, Dra María Rabasa²⁰, Dra Yolanda Morgado²¹, Dr Jose Eulalio Bárcena-Llona²², Dra Ana Belén Gómez-Belda²³, Dra María Isabel Pedraza Hueso²⁴, Dra Myriam Hortelano²⁵, Dr Antoni Colomé²⁶, Dr Adolfo López de Munuain²⁷, Dr Samuel Ignacio Pascual Pascual¹, Dr Roberto Torrón²⁷, Dr Ivonne Jericó²⁸, Dr Julio Pardo²⁹, Dr. Jorge Alonso^{1,2}, Dr Francesc Pla-Juncá^{1,2}, Sra Sonia Segovia-Simón^{1,2}, Dr Jordi Díaz Manera^{1,2,30}

¹Hospital Universitario La Paz, ²Institut de Recerca Biomedica Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ³CIBERER, ⁴Servicio de Neuropediatría, Hospital Sant Joan de Deu, ⁵Servicio Neurología, Hospital La Fe, ⁶Servicio Neurología, Hospital 12 de Octubre, ⁷Servicio de Neurología, Hospital Virgen del Rocío, ⁸Unidad de enfermedades neuromusculares. Servicio de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ⁹Servicio de Medicina interna, Hospital Clínic de Barcelona, ¹⁰Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario General de Albacete, ¹¹Servicio de Neurología, Hospital Reina Sofía de Córdoba, ¹²Servicio de Neurología, Hospital Mateu Orfila, ¹³Servicio de Neurología, Hospital Dr Negrín, ¹⁴Servicio de Neurología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, ¹⁵Servicio de Neurología, Hospital Insular, ¹⁶Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, ¹⁷Servicio de Neurología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujols, ¹⁸Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebron, ¹⁹Servicio de Neurología, Hospital Universitario de A Coruña, ²⁰Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, ²¹Servicio de Neurología, Hospital de Valme, ²²Servicio de Neurología, Hospital de Cruces, ²³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr Peset, ²⁴Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Valladolid, ²⁵Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Segovia, ²⁶Servicio de Medicina Interna, Hospital de Terrassa, ²⁷Servicio de Neurología, Hospital universitario de San Sebastian, ²⁸Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra, ²⁹Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, ³⁰John Walton Muscular Dystrophy Research Center, Newcastle University

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La enfermedad de Pompe es un desorden genético raro producido por una deficiencia de alfa-glucosidasa ácida, lo que lleva a la acumulación de glúcogeno en diversos tejidos incluyendo a músculo cardíaco y esquelético. Existen dos fenotipos clínicos principales clásicamente descritos: la Enfermedad de Pompe de Inicio Infantil (EPII), y la Enfermedad de Pompe de Inicio Tardío (EPIT). La principal diferencia es la presencia de alteración cardíaca restringida a la EPII. No hay datos de España acerca del número de casos, su distribución regional y las características genéticas y clínicas.

MÉTODOS:

Se ha desarrollado un registro de Pompe en España iniciado por médicos, con un introductor de datos que visitó los diferentes lugares e incluye datos de pacientes que firman un consentimiento informado. Se han analizado los datos de los primeros 100 pacientes incluidos en España. Este registro es parte de un grupo de registros de Enfermedades Raras y Genéticas. Se tomó información acerca de datos demográficos, historia familiar, características clínicas, exploraciones complementarias, resultados funcionales y respuesta a tratamiento.

RESULTADOS:

96 pacientes fueron clasificados como EPIT mientras que cuatro fueron clasificados como EPII. 57 pacientes eran hombres. La edad media del registro fue de 45.8 años (DE 18.94). 40 paciente tenían historia familiar de enfermedad de Pompe, siendo 35 de ellos sus hermanos. El lugar de nacimiento



más frecuente era Andalucía (22 pacientes) seguido de Cataluña (18 pacientes). El origen de la familia fue obtenido en 65 pacientes. La región más común de los padres fue Andalucía (38 progenitores). Siendo la siguiente región más frecuente Cataluña (10 progenitores). 78 de los paciente fueron sintomáticos. El síntoma más frecuente era debilidad axial y en extremidades inferiores. 84 pacientes conservaban su habilidad para caminar en sus última visita comentada. 93 pacientes tenían altos niveles de CK con nivel medio de 716 UI/L (DE 457.99). La mutación reportada más frecuente IVS1-13T>G (c.-13-32T>G) en 64 pacientes. Ninguno de los EPII eran portadores de la mutación IVS1-13T>G. 77 pacientes fueron tratados con terapia de sustitución enzimática Myozyme™ siendo el periodo medio de tratamiento 8 años (RIC 4 meses – 18 años).

CONCLUSIONES:

El Registro de Pompe Españos nos da una información válida y útil acerca de las características clínicas y demográficas de nuestra cohorte de pacientes con esta enfermedad rara. Un mejor entendimiento de la enfermedad y su distribución en el país puede contribuir a mejorar la calidad asistencial de los mismos.



SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II, 22 DE OCTUBRE 2021, 17:30 – 19:10

MODERADORES:

Dra. Lydia López Manzanares (Hospital Universitario De La Princesa)

Dra. Lucienne Costa-Frossard França (Hospital Universitario Ramón Y Cajal)



O-011

PROCESSING SPEED TEST COGEVAL® COMO POTENCIAL PREDICTOR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO

Dr. Fernando Rodríguez Jorge¹, Dr. Juan Luis Chico¹, Dra. Belén Baena¹, Dra Raquel Sainz¹, Dr Erik Stiauren¹, Dra Paloma Parra¹, Dra Luisa María Villar¹, Dra Susana Sainz de la Maza, Dra Lucienne Costa-Frossard, Dr Jaime Masjuan, Dr Enric Monreal¹

¹Hospital Ramón Y Cajal

OBJETIVOS:

La presencia de deterioro cognitivo en pacientes con Síndrome Clínico Aislado (SCA) se relaciona con un mayor riesgo de EM (SCA-EM) comparado con aquellos con bajo riesgo (SCA-SCA). Nuestro objetivo es estudiar el valor pronóstico de la aplicación Processing Speed Test (PST) CogEval® en pacientes con SCA para predecir su riesgo de conversión a EM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes con un SCA desde octubre 2019 hasta abril 2021 en una unidad especializada de EM. Se incluyeron pacientes con un SCA con un PST realizado en los primeros 5 años desde el primer síntoma.

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes: 49 mujeres (62,8%) con una edad media (DE) de 36,1 ($\pm 10,8$) años y un tiempo medio (DE) desde su debut hasta el primer PST de 2,5 ($\pm 1,6$) años. Cincuenta pacientes (64,1%) cumplieron posteriormente criterios de EM (SCA-EM). La cohorte SCA-EM presentaba, comparado con el grupo SCA-SCA, una mayor actividad radiológica (>10 lesiones en T2 en un 75% y 35% respectivamente, $p=0,032$) y un mayor porcentaje de BOC IgG en LCR (90% y 10% respectivamente, $p<0,001$). Los pacientes con SCA-EM tuvieron significativamente menores puntuaciones Z score (media [DE] de -0,1 [$\pm 0,9$] en SCA-EM y 0,1 [$\pm 0,7$] en SCA-SCA, $p=0,005$) a pesar de mantener un EDSS similar (media [DE] de 1,8 [$\pm 0,9$] y 1,5 [$\pm 0,8$], respectivamente, $p=0,22$).

CONCLUSIÓN

El PST realizado por iPad es una herramienta sencilla para la práctica clínica habitual, con un potencial valor para discriminar pacientes con un SCA con un mayor riesgo de conversión a EM.



O-012

Anticuerpos monoclonales en pacientes con esclerosis múltiple durante la pandemia

Dra. Judit Díaz-Díaz¹, Dra. Clara Isabel Ramirez¹, Sra. Marta Ortiz Pica¹, Sra. Elena Garcia Yusta¹, Sr. Eduardo Martinez Perez¹, Dra. Irene Gomez Esteve¹, Prof. Celia Oreja-Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos

OBJETIVOS:

Los pacientes con esclerosis múltiple (EM) tienen un mayor riesgo de infecciones, especialmente aquellos con tratamientos inmunosupresores, por lo que la pandemia COVID-19 ha sido un gran reto para pacientes y neurólogos.

El objetivo de este estudio es analizar la seguridad y el manejo de los pacientes con EM con anticuerpos monoclonales intravenosos (DMT) durante la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de pacientes con EM con DMT iv. durante la pandemia de COVID-19 (marzo 2020 a mayo 2021).

Se recogieron características demográficas, DMT iv. y síntomas de COVID-19.

Se realizaron pruebas de RT-PCR COVID-19 (PCR) nasofaríngeas antes del DMT iv. para disminuir el riesgo de propagación de COVID-19 en el hospital de día y evitar DMT iv. pacientes con COVID-19 asintomático.

RESULTADOS:

Se analizaron 114 pacientes con DMT iv., 69% mujeres con una edad media de 45 años. Realizamos 950 RT-PCR. No hubo defunciones.

70 pacientes recibieron tratamiento con antiCD20. Todas las PCR pre-tratamiento (117) fueron negativas. 41 pacientes con EMRR, edad media de 43 años y una duración media del tratamiento de 30m(rango: 1-100), recibieron antiCD20 (30 ocrelizumab; 11 rituximab). 5 pacientes tratados con ocrelizumab sufrieron COVID-19. Dos requirieron hospitalización sin necesidad de ventilación mecánica y con recuperación completa. Ningún paciente tratado con rituximab tuvo COVID-19.

Durante la primera oleada, en pacientes con EM progresiva y de mayor edad DMT iv. se retrasó unas semanas. Se trataron 29 pacientes con formas progresivas (14 ocrelizumab, 15 rituximab) con una duración media del tratamiento de 48m(rango 10-113). Sólo un paciente con EM progresiva en tratamiento con ocrelizumab tuvo Covid-19 y fue hospitalizado durante 3 meses sin necesidad de ventilación mecánica y con recuperación completa posterior.

71 pacientes recibieron natalizumab. Se realizaron 817 PCR antes de la infusión. Dieciséis pacientes mostraron un resultado positivo y se suspendió el natalizumab; reiniciándose tras la repetición de la PCR en 1-2 semanas con resultado negativo. 21 pacientes tuvieron COVID-19, 11 asintomáticos, 8 con síntomas leves, 2 neumonía y sólo 1 de ellos fue hospitalizado sin necesidad de ventilación mecánica. 3 pacientes recibieron alemtuzumab, todas las PCR fueron negativas y sólo 1 paciente tuvo COVID-19 con síntomas leves y recuperación completa.

CONCLUSIONES

Natalizumab y alemtuzumab parecen seguros ante la Covid-19.

Los pacientes en tratamiento con antiCD20 podrían tener un mayor riesgo de COVID-19 más grave.

El cribado con PCR es una herramienta útil para prevenir la diseminación del virus en el hospital de día.



O-013

Estudio prospectivo del impacto de los tratamientos modificadores de la enfermedad de alta eficacia en el deterioro de la velocidad de procesamiento medida por la aplicación Cogeval® en pacientes con Esclerosis Múltiple

Dr. Enric Monreal¹, Dra. Susana Sainz de la Maza¹, Dr. Fernando Rodríguez Jorge¹, Dr. Juan Luis Chico García¹, Dra. Raquel Sainz Amo¹, Dra. Paulette Walo Delgado¹, Dr. José Ignacio Fernández Velasco¹, Dra. Luisa María Villar¹, Dra. Lucienne Costa-Frossard¹, Dr. Jaime Masjuan¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La afectación de la velocidad de procesamiento de información (VPI) es de los primeros indicadores de deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple (EM), pudiendo ser ralentizado por los tratamientos modificadores de la enfermedad de alta eficacia (TME-AE). El objetivo fue estudiar el efecto de los TME-AE en el deterioro de la VPI en pacientes con EM.

MÉTODOS

Estudio prospectivo unicéntrico con medición de la VP mediante el Processing Speed Test (PST) CogEval® en pacientes con EM desde octubre 2019 hasta junio 2021. Se obtuvieron valores absolutos y un Z score ajustado a sexo, edad y nivel educativo. Se definió deterioro significativo del PST como un Z score basal menor a -2DE y/o un deterioro longitudinal de >10%. Los resultados se analizaron con regresiones multivariantes.

RESULTADOS

Se incluyeron 611 pacientes: 419 (68,6%) mujeres con una mediana (RIC) de edad de 45 (37–53) años. Los pacientes con EM en brotes (77,6%) presentaban mayores valores basales de PST y menores de lesiones T2 y EDSS que los pacientes con EM progresiva (22,4%). Por cada año de retraso en iniciar un TME-AE, se observó un deterioro de -0,01 puntos en el Z score basal ($\beta=-0,01$ [IC95% -0,02 a -0,002], $p=0,01$), con una correlación débil ($r=-0,22$). En pacientes con >1 año de seguimiento ($n=54$), solo el tiempo con TME-AE predijo un menor riesgo de deterioro >10% en los valores absolutos (OR=0,36 [IC95% 0,14–0,92], $p=0,03$).

CONCLUSIONES

Los TME-AE administrados precozmente pueden potencialmente prevenir un deterioro de la VPI en pacientes con EM.



O-014

¿PUEDEN LOS CAMBIOS INDUCIDOS POR LA TERIFLUNOMIDA EN EL SISTEMA INMUNITARIO SERVIR COMO MARCADOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO?

Sra. Irene Gómez Estévez¹, Sra. Judit Díaz Díaz¹, Sr. Eduardo Martínez Perez¹, Dra. Celia Oreja Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos, IdISSC

OBJETIVO:

En este estudio pretenderemos identificar si los cambios producidos en las células del sistema inmunitario en sangre periférica al inicio del tratamiento con teriflunomida podrían influir en la respuesta al tratamiento.

MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio pacientes con EMRR que iniciaron tratamiento con teriflunomida. Estudiamos los leucocitos, linfocitos y monocitos previos al inicio y a los 6 meses.

Tras un año de tratamiento los pacientes fueron clasificados en no evidencia de actividad de la enfermedad (NEDA) definida como la ausencia de brote, progresión de la enfermedad y nuevas lesiones en RM y en ODA (presencia de un brote o progresión de la discapacidad en la EDSS o una nueva lesión T2 o una lesión Gd + en la RM cerebral)

RESULTADOS:

Incluimos 86 pacientes. Después de un año de tratamiento, 63 pacientes mostraron NEDA y 23 ODA. Los niveles de linfocitos disminuyeron con una media de $0,553 \cdot 10^3 / \mu L$ en el 65,1% de los pacientes. Esta disminución se produce en el 69,6% para ODA ($p = 0,004$) y el 63,5% para NEDA ($p = 0,000$). El 69,8% de los pacientes mostró una disminución del valor de los leucocitos (media $1.371 \cdot 10^3 / \mu L$). Esta disminución se produce en el 69,6% para ODA ($p = 0,080$) y el 69,8% para NEDA ($p = 0,001$). Los niveles de monocitos aumentaron en un 33,7% (media $0,162 \cdot 10^3 / \mu L$). En NEDA fue del 31,7% ($p = 0,789$) y en ODA del 39,1% ($p = 0,170$).

No encontramos una correlación estadísticamente significativa entre disminución de linfocitos y NEDA ($r = 0.037$, $p = 0.724$), entre disminución de leucocitos y NEDA ($r = 0.002$, $p = 0.985$) y entre el aumento de monocitos y NEDA ($r = -0.002$, $p = 0,988$).

CONCLUSIONES:

Observamos que la teriflunomida induce cambios en las células inmunitarias, demostrándose una disminución de leucocitos y linfocitos en ambos grupos y en menor medida un aumento de monocitos. No encontramos una correlación estadísticamente significativa entre los valores analíticos y la respuesta a tratamiento.



O-015

Neuropatía óptica inflamatoria crónica recurrente (CRION/RION): características diagnóstico-terapéuticas y relación con MOG-AD.

Dra. Ana Baltasar Corral¹, Dra. Irene Gómez Estévez¹, Dra Judit Díaz Díaz¹, Sr Eduardo Martínez Pérez¹, Sr Johnny Quezada Sánchez¹, Dra Elda Alba Suárez¹, Dra Celia Oreja Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos

OBJETIVOS

Existe gran controversia acerca de las características clínico-serológicas de las neuropatías ópticas inflamatorias crónicas recurrentes (CRION) y de neuritis ópticas inflamatorias recurrentes (RION). Ante la experiencia acumulada en nuestro centro, se propuso analizar las características fenotípicas y su relación con el espectro MOG-AD.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo descriptivo de cohorte de 13 pacientes seguidos desde 2000-2021 con diagnósticos de neuritis óptica (ON) atípicas y recurrentes, excluyendo pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple o con positividad anti-AQP4.

RESULTADOS:

De 13 pacientes, 7 son varones(54%). Edad mediana inicio:40 (29-47), uno de edad pediátrica. Clasificación: 3 ON atípicas aisladas, uno anti-MOG positivo. 9 CRION, 4 anti-MOG positivo. 1 RION, seronegativo. En el primer brote, el ojo izquierdo se vio afectado en 7 pacientes, 2 fueron bilaterales. 10 pacientes recurrentes, 7 padecieron segundo brote en los 6 meses tras inicio; 6 de ellos afectación ipsilateral. 3 pacientes más de 6 brotes, todos anti-MOG positivos. El nadir de agudeza visual (AV) en brote $\leq 20/200$ en 9 pacientes. 3 pacientes tienen AV final de 20/200, 2 CRION anti-MOG positivo, un RION. 92,30% tenían tomografía de coherencia óptica patológica. La respuesta a corticoides fue excelente, 4 necesitaron plasmaféresis en al menos un brote (3 anti-MOG negativo), 9 pacientes eran cortico-dependientes. 9 recibieron terapia inmunosupresora crónica, 8 con azatioprina. 4 necesitaron escalada terapéutica.

CONCLUSIONES:

En las ON atípicas, se debería solicitar anti-MOG para la correcta filiación del cuadro. La positividad anti-MOG se asoció con curso más recurrente, respuesta variable a inmunosupresión pero buena a corticoides, con un curso no tan benigno, diferente a lo descrito anteriormente acerca de anti-MOG ON; esto podría deberse al prolongado seguimiento de nuestra cohorte. La inmunosupresión crónica es necesaria para reducir los brotes y ahorrar corticoides.



O-016

¿ES EL QUANTIFERON LA PRUEBA ADECUADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON INMUNOSUPRESORES?

Sr. Johnny Quezada-Sánchez¹, Sr. Eduardo Martínez-Pérez¹, Dra. Elda Alba-Suarez¹, Dra. Irene Gómez-Estévez, Dra. Isabel Ramírez¹, Prof. Celia Oreja-Guevara, Dra. Judit Díaz-Díaz

¹Neurología. Hospital Clínico San Carlos. IdiSSC

OBJETIVOS:

La incidencia de tuberculosis en España es de 9,34 por 100.000 habitantes. Debido al riesgo de activación de una TBC latente (TBCL) en pacientes con fármacos inmunosupresores, se recomienda descartar TBC previo al tratamiento. En los ensayos clínicos farmacológicos en pacientes con esclerosis múltiple (EM), se está realizando la determinación de QuantiFERON, con la aparición de un alto número de falsos positivos.

Nuestro objetivo es realizar una revisión de las distintas pruebas para el diagnóstico de la TBC.

MATERIAL Y METODOS:

Revisión de artículos científicos sobre el diagnóstico de TBCL en pacientes con EM, publicados entre 2010 y 2021. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, IBECs y Cochrane Library.

RESULTADOS:

La búsqueda inicial aportó 20 artículos. Tras aplicar criterios de inclusión/exclusión se incluyeron 10 artículos.

Actualmente, no existe una prueba gold-standard para el diagnóstico de TBCL. En general, existen diferentes test de screening:

La prueba de Mantoux, sugerida en distintos artículos como prueba de screening de elección. Presenta una sensibilidad del 75% en pacientes no vacunados y 59% en pacientes vacunados y una especificidad del 75% debido a alta frecuencia de falsos positivos en pacientes vacunados y/o con infecciones por otras micobacterias.

QuantiFERON y T-SPOT (ensayos de liberación de interferón-gamma-IGRA) con una sensibilidad del 76% y 90% respectivamente y una especificidad del 95%, sin embargo existe un grave problema con los IGRA ya que errores en el procesamiento, recogida/transporte, análisis o interpretación de las muestras disminuyen la sensibilidad y especificidad del test con un gran aumento de falsos positivos e indeterminados. En pacientes con IGRA inicial indeterminado, dudoso o con alta sospecha de corresponder con un falso positivo, se recomienda repetir IGRA o realizar un Mantoux.

Para finalizar, la linfopenia puede determinar resultados falsos negativos con estos test.

CONCLUSIONES:

El screening de una TBCL en pacientes con EM sigue siendo un reto para el neurólogo. Dado que la linfopenia puede conllevar un resultado falso negativo de los test de screening, se recomienda la realización de éstos previo al inicio de fármacos potencialmente inmunosupresores.

Ante la falta de un gold standard para el diagnóstico de TBCL y dada la baja prevalencia de la TBC en España, la prueba de screening más apropiada sería el Mantoux dado que los IGRA en la actualidad, presentan problemas en el procesamiento, transporte y análisis de los resultados, dando resultados indeterminados, dudosos, inválidos o falsos positivos.



O-017

NEURITIS ÓPTICA RECURRENTE: DESENMASCARAR LA ETIOLOGÍA

Dr. Juan Luis Chico García¹, Dra Raquel Sainz Amo¹, Dra Victoria Ros Castelló, Dr Fernando Rodríguez Jorge¹, Dra Paloma Parra Díaz¹, Dra Luisa María Villar Guimerans¹, Dra Susana Sainz de la Maza Cantero¹, Dra Lucienne Costa-Frossard França¹, Dr Enric Monreal Laguillo¹

¹Hospital Ramón Y Cajal

OBJETIVOS

Las neuritis ópticas (NO) recurrentes pueden ser la primera manifestación de enfermedades desmielinizantes: esclerosis múltiple (EM), espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD), neuropatía óptica inflamatoria recurrente (RION, incluyendo la crónica -CRION). El diagnóstico diferencial es importante ya que disponemos de tratamientos modificadores de la enfermedad (TME) cuya indicación varía según la etiología. El objetivo fue estudiar los factores predictores del diagnóstico en pacientes de debutan con ≥ 2 NO.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio unicéntrico retrospectivo en pacientes con una presentación clínica inicial con ≥ 2 NO desde 1998 a 2020. Se evaluaron características clínicas, inmunológicas, radiológicas, terapéuticas y pronósticas.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes (76,9% mujeres, mediana de edad de 35,3 años, RIC 20,3-35,3) con 55 episodios de NO. El diagnóstico final más frecuente fue la EM (37,5%), seguido de CRION (29,2%) y RION (20,8%). Hubo además un paciente con NMOSD (anti-AQP4 positivo), uno con anticuerpos antiMOG y otro con síndrome de Sjögren. La gravedad de la afectación visual inicial y residual fue similar entre las distintas cohortes, así como la localización radiológica de la inflamación del nervio óptico.

El diagnóstico final de EM se asoció de forma estadísticamente significativa con la presencia de bandas oligoclonales (BOC): OR 135 (4,9-3744,6; $p=0,0038$) y la presencia de lesiones desmielinizantes, cumplieran o no criterios de diseminación en espacio de McDonald 2017 (OR 49, 3,8-637,8; $p=0,003$). El tiempo entre el primer y segundo episodio de NO fue significativamente menor en los pacientes con CRION que en aquellos con otras etiologías (mediana 3,1 vs 8,95 meses, $p=0,032$) y mayor en los pacientes con EM frente otras etiologías (mediana 24,5 vs 6,6 meses, $p=0,036$).

El TME más utilizado fue Azatioprina (38,5%), seguido de Rituximab (11,5%). Cinco pacientes (19,2%) recibieron otros fármacos específicos de EM. Ocho pacientes (30,8%) no recibieron ningún TME. Cinco pacientes (19,2%) precisaron de un cambio de TME, siendo el principal motivo la ineficacia (80%).

CONCLUSIONES

Las NO recurrentes pueden ser la manifestación sindrómica de distintas enfermedades. Las BOC, las lesiones típicas en RM y un mayor tiempo entre episodios fueron predictivos de EM, mientras que los pacientes con CRION presentaron una recurrencia de NO en un tiempo menor.



O-018

NIVELES DE INMUNOGLOBULINA SÉRICA Y RIESGO DE INFECCIÓN EN LOS ENSAYOS DE FASE 3 DE OFATUMUMAB EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE

Dra. Julia Sabín¹, Heinz Wiendl², Jérôme de Seze³, Amit Bar-Or⁴, Jorge Correale⁵, Anne H. Cross⁶, Ludwig Kappos⁷, Krzysztof Selma⁸, Ayan Das Gupta⁹, Dieter A. Häring¹⁰, Valentine Jehl¹⁰, Cecile Kerloeguen¹⁰, Ratnakar Pingili¹¹, Wendy Su¹¹, Roseanne Sullivan¹¹, Martin Zalesak¹⁰, Stephen L. Hauser¹²

¹Unidad de Neuroinmunología, Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, ²University of Münster, ³University Hospital of Strasbourg, ⁴Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, ⁵Institute for Neurological Research Dr. Raul Carrea, ⁶Washington University School of Medicine, ⁷Neurologic Clinic and Policlinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel, ⁸Center for Neurology, ⁹Novartis Healthcare Pvt. Ltd., ¹⁰Novartis Pharma AG, ¹¹Novartis Pharmaceuticals Corporation, ¹²Department of Neurology, UCSF Weill Institute for Neurosciences, University of California

OBJETIVOS: Ofatumumab (anti-CD20) ha demostrado una eficacia superior a la teriflunomida con un perfil de seguridad favorable en pacientes con esclerosis múltiple recurrente (EMR) (estudios fase 3 ASCLEPIOS I/II). Evaluamos el efecto de ofatumumab en los niveles séricos de Ig y la posible asociación entre la disminución de los niveles de IgM/IgG y el riesgo de infección.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los pacientes se aleatorizaron a ofatumumab 20 mg subcutáneo (dosis iniciales: Días 1, 7 y 14; dosis posteriores: cada 4 semanas (s) a partir de la s4 o a teriflunomida 14 mg oral 1/día, máximo 30 meses (m, media seguimiento: 18m). Los niveles de IgM/IgG se midieron en basal (BL), s4, s12, y posteriormente, cada 12s (ofatumumab, n=946; teriflunomida, n=936). Se analizó el porcentaje de pacientes con niveles de IgM/IgG por debajo del límite inferior de normalidad (menorLIN [g/L]: IgM, 0,4; IgG, 7,0), y su asociación con la incidencia de infecciones ocurridas hasta 1m antes y 1m después de cualquier disminución de IgM/IgG (menorLIN versus \geq LIN. También se analizaron las infecciones junto con IgM/IgG menor LIN y linfopenia y/o neutropenia.

RESULTADOS: Los niveles medios de IgM/IgG se mantuvieron dentro de los rangos de referencia a lo largo del tiempo. En todas las visitas, un mayor porcentaje de pacientes en ofatumumab presentaba IgMmenorLIN (17,7% versus 6,6%), mientras que un menor porcentaje presentaba IgGmenorLIN (14,2% versus 22,9%) versus teriflunomida. A la s96, la tendencia era similar (IgMmenorLIN: 11,1% versus 1,9%; IgGmenorLIN: 2,7% versus 6,0%). El porcentaje de pacientes en ofatumumab que experimentaron ≥ 1 infección 1m antes y hasta 1m después de IgMmenorLIN fue del 31,1% (52/167; 2 graves) versus 51,5% (400/777) con IgM \geq LIN (18 graves). El 27,6% (37/134) reportó infecciones durante una reducción de IgGmenorLIN (3 graves) versus 50,6% (410/810) con IgG \geq LIN (21 graves). La infección más frecuente fue la nasofaringitis. En total, 1/11 pacientes con IgMmenorLIN y linfopenia y/o neutropenia, y 7/20 pacientes con IgGmenorLIN y linfopenia y/o neutropenia reportaron infecciones, ninguna grave.

CONCLUSIONES: Aunque se observó una reducción de los niveles séricos de IgM a lo largo del tiempo, los niveles de Ig se mantuvieron por encima del límite inferior de normalidad en la mayoría de los pacientes. No se reportó ninguna disminución de IgG durante el periodo de observación. No hubo asociación aparente entre la disminución de los niveles de Ig y las infecciones, linfopenia y/o la neutropenia en los pacientes con EMR tratados con ofatumumab.



O-019

¿HAY UN LADO BUENO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?

Dr. Araceli Alonso Cánovas¹, Sr. Jos Voeten², Sra. Omotola Thomas³, Sr. Larry Gifford⁴, Dr. Jon A. Stamford⁵, Dr. Bastiaan R. Bloem⁶

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal, ²Representante de pacientes, ³Parkinson Africa, ⁴PD Avengers, ⁵Neurocientífico. Representante de pacientes., ⁶Radboud University Medical Center, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Department of Neurology

OBJETIVOS: La capacidad para ver un lado bueno (en inglés, “a silver lining”) a las enfermedades crónicas está relacionada con la resiliencia, el crecimiento en la adversidad, el grado de aceptación de la enfermedad y probablemente otros factores. Puede medirse psicométricamente (Silver Lining Questionnaire, SLQ-38). Estas variables se han relacionado con funcionalidad, adherencia al tratamiento y pronóstico en diversas patologías. No hay estudios de estas variables en la Enfermedad de Parkinson (EP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una encuesta abierta en inglés y holandés en cuatro redes sociales (Instagram, LinkedIn, Twitter y Facebook) formulando la pregunta “¿Encuentra algún lado bueno, algún aspecto positivo, en su vida desde que fue diagnosticado de EP?” (<https://vimeo.com/497003406/699d88d101>).

RESULTADOS: En 15 días (20/01-4/02/21) se recibieron 138 respuestas, 113 (82%) fueron positivas, 19 (14%) negativas y 6 (4%) neutras. La mayoría provenían de personas con EP (85%), mientras que el 7% fueron proporcionadas por neurólogos y el 6% por cónyuges o familiares. El 65% refería un nuevo y mejor enfoque en la vida, con mayor conciencia, el 41% nuevas relaciones, actividades e intereses, el 35% mejores relaciones con familia y amigos, el 35% mejores habilidades para enfrentarse a la adversidad, el 22% un estilo de vida más saludable, el 21% mejor autoestima, el 19% cambios profesionales positivos, el 18% valoraba positivamente formar parte de la comunidad de personas con EP, el 12% los viajes, y el 6% una mayor creatividad. Basándonos en estos resultados y la SLQ-38, proponemos una escala abreviada enfocada a la EP (PD-SLQ), dividida en 7 dominios, los 2 últimos específicos de EP: agradecimiento/apreciación por la vida, cambios en la filosofía vital, mejoría en las relaciones personales, influencia positiva en los demás, fortaleza personal, adquisición de un estilo de vida más saludable y cambios en relaciones personales y actividades.

CONCLUSIÓN: Aunque nuestro sondeo preliminar está influido por múltiples sesgos, implica la posibilidad de que algunas personas con EP sean capaces de ver un lado bueno de la enfermedad. Esta habilidad puede ser fuente de inspiración para personas afectadas por la enfermedad y profesionales sanitarios. Podría evaluarse de forma sencilla mediante la PD-SLQ. Si llegamos a conocer las variables que la determinan, su posible impacto en el estilo de vida, la respuesta a tratamientos y el pronóstico de la EP, podría ayudarnos a comprender mejor la gran variabilidad de esta patología y ofrecer un apoyo y tratamiento personalizado a quienes la padecen.



0-20

DISFUNCIÓN COGNITIVA POST-COVID

Dr. Jordi Matias-guiu Antem¹, Sra. Cristina Delgado Alonso, María Valles Salgado, Alfonso Delgado Alvarez, María José Gil Moreno, José Luis González Gutiérrez, Alberto Marcos Dolado, María Romeral Jiménez, Jorge Matias-Guiu Guía

¹Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN. Estudios recientes han encontrado un nuevo síndrome llamado "COVID persistente" o síndrome post-COVID. El virus SARS-CoV-2 puede dañar varios órganos, incluidas las estructuras respiratorias, renales, vasculares y neurológicas. Cada vez hay más evidencia que sugiere que los pacientes que padecen el síndrome COVID post-agudo informan con frecuencia quejas cognitivas, si bien se desconoce las características de las mismas y los posibles factores asociados.

MÉTODOS. Estudio prospectivo en que se incluyeron pacientes que refirieran síntomas cognitivos tras al menos 3 meses tras infección confirmada por SARS-CoV-2. Se excluyó cualquier posible causa médica, neurológica, sensorial o farmacológica potencialmente asociada a alteraciones cognitivas. Los pacientes fueron evaluados mediante una batería exhaustiva de test neuropsicológicos estandarizados (batería Neuronorma y batería computerizada mediante Vienna Test System. Se utilizaron datos normativos del proyecto Neuronorma y 50 controles sanos apareados por edad, sexo y escolaridad. Se administraron asimismo cuestionarios de ansiedad, depresión, sueño, fatiga y test de olfato.

RESULTADOS. Los pacientes con COVID-19 presentaron rendimientos inferiores a lo esperado tanto comparado con los datos normativos como con el grupo control, principalmente en test relacionados con memoria (tanto verbal como visual), capacidad de memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, atención visual y función visuoespacial. Los resultados de los test cognitivos no mostraron correlaciones significativas con las escalas de depresión y ansiedad. La correlación con las otras escalas de fatiga, sueño y olfato fue generalmente baja. Los déficit cognitivos fueron más frecuentes en pacientes que habían necesitado ventilación asistida e ingreso en UVI.

CONCLUSIONES. Nuestro estudio confirma que COVID-19 se asocia, al menos en un subgrupo de pacientes, a alteraciones cognitivas. El perfil cognitivo muestra déficit principalmente atencionales, mnésicos y visuoespaciales.



E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dra. Celia Oreja-Guevara (Hospital Clínico San Carlos)

Dra. Yolanda Aladro (Hospital Universitario de Getafe)

Dra. Inmaculada Puertas (Hospital Universitario de La Paz)

Dra. M^a Rosario Blasco Quilez (Hospital Universitario Puerta del Hierro)



P-001

LESIONES MEDULARES COMO POSIBLE FACTOR PREDICTOR DE AUSENCIA DE RESPUESTA A TRATAMIENTOS ORALES EN PACIENTES NAÏVE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Clara Aguirre¹, Virginia Meca-Lallana¹, Carolina Díaz-Pérez¹, Beatriz del Río¹, Estefanía Carabjal¹, José Vivancos¹

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa.

OBJETIVO: Las lesiones medulares (LM) en Esclerosis Múltiple (EM) se han relacionado con peor evolución. Nuestro objetivo es valorar si la presencia de LM al diagnóstico se relaciona con ineficacia de fármacos orales de primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con EM atendidos en nuestro centro tratados con teriflunomida o dimetilfumarato como primera alternativa terapéutica. Incluimos pacientes con seguimiento ≥ 1 año y RM medular pre-tratamiento disponible.

RESULTADOS: N=70, 52 (74.3%) mujeres, edad media 35.4 (DE: 9.4), 15 (21.4%) tuvieron ≥ 2 brotes los 2 años pre-tratamiento. Mediana EDSS al diagnóstico: 2 (IQR: 1.5), 41 (58.6%) tenían > 10 lesiones en T2, 35 (50%) lesiones en fosa posterior, 20 (30.8%) agujeros negros, 35 (50%) lesiones captantes de gadolinio (Gd+) y 46 (66.7%) LM, 20% de ellas Gd+. Media LM: 1.4 (DE: 1.5). Mediana tiempo diagnóstico-tratamiento: 8 meses (IQR: 27). Mediana duración tratamiento: 40 meses (IQR: 32). 30 pacientes (42.9%) cambiaron de tratamiento, 25 (36.8%) por ineficacia. Mediana tiempo a cambio: 24 meses (IQR: 36). 25 pacientes (36.8%) empeoraron EDSS y 18 (26.1%) tuvieron brotes durante el seguimiento (media tiempo a brote: 13.9 meses). 31 (45.6%) presentaron actividad radiológica (media tiempo a nuevas lesiones: 21.3 meses). Sólo 4 pacientes tuvieron nuevas LM durante el seguimiento. Únicamente los brotes 2 años pre-tratamiento ($p 0.023$) y la EDSS ($p 0.011$) se relacionaron de forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la ausencia de respuesta al tratamiento. La presencia de LM ($p 0.1$), LM Gd+ ($p 0.059$) y el número de LM (0.07) mostraron una tendencia a mayor ineficacia de tratamiento.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, los brotes 2 años pre-tratamiento y la EDSS se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la falta de respuesta a tratamientos orales de primera línea en pacientes naïve, mostrando tendencia a peor respuesta pacientes con LM al diagnóstico, especialmente si mayor número o LM Gd+. Pretendemos ampliar el tamaño muestral y el seguimiento de nuestros pacientes para confirmar estos hallazgos.



P-002

FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A TERIFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Clara Aguirre¹, Virginia Meca-Lallana¹, Carolina Díaz-Pérez¹, Beatriz del Río¹, José Vivancos¹

¹Unidad de Enfermedades Desmielinizantes. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa

OBJETIVO: Pese a su amplio uso en práctica clínica, desconocemos porqué hay pacientes con mejor respuesta a teriflunomida. Pretendemos describir las características de pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) en tratamiento con teriflunomida en nuestro centro y analizar factores relacionados con respuesta a tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con EM en tratamiento con teriflunomida en nuestro centro. Describimos características demográficas, clínicas y radiológicas. Evaluamos qué factores podrían predecir respuesta a tratamiento.

RESULTADOS: N= 104, edad media: 44 años (DE: 9.85), 72 mujeres (69.2%). Media de duración de EM: 9.19 años (DE: 7.41) y de duración de tratamiento con teriflunomida: 28 meses (DE: 18). 52 pacientes (50%) eran naïve. Previo al inicio de teriflunomida: media tasa anualizada de brotes (TAB) 2 años previos: 0.53 (DE 0.43), media EDSS: 1.81 (DE: 1.48); 38 pacientes (36.5%) tenían > 20 lesiones en T2 y 33 (31.7%) lesiones captantes. Durante el tratamiento con teriflunomida TAB descendió a 0.16 (DE 0.44), EDSS permaneció estable o mejoró en 74 pacientes (71.6%) y 61 pacientes (58.7%) no tenían actividad radiológica en un año. 45 pacientes (43.3%) abandonaron tratamiento debido a ineficacia (60.9%), eventos adversos (EAs) (30.4%) o embarazo (8.7%). 74.5% de los EAs fueron leves. Se obtuvo mayor tasa de respuesta en pacientes naïve (36 vs 8, p <0.01), sin diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas (sexo, edad, duración enfermedad, tratamiento previo, EDSS, lesiones en resonancia, TAB y número de brotes previos).

CONCLUSIONES: Nuestros datos, de acuerdo a lo previamente descrito, muestran teriflunomida como un fármaco eficaz y bien tolerado. Encontramos mayor tasa de respondedores en pacientes naïve, sin diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas.



P-003

ESTUDIO SOBRE TUMORES MALIGNOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES

Dra. Judit Diaz¹, Dra. Elda M Alba Suarez¹, Dra. Irene Gomez Esteve¹, Dra. Monica Luque Alarcon¹, Dr. Jose Manuel Martinez Sesmero¹, Dr. Jose Alberto Peña Pedrosa¹, Prof. Celia Oreja-Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC

OBJETIVOS

Estudiar el posible incremento de la incidencia de tumores en pacientes con esclerosis múltiple tratados con fingolimod (FTY).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes tratados con FTY en nuestro centro.

Se recogieron las características demográficas, clínicas y la duración del tratamiento con FTY.

Se calculó la incidencia de cáncer entre los pacientes en tratamiento con FTY y se comparó con la incidencia de cáncer en la población general en España.

RESULTADOS:

Se analizaron 255 pacientes con EM en tratamiento con FTY, 176 mujeres (69%) y 79 hombres (31%) con una edad media al diagnóstico de la EM de 29 años.

La duración media de la enfermedad al inicio de FTY fue de 125 meses (rango: 0-388m) y una EDSS media de 3.5 (rango 0-7.5). El tiempo medio con FTY fue de 73 meses (rango 2-215).

En total, diecinueve pacientes desarrollaron un tumor maligno, 15 mujeres y 4 hombres. En el momento del diagnóstico del tumor, la edad media fue de 48,2 años (rango: 25-68) y una duración media del tratamiento con FTY de 83 meses (rango: 14-177m). En cuanto a los tipos de cáncer, 5 mujeres desarrollaron un cáncer de mama infiltrante, 7 pacientes un cáncer de cuello de útero, de los que 5 se sometieron a una conización cervical y 1 requirió histerectomía con salpingectomía bilateral, 2 un adenocarcinoma de pulmón y 1 un cáncer de vejiga. Cuatro hombres desarrollaron cáncer, 2 de próstata, 1 linfoma de células B y 1 linfoma de Hodgkin.

La tasa acumulada de malignidad fue de 1228,18 casos por 100.000 pacientes-año-FTY. Comparando los resultados de nuestra cohorte con la incidencia de cáncer en la población general española (442,4 casos por 100.000 personas-año) se encontró un riesgo relativo de cáncer de 2,8.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la EDSS basal, la edad o el tiempo desde el inicio de la enfermedad entre los pacientes que desarrollaron un tumor maligno y los que no.

CONCLUSIONES:

La incidencia de tumores malignos en nuestra cohorte de FTY fue superior a la esperada en la población general. El riesgo relativo de tumores malignos parece aumentar hasta 2,8.

A pesar de la ausencia de líneas celulares tumorales específicas, se requiere un seguimiento estrecho en los pacientes que reciben terapias inmunosupresoras modificadoras de la enfermedad, especialmente los que reciben FTY.

Se necesitan estudios multicéntricos sobre los resultados a largo plazo para confirmar o descartar estos datos.



P-004

IMPACTO DE SIPONIMOD EN LA MIELINIZACIÓN EVALUADO POR MTR EN SUBGRUPOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA: ANÁLISIS POST-HOC DEL SUBESTUDIO EXPAND MRI

Julia Sabin¹, Federico Tazón², D.L. Arnold³, A. Bar-Or⁴, B.A.C. Cree⁵, G. Giovannoni⁶, R. Gold⁷, P. Vermersch⁸, D. Piani-Meier⁹, T. Hach⁹, S. Arnould⁹, G. Karlsson⁹, L. Kappos¹⁰, R. Fox¹¹

¹Unidad de Neuroinmunología, Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro, ²Departamento Médico de Neurociencias en Novartis Farmacéutica, SA, ³Departamento de Neurología, NeuroRx Research, ⁴Departamento de Neurología, Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, ⁵Departamento de Neurología, UCSF Weill Institute for Neurosciences, Department of Neurology, University of California San Francisco, ⁶Departamento de Neurología, Blizzard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, ⁷Departamento de Neurología, St Josef-Hospital/Ruhr-University Bochum, ⁸Departamento de Neurología, Univ. Lille, Inserm U1172, CHU Lille, FHU Imminent, ⁹Departamento Médico, Novartis Pharma AG, ¹⁰Departamento de Neurología, Neurologic Clinic and Polyclinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital, University of Basel, ¹¹Departamento de Neurología, Mellen Center for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Neurological Institute

OBJETIVOS: Los cambios en la relación de transferencia de magnetización (MTR) son un marcador de cambios en la densidad de la mielina y la integridad tisular asociada en el cerebro. Siponimod mejoró la recuperación de MTR en las lesiones y demostró un efecto significativo en la reducción de MTR en el tejido cerebral de apariencia normal (TCAN) y en la sustancia gris cortical (SGc) con efecto más pronunciado sobre la sustancia blanca de apariencia normal (SBAN) en toda la población con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) del estudio EXPAND, como se reportó previamente. El objetivo de este subestudio fue investigar el efecto de siponimod versus placebo en cambios MTR en TCAN, SGc, y SBAN en subgrupos de pacientes con EMSP.

MATERIAL Y MÉTODO: Este subestudio prospectivo de MTR evaluó el efecto de siponimod versus placebo en la mediana de MTR normalizada (MTRn) en TCAN, SGc y SBAN mediante el cambio absoluto desde la basal al mes 24 utilizando modelos de medidas repetidas. Subgrupos de pacientes definidos por: historia y gravedad de la enfermedad (edad [≤ 45 / >45 años], duración de la enfermedad [≤ 15 / >15 años], puntuación EDSS [$\leq 5,5$ / $\geq 6,0$], puntuación SDMT [≤ 43 / >43]); y actividad inflamatoria de la enfermedad (EMSP activa/no activa, con/sin brotes 2 años antes del cribado, con/sin lesiones realizadas con gadolinio). Presentamos datos del grupo por protocolo (n=443).

RESULTADOS: El análisis de subgrupos indicó que los cambios absolutos desde la basal en la mediana MTRn para SBAN oscilaron entre -0,124 y -0,034 en el grupo placebo y de -0,016 a 0,040 en el grupo siponimod, lo que corresponde a una atenuación de 79-198% en la reducción de la mediana de MTRn versus placebo en todos los subgrupos estudiados (todos $p < 0,05$ excepto el subgrupo EDSS ≥ 6 , $p = 0,064$). Los resultados fueron consistentes para TCAN (70-170%) y SGc (44-188%) aunque ligeramente menos pronunciados ($p > 0,05$ para algunos subgrupos). En el subgrupo EMSP activo, siponimod atenuó la reducción de la mediana de MTRn en TCAN, SGc y SBAN en 91-109% ($p < 0,01$ en todos); y en el subgrupo EMSP no activo en 170-198% ($p = 0,0151$ para SBAN, $p > 0,05$ para TCAN, SGc).

CONCLUSIONES: Durante 24 meses, siponimod atenuó la reducción de la mediana de MTRn en los tejidos cerebrales en los subgrupos de pacientes caracterizados por actividad y gravedad de la enfermedad. El efecto de siponimod fue más pronunciado en SBAN. Estos datos apoyan los estudios preclínicos de siponimod, que muestran efectos beneficiosos directos del sistema nervioso central en la mielinización.



P-005

BENEFICIO-RIESGO DE OFATUMUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE TEMPRANA NO TRATADOS

Dra. Celia Oreja Guevara¹, Dra. Jutta Gärtner², Dr. Stephen L. Hauser³, Dr. Amit Bar-Or⁴, Dr. Xavier Montalban⁵, Dr. Jeffrey A. Cohen⁶, Dra. Anne H. Cross⁷, Dr. Kumaran Deiva⁸, Dieter A. Häring⁹, Bingbing Li¹⁰, Ratnakar Pingili¹⁰, Krishnan Ramanathan⁹, Wendy Su¹⁰, Dr. Ludwig Kappos¹¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ²Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Division of Paediatric Neurology, University Medical Centre Göttingen, Georg August University Göttingen, ³Department of Neurology, UCSF Weill Institute for Neurosciences, University of California San Francisco, ⁴Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, ⁵Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat), Hospital Universitario Vall d'Hebron, ⁶Department of Neurology, Mellen MS Center, Neurological Institute, Cleveland Clinic, ⁷Department of Neurology, Division of Neuroimmunology, Washington University School of Medicine, ⁸Department of pediatric neurology, University hospitals Paris Saclay, Hôpital Bicêtre, National Reference Center for Rare Inflammatory Brain and Spinal Diseases, ⁹Novartis Pharma AG, ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Corporation, ¹¹Neurologic Clinic and Policlinic, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel

OBJETIVOS:

Ofatumumab, (anti-CD20) con una dosis (20 mg s.c)/mes ha demostrado una eficacia superior a la teriflunomida en los estudios fase 3 ASCLEPIOS I/II de esclerosis múltiple recurrente (EMR). Evaluamos Evaluar el perfil beneficio-riesgo de ofatumumab en pacientes con EMR temprana de los estudios ASCLEPIOS I/II.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los objetivos principales de eficacia y seguridad se analizaron en un subgrupo de 615 pacientes recién diagnosticados (3 años previos a la inclusión), no tratados (sin uso previo de terapia modificadora de la enfermedad [TME]) que recibieron ofatumumab o teriflunomida como terapia de primera línea en los ensayos ASCLEPIOS I/II (32,7% del total de 1882 pacientes).

RESULTADOS:

Las características basales de los subgrupos recién diagnosticado y sin tratamiento eran las esperadas para pacientes con EM temprana (edad media y duración de la EM desde el diagnóstico (años): 36 y 0,35, respectivamente). En comparación con teriflunomida, ofatumumab redujo la RRA en un 50,3% (0,09 versus 0,18; $p < 0,001$), el riesgo de PDC-3m en un 38% (10,1% versus 12,8%; $p = 0,065$), el riesgo de PDC-6m en un 46% (5. 9% versus 10,4%; $p = 0,044$), lesiones en T1 captantes de gadolinio en un 95,4% (0,02 versus 0,39: $p < 0,001$), y lesiones nuevas/aumentadas/año en T2 en un 82,0% (0,86 versus 4,78, $p < 0,001$). En el 84,7% de los pacientes tratados con ofatumumab se produjeron acontecimientos adversos (AA) emergentes del tratamiento frente al 86,0% de los tratados con teriflunomida; se notificaron AA graves en el 7,0% y el 5,3%, respectivamente. No se notificaron casos de neoplasias en el subgrupo recién diagnosticado, para ninguno de los fármacos. Las tasas de infección fueron similares para ofatumumab (56,1%) y teriflunomida (56,5%); las tasas de infecciones graves fueron del 1,9% y el 0,7%, respectivamente, y no se notificaron infecciones oportunistas. Las reacciones sistémicas a la inyección de ofatumumab y teriflunomida sólo se desequilibraron (con inyecciones de placebo) en la primera inyección administrada en el centro, siendo en el 99,8% de los casos leves-moderadas; después de la 4ª inyección, >70% de los pacientes con EMR se autoinyectaron en casa. El cumplimiento de todos los pacientes con ofatumumab fue elevado (98,8%).



CONCLUSIONES:

Ofatumumab es el primer TME de elevada eficacia que puede autoadministrarse en casa. Ofatumumab demostró una eficacia superior frente a teriflunomida en pacientes recién diagnosticados y no tratados, con bajas tasas absolutas de brotes, muy baja actividad en lesiones RM y un tiempo prolongado hasta el empeoramiento de la discapacidad.



P-006

SÍNDROME DE REBOTE EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS SUSPENDER FINGOLIMOD.

Dra. Carolina Díaz Pérez¹, Dra. Virginia Meca Lallana¹, Dra. Clara Aguirre Hernández¹, Sra. Beatriz Del Río Muñoz¹, Sra. Estefanía Carabajal Pendón¹, Sra. Rosalía Martín Villalba¹, Dr. José Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario de La Princesa

OBJETIVOS:

El síndrome de rebote(SR) es un retorno fulminante de actividad en pacientes con esclerosis múltiple(EM) tras suspender tratamientos modificadores de enfermedad. Nuestro objetivo es analizar posibles factores asociados a SR en pacientes con EM que suspenden fingolimod.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, longitudinal y unicéntrico en pacientes con EM que desarrollaron SR tras suspender fingolimod(2012-2020). Analizamos la posible asociación del desarrollo de SR con características analítico-clínico-radiológicas en diferentes momentos, y con características del período de lavado.

RESULTADOS:

N=59. 24 pacientes(40'7%) desarrollaron SR. Características de pacientes que desarrollaron SR:87'5 mujeres. 39'8 años(DE8'2). 79'2% suspendieron fingolimod por ineficacia. Al suspenderlo, 69'3% tenía lesiones captantes de gadolinio(LCG), EDSS:2[2-3] y 462 linfocitos/mm3(DE262'2). 75% suspendieron fingolimod gradualmente. 62'5% recibió tratamiento en período de lavado. Tiempo desde suspensión hasta normalización de linfocitos 6'9 semanas[3'7-8'2], y hasta nuevo tratamiento 14'5 semanas[6-17'5]. 83,3% cambiaron a monoclonales. El SR comenzó 7 semanas tras suspensión[4-9]. Durante el SR, 93% tenían LCG, EDSS:3'5[3-5'5] y 1149 linfocitos/mm3(DE415). Todos recibieron tratamiento durante el SR. 60% se recuperaron parcialmente. Mayor edad al diagnóstico de EM y más LCG al suspender fingolimod se asociaron con SR(p <0'05). Suspender gradualmente fingolimod, el tratamiento precoz con corticoides al suspenderlo y períodos de lavado más cortos se asociaron con menos SR(p <0,05). No encontramos asociación con el resto de variables analizadas.

CONCLUSIONES:

El SR tras suspender fingolimod es prevalente y frecuentemente incapacitante a pesar de tratamiento. Pacientes mayores con más actividad radiológica al suspenderlo podrían tener mayor riesgo de SR. La suspensión gradual de fingolimod, el tratamiento con corticoides de forma precoz al suspenderlo y períodos de lavado más cortos podrían prevenirlo.



P-007

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Dr. Iñigo De Lorenzo¹, Dra. Inmaculada Puertas Muñoz¹, Dr. Gabriel Torres Iglesias¹, Dra. Laura Lacruz Ballester¹, Dr. Antonio Tallón Barranco¹, Sra. Beatriz Chamorro Hernández¹

¹Hospital Universitario La Paz

OBJETIVOS

Los avances terapéuticos en EM y la mejoría de la expectativa explican un aumento de la prevalencia de EM >60 años. Describir las características demográficas y clínicas de los paciente mayores de 60 años con EM seguidas en la unidad de neuroinmunología (UNI) de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal de una cohorte anidada de pacientes, >60 años, obtenida del registro de pacientes con EM seguidos en la UNI. Se obtuvieron variables demográficas y clínicas.

RESULTADOS

De 790 pacientes 150 eran mayores de 60 años (18.9%), edad 66 ± 5.8 [m(SD)], 69.3% mujeres. La edad media al diagnóstico fue 46 ± 10.1 años [m(SD)]. El tiempo medio de evolución era $21 \pm 8,15$ años [m(SD)]. La situación funcional (EDSS) era [mediana,RIQ] 4(2 – 6) puntos El 95/150(63.3%) EMRR, 42/150(28%) EMSP y 13/150(8,7%) EMPP. El EDSS según diagnóstico [mediana.RIQ]: EMRR 2.5 (1.5 - 4), EMSP 6.5(4 - 7), EMPP 6(6 - 7); $p < 0.001$. La media de brotes durante la evolución de la EM fue 4.2(DE3.1). 87/150(58%) continuaban tratamiento modificador de la enfermedad (TME). La media de meses libre de brote fue de 157 ± 132 [m(SD)]; sin diferencia entre grupos con o sin tratamiento [m(SD)]: 166 ± 82 vs. 150 ± 165] ni del EDSS (mediana 4 en ambos grupos, $p > 0.05$).

CONCLUSIONES

Los mayores 60 años son un grupo numeroso de pacientes EM, con frecuente persistencia diagnóstica de EMRR e inicio tardío. No parece existir diferencia en el tiempo libre de brotes entre pacientes con y sin TME, quizá en relación con la inmunosenescencia y la fase evolutiva de la EM.



P-008

EFFECTO A LARGO PLAZO DE SIPONIMOD EN LOS RESULTADOS DE LA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA: ANÁLISIS DEL ESTUDIO EXPAND HASTA 5 AÑOS

Judit Díaz Díaz¹, Estefanía Fernández², Douglas L. Arnold^{3,4}, Ludwig Kappos⁵, Patrick Vermersch⁶, Ralf Gold⁷, Amit Bar-Or⁸, Gavin Giovannoni⁹, Bruce A.C. Cree¹⁰, Daniela Piani Meier¹¹, Shannon Ritter¹², Goeril Karlsson¹¹, Frank Dahlke¹¹, Thomas Hach¹¹, Robert J. Fox¹³

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC, ²Departamento Médico de Neurociencias en Novartis Farmacéutica, SA, ³Departamento de Neurología, Brain Imaging Centre, Montreal Neurological Institute and Hospital, McGill University, ⁴Departamento de Neurología, NeuroRx Research, ⁵Departamento de Neurología, Neurologic Clinic and Policlinic and Research Center for Clinical Neuroimmunology and Neuroscience, Departments of Medicine, Clinical Research, Biomedicine and Biomedical Engineering, University Hospital and University of Basel, ⁶Departamento de Neurología, Univ. Lille, Inserm UMR U1172 LiNCog, CHU Lille, FHU Imminent, ⁷Departamento de Neurología, St Josef-Hospital/Ruhr-University Bochum, ⁸Departamento de Neurología, Center for Neuroinflammation and Experimental Therapeutics and Department of Neurology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, ⁹Departamento de Neurología, Blizzard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, ¹⁰Departamento de Neurología, UCSF Weill Institute for Neurosciences, Department of Neurology, University of California San Francisco, ¹¹Departamento Médico, Novartis Pharma AG, ¹²Departamento Médico, Novartis Pharmaceutical Corporation, ¹³Departamento de Neurología, Mellen Center for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Neurological Institute

OBJETIVOS: En el estudio principal EXPAND, siponimod comparado con placebo redujo significativamente la progresión de la discapacidad, el deterioro cognitivo, las medidas de la imagen de resonancia magnética (IRM) de inflamación focal, y la pérdida de volumen (PV) cerebral global y regional en pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto a largo plazo de siponimod sobre la PV de todo el cerebro, la sustancia gris cortical (SGc) y el tálamo, y los cambios en el volumen de la lesión T2 (T2PV) y el número acumulado de lesiones T2 nuevas/agrandadas (naT2) en el estudio fase III de extensión EXPAND.

MATERIAL Y MÉTODO: De los 1.651 pacientes aleatorizados que completaron el estudio principal EXPAND (mediana de 21 meses), 1.224 participaron en el estudio abierto de extensión de 7 años. Los cambios en los resultados de IRM, desde la basal en el estudio principal EXPAND hasta el mes 60, se compararon entre grupo continuo (siponimod en estudio principal/extensión) y grupo de cambio (placebo en estudio principal/siponimod en extensión). Además, se evaluaron las comparaciones dentro del grupo para la tasa anualizada de atrofia cerebral (TAAC), el cambio anual T2PV y el recuento naT2 en el estudio de extensión versus el estudio principal. Datos analizados utilizando métodos no paramétricos y modelos de medidas repetidas.

RESULTADOS: Al mes 60, los efectos del tratamiento en la PV de todo el cerebro (-1,62% versus -1,76%, $p < 0,05$) y el tálamo (-2,68% versus -3,48%, $p < 0,0001$) fueron más pronunciados en el grupo continuo versus el de cambio; la PV SGc fue baja en ambos grupos (-1,42% versus -1,43%). El cambio T2PV y los recuentos naT2 se redujeron en el grupo continuo versus el de cambio (326 versus 870 mm³ y 3,4 versus 9,3, ambos $p < 0,0001$). Comparación dentro de la fase de extensión versus el estudio principal: el grupo de cambio recogió las reducciones pronunciadas de PV de todo el cerebro (58,1%), SGc (85,4%), tálamo (58,3%), cambio anual T2PV (94,3%) y recuento naT2 (72,8%) al iniciar siponimod (todos, $p < 0,0001$); la baja TAAC/actividad lesiva se mantuvo en el grupo con siponimod continuo.



CONCLUSIONES: El tratamiento con siponimod mostró eficacia sostenida en los resultados de IRM, incluyendo la atrofia SG a largo plazo, y el beneficio del cambio desde placebo. Las diferencias persistentes entre grupo continuo y grupo de cambio en las medidas de integridad del tejido cerebral resaltan la importancia del inicio temprano del tratamiento.



P-009

DETECCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON UN TEST DE RASTREO: ¿PERDEMOS O GANAMOS?

Dra. Yolanda Higuera Hernández^{1,2}, Dña. Ariana Meldaña Rivera¹, Dr. Jose Manuel García Domínguez³, Dr. Juan Pablo Cuello³, Dr. Alberto Lozano Ros³, Dña. Haydee Goicochea Briceño³, Dra. María Luisa Martínez Ginés³

¹IISGM, ²Universidad Complutense de Madrid, ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS: estudiar si el uso de un test de rastreo cognitivo como el Symbol Digit Modality Test (SDMT) para la detección de la afectación cognitiva en esclerosis múltiple es eficiente en la práctica clínica real.

MATERIAL Y MÉTODOS: se analiza la base de datos de los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas de los pacientes de la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes del Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se tratan de evaluaciones completas incluyendo una batería de test neuropsicológicos extensa (SDMT, SRT, PASAT, TMT, Dígitos directos e inversos, FAS, SPART 10/36) con la que se realiza un diagnóstico neuropsicológico considerando la afectación de uno o más dominios cognitivos. Se considera deterioro cognitivo leve (DCL) si existe un dominio o más con una puntuación Z de -1,5 a -2 y deterioro cognitivo moderado (DCM) si la alteración es de al menos dos o más dominios cognitivos con Z=-2.

RESULTADOS: un total de 348 evaluaciones neuropsicológicas son analizadas, de las cuales un 53,2% no presentan deterioro cognitivo, un 27,6% son diagnosticadas de DCL y un 21% de DCM. Al seleccionar de cada uno de estos grupos los casos que puntuaron por debajo de la norma en el SDMT, el 66,2% eran compatibles con DCM y el 32,4% con DCL, dejando tan sólo un 1.5% de casos sin deterioro por identificar. Sin embargo, si analizamos los casos con SDMT dentro de la normalidad, se recogen un 26,4% de casos compatibles con DCL y un 8,9% con DCM. De estos casos que no se detectan con el SDMT, el test cognitivo más frecuentemente alterado en los casos de DCL es el PASAT que identificó un 48% de casos, seguido del recuerdo diferido del SRT, identificando un 22.9% de casos. En cuanto a los diagnosticados de DCM con SDMT normal, se pudieron identificar un 60% de casos de DCL y de DCM por igual con el PASAT y con el recuerdo diferido del SRT.

CONCLUSIONES: el SDMT es un test que ha demostrado alta sensibilidad y especificidad en la detección de casos con deterioro cognitivo. Sin embargo, en nuestra muestra se detectó que un 35,4% de los casos no se diagnosticaron correctamente. El tener en cuenta el resultado en otros test cognitivos como el PASAT puede ayudar a mejorar la detección de casos con deterioro cognitivo. Ganamos capacidad de detección si combináramos estos dos test en la práctica clínica.



P-010

ENFERMEDAD ASOCIADA A ANTI-MOG: SERIE DESCRIPTIVA DE 10 PACIENTES DE DOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

Dr. Javier Villacieros Álvarez^{1,2,3}, Dr. Pablo Nieto González^{1,2,3}, Dra. Laura Rubio Flores^{1,2,3}, Dra. Juana Martínez Ramos^{1,2,3}, Dra. Alexandra Figueroa Arenas^{1,2,3}, Dra. Elena Guerra Schulz^{1,2,3}, Dra. Raquel Téllez Pérez⁴

¹Hospital Rey Juan Carlos, ²Hospital General de Villalba, ³Hospital Infanta Elena, ⁴Fundación Jiménez Díaz

OBJETIVOS: La enfermedad asociada a anti-MOG (MOGAD) es una entidad recientemente descrita con un fenotipo variado, que requiere una alta sospecha clínica. Describimos una serie de casos diagnosticados en dos centros de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de una serie de casos diagnosticados de MOGAD en el servicio de Neurología de dos hospitales de segundo nivel durante el periodo 2012-2021.

RESULTADOS: N=10. Edad media 42,7 años (26-69), mujeres 50%. Retraso diagnóstico de 6 años en 3 pacientes, el resto diagnosticados en el momento del evento (en los últimos dos años). Fenotipos clínicos: 5 neuritis ópticas unilaterales (2 CRION), 3 mielitis cortas (2 asociando lesiones desmielinizantes supratentoriales), 1 NMOSD, 1 polirradiculitis + síndrome de cono medular. Todos excepto el paciente NMOSD (EDSS 9) presentaron buena evolución (EDSS<3). Presentaron pleocitosis 4/9 pacientes (7-255 céls/mm³), hiperproteínoorraquia un paciente (158,24 mg/dl), presencia de BOC en 2/8 pacientes (uno con síntesis intratecal de anti-MOG). 3 pacientes reciben tratamiento de mantenimiento (prednisona + azatioprina). Se monitorizaron anti-MOG en 5 pacientes, resultando persistentemente positivos en 4.

CONCLUSIONES: MOGAD es una entidad con una creciente heterogeneidad clínica en la que predomina la neuritis óptica, mielitis y ADEM. Es imprescindible su distinción de la EM por el diferente manejo terapéutico que implica. En nuestra serie destaca la predominancia de neuritis óptica y mielitis, la ausencia de BOC en la mayoría y el buen pronóstico general, todo ello acorde con lo descrito en la literatura. La monitorización de anti-MOG es útil para predecir recurrencias y valorar tratamiento de mantenimiento.



P-011

EFFECTOS DE PONESIMOD EN LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN BASE A LOS RESULTADOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE PACIENTES DEL ESTUDIO FASE III OPTIMUM.

Sra. Tatiana Caraballo López¹

¹Janssen España

CONTEXTO: Ponesimod, un modulador oral, reversible y altamente selectivo del S1P1 mostró en el estudio fase III OPTIMUM (NCT02425644) una eficacia superior a teriflunomida 14mg en el control de las formas recurrentes de esclerosis (EMR).

Objetivos: Evaluar las variables de estudio preespecificadas basadas en Resonancia Magnética y el estado de ausencia de actividad de la enfermedad (NEDA) en pacientes con EMR.

MÉTODOS: Pacientes entre 18 y 55 años con EMR (puntuación EDSS entre 0 y 5,5) fueron aleatorizados (1:1) a ponesimod 20mg o teriflunomida 14mg. Las variables de estudio de resonancia magnética (RM) fueron: % cambio en volumen cerebral desde inicio hasta final del estudio (108 semanas), número medio de nuevas lesiones T1 Gd+, y nuevas/crecientes lesiones en T2. Estado NEDA-3 (ausencia de brotes, acumulación de discapacidad durante 12 semanas, lesiones T1 Gd+ y nuevas/crecientes lesiones en T2), y NEDA-4 (Condiciones NEDA-3 + ausencia de disminución de volumen cerebral anual $\geq 0.4\%$) se evaluaron desde el inicio hasta semana 108.

RESULTADOS: el 86,9% de los pacientes aleatorizados completaron el estudio. Los resultados en RM para ponesimod vs teriflunomida a semana 108 fueron, respectivamente: Cambio de media de mínimos cuadrados en porcentaje de volumen cerebral: -0,91% vs -1,25% (diferencia: 0,34%, IC 95% CLs: 0,17; 0,50. $p < 0,0001$). Diferencia media de mínimos cuadrados en el cambio total de lesiones T2 respecto al estado basal: -399,2 mm³ (95% CL: -651,5; -146,8, $p = 0,002$); número medio de lesiones T2 anual: 1,40 vs 3,16 ([RR]: 0,44; 95% CLs: 0,36; 0,54. $P < 0,0001$); [OR 95%CL] para la ausencia de crecimiento o aparición de lesiones T2: 1,71 (1,30; 2,25, $p = 0,0001$); número medio de nuevas lesiones T1 Gd+: 0,18 vs 0,43 (RR: 0,42, 95%CLs: 0,31; 0,56, $p < 0,0001$); [OR 95%CL] para ausencia de nuevas lesiones T1 Gd+: 2,18 (1,61; 2,95, $p < 0,0001$). En la semana 108, el 28,2% (79/526) de pacientes con ponesimod vs 18,3% (102/558) de pacientes con teriflunomida (OR: 1.70, 95% CLs: 1.27; 2.28, $p = 0.0004$) habían alcanzado el estado NEDA-3. El 15,0% (79/526) de pacientes con ponesimod vs 8,5% (45/532) de pacientes con teriflunomida habían alcanzado el estado NEDA-4. La razón más común por la que no se alcanzaron los estados NEDA-3 y NEDA-4 fue la presencia de nuevas lesiones T2, o el crecimiento de las mismas.

CONCLUSIONES: Ponesimod mostró beneficios frente a teriflunomida para todos los resultados RM, incluyendo la pérdida de volumen cerebral. Además mostró un porcentaje significativamente mayor de pacientes que alcanzaron los estados NEDA-3 y NEDA-4



P-012

PERSISTENCIA DURANTE EL TRATAMIENTO CON PONESIMOD EN PACIENTES INCLUIDOS EN LA EXTENSIÓN DE SU ENSAYO FASE 2

Sra. Tatiana Caraballo López¹

¹Janssen España

ANTECEDENTES La esclerosis múltiple es un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por la inflamación, desmielinización y neurodegeneración. Para las enfermedades crónicas que potencialmente requieren un tratamiento de por vida, la discontinuación del tratamiento podría tener implicaciones clínicas significantes, incluyendo el riesgo de brotes y progresión de la enfermedad. Existen una serie de factores para la discontinuación del tratamiento, pero numerosos estudios han revelado que los eventos adversos, así como la falta de eficacia determinada por la progresión de la enfermedad, son los factores principales. En la esclerosis múltiple, la satisfacción del paciente con el tratamiento es esencial para el mantenimiento de la adherencia, y para obtener resultados positivos en la salud a largo plazo.

OBJETIVOS: evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con ponesimod 20mg a largo plazo (>8 años).

MÉTODOS: En el estudio principal de fase II (B201), un total de 464 pacientes fueron aleatorizados 1:1:1:1 para recibir ponesimod 10mg (N=108), ponesimod 20mg (N=116), ponesimod 40mg (N=119), o placebo (N=121). Del total de 462/464 (99,6%) pacientes tratados, 393 completaron el estudio doble ciego de 24 semanas. De los 393 sujetos que completaron el estudio, algunos se incluyeron en el estudio de extensión (B202). Este estudio comprendió 3 etapas (TP1, TP2 y TP3). En TP1 se mantuvieron las mismas dosis que en estudio core, y en TP2 y TP3 se fue aleatorizando para recibir 20 mg de ponesimod (dosis aprobada para el tratamiento de EMR).

RESULTADOS: A 31 de marzo de 2019 (8,3 años después del inicio del estudio), un total de 60,7% de los sujetos en el brazo de 20mg de ponesimod habían mantenido el tratamiento durante todo el curso del estudio, incluidas las extensiones posteriores. Para los pacientes que discontinuaron tratamiento con ponesimod 20mg, las razones fueron: en un 40,4%, decisión del sujeto no conocida, en un 28,1% por motivos de tolerabilidad o efectos adversos, en un 17,5% por motivos de eficacia, y en un 14% por otros motivos.

CONCLUSIÓN: La satisfacción del paciente con el tratamiento es un punto clave para asegurar la adherencia al tratamiento a largo plazo en una enfermedad crónica. La tasa de retención de más del 60% de los pacientes durante un estudio de fase II a largo plazo, de 8 años de duración, sugiere un alto grado de satisfacción de los pacientes con la tolerabilidad, seguridad y eficacia de ponesimod.



P-013

FATIGA EN EM: EFECTO DEL TRATAMIENTO CON PONESIMOD EN PACIENTES CON FORMAS RECURRENTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EMR) CON Y SIN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Sra. Tatiana Caraballo López¹

¹Janssen España

CONTEXTO: El objetivo NEDA, determinado por la ausencia de brotes, lesiones en resonancia magnética, y progresión de la enfermedad, está siendo cada vez más utilizado como medida del resultado general del tratamiento con terapias modificadoras de la enfermedad en esclerosis múltiple. Dentro de la definición NEDA, no se incluye la fatiga asociada a la enfermedad, uno de los síntomas más comunes y debilitantes de la misma.

El estudio fase III OPTIMUM comparó ponesimod 20mg con teriflunomida 14mg. Es el primer estudio que ha recogido datos de fatiga reportados por los pacientes mediante la escala FSIQ-RMS. Los resultados muestran una proporción superior de pacientes tratados con ponesimod cumpliendo criterios NEDA y un efecto terapéutico en los síntomas de fatiga durante el tratamiento con ponesimod.

OBJETIVOS: Determinar si el efecto beneficioso de ponesimod sobre los síntomas de fatiga es independiente de sus efectos sobre la actividad de la enfermedad.

MÉTODOS: Modelo mixto de medidas repetidas (MMRM) para determinar si las diferencias observadas del tratamiento en la semana 108 sobre los síntomas de fatiga dependían del estado NEDA o EDA.

RESULTADOS: A semana 108, un mayor porcentaje de pacientes tratados con ponesimod cumplía criterios NEDA3 vs teriflunomida (20% vs 18%, respectivamente). Con ponesimod se mejoraron los síntomas de fatiga vs teriflunomida (diferencia de mínimos cuadrados: -3,57, p=0,0019). En pacientes que no presentaron actividad de la enfermedad (NEDA) a semana 108 (n=215), la diferencia de mínimos cuadrados para el cambio en fatiga respecto al estado basal fue de -3,17 (-7,70; 1,35) favorable a ponesimod.

En pacientes que mostraron actividad de la enfermedad (EDA) a semana 108 (n=689), la diferencia de mínimos cuadrados para el cambio en fatiga respecto al estado basal fue de -3,36 (-5,98; -0,75) favorable a ponesimod.

CONCLUSIONES: Independientemente del estado EDA/NEDA a semana 108, el beneficio de ponesimod sobre teriflunomida en los síntomas de fatiga asociados a la EM no varió, lo que sugiere que la evaluación de la eficacia clínica mediante la definición NEDA/EDA podría no ser suficiente para el manejo de la fatiga en los pacientes con EMR.



P-014

CAMBIOS EN EL ESTADO DE FATIGA SEGÚN EL DOMINIO DE SÍNTOMAS DE LA ESCALA FSIQ-RMS EN EL ESTUDIO FASE III OPTIMUM

Sra. Tatiana Caraballo López¹

¹Janssen España

CONTEXTO:

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y desmielinizante del sistema nervioso central que produce discapacidad progresiva e irreversible, siendo la fatiga uno de los síntomas más comunes. La fatiga asociada a la EM es crónica y progresiva, aparece al inicio de la enfermedad, y se mantiene durante todo el curso de la misma.

OBJETIVOS:

Evaluar la propensión de los pacientes a permanecer estables o experimentar una mejora de los síntomas de fatiga, basada en el cambio desde el estado basal según la escala FSIQ-RMS (cuestionario de Síntomas de Fatiga y su impacto en las formas recurrentes de esclerosis múltiple) para ponesimod 20mg frente a teriflunomida 14mg.

MÉTODOS:

Los pacientes se clasificaron en función de la gravedad de la fatiga al inicio del estudio y fueron reevaluados en la semana 108. El grado de fatiga en el dominio de síntomas FSIQ-RMS se estableció utilizando análisis de curvas ROC (Receiver Operator Curve), y se dividió en: ausencia de fatiga, y fatiga leve, moderada, severa o muy severa. El grupo de pacientes con ausencia de fatiga al inicio y al final del estudio se clasificó como estable, y, para el resto de grupos, la evolución positiva en al menos un grado entre el inicio y el final del estudio se clasificó como mejoría. Se utilizaron modelos de regresión logística múltiple para determinar la probabilidad de alcanzar los estados “estable” o “mejora”. En cada caso, las diferencias de tratamiento se examinaron empleando odds ratios e ICs del 95%.

RESULTADOS: en el basal una proporción superior de pacientes con ponesimod presentó ausencia de fatiga (36,3%) vs teriflunomida (28,0%). Al final del estudio un 64,8% de pacientes con ponesimod, y un 64,1% de pacientes con teriflunomida se mantuvieron en ausencia de fatiga (OR=0,99 IC 0,54-1,80). Para los pacientes que presentaron algún grado de fatiga al inicio (de leve a muy severa), el 41,1% de los tratados con ponesimod, frente al 30,1% de los tratados con teriflunomida presentaron una mejora en al menos una categoría de severidad de fatiga (OR=1,61 IC 1,09-2,37). El efecto del tratamiento con Ponesimod se incrementó cuanto mayor fuera el grado de severidad de la fatiga.

CONCLUSIÓN: se observa una mejoría en los síntomas de fatiga favorable al tratamiento con ponesimod y, en particular, en los grupos con fatiga inicialmente más grave



P-015

LESIONES DE EXPANSIÓN LENTA EN RESONANCIA MAGNÉTICA 1,5T COMO MARCADOR DE PROGRESIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Carlos Hervás Testal¹, Dra. Elena Capilla Cabezuelo¹, Dra. Clara Aguirre Hernandez¹, Dra. Carolina Díaz Perez¹, Sra. Beatriz Del Río¹, Dr. Antonio Barbosa Del Olmo¹, Dr. José Vivancos Mora¹, Dra. Virginia Meca-Lallana¹

¹Hospital Universitario De La Princesa

INTRODUCCIÓN.

Las lesiones de expansión lenta o “slowly expanding lesions”(SELs) son lesiones crónicas rodeadas por células inflamatorias activas sin disrupción de barrera hematoencefálica asociada. Son visibles en secuencias T1 y T2 de resonancia magnética (RM) convencional y, aunque objetivarlas en RM 1.5 Teslas (T) no es habitual, los neurorradiólogos especializados, con la información clínica adecuada, pueden localizarlas. Estas lesiones en RM basal, así como su aparición a lo largo del tiempo, se relacionan con formas más agresivas y progresión en esclerosis múltiple (EM).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Presentamos dos pacientes con SELs objetivadas en RM1,5T que fueron determinantes en su manejo terapéutico.

RESULTADOS.

Caso 1: mujer de 28 años con debut motor en forma de brote medular. Inició tratamiento con Fingolimod con cambio posterior a Ocrelizumab por presentar un alto número de brotes durante el primer año. Estable posteriormente durante 4 años, presenta neuritis óptica y discreto empeoramiento en EDSS. En RM similar carga lesional con presencia de una SEL, decidiéndose por ello iniciar tratamiento con Alemtuzumab.

Caso 2: varón de 21 años con brote cerebeloso y múltiples lesiones en fosa posterior en RM basal. Presenta posteriormente un cuadro progresivo (“single attack and secondary progression”) consistente en deterioro motor y cognitivo, sin brotes asociados. En RM control aumento de número de lesiones e incremento de una de ellas, compatible con una SEL, que apoya el diagnóstico de EM agresiva en su forma progresiva, iniciándose tratamiento con Ocrelizumab.

CONCLUSIONES.

Las lesiones de expansión lenta podrían constituir un marcador pronóstico determinante en el seguimiento de la EM y, junto con otros factores, ayudarían a dirigir el tratamiento de forma más precisa detectando respuestas subóptimas al mismo, como señalamos en los casos expuestos. Aunque son de difícil visualización, neurorradiólogos especializados junto con información clínica complementaria pueden localizarlas en RM1.5T.



P-016

EL IMPACTO COGNITIVO DE LOS BROTES AGUDOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE MEDIDO POR LA APLICACIÓN DE IPAD COGEVAL®

Dr. Enric Monreal¹, Dra. Lucienne Costa-Frossard¹, Dra. Susana Sainz de la Maza¹, Dr. Fernando Rodríguez Jorge¹, Dr. Juan Luis Chico García¹, Dra. Raquel Sainz Amo¹, Dr. José Ignacio Fernández Velasco¹, Dra. Paulette Walo Delgado¹, Dra. Luisa María Villar¹, Dr. Jaime Masjuan¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los brotes agudos en la esclerosis múltiple (EM) pueden asociar un deterioro en la función cognitiva, incluyendo la velocidad de procesamiento de información (VPI). El objetivo fue estudiar la afectación de la VPI y los posibles factores implicados en pacientes con un brote agudo.

MÉTODOS

Estudio prospectivo unicéntrico con medición de la VPI mediante el Processing Speed Test (PST) CogEval® en pacientes con EM y un brote agudo desde octubre 2019 hasta junio 2021. Se incluyeron pacientes con un brote agudo y una determinación pre-/post- y en brote, obteniendo valores absolutos de PST y un Z score ajustado a sexo, edad y nivel educativo. El análisis se realizó con test de Fisher, ANOVA, Wilcoxon de datos apareados y regresión lineal.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes con 16 brotes: 13 (92,9%) mujeres con una mediana (RIC) de edad de 38 (32–45) años. La mayoría de los brotes fueron leves (50%) o moderados (43,8%) con afectación predominante de médula (43,8%) o tronco (31,2%). El PST pre-/post brote fue significativamente mayor que el PST en brote (diferencia de medias: -2,5 (-8,5–0) puntos, $p=0,03$). Se observó una correlación fuerte entre el descenso en el PST y el número de lesiones nuevas ($\beta=-0,48$ [IC95% -0,75 a -0,21]; $p=0,003$) ($r=-0,78$), el aumento del EDSS ($\beta=-6,73$ [IC95% -9,86 a -3,59]; $p<0,001$) ($r=-0,78$) y la gravedad del brote ($p<0,001$), pero no con la localización.

CONCLUSIONES

La aplicación CogEval® puede ser una herramienta útil para valorar la afectación cognitiva en los brotes agudos en pacientes con EM.



P-017

BREVE ENSAYO SOBRE LA CEGUERA: UN DEBUT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE COMO SÍNDROME DE ANTON.

Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dr. Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. José Manuel García Domínguez¹

¹H. Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La Esclerosis Múltiple (EM) es la enfermedad desmielinizante más frecuente, y sus síndromes clásicos están bien descritos en la literatura. Existen cuadros clínicos considerados banderas rojas, como las lesiones tumefactivas, que obligan a descartar otras etiologías. Presentamos un paciente con EM que debuta con un síndrome de Anton.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 27 años sin antecedentes que comienza con apatía y falta de concentración, y tras varios meses, consulta porque sus familiares objetivan que tropieza con obstáculos en casa, sin ser consciente de ello. A la exploración presenta ceguera cortical con anosognosia, piramidalismo generalizado y ataxia en miembro superior izquierdo. La marcha es imposible sin ayuda.

RESULTADOS:

La RM craneal demuestra 2 lesiones extensas de características desmielinizantes en ambos lóbulos occipitales, la de mayor tamaño con extensión a lóbulo parietal derecho y captación de gadolinio, presenta efecto masa y signo de la vena central. Hay varias lesiones cortico-yuxtacorticales y en fosa posterior que cumplen criterios de McDonald 2017. El LCR presenta características inflamatorias, con bandas IgG positivas. Los demás estudios complementarios fueron anodinos.

El paciente fue tratado con Alemtuzumab, y actualmente sólo distingue algunos colores y una parte muy reducida del campo visual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Este debut como síndrome de Anton es insólito, por la excepcional manifestación de la EM como un síndrome lobar. Además, la presencia de lesiones bilaterales tumefactivas occipitales es de suma infrecuencia, añadiendo interés clínico al caso. La anosognosia jugó un papel primordial, retrasando el diagnóstico meses. La falta de “insight” empeora el pronóstico funcional de nuestro paciente.



P-018

AUTOPERCEPCIÓN DE ESTIGMA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ENFERMEDAD REUMATOIDE

Dra. Yolanda Higuera Hernández^{1,3,4}, **D. Daniel Hernández Domínguez³**, Dña. Ariana Meldaña Rivera¹, Dr. Jose Manuel García Domínguez², Dr. Juan Pablo Cuello², Dr. Alberto Lozano Ros², Dña. Haydee Goicochea Briceño², Dra. María Luisa Martínez Ginés²

¹Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón,

³Universidad Loyola, ⁴Universidad Complutense

OBJETIVOS: Existe escasa bibliografía sobre cómo algunas enfermedades crónicas, como la esclerosis múltiple (EM) y la enfermedad reumática (ER), afectan a la autopercepción de estigma de los pacientes. Estudiaremos cómo dicha autopercepción se relaciona con la calidad de vida y a la posible aparición de sintomatología ansioso-depresiva en estas dos patologías.

MATERIAL Y MÉTODO: Se reclutaron 23 sujetos con EM y 5 con ER del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para realizar un estudio observacional de corte transversal. Se tomaron medidas de calidad de vida (MSQoL-54; Multiple Sclerosis Quality of Life 54), estado anímico (HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale) y autopercepción del estigma (SSCI-8; Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-item version) en ambas muestras para comparar su ejecución.

RESULTADOS: No se objetivó autopercepción de estigma en ninguno de los dos grupos (EM =12,39 y ER =14,20 respectivamente). No se encontró correlación entre autopercepción de estigma y estado anímico (U=33). La correlación encontrada en el grupo con EM entre percepción de estigma y calidad de vida en su componente físico fue negativa y significativa ($p=-0,44$) mientras que en el grupo con ER la autopercepción de estigma correlacionó de forma negativa con el componente mental de calidad de vida ($p=-0,8$). Discusión: Los resultados referentes a una baja autopercepción de estigma en ambos grupos y la escasa relación entre dicha autopercepción y el estado anímico y calidad de vida en EM y ER contradicen con la bibliografía previa. Sin embargo, los síntomas físicos de la EM fueron relacionados con una mayor autopercepción de estigma en este grupo. En ER una calidad de vida psicológica peor se relacionó con mayor estigma autopercebido.

CONCLUSIONES: Este estudio aporta más información sobre la autopercepción de estigma en enfermedades crónicas. Sería necesario realizar un estudio con mayor tamaño muestral en el que se controlen variables como el género o el tipo de enfermedad para esclarecer la relación entre autopercepción de estigma, calidad de vida y estado anímico.



P-117

BROTE PSEUDOTUMORAL GRAVE TÁLAMO-CAPSULAR EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE A TRATAMIENTO CON INTERFERÓN

Dr. Borja Cabal-Paz¹, Dra. Julia Sabin-Muñoz¹, Dra. Lucía Alba-Alcántara¹, Dra. Raquel González-Santiago¹, Dr. Zayrho De Sanvicente¹, Dra. Rosario Blasco-Quílez¹, Dr. Juan Antonio García-Merino¹

¹Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda. Servicio de Neurología. Unidad de Neuroinmunología.

OBJETIVOS

Describir la afectación infrecuente de sustancia gris profunda como consecuencia de un brote pseudotumoral de esclerosis múltiple (EM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la literatura. Revisión de la base de pacientes de la Unidad de Neuroinmunología de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Varón de 59 años sin antecedentes, diagnosticado de EM remitente-recurrente 24 años antes con cuatro brotes hasta la fecha (dos sensitivos, uno visual y el último medular 10 años atrás), con una EDSS basal de 3,5 y a tratamiento con interferón β -1a intramuscular desde último brote. Consulta por hemiparesia izquierda de instauración aguda con fluctuación clínica de 3 horas de evolución. El estudio neurovascular en Urgencias es normal y, ante la sospecha de un brote motor, se administra metilprednisolona 1gr/día durante 5 días. La RM cerebral preferente dos semanas después evidencia una nueva lesión pseudotumoral polilobulada tálamo-capsular derecha con restricción intensa en secuencias de difusión compatible con actividad inflamatoria aguda, que justifica su nueva clínica (EDSS 5) y condiciona un escalado de tratamiento a ocrelizumab.

Las lesiones desmielinizantes tumefactivas pueden simular tumores o lesiones ocupantes de espacio. Su localización más frecuente es frontal y parietal, seguida de lóbulo del temporal y troncoencéfalo. Su presencia en sustancia gris profunda es excepcional. Es atípico ver lesiones desmielinizantes agudas con un grado de restricción en difusión tan marcado como en el presente caso, lo que plantea, añadido a la edad del paciente, una etiología vascular (stroke-mimics).

CONCLUSIONES

La afectación pseudotumoral de sustancia gris profunda en el contexto de la EM es excepcional, sumado a la edad (inmunosenescencia) del paciente y estabilidad clínica previa. Su presencia puede asociarse a un peor pronóstico funcional y plantea una escalada terapéutica a fármacos de alta eficacia.



P-118

ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FENOTÍPICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES

Sra. Irene Gómez Estévez¹, Sra. Ana Baltasar Corral², Sra. Judit Díaz Díaz¹, Sr. Eduardo Martínez Perez¹, Dra. Celia Oreja Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, ²Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN:

En 2015, el Panel Internacional para el Diagnóstico de NMO publicó los criterios de diagnóstico de consenso internacional para los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica. Con dichos criterios se pretendía unificar a todos los pacientes y facilitar el diagnóstico, sin embargo a pesar de la actualización de dichos criterios continúan habiendo pacientes, especialmente aquellos AQP4-seronegativos, cuyo diagnóstico tras un primer brote no es posible o puede ser confundido con una esclerosis múltiple con lo que se puede producir una demora o el inicio de un tratamiento erróneo.

OBJETIVOS

En este estudio analizar las características clínicas, paraclínicas y demográficas de nuestra cohorte de pacientes con NMOSD

RESULTADOS

19 pacientes han sido diagnosticados de NMOSD, 9 del espectro CRION, 1 RION, 4 de mielitis transversa longitudinal extensa monofásica (MTLE) y 3 neuritis óptica monofásica (NO), uno de ellos con MOG positivo.

6 NMOSD fueron seropositivos para AQP4 (edad media al diagnóstico: 41). El primer brote fue 16,67% NO, 33% NOB, 16,67% MTLE, 33,33% síndrome de área postrema (APS). Todos BOC negativas. La RM cerebral fue normal tras el primer brote en un paciente. La edad media hasta el segundo brote fue de 3 meses tras la NO, 18 meses tras la NOB y 5 tras APS.

13 NMOSD fueron AQP4-seronegativos (edad media al diagnóstico: 36). El primer brote fue 7,69% NO, 7,69% NOB, 53,85% MTLE, 7,68% APS, 7,69% síndrome cerebral agudo y 15,38% MTLE+NOB. El 38% BOC positivas. La RM cerebral fue normal en el 38,42%.

4 pacientes con NMOSD recibieron tratamiento después del primer brote. El tiempo medio hasta el segundo brote para los tratados fue de 61 meses y para los no tratados 32,72 ($p=0,123$). En los no tratados, no se encontró asociación entre el tipo de primer brote y el tiempo transcurrido hasta el segundo brote ($p=0,363$).

4 CRION fueron seropositivos a MOG (edad media en el momento del diagnóstico: 39). El primer brote siempre fue NO. Todos los pacientes son corticoide dependientes. La RM cerebral fue normal.

5 CRION fueron MOG-seronegativos (edad media al diagnóstico: 35). El primer brote fue 90% NO y 10% BNO. Todos los pacientes son corticoide dependientes. Un paciente mostró cambios inespecíficos en la RM cerebral.

Todos los CRION presentaron BOC negativas.

CONCLUSIONES

En el espectro de NMO se pueden clasificar los pacientes en distintos tipos según la clínica y pruebas paraclínicas. Los resultados de la RM y del LCR difieren entre grupos.

El tratamiento precoz parece disminuir las probabilidades de un segundo brote. El diagnóstico y la rápida caracterización de estos pacientes es importante para reducir las posibilidades de un segundo brote



P-119

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN TRATAMIENTO ANTI-CD20 EN EM SECUNDARIA PROGRESIVA

Sra. Irene Gómez Estévez¹, Sra. Judit Díaz Díaz¹, Sr. Eduardo Martínez Perez¹, Dra. Celia Oreja Guevara¹

¹Hospital Clínico San Carlos, IdISSC

INTRODUCCION

Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20 utilizado principalmente por oncología y reumatología en neoplasias malignas de la sangre, en ciertas formas de vasculitis y artritis reumatoide grave. En los últimos años su uso terapia modificadora de la enfermedad de uso fuera de ficha técnica en las esclerosis múltiple ha aumentado.

Numerosos estudios observacionales de práctica clínica han demostrado que rituximab es una terapia eficaz y con un buen perfil de seguridad en el tratamiento de la EM.

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas de nuestra cohorte de pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) en tratamiento con rituximab por uso compasivo.

MÉTODOS

Estudio observacional en el que analizamos los datos de eficacia y seguridad a los dos años del inicio de rituximab.

RESULTADOS

14 pacientes (4 hombres y 10 mujeres) iniciaron tratamiento con rituximab. La edad media al inicio del tratamiento fue de 46 años y la EDSS media 6.3. El tiempo medio de la evolución de la fase progresiva fue de 4.9 años. Todos los pacientes tenían un tratamiento modificador de la enfermedad (TMF) previo al cambio salvo uno.

El 26.6% de los pacientes presentaban una EMSP con actividad a pesar del TMF (75% actividad clínica el año previo y el 25% actividad clínica y radiológica). El 73.3% presentaban una EMSP sin actividad, pero con aumento de la progresión. Tras un periodo medio de seguimiento de 48 meses no se objetivaron brotes ni signos de actividad radiológica en el grupo SP activa y un brote en el grupo sin actividad. La EDSS se mantuvo estable en todos los pacientes salvo un paciente con EMSP sin actividad. No se registraron efectos adversos secundarios a la administración de rituximab.

La pauta de tratamiento fue dos infusiones de 1.000 mg separadas por 14 días, y la dosis de retratamiento fue de 1000mg en caso de recuento de LCD19 $\geq 0,1\%$. El rango de tiempo entre las dosis fue: 1º y 2º (6-12 meses), 2º y 3º (6-8 meses), 3º y 4º (7-16 meses)

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte rituximab ha demostrado ser un fármaco seguro y eficaz para reducir la actividad inflamatoria y evitar la progresión en pacientes con EMSP.

Nuestros datos son similares a los de otras cohortes publicadas.



P-120

EXPERIENCIA CON OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dra. Virginia Meca Lallana^{1,2,3}, Dra. Clara Aguirre Fernandez^{1,2,3}, Dra Carolina Díaz Perez^{1,2,3}, Sra. Beatriz del Río Muñoz^{1,2,3}, Sra Rosalía Martín Villalva^{1,2,3}, Sra Estefania Carabjal^{1,2,3}, Dr Jose Vivancos^{1,3}

¹Hospital Universitario De La Princesa. Servicio de Neurología, ²Unidad de Enfermedades Desmielinizantes,

³Fundación de Investigación Princesa

OBJETIVOS

Ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido a CD20, que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) progresiva primaria y recidivante. Evaluamos la experiencia clínica con Ocrelizumab en pacientes con esclerosis múltiple progresiva (SPM) y esclerosis múltiple recidivante (EMR)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de práctica clínica real en pacientes con SPM y EMR tratados con Ocrelizumab en una Unidad de EM.

RESULTADOS

141 pacientes: 59 pacientes SPM, 82 con EMR. Pacientes SPM: 47,5% mujeres, 51,1 ± 6,4 años; la evolución media EM 9,6 ± 4,2 años; 42,4% presentó un único brote y progresión posterior, el resto progresión primaria; 52,5% presentaban captación de gadolinio en resonancia magnética (RM); EDSS 4,9 ± 0,7; 75% presentan algún grado de deterioro cognitivo. Tiempo medio de uso del fármaco 15,9 ± 9 meses, los pacientes SPM presentaron empeoramiento no significativo en la discapacidad. Pacientes RMS 70% mujeres, 38,2 ± 8,9 de edad media, evolución del RMS 8,5 ± 5,9 años; 16% naïve, media de tratamientos previos 1,3 ± 0,8; tasa de brotes del año anterior fue 1 ± 0,9, EDSS fue 2,9 ± 1,4; 50% presenta algún grado de deterioro cognitivo; 94% tenían lesiones en médula espinal y 70% tenían lesiones captantes en RM. Tasa de reducción de brotes después de 2 años del 85%. Mayoría de brotes ocurren en los primeros 6 meses de tratamiento, no cambios significativos en EDSS. 59% de los pacientes presentaron reacciones a la perfusión (más frecuentes en SPM), 39% presentaron infecciones (más frecuentes en el SPM) 19 casos de COVID-19 con diferente gravedad

CONCLUSIONES

Presentamos dos poblaciones de EM diferentes tratadas con Ocrelizumab. El tratamiento es seguro en ambos grupos. En RMS es un tratamiento eficaz, en PMS los pacientes presentan empeoramiento pero sin significación



P-121

ANÁLISIS DE LA INMUNIDAD HUMORAL Y CELULAR TRAS LA VACUNA FRENTE SARS COV-2 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES

Dra. Virginia Meca Lallana^{1,2,3}, Dra Laura Esparcia⁴, Dra Clara Aguirre^{1,2,3}, Dra. Carolina Díaz Perez^{1,2,3}, Dra Ahinoa Gutierrez-Cobos⁵, Dra Monica Sobrado^{1,3}, Sra Estefania Carabajal^{1,2,3}, Sra. Beatriz del Río^{1,2,3}, Dr. Jose Vivancos^{1,3}, Dr. Francisco Sanchez-Madrid⁴, Dra. Arantza Alfranca⁴

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Unidad de Enfermedades Desmielinizantes, ³Fundación de Investigación Princesa, ⁴Servicio de Inmunología Hospital de la Princesa, ⁵Servicio de Microbiología Hospital de la Princesa

OBJETIVOS

Los pacientes con esclerosis múltiple(EM) no tienen mayor riesgo de infección grave por SARS-CoV-2. Las vacunas frente SARS-CoV-2 serán una herramienta clave para controlar la pandemia. La mayoría de tratamientos modificadores de la enfermedad(TMEs) en EM inducen alteración de células inmunitarias que puede repercutir en el pronóstico de la infección y la respuesta a las vacunas. Un estudio los títulos de anticuerpos post-vacunales en pacientes con Cladribina mostró igualdad a controles sanos y títulos muy superiores a Fingolimod y Ocrelizumab. Tenemos las primeras evidencias de que en pacientes inmunosuprimidos sin posibilidad de inducir respuesta humoral adecuada tienen respuesta celular tras la vacuna y tras la infección.

Se pretende monitorizar el grado de inmunización humoral y celular en pacientes con Esclerosis Múltiple vacunados en tratamiento con diferentes fármacos inmunomoduladores e inmunosupresores.

Evaluaremos también los anticuerpos de pacientes con Esclerosis múltiple infectados por SARS CoV2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multidisciplinar, prospectivo, observacional. Se extraerá serología 4 semanas post vacunación y muestra para determinar respuesta T.

Evaluamos grado de inmunosupresión previo a la vacuna evaluado y linfopenia

RESULTADOS

Se evaluarán los primeros 30 pacientes analizados.

Estos resultados nos permitirán poder tomar las medidas correctivas/preventivas y aportarán conocimiento en este área.

CONCLUSIONES

Por la importancia de mantener los TMEs para asegurar un adecuado control de la EM, es importante disponer de una mayor evidencia a este respecto. Es preciso además poder informar a los pacientes de su situación inmunológica para calibrar la importancia de la inmunización de su entorno o las medidas adicionales de protección



P-122

ESTUDIO PILOTO DE INMUNIZACIÓN CON VACUNA DE LA GRIPE EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON CLADRIBINA

Dra. Virginia Meca Lallana^{1,2,3}, Dra Clara Aguirre^{1,2,3}, Dra. Carolina Díaz Perez^{1,2,3}, Dra. Laura Tejedor⁵, Dra Monica Sobrado^{1,3}, Sra Beatriz del Río^{1,2,3}, Sra Estefania Carabajal^{1,2,3}, Dr Jose Vivancos^{1,3}, Dra Inmaculada Casas⁴

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Unidad de Enfermedades Desmielinizantes, ³Fundación de Investigación Princesa, ⁴Centro Nacional de Microbiología Instituto de Salud Carlos III Unidad de Virus Respiratorios y Gripe, ⁵Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de la Princesa

OBJETIVOS

Debido a los mecanismos de acción de algunos tratamientos modificadores de la Enfermedad (TMEs) para la Esclerosis Múltiple (EM) en particular, aquellos que producen una inmunosupresión, los pacientes con EM pueden presentar una mayor susceptibilidad de riesgo de reactivación de patógenos latentes, empeoramiento de infecciones crónicas asintomáticas y de contraer infecciones de novo. Existe bastante evidencia sobre el impacto negativo que tienen las infecciones en el pronóstico clínico de la EM.

La gripe estacional es una enfermedad respiratoria aguda causada por el virus de la gripe (A, B y C) cuyo periodo de incubación se sitúa entre 1 y 4 días. Se caracteriza por producir síntomas en el tracto respiratorio superior y/o inferior junto con afectación sistémica como fiebre, cefalea, mialgias y debilidad. **Objetivo:** Evaluar la respuesta a la vacuna de la gripe estacional en pacientes tratados con Cladribina

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal prospectivo, multidisciplinar, sobre una cohorte de adultos con Esclerosis Múltiple tratados con Cladribina. Se extrajeron muestras durante la campaña de la gripe 2020-2021. Muestra basal pre vacunación: Inmunofenotipo y hemograma (práctica clínica habitual) y anticuerpos frente a la gripe pre vacuna (por infección o vacunaciones previas). Muestra post vacunal a las 6-8 semanas de la vacunación para determinar anticuerpos frente a la vacuna de esta campaña

RESULTADOS

Se analizan muestras de 19 pacientes pre y post vacunales y se compara con los niveles intra-paciente y con los niveles pre-establecidos como umbral de Ac útiles en estudios recientes. Se presentan los resultados que se encuentran en análisis

CONCLUSIONES

Los resultados serán útiles para optimizar la inmunización en pacientes con EM tratados con cladribina y probablemente elegir el mejor momento para vacunar a los pacientes.



P-123

ESCALA CERVANTES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y MENOPAUSIA

Prof. Celia Oreja-Guevara¹, Adela Maruri Pérez, Dra. Irene Gómez-Estévez, Dra. Isabel Ramirez, Prof. Pluvio Coronado Martín, Dra. Judit Díaz-Díaz

¹Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN:

Muchas pacientes de Esclerosis Múltiple llegan ahora a la menopausia porque disponemos de tratamientos que mejoran el curso de la enfermedad y retrasan la discapacidad varios años. La menopausia parece que puede afectar a la evolución de la esclerosis múltiple. La escala Cervantes-SF es una escala de calidad de vida para mujeres sanas que están en la menopausia ampliamente usada en toda Europa.

El objetivo es estudiar la calidad de vida durante la menopausia en pacientes con esclerosis múltiple usando la versión corta de la escala validada Cervantes-SF.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo. Se reclutaron pacientes con EM con menopausia (primeros 5 años) Se recogieron los datos demográficos, ginecológicos y de la enfermedad. Se estudió la calidad de vida con la Escala Cervantes-SF con 16 ítems que está dividida en 4 dominios y 3 subdominios. Se compararon nuestros resultados con los de mujeres sanas pareados por edad de la base de Ginecología de nuestro hospital.

RESULTADOS:

63 pacientes fueron incluidas con una edad media de 53 años y una media de 4.3 años de menopausia. En la Escala Cervantes_SF la puntuación global media de las pacientes con pareja (33.39) fue significativamente mejor que las de sin pareja (43.04) y fue similar a la de las mujeres sanas (36.05 y 46.34). Sin embargo, al analizar los subdominios solo en el subdominio de envejecimiento-salud era la calidad de vida significativamente peor en las pacientes con Esclerosis Múltiple que en las sanas (52,78 versus 32,87). La menopausia no estaba relacionada con la edad de la menarquia, el tratamiento de la esclerosis múltiple y la duración de la enfermedad. La calidad de vida no empeoró con la duración de la menopausia.

CONCLUSIONES:

A pesar de la enfermedad la calidad de vida durante la menopausia en esclerosis múltiple es similar a la de la población sana con excepción de la relacionada con síntomas de esclerosis múltiple y envejecimiento. Las pacientes con pareja tienen mejor calidad de vida que las de sin pareja. La escala Cervantes_SF es una escala adecuada para conocer la calidad de vida de los pacientes con EM durante la menopausia.



P-124

¿Reducen los tratamientos de Esclerosis múltiple la respuesta humoral de las vacunas de Covid19?

Prof. Celia Oreja-Guevara¹, Dra. Elda Alba Suárez, Sr. Eduardo Martínez-Pérez, Dra. Isabel Ramírez, Dra. Irene Gómez-Estévez, Sr. Johnny Quezada Sánchez, Dra. Silvia O'Connor Pérez, Elvira Baos Muñoz, Matilde Castro Hernández, Cristina Bullón, Dra. Judit Díaz-Díaz

¹Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

Algunos tratamientos para tratar la esclerosis múltiple (EM) son inmunosupresores y en el caso de los anticuerpos Anti-CD20 eliminan los linfocitos B que están implicados en la respuesta humoral. Hay controversia si estos tratamientos producen una respuesta humoral a la vacuna de Covid19 y cuál es el mejor momento para inyectarla.

OBJETIVO:

Estudiar la respuesta humoral de una serie de pacientes de EM tratados con diferentes terapias y que han sido vacunados del Covid19

MÉTODOS:

Estudio prospectivo. Se estudiaron las características demográficas, variables de la EM y tratamientos DMTs de los pacientes vacunados. Se analizaron los anticuerpos postvacunales Covid19 con el kit de Abbott a las tres, 6 y 12 semanas después de la primera dosis. Según el fabricante más de 50 AU se considera respuesta humoral positivos. Se compararon los distintos tratamientos entre ellos y se tomaron como controles los valores de la población sana de nuestro hospital.

RESULTADOS:

Se analizan 120 pacientes de 175 pacientes vacunados con vacunas de mRNA. La media de los anticuerpos postvacunales en los pacientes con EM es de 3.901 AU a las tres semanas, 14.782 AU a las seis semanas y bajan a los tres meses de la primera dosis de vacuna hasta 7.978AU. De 10 pacientes tratados con anti-CD20 intravenoso ocho pacientes no tienen una respuesta humoral y 2 (sin tratamiento desde hace un año) tienen más de 50 AU (4.783 y 22.203 a las 6 semanas). Dos pacientes tratados con ofatumumab subcutáneo produjeron anticuerpos en el rango de la normalidad medido en nuestra cohorte de sujetos sanos. Los pacientes tratados con fingolimod tuvieron una respuesta humoral baja (media 83 AU) a las 6 semanas, a pesar de todo, dos pacientes produjeron anticuerpos dentro de los valores normales, una de ellas había tenido Covid19 unos meses antes. Los pacientes tratados con cladribina produjeron anticuerpos en niveles similares a los controles sanos 22.857 AU a las 6 semanas y 10.476 AU a los tres meses. El resto de los tratamientos estudiados muestran anticuerpos postvacunales entre 2.256AU y 37.425 a las 6 semanas

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes con EM tratados con anti-CD20 intravenosos no producen respuesta inmune humoral y los pacientes tratados con fingolimod producen una respuesta baja. Los pacientes tratados con inyectables, teriflunomida, dimetil fumarato, ofatumumab y cladribina muestra una respuesta dentro de los límites de los controles sanos de nuestro hospital,



E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dr. Carlos Gómez-Escalonilla (Hospital Clínico San Carlos)

Dra. Laura Izquierdo Esteban (H. U. Príncipe de Asturias)

Dra. Marta Vales Monero (H. U. Gregorio Marañón)

Dr. Antonio Cruz Culebras (Hospital Universitario Ramón y Cajal)



P-019

DE LA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA A LA ANGIOPATÍA CEREBRAL PROLIFERATIVA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dr. Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Dr. Eduardo Rodríguez Pascual¹, Dr. Juan Vicente Darriba Alles¹, Dr. Mariano José Del Valle Diéguez¹, Dra. María Sánchez Pérez¹, Dra. Almudena Chacón Pascual¹, Dra. Estíbaliz Barredo Valderrama¹, Dr. Pedro Castro De Castro¹, Dra. María Concepción Miranda Herrero¹, Dra. María Vázquez López¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS

En la angiopatía cerebral proliferativa se produce un aumento de vascularización cerebral por vasos anómalos en un parénquima cerebral sano. Debido a que es infrecuente, puede confundirse con malformaciones arteriovenosas (MAV) aunque su historia natural y fisiopatología difiere radicalmente

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 8 años diagnosticada de angiopatía cerebral proliferativa tras haber recibido durante años el diagnóstico de MAV.

RESULTADOS

Niña de 8 años que comenzó a los 4 con episodios autolimitados de hemiparesia izquierda de 30 minutos de duración. En RM craneal se observa extensa malformación vascular parasagital derecha, y se asume diagnóstico de crisis focales secundarias a lo previo, introduciéndose carbamacepina. Dos años después presenta una crisis focal sin alteración del nivel de conciencia y una crisis focal con progresión a bilateral tónico-clónica por lo que ingresa. La RMN craneal muestra hipertensión intracraneal y aumento de tamaño de la malformación previa, etiquetada como MAV. Se realiza punción lumbar que muestra presión de apertura de 48 cm de H₂O y se inicia tratamiento con acetazolamida con mejoría clínica. Es derivada a nuestro centro dos años más tarde, donde se realiza arteriografía interpretada como angiopatía cerebral proliferativa con hipoperfusión hemisférica derecha. Se plantea tratamiento con encefaloduroarteriosinangiosis, pendiente de realización.

CONCLUSIONES

Es fundamental incluir a la angiopatía cerebral proliferativa en el diagnóstico diferencial de las malformaciones vasculares cerebrales. Esta entidad, en ocasiones confundida con una MAV, tiene una historia natural, pronóstico y tratamiento diferentes. Un diagnóstico precoz y tratamiento dirigido pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes.



P-020

TOPOGRAFÍA DE ISQUEMIA EN TC MULTIMODAL COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO TRATADOS CON TROMBECTOMÍA. IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Clara Aguirre¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Gustavo Zapata-Wainberg¹, Manuel Villacorta², Ignacio Zabala², Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Antonio Barbosa³, José Luis Caniego³, José Vivancos¹

¹Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, ²Human Analytics S.L, ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa.

OBJETIVO: La localización de la isquemia (LI) podría tener valor predictivo adicional a las variables radiológicas utilizadas habitualmente en la predicción de evolución de pacientes con ictus isquémico agudo (IIA) tratados con trombectomía. Nuestro objetivo es aplicar técnicas de inteligencia artificial [“machine learning” (ML)] para desarrollar herramientas predictivas de evolución de pacientes con IIA tratado mediante trombectomía teniendo en cuenta la LI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con IIA de circulación anterior tratados con trombectomía en nuestro centro. Se analizaron variables pre-tratamiento relacionadas con la evolución (considerando mala evolución escala de Rankin modificada >2). LI se midió según las áreas de ASPECTS, aplicada en TC multimodal [TC basal (TCB), TC volumen (CBV) e imágenes fuente de angioTC (CTASI)]. Con dichas variables se generó una herramienta predictiva a través de ML (software: R 3.5.1; Human-Analytics. S.L) para cada técnica de imagen. Se compararon los resultados con la regresión logística tradicional.

RESULTADOS: N= 177, mediana edad: 60 (RIQ: 60-77), mediana NIHSS pre-tratamiento: 18 (RIQ: 13-23), 117 (66%) HTA, mediana ASPECTS TCB, CBV y CTASI: 8 (RIQ: 7-9), 156 (88.1%): TICI \geq 2b. La afectación del lenticular, caudado, M1 o M2 en todas las técnicas de imagen, ínsula en TCB y CTASI y M5 en CBV y CTASI se relacionó con peor evolución, así como HTA, NIHSS pre-tratamiento y ASPECTS en cada técnica de imagen. Se construyó un modelo de ML con dichas variables para cada una de las técnicas obteniéndose un área bajo la curva (AUC) de 0.742 para TCB, 0.753 para CBV y 0.797 para CTASI, todos ellos mayores que el obtenido con técnicas de regresión logística tradicional (0.698, 0.737 y 0.740 respectivamente).

CONCLUSIONES: La LI en TC multimodal ayuda a predecir la evolución de pacientes con IIA tratados con trombectomía. La implementación de herramientas de ML puede mejorar la información obtenida mediante escalas tradicionales.



P-021

ICTUS ISQUÉMICO CRIPTOGENICO Y CÁNCER ACTIVO: UNA ASOCIACIÓN IMPORTANTE CON MARCADORES ESPECÍFICO

Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Andrés García Pastor¹, Dra Sofía Portela Sánchez¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Laura Del Pino Tejado¹, Dra. Marta Vales Montero¹, Dra Ana María Iglesias Mohedano¹, Dra. Yolanda Fernández Bullido¹, Dra Pilar Vázquez Alen¹, Dr Fernando Díaz Otero¹, Dr Antonio Gil Nuñez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Describir las características de pacientes con isquemia cerebral (IC) y cáncer activo (CA) e identificar marcadores de CA en el ictus criptogénico.

MÉTODOS

Análisis de un registro prospectivo de pacientes con IC que ingresan de mayo-2017 a enero-2021 en una Unidad de Ictus. Identificamos pacientes con CA y comparamos con el resto. Asimismo, comparamos las características de los ictus criptogénicos con y sin CA.

RESULTADOS

De 1931 pacientes con IC, 61 (3,1%) tenían CA. En el grupo CA fueron más frecuentes los infartos territoriales (85,7% frente a 62,6%, $p=0,001$), y los ictus criptogénicos (49,2% frente a 30,4%, $p=0,003$). No detectamos IC por enfermedad de pequeño vaso en el grupo CA (0% versus 22%, $p<0,0001$). Al comparar los ictus criptogénicos con y sin CA, los pacientes con CA tuvieron ictus con mayor déficit (mediana NIHSS 6 frente a 4, $p=0,03$), niveles menores de hemoglobina (g/dL) [mediana 11,95 versus 13,8; $p=0,022$], y más elevados de proteína C reactiva (PCR) (mg/dl) [1,19 y 0,39; $p=0,014$] y Dímero-D (ng/ml) [842 y 272, $p<0,0001$]. El análisis mediante curvas ROC mostró un AUC de 0,722 (IC 95% 0,604 – 0,851) para Dímero-D, obteniéndose una sensibilidad 74,1%, especificidad 70% con un punto de corte ≥ 420 ng/ml. El AUC para PCR fue 0,725 (0,628 – 0,822) y la sensibilidad 65.5% y especificidad 70.7% con un punto de corte ≥ 0.805 mg>/dl.

CONCLUSIONES

El ictus criptogénico es más frecuente en los pacientes con cáncer activo. Valores aumentados de D-Dímero y PCR podrían indicar la presencia de cáncer activo oculto en pacientes con ictus criptogénico.



P-022

UTILIDAD DEL ANGIO-TC EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO EN LA IDENTIFICACIÓN DE ATEROMATOSIS DEL CAYADO AÓRTICO

Jose Luis Caballero Godoy², Dr. Pedro Navia Alvarez¹, Dra. María Alonso de Lecifiana Cases¹, Dr. Jorge Rodríguez-Pardo¹, Dr. Gerardo Ruiz-Ares¹, Dr. Ricardo Rigual¹, **Dra. Blanca Fuentes¹**

¹Hospital Universitario La Paz, ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

OBJETIVO: La ecografía transesofágica (ETE) es la prueba recomendada para la detección de ateromatosis del arco aórtico (AAA), pero al no realizarse de rutina, ésta puede pasar desapercibida. Nuestro objetivo es estudiar la utilidad de la angio-TC de troncos supraaórticos (TSA) para la identificación de AAA, describir el perfil clínico de los pacientes con AAA y su presencia en los diferentes subgrupos etiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo con inclusión de pacientes con IC agudo atendidos entre el 25 de febrero y el 25 de abril de 2020, a los que se les realizó angio-TC de TSA en su valoración inicial de urgencias. Analizamos la presencia de placas de AAA, número, grosor, ulceración, composición, morfología y localización.

RESULTADOS: Se incluyeron 75 pacientes, de los cuales 9 fueron excluidos por no disponibilidad de las imágenes de angio-TC. En ningún paciente se realizó ETE y sólo en uno se mencionó el diagnóstico de AAA en el informe de alta. La Angio-TC detectó AAA en 42 pacientes (63,6%). Estos pacientes eran de mayor edad y con mayor frecuencia de HTA, DM y cardiopatía isquémica que los casos sin AAA. Se detectó AAA en el 80% de los IC aterotrombóticos, 85,7% cardioembólicos, 50% de origen indeterminado y 16% de origen inhabitual.

CONCLUSIONES: La AAA está infradiagnosticada en pacientes con IC agudo en la práctica clínica. La evaluación sistematizada de la porción visible del arco aórtico en el angio-TC de TSA permite detectar AAA en hasta el 63% de los casos. Es más frecuente en los pacientes con factores de riesgo vascular y en los ictus de origen aterotrombótico y cardioembólico y está presente en hasta el 50% de los ictus de origen indeterminado.



P-023

Rentabilidad diagnóstica y concordancia interobservador de la AngioTC de TSA para la identificación de afectación pulmonar COVID-19 en pacientes con ictus agudo

Jorge Uclés-Salvador², Dr. Emilio Cuesta¹, Dra. María Alonso de Leciñana Cases¹, Dr. Jorge Rodríguez-Pardo¹, Dr. Ricardo Rigual¹, Dr. Gerardo Ruiz-Ares¹, **Dr. Blanca Fuentes¹**

¹Hospital Universitario La Paz, ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

OBJETIVO: La falta de técnicas rápidas para la detección de COVID-19 al inicio de la pandemia produjo un retraso en el tratamiento de los pacientes con ictus isquémico agudo. Algunos protocolos asistenciales recomendaron la TC Tórax como prueba de cribado. Objetivo: analizar la sensibilidad y especificidad para la identificación de alteraciones pulmonares sugestivas de COVID-19 de la valoración de los vértices pulmonares visibles en las imágenes del Angio-TC de troncos supraaórticos (TSA) en comparación con la TC Tórax y valorar la concordancia interobservador.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo con inclusión de pacientes con ictus isquémico agudo entre el 25 de febrero a 25 de abril de 2020. Dos investigadores evaluaron de forma independiente y ciega a los datos clínicos las imágenes de Angio-TC-TSA y de TC de Tórax. Los hallazgos se clasificaron según el COVID-19 Reporting and Data System (CO-RADS). Se consideró posible infección COVID-19 puntuaciones CO-RADS 3-5.

RESULTADOS: Se incluyeron 101 pacientes, de los cuales se confirmó infección por SARS-CoV-2 en 24. En la cohorte de 44 pacientes con Angio-TC-TSA y TC Tórax, ambas pruebas fueron equivalentes (Sensibilidad: 53,8%; Especificidad: 93,3%) y en la cohorte de los pacientes con Angio-TC (71 pacientes) se confirmó su valor predictivo (Sensibilidad: 65,2%; Especificidad: 93,3%). Se observó buena concordancia interobservador en la clasificación de los hallazgos de Angio-TC en CO-RADS 3-5 frente a 1-2 (K=0,694; p<0,001).

CONCLUSIONES: En pacientes con ictus agudo, la Angio-TC-TSA posee una sensibilidad y especificidad para la identificación de alteraciones pulmonares asociadas a COVID-19 comparables al TC de Tórax, con una buena correlación interobservador.



P-024

COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DE PARÁMETROS DE NEUROIMAGEN MEDIANTE SOFTWARE AUTOMATIZADO RAPID RESPECTO A VISUALES

Dr. Santiago Trillo Senin¹, Dra. Esther Valiente, Dra. Carmen Ramos, Dr. Juan Vega, Dra. Patricia García-García, Dra. Elisa de la Fuente, Dra. África Aizpún, Dr. Carlos Hervás, Dra. Carmen González-Ávila, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo, Dr. Jose Luis Caniego Monreal, Dr. Jose Vivancos

¹Hospital Universitario La Princesa

OBJETIVOS:

En una situación de crecimiento del tratamiento endovascular(TE) la predicción de respuesta al tratamiento es vital. Los sistemas de software automatizados podrían ser una herramienta rápida y precisa. El objetivo de nuestro estudio es evaluar si parámetros proporcionados mediante el software RAPID en TC perfusión(TCP) superan a variables de neuroimagen visuales en su capacidad pronóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo con recogida ciega y prospectiva de datos de pacientes con ictus de ACM secundario a oclusión de M1/carótida terminal atendidos en nuestro centro y tratados con TE de Agosto/2020-Marzo2021. Se comparó la capacidad pronóstica para el mRS a 3 meses(mRS-3m) de parámetros automáticos proporcionados por el software RAPID(10 variables), con otras 5 variables de estudio valor pronóstico: ASPECTS basal(ASPECTSb), en TCP el ASPECTS de volumen sanguíneo(CBV) y flujo(CBF), en imágenes fuente se utilizaron la escala de Tan(angio-TC) y PATHS(TCP).

RESULTADOS:

56 casos cumplieron criterios, en 2 el estudio de TC-perfusión no pudo ser procesado con software convencional, en 1 tampoco por RAPID. N=54. Edad media 72,9(DE 14,7) Mujeres 37%, ASPECTSb mediana 8[6-9]. Oclusión T carotidea 14 casos(25,9%). mRS-3m \leq 2 35,2%. Estudiando las variables de neuroimagen visuales obtuvimos una mejor predicción con el ASPECTS-CBV($\rho=0,52$; $p<0,001$) y PATHS($\rho=0,48$; $p<0,001$). El mejor estimador con RAPID fue la reducción de CBF<34%, mediana 21 ml[0-74,5], asociado con el mRS-3m con $\rho=0,52$ ($p<0,001$). El CBF<34% predijo mortalidad con área bajo la curva(AUC) de 0,84(IC 0,71-0,96; $p<0,001$), similar al ASPECTS-CBV(AUC 0,83; IC 0,7-0,93; $p<0,001$).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio RAPID muestra una capacidad predictiva sólida, similar a parámetros visuales validados como factores pronósticos, siendo más reproducible que ellos, lo que podría suponer una ventaja.



P-025

POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL EN MODELO ANIMAL

Sr. Fernando Laso García¹, Sr. Rafael J. Martínez Marín¹, Sra. Mari Carmen Gómez de Frutos¹, Dr. Luke Diekhorst¹, Dra. Elisa Alonso López¹, Dra. Laura Otero Ortega¹, Dra. María Pérez Mato¹, Prof. Exuperio Díez Tejedor¹, Dra. Blanca Fuentes¹, Dra. María Gutiérrez Fernández¹, Dra. María Alonso de Leciñana¹

¹Laboratorio de Ciencias Neurológicas e Investigación Cerebrovascular, Departamento de Neurología y Centro de Ictus, Hospital Universitario La Paz, Área de Neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ, Universidad Autónoma de Madrid,

OBJETIVO: Las vesículas extracelulares (VEs) podrían participar en la protección frente al daño cerebral en distintas enfermedades. Evaluamos si la administración de VEs procedentes de individuos con buena evolución tras una hemorragia intracerebral (HIC) se asocia a mejor recuperación en un modelo experimental de HIC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se obtuvieron VEs de suero de pacientes (VEs-xenogénicas, VEs-x) y de ratas (VEs-alogénicas, VEs-a) que experimentaron una notable mejoría tras una HIC. Posteriormente estudiamos 3 grupos de ratas con HIC por inyección de colagenasa-4 en el estriado: 1) Control: Tratado con solución salina (n=20); 2) Tratado con VEs-a (100ug a las 24h) (n=10); 3) Tratado con VEs-x (100ug a las 24h) (n=10). El volumen de la HIC se midió por RM-T2 a 48h y 28d. Se comparó la función motora entre los grupos (Walking Beam y Rotarod) a 24h, 7d, 14d y 28d.

RESULTADOS: El volumen de la HIC fue similar en todos los grupos. Las ratas tratadas con VEs-a y VEs-x mejoraron funcionalmente de manera significativa ($p < 0.05$) frente a controles (media \pm desviación estándar): Walking Beam 24h ($54,52 \pm 34,25$ & $51,84 \pm 23,53$ vs $89,85 \pm 18,43$), 7d ($34,00 \pm 17,77$ & $27,46 \pm 30,65$ vs $68,27 \pm 8,82$), 28d ($37,80 \pm 22,16$ & $21,16 \pm 14,84$ vs $66,45 \pm 21,73$); Rotarod 24h: ($75,03 \pm 6,47$ & $85,77 \pm 30,38$ vs $33,13 \pm 33,46$).

CONCLUSIÓN: Las administración de VEs, alogénicas o xenogénicas, parece mejorar la recuperación tras una HIC. Es necesario conocer el contenido de las VEs y su participación en los mecanismos de reparación.



P-026

DE LA ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE A LA ENCEFALOPATÍA POR DISFUNCIÓN ENDOTELIAL: UNA POSIBLE NUEVA DEFINICIÓN OPERATIVA PARA UN PROBLEMA HABITUAL

Dr. Carlos Hervás Testal¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dr. Francisco Gilo Arroyo^{1,2}, Dra. Elisa De la Fuente Sanz¹, Dra. Carmen Ramos Martín¹, Dra. Alicia González Martínez¹, Dra. Carmen González Ávila¹, Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dr. Juan Vega Villar¹, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dr. José Vivancos Mora¹
¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Hospital Del Rosario

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad de características clínico-radiológicas definidas. Sin embargo, su restrictiva definición excluye a pacientes con síndrome clínico similar que no cumplen criterios diagnósticos clásicos estrictos. El objetivo de nuestro estudio es describir una serie de pacientes proponiendo una redefinición de criterios y una nueva terminología bajo el nombre Encefalopatía por Disfunción Endotelial (EDEN).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos en nuestro hospital entre 2011-2021 y sospecha de PRES. Se clasificó a los pacientes como diagnóstico de EDEN según criterios de certeza basándonos en una modificación de los criterios clásicos previos. Consideramos criterios obligatorios en todos los casos la presencia de clínica compatible y la exclusión de otras causas; para diagnóstico de EDEN definido sería necesario además neuroimagen característica (en TAC o RM) típica, para diagnóstico de EDEN probable debería asociar alteración en imagen en TC-perfusión no vascular y un criterio entre elevación TA>180/110mmHg en fase aguda o condición predisponente conocida y, por último, para EDEN posible sería necesario sobreañadir únicamente la presencia de elevación de TA o condición predisponente.

RESULTADOS.

Se sospechó PRES en 44 casos de los cuales se identificaron 29 pacientes con diagnóstico posible, 12 de ellos (41,4%) cumpliendo criterios estrictos. Según los criterios modificados se diagnosticó EDEN definido en 12 (41,4%), probable en 9 (31%) y posible en 8 (27,6%). Edad media 71,5 (DE 17,2). Mujeres 19 (65,5%). Déficit focal 23 (79,3%), encefalopatía 15 (51,7%), sospecha crisis epilépticas 21 (72,4%). Se objetivó desencadenante clásico de PRES en 16 (55,5%), HTA>180/110mmHg en 14 (51,9%). En seguimiento posterior mRS a 3 meses >2 7 (33,3%), únicamente un caso de éxitus (3,4%) por complicaciones asociadas. En análisis comparativo los pacientes con EDEN probable presentaron una edad superior con respecto al resto de grupos, sin otras diferencias significativas entre los grupos de certeza diagnóstica.

CONCLUSIONES.

En nuestro estudio la redefinición diagnóstica del PRES a EDEN posibilita orientar el manejo práctico de casos que habitualmente no tendrían un diagnóstico definido, siendo más operativa y con una terminología probablemente más adecuada a la enfermedad. Estudios futuros serían necesarios para determinar su validez.



P-027

ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL AVANZADA: UN MARCADOR DE RIESGO DE HEMORRAGIA CEREBRAL RECURRENTE

Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dr. Pablo Iriarte Uribe-Echeverría¹, Dra. Elisa De la Fuente¹, Dra. Carolina Díez¹, Dra. Carmen Ramos¹, Dra Esther Valiente Gordillo¹, Dr. Jaime Alonso Maroto¹, Dr. Gustavo Zapata¹, Dr. Juan Vega¹, Dr. Jose Vivancos¹

¹Hospital La Princesa

OBJETIVOS:

La angiopatía amiloide cerebral (AAC) es una importante causa de hemorragia cerebral recurrente (HCR). Sin embargo, los factores que determinan el riesgo de recurrencia no están completamente definidos. El objetivo de este estudio es determinar los factores y perfil de riesgo de HCR en esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, con recogida prospectiva de datos, de pacientes atendidos del 01/01/2011 al 31/12/2018 con diagnóstico de probable o posible AAC según criterios de Boston modificados, ingresados por hemorragia intracerebral lobular (HICL) o subaracnoidea de la convexidad (HSAC). Se excluyeron pacientes fallecidos por la propia hemorragia. Se estudió la asociación de características basales y RM, en el momento del evento con la aparición de HCR a lo largo de un periodo mínimo posterior de 2 años. Se definió AAC avanzada como >5 microhemorragias y >4 surcos de siderosis.

RESULTADOS:

N=71. 66 casos fueron ingresados por HICL (92,9%) y 5 casos HSAC (7,04%) con diagnóstico de AAC. La edad media fue 78,77 años (DE 8,49), 52,1% mujeres. 15,4% de los pacientes presentaban antecedente de consumo de alcohol y 15,49% antecedente de hemorragia intracerebral (HIC) previa. 15 pacientes (21,1%) sufrieron HCR, 10 (66,6%) de ellos recurrieron con el mismo tipo de evento hemorrágico. 10 pacientes (14,08%) presentaban AAC avanzada. Se identificó asociación de HCR con consumo alcohol (33,3% Vs 10,7%; p=0,032) y HIC previa (53,3% Vs 5,4%; p<0,001). En RM cerebral la HCR se asoció con el número de microhemorragias, especialmente > 3,5 (AUC 0,72; p=0,033), y el número de surcos de siderosis, con punto de corte óptimo 4,5 (AUC 0,8; p=0,016). Los pacientes con AAC avanzada presentaron un elevado riesgo de HCR, OR 46,4 (IC 95% 4,72-456,03; p=0,001).

CONCLUSIONES:

Las características basales y de neuroimagen se asocian con el riesgo de HCR especialmente en los pacientes con AAC avanzada. El estudio de estos factores podría permitir definir mejor este riesgo.



P-028

FACTORES PREDICTORES DE INTUBACIÓN PROLONGADA TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO

Elisa De La Fuente Sanz¹, Celia Romero¹, Santiago Trillo¹, Carmen Ramos¹, Clara Aguirre¹, Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Juan Vega², José Luis Caniego², Alfonso Canabal³, José Vivancos¹

¹Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario De La Princesa, ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario De La Princesa, ³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario De La Princesa

OBJETIVO: Las Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación (UCI/REA) son un recurso necesario para muchos pacientes con ictus por oclusión de gran vaso (IOV) tratados con tratamiento endovascular (TEV). No obstante, estas unidades cuentan con una disponibilidad de camas y ventiladores limitada, situación agravada por la actual pandemia COVID-19. Analizamos factores predictores de necesidad de intubación prolongada (IP) tras TEV en pacientes con IOV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro centro desde 2012-2019 por IOV tratados con TEV. Se identificaron pacientes que tras el TEV requirieron IP (definida como intubación >24h con ingreso en UCI/REA) y se buscó su relación con factores clínicos y radiológicos en el momento de atención al ictus.

RESULTADOS: N=438. 236(53.9%) mujeres. Edad media 69(DE 14.6). 411(93.8%) ictus carotideo, 27(6,2%) vertebrobasilar. 82(19%) requirieron anestesia general e intubación intraprocedimiento y de ellos 47(57.3%) precisaron IP. Mediana días ingreso en UCI/REA 3(1-7). 12/47(25.5%) pacientes presentaron prolongación de su estancia por otro criterio (6 empeoramiento neurológico, 4 inestabilidad hemodinámica, 1 infección respiratoria y 1 ausencia camas libres U.Ictus). Los factores asociados a mayor riesgo de IP tras el TEV fueron: oclusión basilar (OR=12.3, IC95%[5.3-28.4], p<0,001); ASPECTS basal ≤7 (OR=3, IC95%[1.4-6.1], p=0,003) y NIHSS pretratamiento ≥18 (OR=2.8, IC95%[1.3-5.8], p=0,006).

Los pacientes con IP presentaron mayor mortalidad (OR=6.5, IC95%[3.3-12.8],p<0.001) y mayor dependencia funcional a 3 meses (OR=5.1, IC95%[2.4-11],p<0.001).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio los pacientes con oclusión basilar, NIHSS muy elevado o ASPECTS basal deteriorado tuvieron más probabilidades de precisar IP tras el TEV, conllevando además peor pronóstico, aspecto a considerar en entornos con disponibilidad crítica de camas de UCI/REA.



P-029

¿ES DEMASIADO TARDE PARA TRATAR UN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO? TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON MÁS DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN

Dra. Ana Fernández Revuelta¹, Dra. Patricia Simal Hernández¹, Dr. Santiago Rosati², Dr. Carlos Pérez García², Dr. Manuel Moreu², Dr. Alfonso López-Frías², Dr. José Egido¹, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla Escobar¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos, ²Radiología Neurointervencionista. Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La eficacia del tratamiento endovascular (TEV) se ha demostrado en una ventana temporal de hasta 24 horas en pacientes seleccionados mediante TC perfusión. Más allá de 24 horas, se desconoce si el TEV puede aportar beneficio pronóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se comparan los pacientes con infarto isquémico agudo por oclusión de gran vaso de circulación anterior tratados con TEV con más de 24 horas de evolución, con aquellos tratados con un periodo de 6-24 horas. Los pacientes se seleccionaron en base a los datos del CT craneal y angioTC-multifase (ATCM). Se ha comparado la tasa de hemorragia intracraneal sintomática (HICs), mortalidad e independencia funcional (emR≤2) a los 90 días.

RESULTADOS

313 pacientes se sometieron a TEV con más de 6 horas de evolución. 13 de ellos fueron tratados con más de 24 horas de evolución. No había diferencias significativas entre ambos grupos en las características basales ni en el tratamiento, a excepción de la edad (65 vs. 74, p=0,017), frecuencia de hipercolesterolemia (23,07% vs. 54,67%, p=0,043), glucemia basal (99mg/dl vs. 123mg/dl, p=0,003) y uso de fibrinólisis intravenoso (0% vs. 27,6%, p=0,023), siendo todos ellos menores en el grupo tratado con más de 24 horas.

No se han objetivado diferencias significativas en variables de seguridad y eficacia: HICs 0% vs 6,7%, mortalidad 8,3% vs 13,9% e independencia a los 3 meses 75% vs 50,3%.

CONCLUSIONES

TEV en circulación anterior podría ser seguro y plausible en pacientes tratados más allá de las 24 horas seleccionados con ATCM, presentando resultados similares a los realizados dentro de la ventana de tiempo de 6-24 horas.



P-030

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON UNA RECURRENCIA DE ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE FORMA TEMPRANA

Dra. Ana Fernández Revuelta¹, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla Escobar¹, Dra. Carmen Ramos², Dr. Santiago Trillo², Dra. Patricia Simal Hernández¹, Dra. Elisa De La Fuente², Dr. Santiago Rosati³, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo², Dr. José Luis Caniego⁴, Dr. José Egido¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos, ²Unidad de Ictus. Hospital Universitario La Princesa, ³Neuroradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos., ⁴Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitario La Princesa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La trombectomía mecánica (TM) es el tratamiento gold standard en el infarto isquémico agudo (IIA) debido a oclusión de gran vaso (OGV) en circulación anterior. Sin embargo, se desconoce la indicación en caso de una recurrencia temprana con un nuevo evento isquémico por OGV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de serie de pacientes de dos centros hospitalarios en el periodo Febrero 2015 a Febrero 2021, que tras presentar un IIA por oclusión de gran vaso en circulación anterior tratado con TM, presentaron una recurrencia isquémica en los primeros 7 días, en el mismo o diferente territorio arterial, y se realizó nueva TM. Se ha realizado un estudio descriptivo para evaluar la tasa de hemorragia intracraneal sintomática (HICs), la independencia funcional (emR \leq 2) y la mortalidad a los 3 meses.

RESULTADOS

13 pacientes presentaron los criterios de inclusión y fueron analizados. La mediana de edad fue 68 años (54-81) y el 46% eran mujeres. La mediana de NIHSS del segundo ictus fue 22 (13,5-26,25). La mediana de ASPECTS fue 8 (7-9). Se obtuvo una recanalización TICI 2b-3 en 10 pacientes (76,92%) con una HICs en 2 de ellos (15,4%). A los 3 meses se alcanzó la independencia funcional en 3 pacientes (14,3%), siendo la mortalidad del 30,7%.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, la realización de una segunda TM de forma temprana (\leq 7 días) obtiene unos pobres resultados funcionales, lo que pone de manifiesto la complejidad de los casos y la dificultad en la selección de los pacientes candidatos a dicho tratamiento.



P-031

ANGIOGRAFÍA TC MULTIFASE CON MAPA DE COLORES: UN NUEVO PREDICTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE ARTERIA BASILAR

Dra. Ana Revuelta¹, Dr. Ángel Nava Muñoz², Dr. Manuel Moreu², Dra. Patricia Simal Hernández¹, Dr. Santiago Rosati², Dr. Carlos Pérez García², Dr. Alfonso López-Frias², Dr. José Egido¹, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla Escobar¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos, ²Radiología Neurointervencionista. Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

El grado de colaterales es un marcador pronóstico en el ictus isquémico. La angiografía TC multifase utilizando un mapa de colores (mATC-CM) es una herramienta novedosa que facilita la interpretación del llenado de las arterias colaterales leptomeníngeas. Sin embargo, no se ha estudiado el grado de colaterales mediante el mapa de colores como marcador pronóstico en pacientes con ictus isquémico agudo por oclusión de la arteria basilar.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de los pacientes con ictus por oclusión de la arteria basilar tratados con tratamiento endovascular (TEV) desde marzo de 2016 hasta enero de 2021. Los colores en mATC-CM se asignaron en función de la fase de aparición de los vasos y el grado de realce del contraste: el rojo se asignó a buenas colaterales y el verde a colaterales pobres. Los pacientes se clasificaron según estos resultados y se compararon las variables clínicas y pronósticas.

RESULTADOS

55 pacientes fueron tratados con TEV, siendo valorable en 19 de ellos el estudio mATC-CM. 10 pacientes fueron asignados al grupo de buenas colaterales y 9 al de malas colaterales según el estudio de neuroimagen. No hubo diferencias significativas en las características basales, tiempo de recanalización basal, eTICI y complicaciones del procedimiento. El grupo con colaterales favorables tuvo mayor tasa de independencia a los 3 meses (54,55% frente al 12,5%). No hubo diferencias en tasa de hemorragia intracraneal sintomática ni en la mortalidad.

CONCLUSIÓN

La evaluación de las colaterales mediante mATC-MC puede ser un importante marcador pronóstico en pacientes con oclusión de la arteria basilar.



P-032

ESTUDIO PILOTO PARA LA PREDICCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CRÍTICA: ESCALA VENTISCA.

Dr. Jaime Alonso Maroto¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dr. Elisa De la Fuente Sanz¹, Dra. Clara Aguirre Hernández¹, Dra. Maria del Carmen Ramos Martín¹, Dra. Esther Valiente Gordillo¹, Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dra. Elisa Huertas², Dr. Juan Vega Villar¹, Dr. Jose Luis Caniego Monreal¹, Dr. José Aurelio Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

La trombosis venosa cerebral crítica (TVC-C) supone una situación clínica de potencial extrema gravedad. El objetivo de este estudio es determinar el perfil de riesgo clínico y radiológico de trombosis venosa cerebral crítica y evaluar la posible utilidad predictiva de una nueva escala para predecir su evolución, denominada VENTISCA (VENous siNus Thrombosis multiModal riSk SCALE).

Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos de enero 2008 a mayo 2021 con diagnóstico de TVC. Se estudió su perfil clínico, radiológico, evolución y factores predictores del pronóstico. Se identificaron pacientes con TVC-C, definida como requerimiento de intubación orotraqueal (IOT) o tratamiento endovascular (TEV), asociación de mortalidad intrahospitalaria o dependencia funcional a los 3 meses. Se puntuó la escala VENTISCA sobre 10 puntos en base a existencia de GCS ≤ 13 , NIHSS > 6 , encefalopatía, estatus epiléptico, trombosis de seno longitudinal superior (SLS) y eje transversal-sigmoide-yugular (TSY) bilateral e infarto hemorrágico, y se estudió su valor predictor de TVC-C.

N = 40. Edad media 50,98 años (DE 19,96), 57,5% mujeres. GCS 15 (14-15), NIHSS 1 (0-4), encefalopatía 42,5%, estatus epiléptico 15%, trombosis SLS 60% y TSY 25%, infarto hemorrágico 32,5%. Número senos afectados 4 (2-6). IOT y TEV 6 casos (15%), mRS > 2 10%. TVC-C definida 30%. La puntuación VENTISCA > 2 predijo TVC-C con OR 41,7 ($p < 0,001$) y AUC 0,86, y se asoció independientemente con mRS > 2 a 3 meses ($p = 0,001$), necesidad de IOT ($p = 0,002$) y TEV ($p = 0,017$).

La TVC-C es una enfermedad cerebrovascular infrecuente pero de extrema gravedad, por lo que son necesarias herramientas para predecir su evolución. En nuestro estudio piloto la escala clínico-radiológica VENTISCA fue un buen factor pronóstico predictor de TVC-C.



P-033

DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE AMBAS ARTERIAS VERTEBRALES ASOCIADA A SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL.

Dra. Laura Del Pino Tejado¹, Dr. Antonio Sánchez Soblechero¹, Dra. Marta Vales Montero^{1,2}, Dra. Elena Díaz Fernández¹, Dr. Carlos Alberto López Reyes¹, Dr. Carlos Serra Smith¹, Dr. Ana María Iglesias Mohedano^{1,2}, Dr. Andrés García Pastor^{1,2}, Dra. Yolanda Fernández Bullido^{1,2}, Dra. Pilar Vázquez Alen^{1,2}, Dr. Fernando Díaz Otero^{1,2}, Dr.1 Antonio Gil Nuñez^{1,2}

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ²Sección de Neurología Vascular y Centro de Ictus, Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón-IISGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

OBJETIVOS

La disección arterial vertebral es una causa frecuente de ictus en joven. Su asociación con el Síndrome de Klippel-Feil (SKF) ha sido rara vez descrita. Describimos el caso de un varón con disección simultánea de ambas arterias vertebrales con SKF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 30 años, sin factores de riesgo vascular, que acude a urgencias por cuadro de inestabilidad, disartria y torpeza de miembros derechos de instauración súbita. Cinco días antes había sufrido cervicalgia derecha intensa tras un partido de fútbol. En la exploración presenta disimetría en miembro superior derecho (NIHSS 1) y destaca la presencia de cuello corto.

RESULTADOS

Se realizó un TC craneal que mostró un infarto agudo cerebeloso derecho y un AngioTC en el que se observó disección bilateral de arterias vertebrales. Una RM reveló hiperintensidad de señal de pared de arterias vertebrales, compatible con hematoma intramural. Los hallazgos se confirmaron por arteriografía. Se observó fusión de las vértebras cervicales C2-C3 compatible con SKF, al mismo nivel donde se observaron ambas disecciones. El paciente fue dado de alta asintomático con tratamiento antiagregante. Dos meses después continúa asintomático, a pesar de un nuevo episodio similar transitorio 14 días tras el primero.

CONCLUSIONES

El SKF es una malformación infrecuente consistente en la triada de fusión de vértebras cervicales, cuello corto e implantación baja del cabello. Su asociación con ictus es infrecuente con pocos casos comunicados, ninguno con disección bilateral. Las malformaciones musculoesqueléticas de la columna cervical, deberían ser consideradas en la búsqueda etiológica de disecciones vertebrales, especialmente en pacientes con cuello corto.



P-034

ICTUS ISQUÉMICO CRIPTOGÉNICO: CAROTID WEB, SERIE DE CASOS

Dr. Belén Baena Álvarez¹, Dr Fernando Rodríguez Jorge¹, Dr Jorge Gómez Corral¹, Dra Raquel Sainz Amo¹, Dra Consuelo Matute Lozano¹, Dr Antonio Cruz Culebras, Dra Rocío Vera Lechuga¹, Dra Alicia De Felipe Mimbrera¹, Dr Sebastián García-Madrona¹, Dr Jaime Masjuan Vallejo¹

¹Hospital Ramón Y Cajal

INTRODUCCIÓN

El web carotídeo es una causa infrecuente de ictus tipo ESUS en pacientes jóvenes con pocos factores de riesgo vascular y alta recurrencia. Se trata de una protrusión fibrosa intimal en la pared posterolateral de la arteria carótida interna, que condiciona un flujo sanguíneo turbulento favoreciendo la formación de trombos que embolizan a nivel cerebral. El diagnóstico por arteriografía es el gold estándar, seguido del angio-TC y angio-RM. La estrategia de prevención secundaria no está establecida. El tratamiento antiplaquetario parece insuficiente, no obstante, la doble antiagregación temporal podría considerarse buena opción. No existe evidencia sobre el beneficio del tratamiento anticoagulante. Por otra parte, algunos estudios recientes han demostrado la seguridad y eficacia del tratamiento con stent carotídeo y de la endarterectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos retrospectiva incluyendo pacientes ingresados en nuestra unidad de ictus por ictus isquémico secundario a CW entre diciembre de 2018 y diciembre de 2020. Se incluyen datos clínicos, demográficos, radiológicos, incidencia de recurrencia y tratamientos aplicados

RESULTADOS

Se incluyeron tres pacientes (66.6% mujeres, edad media de 60.3 años) con escasos factores de riesgo vascular: tabaquismo activo (33%), dislipemia (33%), diabetes (0%) e hipertensión (100%). Una paciente había sufrido dos ictus previos, sin secuelas y se encontraba en tratamiento antiagregante con aspirina 100mg. Una paciente acudió por un ataque isquémico transitorio, mientras que los otros dos presentaron un ictus isquémico agudo, puntuando un NIHSS de 9 y 17. Estos últimos recibieron alteplasa intravenosa y tratamiento endovascular con revascularización satisfactoria (TICI 3). En un caso, el CW se detectó en ecografía doppler, confirmándose posteriormente con angioTC. Los otros dos pacientes se diagnosticaron con el angioTC realizado a su llegada. En dos casos, se inició doble antiagregación durante tres semanas, y en el tercero, se implantó un stent carotídeo. Tras un seguimiento medio de 11 meses (rango 25-11) ningún paciente presentó nuevos eventos vasculares ni complicaciones hemorrágicas.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, tanto el tratamiento médico como el intervencionista fue seguro y no se objetivaron recurrencias, no obstante probablemente sea necesario un seguimiento más prolongado para poder establecer una recomendación clara



P-035

PERFIL ANATÓMICO DE ANEURISMAS CEREBRALES: ASOCIACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y EL RIESGO DE RESANGRADO.

Dra. África Aizpún Armendáriz¹, Dr. Santiago Trillo¹, Dra. Marta Domínguez¹, Dra. Carmen Ramos¹, Dra. Elisa De La Funete¹, Dr. Juan Vega¹, Dr. Jose Luis Caniego¹, Dr. Jose Aurelio Vivancos¹

¹Hospital De La Princesa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La asociación entre las características de los aneurismas cerebrales(AC) y la gravedad de la hemorragia subaracnoidea(HSA) o el riesgo de resangrado no se encuentran completamente definidos. Estudiamos la asociación entre la morfología y localización anatómica del AC con la gravedad de la HSA y su riesgo de resangrado.

MATERIAL/MÉTODOS

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos atendidos en nuestro centro desde Enero/2009-Diciembre/2019 por HSA secundaria a rotura de aneurisma. Se recogió la localización y características morfológicas del AC. Se estudió su asociación con la gravedad de la HSA estimada mediante el máximo diámetro del coágulo(MDC), la escala de Fisher modificada(EFM) y la puntuación WFNS.

RESULTADOS

N=138. Edad media 56.7(DE13), Mujeres 97(70.3%). WFNS mediana 2(1-4). Diámetro máximo de AC media 6.34mm(DT4.1), Localización AcoA 61(44.2%), Morfología sacular 78 (56.5%) y bilobulada 26(18.8%), Puntuación PHASES mediana 54-6), MDC media 10mm(5.3mm). Resangrado 9 casos(6.5%). Mortalidad a 3 meses 21 casos(15.2%). No encontramos asociación estadísticamente significativa entre ninguna característica anatómica de los AC tras su rotura con la gravedad de la HSA, salvo el AC de bifurcación de ACM asociado a una WFNS mayor($p=0,026$). Se encontró asociación entre un mayor riesgo de resangrado y la morfología bilobulada(26.1% Vs 2.7%, $p<0,001$).

CONCLUSIONES

Las características de los AC no se asocian con la gravedad de la HSA en el momento de su rotura salvo el caso de bifurcación de ACM. Sin embargo, sí que predicen el riesgo de resangrado lo que permite identificar un perfil de mayor beneficio de tratamiento del AC emergente.



P-036

PERFIL CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL Y CRISIS EPILÉPTICAS: UN CAMPO DE TRABAJO

Dra. Carmen González Ávila¹, Dra. Paula Paños¹, Dr. Santiago Trillo¹, Dra. Carmen Ramos¹, Dra. Elisa de la Fuente¹, Dra. Alba Vieira¹, Dra. Maria de Toledo¹, Dra. Gemma Reig¹, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dr. Florentino Nombela¹, Dr. José Vivancos¹

¹Hospital Universitario de la Princesa

OBJETIVOS: Las crisis epilépticas en el ictus suponen una complicación frecuente y de complejo diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil de paciente con infarto cerebral y crisis epilépticas durante la fase aguda/subaguda del ictus y su implicación pronóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, con recogida prospectiva de datos, de pacientes ingresados en Neurología del 01/01/2016 al 31/12/2019 con diagnóstico de infarto cerebral y crisis epilépticas durante el ingreso. Se describen las características del ictus y las asociadas al diagnóstico de crisis epilépticas. Se estudiaron los factores asociados al pronóstico tras la complicación.

RESULTADOS: N=70. Edad media 80,13 (DE 11,64), mujeres 43 (61,4%), mediana mRS previo 1 [0-3]. Lesión intracerebral previa en 15 casos (21,4%), epilepsia previa en 4 casos (5,7%). Mediana NIHSS de 16 [7-23]. Se realizó trombolisis en 12 (17,1%) y trombectomía en 24 (34,3%). Las topografías del infarto predominantes fueron lateralidad izquierda en 46 casos (65,7%), infarto de M1 completo en 21 casos (30%), M2 completo en 7 (10%), territorio profundo de ACM en 9 (12,9%), cuña cortical de ACM en 4 (5,7%), territorio de ACA en 6 (8,6%) y de ACP en 3 (4,3%); 6 casos (8,5%) presentaron afectación de ACM+ACA. Sufrieron transformación hemorrágica 23 casos (32,9%).

De los 1359 casos ingresados por infarto cerebral en este período, 70 sufrieron crisis epilépticas (5,15%). El tipo de crisis más frecuentes fueron focales motoras en 26 casos (37,1%). Las crisis epilépticas se dieron al debut del ictus en 8 casos (11,4%) y en los primeros 7 días en 64 (91,42%). Se sospechó estatus epiléptico en 26 casos (37,1%). Existió un retraso en el inicio del fármaco antiepiléptico (FAE) en 7 casos (10%) y en el diagnóstico en 9 (12,9%). El control de las crisis se logró en 39 (55,7%) y 25 casos fallecieron intrahospitalariamente (35,7%).

Se asoció el reinfarto cerebral con no control de crisis ($p<0,049$) y control de crisis con mRS a los 3 meses ($p<0,001$). La necesidad de segundo FAE ($p=0,001$), no control de crisis y estatus epiléptico se asoció a mortalidad intrahospitalaria ($p<0,001$). La infradosificación del primer FAE se asoció con mortalidad al año ($p<0,043$).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio las crisis epilépticas fueron diagnosticadas fundamentalmente en pacientes con ictus graves, en territorio carotídeo. El retraso diagnóstico y terapéutico fue significativo, sin lograrse control en casi la mitad de los casos con una morbi-mortalidad elevada.



P-037

PATRÓN DE ALTERACIÓN EN TC PERFUSIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Dr. Carlos Hervás Testal¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dr. Francisco Gilo Arroyo^{1,2}, Dra. Elisa De la Fuente Sanz¹, Dra. Carmen Ramos Martín¹, Dra. Alicia González Martínez¹, Dra. África Aizpún Armendariz¹, Dr. Juan Vega Villar¹, Dra. Celia Alonso Rodríguez¹, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dr. José Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Hospital Del Rosario

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad de características clínico-radiológicas definidas. Su definición podría ser demasiado restrictiva al excluir pacientes sin estudio de neuroimagen con hallazgos clásicos en característicos, especialmente resonancia magnética (RM), sobre todo al tratarse de una prueba menos accesible. El objetivo de nuestro estudio es presentar alteraciones en TC perfusión (TCP) en una serie de pacientes con sospecha de PRES.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos en nuestro hospital entre 2011-2021 y sospecha de PRES, con estudio de TCP. Presentamos características clínicas, patrón de alteración en TCP e iconografía.

RESULTADOS.

29 casos con posible diagnóstico de PRES, 17 con estudio TCP (58,6%), 14 (83,2%) con alteraciones. Edad media 80,1 (DE 8,4), mujeres 10 (71,4%). Síntomas neurológicos agudos en 14 (100%): encefalopatía 8 (57,1%), bajo nivel consciencia 6 (42,9%), déficit neurológico 12 (85,7%), crisis comiciales 11 (78,6%); mediana NIHSS inicial de 11, mediana NIHSS al alta 0. TA>180/110mmHg 8 (51,1%), TAS media 205,1mmHg (DE30,7), TAD media 113,1mmHg (DE18,6). Desencadenantes clásicos en 5 casos (35,7%). TAC control en 8 casos, 4 presentan alteración característica (50%), RMN control en 10 casos, 4 de ellos también con alteración típica (40%).

Las alteraciones de TCP fueron mayormente identificadas en mapas de tiempo, 13 (92,9%), y bihemisféricas 8 (57,1%), alterándose mapas de flujo en 7 casos (50%) y mapas de volumen en 2 casos (14,3%). Dichas alteraciones eran correspondientes principalmente a territorios posteriores parieto-occipitales, siendo así en 11 de los casos (84,6%), observándose afectación bihemisférica en 8 (72,7%) y focal no vascular unilateral en 3 (27,3%).

CONCLUSIONES.

Las alteraciones de TCP en pacientes con sospecha de PRES son frecuentes, siendo el patrón más típico objetivado en nuestro estudio la distribución no vascular con afectación bihemisférica parieto-occipital. Son necesarios estudios futuros más amplios para definir si este patrón puede ser suficientemente específico para ayudar en el diagnóstico de algunos casos en los que se sospeche esta patología.



P-038

TELEICTUS DURANTE LA PANDEMIA: MENOS PACIENTES Y MÁS GRAVES. ¿MANTENEMOS LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN?

Dra. Laura González Martín¹, Dra. Marta Martínez Martínez¹, Dr. Jorge Fernández Travieso¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía

OBJETIVOS: comparar la actividad de teleictus durante la pandemia con respecto al año previo. Evaluar la utilización de tratamientos de reperusión (trombectomía mecánica y fibrinólisis intravenosa) y el acceso a Unidad de Ictus desde un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: análisis retrospectivo de los códigos ictus activados y atendidos mediante teleictus en el Hospital Infanta Sofía. Estableceremos dos grupos de pacientes según fueran atendidos durante la pandemia (P: marzo 2020 a febrero 2021) o los 12 meses anteriores (A: marzo 2019 a febrero 2020). Se analizarán variables demográficas y clínicas. Compararemos el porcentaje de tratamiento recanalizador en infartos cerebrales isquémicos, y el acceso a Unidad de Ictus de los pacientes.

RESULTADOS: durante los meses de pandemia, se evaluaron 121 teleictus (6 COVID-19 positivo), un 25% menos que el año anterior (202 casos). Un 57.9% de los pacientes P fueron varones (vs 42.6% en A, p 0.008). No hubo diferencias en la distribución de los factores de riesgo vascular, excepto un menor porcentaje de diabéticos (19% P versus 29.2% A, p 0,041). Un 41.3% vs 44.1% de los pacientes atendidos fueron catalogados como ictus mimics, sin diferencia entre los grupos. El 43.8% de los pacientes P se trasladaron a Unidad de ictus, frente a un 36.6% previamente (p ns). La mediana NIHSS fue significativamente mayor para P (2 [1-5] vs 1 [0-3] p < 0.05). Entre los pacientes con ictus isquémico, se administró tratamiento con rt-PA en el 14.9% durante la pandemia vs 15.5%, y se derivó para realizar trombectomía mecánica un 6.4% vs 3.6%, p ns. El 10.8% de los pacientes P precisaron traslado a rehabilitación al alta, vs 3%, p 0.004; el 8.3% de los pacientes fallecieron durante la pandemia, vs 3% p 0.034.

CONCLUSIONES: la activación del teleictus disminuyó un 25% respecto al año previo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el traslado a Unidad de Ictus o la aplicación de terapias de reperusión. Los códigos ictus activados durante la pandemia eran más graves, tuvieron mayor estancia media, mayor mortalidad y con mayor frecuencia precisaron traslado a centro de rehabilitación al alta.



P-039

MODELO PREDICTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE IMITADORES DE ICTUS

Dra. Alicia González Martínez¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dr. Ancor Sanz-García¹, Dra. Carmen De Benavides Bernaldo de Quirós², Dra. Laura Casado Fernández¹, Dr. Antonio Barbosa Del Olmo², Dr. Rafael Manzanares Soler², Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dr. José Vivancos¹

¹Hospital Universitario De La Princesa & Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP), Unidad de Ictus,

²Hospital Universitario De La Princesa & Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP), Servicio de Radiodiagnóstico

OBJETIVOS: Estudios anteriores han sugerido que los imitadores de ictus o stroke-mimic (SM) tienen ciertos patrones en los mapas de TC-Perfusión (TCP) que pueden diferir de los observados en los ictus. El objetivo principal del presente estudio es buscar un modelo predictivo mediante variables de TCP y variables clínicas que diagnostique correctamente a los SM en la valoración inicial como parte del protocolo de código ictus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de casos-contróles de pacientes atendidos como código ictus. Los casos (SM) y controles (ictus) del estudio fueron apareados por sexo, edad y presencia de afasia, predictores de alteración en TCP según nuestro estudio previo. Se recogen variables demográficas y clínicas, así como alteraciones en TC perfusión según el tipo de mapa: tiempo al pico, flujo sanguíneo cerebral y volumen sanguíneo cerebral, la topografía (territorio vascular o territorio no vascular como defecto focal, hemisférico o multifocal) y otras variables clínicas (factores de riesgo vascular y otras comorbilidades, NIHSS, asimetría facial).

RESULTADOS: 120 pacientes (45 SM y 45 controles en la cohorte de estudio; 15 SM y 15 controles en la cohorte de validación) fueron analizados. Mediante una regresión multivariante se obtuvo un modelo predictivo con las variables asimetría facial, alteraciones en TCP occipital y patrón de hipoperfusión/hiperperfusión. El área bajo la curva (AUC) para dicho modelo fue de 0,84 (95% CI:0.756-0.925) en la cohorte de estudio, con un AUC de 0.947 (95% CI:0.864-1) en la cohorte de validación.

CONCLUSIONES: De acuerdo con nuestro modelo, la combinación de alteraciones en TCP y variables clínicas podrían ayudar a predecir SM durante la valoración como código ictus.



P-040

PRESENTACIÓN INUSUAL DE VASCULITIS POR ANCA: ICTUS ISQUÉMICOS EN MÚLTIPLES TERRITORIOS.

Dra. Silvina Espada Rubio¹, Dra. Verónica López Diego¹, Dra. Lucia Fabia Polo¹, Dra. Cristina Cordero Sanchez¹, Dra. Maria Elena Novillo López¹, Dra. Pilar Sobrino Garcia¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón

OBJETIVOS: La presentación habitual de una vasculitis por ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) suele incluir clínica pulmonar y renal como síntomas cardinales, pudiendo afectar a cualquier sistema en fases avanzadas, incluyendo al sistema nervioso central y periférico. Sin embargo, la patología cerebrovascular al inicio de una vasculitis por ANCA es algo anecdótico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 46 años, con antecedente de 6 abortos de etiología no filiada. Sin antecedentes neumológicos ni nefrológicos. Acude por cefalea occipital de semanas de evolución y cuadro agudo de alteración conductual, con preguntas reiterativas y olvido de datos biográficos. Al explorarla, presenta bradipsiquia y bradilalia, sin otra focalidad.

RESULTADOS: Se realiza RM craneal, con múltiples lesiones isquémicas en territorio de la PICA (arteria cerebelosa postero-inferior) izquierda, ambas ACPs (arteria cerebral posterior) y talámicas bilaterales; presentando todas las lesiones un coeficiente de difusión disminuido pero con valores muy diferentes; lo que sugiere distinta temporalidad. En la angioRM cerebral, destaca una estenosis significativa, aunque con flujo distal en segmentos P2 y P3 de la ACP izquierda. Se completa estudio con arteriografía cerebral, apreciándose irregularidad en la pared de ambas ACI (arteria carótida interna); y defectos de replección en ambas ACP (P2-P3). Estudio cardiológico normal. Analíticamente, destaca anemia, trombocitosis y ANCA positivos, con estudio de trombofilias negativo. La evolución fue favorable, pendiente de iniciar tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIONES: A pesar de que no existan síntomas acompañantes, no se deben descartar las vasculitis sistémicas como etiología de la patología cerebrovascular, sobre todo en pacientes de mediana edad.



P-041

TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA INMUNOMEDIADA INDUCIDA POR VACUNAS, UNA NUEVA ENTIDAD

Dr. Álvaro Bonelli Franco¹, Dra. Natalia Barbero Bordallo¹, Dra. Elena Sola Aparicio², Dra. María Gabriela Salvatierra Calderón², Dra. Marta Guillán Rodríguez¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, ²Servicio de Hematología Clínica, Hospital Universitario Rey Juan Carlos

OBJETIVOS:

Desde la aprobación de las distintas vacunas contra la Covid-19, se ha descrito un síndrome caracterizado por trombopenia, D-dímero elevado y trombosis de localización inusual (senos venosos cerebrales, territorio esplácnico) que ocurre entre 5 y 30 días posteriores a la administración. Asociado inicialmente a la vacuna ChAdOx1 nCoV-19, AstraZeneca. Se han identificado anticuerpos anti-factor 4 plaquetario(anti-PF4), como en la trombopenia inducida por heparina(TIH), siendo los métodos diagnósticos habituales menos sensibles en estos casos. Esta nueva entidad ha sido denominada trombocitopenia trombótica inmunomediada inducida por vacunas(TTIV). Presentamos un caso clínico de TTIV atendido en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico.

RESULTADOS:

Mujer de 47 años de edad sin antecedentes previos que recibe la primera dosis de vacuna AstraZeneca el pasado 6/3. Acude a urgencias en varias ocasiones los días 15 y 16/3 por febrícula y cefalea intensa que respondía parcialmente a analgesia convencional, se sospechó viriasis y se descartó infección SARS-CoV2. Se realiza analítica donde se objetiva una trombopenia verdadera con $35 \times 10^3/\mu\text{L}$ (rango 150-450 $\times 10^3/\mu\text{L}$) plaquetas y D-dímero $55541 \mu\text{g/L}$ (rango 68-494 $\mu\text{g/L}$), sin otras citopenias ni coagulopatías con estudio completo inmunomicrobiológico negativo. Ante este hallazgo se decide realizar TC cerebral con contraste en fase venosa que muestra un dudoso defecto de repleción en tórula. La RM cerebral con secuencias venosas el 17/3 descartó trombosis venosa cerebral. Valorada por hematología se sospecha trombopenia inmune post-vacuna y se decide alta domiciliaria con prednisona mg/kg. Siete horas después acude como código ictus por estupor y paresia izquierda brusca. En el TC presentó hematoma frontotemporal derecho con incipiente herniación uncal y nuevo angio-TC venoso sin datos de trombosis. La paciente ingresó en UCI precisando craniectomía descompresiva, transfusión de plaquetas y terapia corticoidea con dexametasona 40 mg/día con recuperación plaquetaria. Mediante técnica ELISA la determinación de anti-PF4 fue negativa, resultando las determinaciones de niveles de PF4 y P-selectina muy elevadas, así como hiperactivación plaquetaria similar a la encontrada en la TIH. Hasta ese momento no se habían declarado casos de TTIV con presentación hemorrágica exclusiva, actualmente existen casos publicados similares. La paciente se traslada a la unidad de ictus manteniendo normotrombocitosis. Durante su evolución se objetivó trombosis yugular bilateral tratada con fondaparinux.

CONCLUSIONES:

El estudio hematológico de este caso pone de manifiesto la hiperactivación plaquetaria pese a presentar negatividad para anti-PF4. Estos datos, así como las diferentes presentaciones clínicas del TTIV hacen presuponer que aún quedan aspectos por descubrir acerca de la fisiopatología de esta entidad



P-042

EL ROBO DEL LENGUAJE

Dr. Fernando Pérez Trapote¹, Dra. Rocio Vera Lechuga¹, Dr. Juan Gredilla Molinero¹, Dra. Arantxa Sánchez Sánchez¹, Dra. Raquel Sainz Amo¹, Dr. Jaime Masjuán Vallejo¹, Dr. Pablo Lorenzo Barreto¹, Dr. Alberto Saez Marín¹, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal

OBJETIVOS

Presentación de un caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Una mujer de 42 años, intervenida 2 años antes por cardiopatía (corrección de CIV y sustitución valvular tricúspide y mitral), consulta en Urgencias por un cuadro brusco de afasia y debilidad en mano derecha de 15 minutos. Había presentado dos episodios previos de afasia de escasos segundos los meses previos. A su llegada la exploración neurológica es normal pero llama la atención una hipotrofia facial y braquial izquierdas. El TC craneal simple fue normal. El dúplex de tronco supraaórticos detectó una arteria carótida izquierda filiforme y flujo invertido en la arteria vertebral izquierda, que a su vez, tenía calibre aumentado. La ecocardiografía no mostraba disfunción valvular ni otros hallazgos relevantes. El angioTC confirmó la presencia una malformación de los troncos supraaórticos con origen común de arterias subclavia y carótida izquierdas, sin comunicación con el arco aórtico y con una arteria vertebral izquierda de gran calibre que daba flujo en sentido inverso a ambas arterias gracias a un fenómeno de robo.

RESULTADOS

El caso inicialmente se orientó como AIT de etiología cardioembólica por su patología estructural previa, pero completado el estudio se concluyó que la explicación más razonable era un AIT izquierdo de origen hemodinámico asociando a un fenómeno de robo de subclavia izquierda por su malformación vascular. Esta malformación del árbol vascular izquierdo también explicaría la hipotrofia facial y braquial izquierda.

CONCLUSIONES

El fenómeno de robo de subclavia es una patología infrecuente, más aún si es secundario a una malformación congénita. Nuestra paciente presentaba un AIT de apariencia cardioembólica, sin embargo la exploración física y los hallazgos en el estudio neurosonológico fueron fundamentales para detectar la verdadera etiología del ictus



P-043

ICTUS MULTITERRITORIALES COMO EXPRESIÓN DE UNA ARTERITIS DE CÉLULAS GITANTES

Dr. Alberto Rodríguez López¹, Dr. Guillermo González Ortega¹, Dr. Eduardo San Pedro Murillo¹, Dra. Ester Morales García¹, Dr. Alejandro Octavio Herrero San Martín¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: La arteritis de células gigantes es una causa infrecuente de ictus isquémico, con predominio en arterias extracraneales y vertebrobasilares, aunque también puede afectar al territorio carotídeo. Su detección y tratamiento precoz es fundamental para mejorar el pronóstico de esta etiología frecuentemente insospechada.

MATERIAL Y MÉTODO: descripción de un caso clínico.

RESULTADOS: Varón de 84 años con antecedentes relevantes de ictus en la arteria cerebral media derecha, elevación de PSA en estudio y, en los meses previos, una neuropatía óptica isquémica en ojo derecho y cefalea leve. Presenta un déficit sensitivomotor brusco en hemicuerpo izquierdo y, semanas después, comienza con encefalopatía persistente seguida posteriormente de crisis focales motoras hemisféricas derechas. Se realiza analítica destacando en la bioquímica una PCR 2.4 mg/dl, VSG 51 mm/h y hemograma anodino, así como un electroencefalograma compatible un status no convulsivo, por lo que se administran fármacos anticonvulsivos. En la RMN craneal se objetivan ictus isquémicos agudos multiterritoriales bihemisféricos y en fosa posterior, por lo que se completa el estudio con un dúplex de troncos supraórticos que demuestra una obstrucción de la arteria carótida derecha no presente en previos, así como un holter y ecocardio transtorácico y esofágico sin hallazgos patológicos. Finalmente se realiza un PET-TC que objetiva una hipercaptación discreta a nivel prostático y marcada en los troncos supraórticos y arterias temporales superficiales, por lo que se inicia tratamiento con corticoterapia intravenosa y se solicita una biopsia de arteria temporal superficial que confirma el diagnóstico de una arteritis de células gigantes, que justifica los eventos isquémicos.

CONCLUSIÓN: El PET-TC puede ser de utilidad en ictus multiterritoriales criptogénicos para valorar causas secundarias, como estados protrombóticos o bien vasculitis de vasos grandes o medianos, incluyendo la arteritis de células gigantes. La isquemia oftálmica previa, la ausencia de anemia y la presencia de marcadores inflamatorios en niveles inferiores a lo habitual, son factores de riesgo asociados a eventos cerebrovasculares en esta patología



P-044

DOUBLE TROUBLE: UNA PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE ICTUS ISQUÉMICO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Dr. David Seoane Fernandez¹, Dr. Fernando Ostos Moliz¹, Dra. Patricia Calleja Castaño¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: Resaltar la posible asociación entre ictus isquémico agudo y enfermedad tromboembólica venosa (ETE). Los déficits de un ictus pueden impedir expresar los síntomas de la ETE.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Mujer de 42 años, con antecedente de migraña episódica con auras, que llevaba varios días con molestias en la pierna, incluyendo adormecimiento, asumidas como tendinitis. Desarrolla de forma brusca un cuadro de disnea seguida de déficit sensitivo-motor en hemicuerpo derecho y alteración del lenguaje. A su llegada como Código Ictus presenta palidez, cianosis y mal estado general, TA 110/80 mmHg, desaturación de oxígeno hasta 80% que precisa reservorio y síndrome hemisférico izquierdo completo con NIHSS 25. ECG con cambios en derivaciones precordiales derechas. Ante esto, se avisa a UCI para atención conjunta, precisando intubación. En la neuroimagen urgente, TC craneal basal con ASPECTS 9 y angioTC con oclusión de M1 distal izquierda y colateralidad leptomeníngea muy pobre. Se solicitó un angioTC torácico que confirmó la sospecha de TEP agudo simultáneo, que era proximal bilateral y con signos de sobrecarga ventricular derecha. Ante la doble indicación en su ictus y TEP, encontrándose en ventana terapéutica, se indicó fibrinólisis intravenosa a dosis limitante cerebral, seguida de trombectomía mecánica cerebral, con recanalización completa. Se inició anticoagulación de forma precoz sin incidencias, y se confirmó la sospecha de una etiología por embolismo paradójico, ya que presentaba un FOP con ASA en el ETE y un shunt derecha-izquierda de patrón “en ducha” en el ETE y en el eco-Doppler transcraneal. Además, tenía una TVP femoral. No se encontraron trombofilias. Su mejoría neurológica fue lenta, solicitándose al alta traslado a centro de rehabilitación y derivación a Cardiología para cierre percutáneo del FOP.

CONCLUSIONES: La desaturación o hipotensión en contexto de un ictus agudo es un dato de alarma para sospechar complicaciones cardiorrespiratorias potencialmente graves, que en este caso se detectaron y trataron precozmente. La elevación de presiones en cavidades derechas por un TEP extenso puede invertir el gradiente de presiones auriculares, favoreciendo el embolismo paradójico en algunas personas con un FOP preexistente. Existen unos 30 casos publicados de la combinación de ictus y TEP, sin evidencia aleatorizada de cuál es su manejo óptimo. Se ha postulado un riesgo teórico de disgregación de los trombos venosos de una TVP y empeoramiento clínico con la fibrinólisis, pero en este caso se administró sin incidencias, apoyando su seguridad



P-045

LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA MÁS ALLÁ DEL ICTUS ISQUÉMICO: RESCATE TERAPÉUTICO EN UN CASO DE TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES MASIVA.

Dr. David Seoane Fernandez¹, Dra. Paula Salgado Cámara¹, Dr. Fernando Ostos Moliz¹, Dra. Patricia Calleja Castaño¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: Comunicar un caso de éxito terapéutico de la trombectomía mecánica (TM) en una trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) masiva, al tratarse de una indicación actualmente controvertida. El principal ensayo clínico realizado fue finalizado prematuramente en 2019, por concluirse futilidad de añadir TM precoz al tratamiento médico estándar con anticoagulación, en casos de TSVC con algún predictor de mal pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentación de un caso clínico, a propósito del cual se revisará el estado de la cuestión.

RESULTADOS: Mujer de 17 años con antecedentes de obesidad mórbida, cociente intelectual límite y tratamiento anticonceptivo hormonal oral (ACHO). Después de 3 días con una cefalea holocraneal gradual y vómitos, presenta hemiparesia y hemihipoestesia izquierdas de instauración progresiva y paresia del VI par craneal bilateral. La TC craneal basal revela hiperdensidad de prácticamente todos los SVC y un infarto venoso hemorrágico parietal derecho, sin efecto de masa, y la angioTC venosa confirma una TSVC masiva. Ingresa en Unidad de Ictus en tratamiento con enoxaparina y levetiracetam preventivo guiado por EEG. A pesar de ello, empeoró su focalidad previa, presentó crisis y en el día +8 añadió disfasia por un nuevo infarto venoso temporal izquierdo. Entonces, se recomendó la TM como terapia de rescate, que abortó el empeoramiento y dio paso a la mejoría.

La TSVC es una patología infrecuente pero potencialmente grave y tratable. La obesidad y ACHO son factores de riesgo sinérgicos en las mujeres. La presentación clínica es variable, incluyendo papiledema, déficits focales, crisis, encefalopatía o síndrome del seno cavernoso, en función de las porciones del sistema venoso comprometidas y la presencia de infarto venoso y efecto de masa. Las guías clínicas y la evidencia actualizada recomiendan el ingreso en Unidad de Ictus, la anticoagulación inicial preferiblemente con heparinas de bajo peso molecular, seguida de sintrom o dabigatrán, y la indicación de craniectomía descompresiva en casos de mala evolución y efecto de masa. Sin embargo, hay controversia para la TM.

CONCLUSIONES: Este caso apoya el papel individualizado de la TM en algunos pacientes con TSVC extensa y mala evolución a pesar de anticoagulación, no mediada por efecto de masa (por edema o hemorragia) susceptible de craniectomía descompresiva. Algunos metaanálisis de casos y series retrospectivas sugieren mayor eficacia y por tanto pertinencia de la TM en casos con alta carga trombótica, afectación del seno sagital superior, hemorragia asociada y si se indica precozmente.



P-046

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE LA CONVEXIDAD: ¿UN LOBO CON PIEL DE CORDERO?

Dr. Pablo Iriarte Uribe-Echeverría¹, Dr. Santiago Trillo Senín¹, Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dr. Javier Villaceros Álvarez², Dr. Jose Aurelio Vivancos Mora

¹Hospital Universitario De La Princesa, ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La hemorragia subaracnoidea de la convexidad (HSAc) se define como un sangrado subaracnoideo no traumático localizado en uno o varios surcos de la convexidad cerebral sin extensión a las cisternas de la base, surcos interhemisféricos ni ventrículos. La etiología de la HSAc es heterogénea y la evolución suele ser favorable. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos extensa de pacientes con HSAc.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta una serie de casos de pacientes ingresados en el servicio de Neurología o Unidad de Ictus de un hospital terciario desde el 01/01/2017 al 15/06/2021, con diagnóstico de HSAc. Se revisaron las historias clínicas de manera retrospectiva y se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas de los mismos.

RESULTADOS:

N= 28. La media de edad fue 72 años (s= 15 años), 19(68%) mujeres. Los factores de riesgo vascular fueron HTA en 20(71,4%), DL en 12(42,8%) y DM en 5(17,8%) pacientes. 8(28,6%) de los pacientes se encontraban antiagregados y 5(17,8%) anticoagulados. La presentación fue heterogénea: 9(32,1%) pacientes presentaron cefalea en trueno, 9(32,1%) del total presentó crisis epilépticas y 14(50%) presentaron episodios de focalidad neurológica transitoria.

La localización más prevalente de la HSAc fue en el lóbulo parietal con 22(78,5%) casos, seguida del lóbulo frontal con 13(46,4%). Se realizó resonancia magnética (RM) con secuencia de susceptibilidad (SWI) a 20(71,4%) pacientes. Por su parte, en 8(28,5%) casos se realizó arteriografía diagnóstica.

Se describieron, en total, 10 etiologías de HSAc. La más frecuente fue la angiopatía amiloide cerebral (AAC) (8; 28,6% casos). Otras causas menos prevalentes fueron la sobredosificación con anticoagulantes orales (3; 10,7%), las malformaciones arteriovenosas (2; 7,14%) y el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (1; 3,6%). 9(32,1%) de los pacientes presentaron HSAc cuya causa fue indeterminada tras realizarse el estudio etiológico. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3(10,7%) pacientes cuya HSAc fue secundaria a una trombosis venosa cerebral, sobredosificación de anticoagulantes e indeterminada, respectivamente.

CONCLUSIÓN

Según nuestro estudio La HSAc es una entidad poco frecuente y heterogénea, su etiología es muy variada y aunque el curso clínico es benigno en muchos casos la etiología subyacente hace que existan casos con mala evolución. Estudios multicéntricos podrían contribuir a definir mejor sus factores de riesgo y manejo.



E-POSTERS. TEMÁTICA: TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dra. Carmen Borrue (Hospital Infanta Sofía)

Dra. Lydia Vela (Hospital Fundación Alcorcón)



P-047

¿ES ÚTIL LA APOMORFINA EN LOS SÍNTOMAS AXIALES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON?

Dr. Araceli Alonso Cánovas¹, Dr. Paula Pérez Torre¹, Sra. Gema Sánchez Díez¹, Sra. Ángeles Patiño Patón¹, Sra. Nieves Monterde González¹, Dra. Isabel Parés Moreno¹, Dr. Juan Carlos Martínez Castrillo¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal

OBJETIVOS: Los síntomas axiales de la Enfermedad de Parkinson (EP) pueden ser refractarios al tratamiento con levodopa, con gran repercusión funcional. Generalmente contraindican la cirugía de estimulación cerebral, y no mejoran consistentemente con infusión continua de levodopa duodenal. Se han publicado casos aislados de respuesta a apomorfina a freezing y camptocormia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de pacientes con EP y clínica axial prominente (freezing, camptocormia, afectación del habla) tratados con apomorfina en infusión continua subcutánea (AICS) en 1 año en nuestra Unidad de Trastornos del Movimiento.

RESULTADOS: En un año tratamos con AICS a 11 pacientes (6 mujeres), de 72±7 años de edad, con una duración de EP de 11±5 años, que recibían previamente una dosis equivalente de levodopa (LEDD) de 1060±540 mg. De ellos, 10 tenían síntomas axiales prominentes en on: 6 de ellos freezing, 6 trastorno del habla y 4 camptocormia. Se pautó tratamiento con AICS a 5±2 mg/h con reducción de la LEDD oral media del 65% (411±284 mg post AICS), llegando dos pacientes a estar en monoterapia con apomorfina. Una paciente no fue valorable por fallecimiento precoz por COVID19 al mes del inicio, y otro paciente suspendió AICS al mes del inicio por ausencia de mejoría. Los 8 pacientes restantes (seguimiento 5±3 meses, rango 1-10) experimentaron mejoría en la Clinical Global Impression of Improvement de 1 (very much improved) en 4 casos, 2 (much improved) en 4 y 3 (alguna mejoría) en 1. Hubo mejoría del freezing en 6, del habla en 4, de otros síntomas motores (duración del ON en 8, temblor en 4, distonía en off en 2), pero no de la camptocormia. Los efectos adversos fueron leves y de predominio inicial (mareo 4, hipotensión 2, edemas 2, somnolencia 2, nódulos 2), y en ningún caso llevaron a la suspensión del tratamiento.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia en pacientes con EP y síntomas axiales sin respuesta a levodopa, observamos una respuesta favorable del freezing y el habla, pero no de la camptocormia, al tratamiento con AICS, que fue seguro y bien tolerado y mejoró otros síntomas motores en la mayoría de los pacientes.



P-048

REVISIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN TRATAMIENTO DEL ESPASMO HEMIFACIAL.

Dr. Ana Baltasar Corral¹, Dr Víctor Antonio Gómez Mayordomo¹, Dr Moisés Fernández García¹, Dr Ana Fernández Revuelta¹, Dr Mario Hernández Holgado¹, Dr Fernando Alonso Frech¹, Dra Eva López Valdés¹, Dra Rocío García-Ramos García¹

¹Hospital Clínico San Carlos

OBJETIVOS:

El espasmo hemifacial (HFS) consiste en una contracción involuntaria de la musculatura inervada por el nervio facial, el tratamiento de elección es la toxina botulínica (TB). Se planteó como objetivo revisar la eficacia y seguridad a largo plazo de dicho tratamiento en los pacientes en una unidad de trastornos del movimiento (UTM).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo descriptivo de 84 pacientes con HFS tratados con TB seguidos en UTM con tratamiento activo en los dos últimos años.

RESULTADOS:

Se recogen 84 pacientes, siendo 79,76% mujeres. Mediana edad al diagnóstico 54 años (44,75-64,25), mediana edad de cohorte 71,5 años (57,75-80,25), mediana de años de tratamiento 10 (6-17,5).

El lado izquierdo es el afecto en 59,52%. Etiológicamente, 37 idiopáticos (44,05%), 47 secundarios (55,95%); 34 postparalíticos (40,48%), 11 contacto neurovascular objetivado mediante RM (13,10%), 1 tumor del APC (1,19%), 1 postcirugía palpebral (1,19%). La arteria más frecuentemente involucrada fue AICA (8,20%). Un paciente presenta afectación bilateral: 1 postparalítico/1 contacto neurovascular. Previo a TB, 21 pacientes recibieron tratamiento oral, el fármaco más frecuente es clonazepam. La mediana de retraso desde diagnóstico hasta inicio TB es de 1 año (0-3). Mediana dosis inicial de TB es 7,5 UI (7,5-12,5), el 72,61% <4 puntos infiltrados. Mediana dosis actual 20 UI (12,5-25), 75% <7 puntos. 11 pacientes reciben TB bilateral, generalmente para armonización gestual. 2 pacientes con contacto neurovascular fueron intervenidos con buena respuesta.

Durante seguimiento en alguna infiltración, 35 pacientes (41,67%) presentaron efectos adversos leves, el más frecuente fue la ptosis palpebral. La respuesta es buena en 86,90%. Intervalo temporal entre administraciones: 3-4 meses 50% pacientes; 4-6 meses 44,05%; >6 meses 5,95% pacientes.

CONCLUSIONES:

Nuestra serie presenta similares características a las descritas previamente. Destaca el corto tiempo desde diagnóstico a inicio de TB y la edad elevada de la cohorte. La tasa de respuesta a TB se mantiene con los años, con pocos efectos secundarios aunque la dosis de TB suele incrementarse ligeramente.



P-049

DISCINESIA INDUCIDA POR EL EJERCICIO EN UN CASO DE DÉFICIT DE GLUT-1

Dra. Carmen González Ávila¹, Dra. Elena Casas Peña¹, Dra. Lydia López Manzanares¹, Dr. Luis González Gutiérrez-Solana², Dr. José Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario de la Princesa, ²Hospital Universitario Niño Jesús

OBJETIVOS: El síndrome de déficit de GLUT-1 es una entidad rara con aproximadamente 40 casos descritos en España que presenta un amplio espectro clínico. Clásicamente se describen crisis epilépticas, microcefalia, déficit intelectual y trastornos del movimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente con síndrome de déficit de GLUT-1 que se manifiesta únicamente con discinesia paroxística inducida por el movimiento.

RESULTADOS: Mujer de 18 años que presenta cuadro de inicio a los 4 años consistente en episodios de pérdida de fuerza y tono en miembros inferiores asociados a posturas distónicas y discinesias. La duración de los episodios es de 45-60 minutos con una frecuencia entre plurisemanal y mensual. Estos se producen tras el ejercicio físico prolongado o tras situaciones de estrés. Los episodios mejoran con el reposo o la ingesta de hidratos de carbono. No presenta antecedentes de epilepsia ni déficit intelectual. La exploración física es anodina. Como parte del estudio se realiza una RM cerebral y un EEG que no muestran alteraciones. Se realiza una punción lumbar con una glucosa de 38 (índice LCR/suero 0,4). El estudio genético confirma la deficiencia del transportador de glucosa (GLUT-1) con una mutación en p.Ala275Thr. Se amplía el estudio genético familiar, siendo la madre y el hermano portadores asintomáticos.

CONCLUSIONES: El diagnóstico etiológico en pacientes con discinesia paroxística inducida por el ejercicio puede ser complejo y es crucial para el manejo terapéutico. Como principales posibilidades diagnósticas en el adulto se encuentran la enfermedad de Parkinson de inicio precoz y en la infancia el déficit de GLUT-1 y la distonía sensible a L-dopa.



P-050

SOLAPAMIENTO FUNCIONAL MOTOR EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO EN MADRID

Dra. Celia Delgado Suárez^{1,2}, Dra Isabel Parees Moreno^{2,5}, Dra Ana Baltasar Corral³, Dra Soraya de la Fuente Batista⁴, Dr Pedro García Ruíz-Espiga⁴, Dr Victor Gómez Mayordomo³, Dra Eva López Valdés³, Dr. Juan Carlos Martínez Castrillo⁵, Dra Lydia Vela Desojo⁶, Dra Mónica Kurtis Urra²

¹Hospital Universitario De Mostoles, ²Hospital Ruber Internacional, ³Hospital Clínico San Carlos, ⁴Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, ⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, ⁶Hospital Fundación Alcorcón

OBJETIVOS:

Describir las características clínicas y demográficas de pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) que presenta un solapamiento con un Trastorno Motor Funcional (TMF) de una cohorte española.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron de forma retrospectiva a partir de la historia electrónica datos clínicos y demográficos de pacientes con EP-TMF tratados en 5 Unidades de Trastornos del Movimiento de Madrid desde 2004 hasta 2021.

RESULTADOS.

Se incluyeron 21 pacientes con EP-TMF (52% hombres, edad media 58.1±12.1 años). Diez (48%) tenían estudios universitarios, 17 (81%) estaban inactivos laboralmente y 9 (43%) tenían una incapacidad reconocida. Un 38% tenían antecedente personal de ansiedad/depresión diagnosticadas (previas a EP). El inicio del TMF precedió o fue simultáneo a la EP en un 19%. El fenotipo de TMF más frecuente fue el temblor (33%), seguido de parkinsonismo (28%), trastorno de la marcha (19%), debilidad (10%), distonía (5%) y OFF paradójico (5%). Un 38% presentó una combinación de varios tipos de TMF. En el 62% de los pacientes el TMF afectaba el mismo lado que la EP predominante. El tiempo entre el inicio del TMF y su diagnóstico fue de 17.5 ±15.1 meses. El inicio del TMF fue progresivo (57%), el curso fluctuante (52%) y un 38% presentaron un factor precipitante, mayoritariamente físico. Un 29% presentaron asociado otros síntomas neurológicos no motores que sus neurólogos catalogaron como probablemente funcionales.

La EP fue predominantemente rígido-acinética o mixta, lateralidad derecha (57%) y con un estadio de Hoehn y Yahr II (48%) en el momento del estudio. Presentaron una mediana de 7 IQR (4-8) síntomas no motores por paciente y el LEDD en el momento de diagnóstico del TMF fue de 708.5±416.7. Un 24% de los participantes habían sido propuestos para terapias avanzadas y en un 19% finalmente se realizó (DBS e HIFU).

CONCLUSIONES:

En nuestra muestra los pacientes que presentan EP y solapamiento motor funcional son mayoritariamente hombres, al contrario que en los TMF puros, que presentan una predominancia típica de mujeres. El temblor funcional es el fenotipo más frecuente. El TMF puede preceder en el tiempo a la EP destacando la importancia de hacer un seguimiento adecuado a los pacientes con TMF. Cuando existe un solapamiento funcional en la EP el tratamiento dopaminérgico se complica, siendo crucial diferenciar los síntomas funcionales de los parkinsonianos para un adecuado manejo. Son necesarios estudios más amplios y comparativos con pacientes con EP sin solapamiento en el futuro.



P-051

PRESENTACIÓN INHABITUAL HUNTINGTON-LIKE DE PARAPARESIA ESPÁSTICA TIPO 11 SPG11 EN EDAD PEDIÁTRICA.

Dra. Ana Baltasar Corral¹, Dr Víctor Gómez Mayordomo¹, Dr Moisés Fernández García¹, Dra. Ana Fernández Revuelta¹, Dr Mario Hernández Holgado¹, Dr Adrián García-Ron¹, Dr Fernando Alonso Frech¹, Dra Eva López Valdés¹, Dra Rocío García-Ramos García¹

¹Hospital Clínico San Carlos

OBJETIVOS:

La paraparesia espástica tipo 11 (SPG11) es una enfermedad de herencia autosómica recesiva. Es causa infrecuente de trastorno de la marcha en niños. Puede acompañarse de dificultades en el aprendizaje, polineuropatía axonal e incluso parkinsonismo, con respuesta variable a L-dopa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación de dos casos de SPG11 en familia sin consanguineidad con antecedentes familiares de enfermedad de Huntington (HD).

RESULTADOS:

Varón de 15 años que consulta por trastorno de la marcha de meses de evolución. Presenta antecedentes personales de discalculia-TDAH y antecedente familiar de abuela materna con HD, sin conocimiento de estado genético materno. En la exploración presenta sobrepeso, leve debilidad proximal de miembros inferiores, con hiperreflexia y clonus izquierdo e hipopalestesia moderada. Además, postura distónica de pierna izquierda, con temblor postural e intencional bilateral en extremidades superiores, asimétrico, mayor izquierdo.

Se realiza analítica y RM Cráneo-cervical siendo normal. El estudio genético para HD fue negativo. En siguientes exploraciones añade espasticidad en extremidades inferiores y marcha en tijeras.

Se repite RM craneal, observando adelgazamiento del cuerpo calloso e hiperintensidad periventricular en astas frontales, patrón conocido como "ojos de lince". El paciente presenta dos variantes patógenicas en heterozigosis en el gen SPG11 (c.5844del materno y c.1951C>T paterno). Recibe toxina botulínica para la espasticidad.

Tras dos años de seguimiento, su hermano presenta similar trastorno de la marcha y se confirma mediante estudio genético SPG11.

CONCLUSIÓN:

La SPG11 puede debutar como síndrome rígido-acinético y acompañarse de obesidad, dificultades en el aprendizaje y polineuropatía, como en nuestros pacientes. El patrón en resonancia en "ojos de lince" es característico y sirvió de orientación diagnóstica. En ocasiones, los antecedentes familiares pueden dificultar el diagnóstico.



P-052

MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE ACOMPAÑAN AL FENÓMENO DE FREEZING DE LA MARCHA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Sra. María Luisa Almarcha Menargues¹, Sra. Laura González Martín¹, Sra Carmen Borrue Fernández¹, Diego Santos García², COPPADIS Study Group

¹Hospital Infanta Sofía, ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS:

El fenómeno de imantación o “freezing” de la marcha (freezing of gait (FOG)) es un síntoma incapacitante que afecta la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), presentando alto riesgo de caídas y aumento del riesgo de dependencia. El objetivo de este trabajo es evaluar la asociación entre el FOG y otras características clínicas en pacientes con EP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal en el que se incluyeron 688 pacientes con EP de la cohorte COPPADIS-15. Se realizó análisis estadístico con test chi-cuadrado para evaluar relación entre diferentes variables clínicas en pacientes diagnosticados de EP con FOG (FOG-Q ítem 3 ≥ 1)

RESULTADOS:

Se han incluido un total de 688 pacientes pertenecientes al estudio COPPADIS-15 con diagnóstico de EP, 60.5% hombres y 39.5% mujeres, con una edad media de $62,59 \pm 8.9$ años y una media de 5.49 ± 4.3 años de evolución de la enfermedad, de los cuales el 34.7% presentaban FOG en el momento de la evaluación basal. El 70.3% de los pacientes con FOG presentaba un fenotipo clínico no tremórico caracterizado por, inestabilidad postural y rigidez de predominio axial (84%). Solo el 37,4% presentaba mayor índice de caídas. El 59% asociaba depresión con una peor calidad de vida global (92.9%) sin presentar mayor grado de dependencia (37%).

CONCLUSIONES:

Los pacientes con EP que asocian FOP presentan de forma mas frecuente un subtipo clínico de inestabilidad postural y alteración de la marcha en lugar de temblor con predominio de síntomas axiales, sin mayor asociación con riesgo de caídas ni dependencia.



P-053

MIOCARDIOPATÍA REVERSIBLE POR APOMORFINA

Dra. Marina Mata Alvarez-Santullano¹, Sra. Concepción Jimeno¹, Dr. Diego Iglesias del valle

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, ²Hospital Ruber Juan Bravo

INTRODUCCIÓN:

La disfunción cardíaca, principalmente fibrosis valvular, está asociada al uso de agonistas dopaminérgicos ergóticos, siendo muy infrecuente con agonistas no ergóticos. Presentamos el caso de un paciente que presentó una miocardiopatía por apomorfina, reversible al retirar el tratamiento.

PACIENTE:

Paciente de 68 años, con enfermedad de Parkinson avanzada de larga evolución (>20 años), fluctuaciones motoras severas, con OFF incapacitante, trastorno del sueño, discinesias en pico de dosis y bloqueos en ON. En tratamiento con Ropinirol LP 8 mg, L-Dopa/Benserazida 150 mg/3 hs, Rasagilina 1 mg/24 hs, Opicapona 50 mg/24 hs. Se realizó test de Apomorfina con respuesta completa a 4 mg s.c. Se planteó terapia de segunda línea, iniciándose tratamiento con bomba de apomorfina por preferencia del paciente, con discreta mejoría de las fluctuaciones motoras pero aumento de cansancio y fatiga. Consultado con Cardiología, se detectó miocardiopatía dilatada, recomendándose la retirada de la bomba, e iniciándose de nuevo medicación oral a las dosis previas. A los 3 meses se repitió el estudio cardiológico, con remisión de la sintomatología y normalización de las alteraciones ecocardiográficas.

CONCLUSIÓN:

Los agonistas dopaminérgicos no ergóticos pueden ocasionar disfunción cardíaca, si bien con menor incidencia que los ergóticos.

Ante un aumento de la fatiga, y descartadas otras opciones, debe considerarse un estudio cardiológico



P-054

PARALISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (PSP) DE INICIO TARDIO DEBIDO A MUTACIÓN DEL GEN MAPT NO PREVIAMENTE DESCRITA

Dr. Luca Palliotti¹, Dr. Miguel Sanchez Boyero¹, Dr. Leonardo Portocarrero Sanchez¹, Dr. Manolo Garcia Ruiz¹, Dra. Eva López Valdés¹, Dr. Alberto Marcos Dolado¹, Dr. Ricardo Ginestal López¹, Dra. Rocío García Ramos¹

¹Hospital Clinico San Carlos

OBJETIVOS

Tradicionalmente, la PSP ha sido considerada un patología de origen esporádica e inicio tardío. Recientes evidencias demuestran el rol del gen MAPT, codificador de la proteína Tau, en el desarrollo de formas precoces de esta entidad. Exponemos una presentación tardía de PSP debido a una mutación del gen MAPT, no conocida.

MATERIALES Y METODOS

Descripción de un caso clínico atendido en consulta de Trastornos del movimiento del nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS

Varón de 79 años con los antecedentes personales de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica y con dos familiares de primer y segundo grado (hermana y nieta) diagnosticados de PSP, es atendido en consulta por cuadro lentamente progresivo de temblor, lentitud y torpeza manipulativa, tendencia a la caída y deterioro cognitivo. A la exploración neurológica destacan reflejos de liberación frontal positivos, disartria, hipomimia, limitación de la mirada vertical tanto seguimiento como sacadas, rigidez y acinesia bilateral, marcha a pequeños pasos con alteración de los reflejos posturales, todo ello compatible con probable PSP. Durante el seguimiento se realiza DAT-scan objetivando alteración de la vía nigroestriatal y PET craneal que muestra hipometabolismo frontal bilateral.

Ante los antecedentes familiares descritos, se decide realizar secuenciación y análisis del gen MAPT, observándose en heterocigosis la variante NM→_016835.4:c.[1151A>t];[1151=], NP_058519.3:p(Asp384Val) en el exón 6.

CONCLUSIONES

Recientemente se ha demostrado el rol del gen MAP mutado como causa de formas precoces de PSP. Nuevas mutaciones del mismo gen no previamente descritas pueden estar implicadas en el desarrollo de formas tardías de PSP, como en nuestro caso.



P-055

DEBUT DE SCA 3 CON TEMBLOR DE LA ESCRITURA COMO SÍNTOMA PREDOMINANTE

Dra. Paloma Martín Jiménez¹, Dr. Guillermo González Ortega, Dr. Daniel Toledo Alfocea, Dr. Alberto Villarejo Galende, Dr. Antonio Méndez Guerrero

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS:

La ataxia espinocerebelosa tipo 3 (SCA 3) o enfermedad de Machado-Joseph es la causa más común de ataxia con herencia autosómica dominante, producida por una expansión del trinucleótido CAG en el exón 10 del gen ATXN3 en el cromosoma 14q32.1.

Material y método:

Se presentan dos casos clínicos de SCA 3 con debut atípico.

RESULTADOS:

A) Mujer de 58 años, natural de Azores, sin antecedentes de interés. Consulta por temblor en la mano derecha de 25 años de evolución, que se pone de manifiesto exclusivamente durante la escritura. No temblor al realizar otras tareas manuales. Se observa temblor en la mano derecha cuando escribe con la mano contralateral (temblor en espejo). La madre de la paciente tenía problemas para caminar de larga data, que no habían sido estudiados, y no tenía otros antecedentes familiares de interés.

B) Mujer de 73 años sin antecedentes personales ni familiares relevantes, que presenta temblor de acción leve en la mano derecha de 8 años de evolución, especialmente intenso durante la escritura. En ninguno de los casos se constata temblor de reposo ni otros estigmas parkinsonianos. Tampoco disartria, dismetría, nistagmo, alteración de la marcha ni otros hallazgos sugestivos de alteración cerebelosa. El resto del examen neurológico es completamente normal. En ambos casos se realizan analíticas completas, resonancia magnética cerebral y electromiograma, sin hallazgos relevantes. En el caso A, dado el origen en las Azores (donde la prevalencia de SCA 3 es elevada) y el antecedente de alteración de la marcha de la madre de la paciente, se solicita estudio genético que demuestra 60 repeticiones de CAG en uno de los alelos del gen ATXN3. En el caso B, se solicita el estudio genético por la similitud clínica con la paciente A, constatándose también una expansión anormal de 62 repeticiones en uno de los alelos, confirmándose en ambos casos el diagnóstico de SCA 3.

CONCLUSIONES

SCA 3 es una enfermedad neurodegenerativa con amplia variabilidad fenotípica, que se caracteriza por la combinación de ataxia cerebelosa y otras manifestaciones como oftalmoplejia, signos piramidales/extrapiramidales y neuropatía periférica. El temblor primario de la escritura no ha sido descrito como manifestación de esta entidad. Estos dos casos presentan la peculiaridad de debutar como temblor primario de la escritura, sin ataxia ni otra clínica cerebelosa asociada, lo que contribuye a ampliar el espectro fenotípico de la SCA 3.



E-POSTERS. TEMÁTICA: CEFALEAS

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dr. Germán Latorre (Hospital Universitario de Fuenlabrada)

Dr. Alex Jaimes (Fundación Jiménez Díaz)



P-056

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTI-CGRP EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA

Dra. Ana Beatriz Gago Veiga¹, Dra. Alicia Gonzalez Martínez¹, Dr David García Azorín², Dr Jaime Rodríguez Vico³, Dr. Alex Jaimes Sánchez³, Dra. Andrea Gómez García³, Dr. Javier Díaz de Terán⁴, Dra. Nuria González García⁵, Dr. Javier Casas Limón⁶, Dr Carlos Calle de Miguel⁷, Sr Alvaro Sierra Mencía², Dr. Angel Luis Guerrero Peral², Dra. Sonia Quintas Gutierrez¹, Sra Rocío Belascoain Gómez¹, Dra Cristina Treviño Peinado⁸, Dr Germán Latorre González⁷

¹Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario de La Princesa, ²Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Hospital Universitario de Valladolid, ³Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Fundación Jimenez Díaz, ⁴Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Paz, ⁵Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos., ⁶Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, ⁷Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, ⁸Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Severo Ochoa

OBJETIVOS: Los anticuerpos antiCGRP son fármacos recientemente empleados en migraña crónica y episódica de alta frecuencia. El principal objetivo del presente estudio es analizar la efectividad y los factores predictivos de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de recogida prospectiva, multicéntrico, de la región central de España, con seguimiento trimestral, en pacientes con diagnóstico de migraña crónica o migraña episódica de alta frecuencia (CIC-3) en tratamiento con erenumab, galcanezumab o fremanezumab. Se recogen variables demográficas y clínicas. Se evalúa la respuesta como reducción en el número de días de dolor (días de cefalea basal-días de cefalea a los 6 meses).

RESULTADOS: 697 pacientes, edad media 48 (DE: 11,63) años, 643/688 (92%) mujeres, 442/688 (64.2%) con erenumab, 236/688 (34.3%) galcanezumab, 10/688 (1.4%) fremanezumab, 566/688 (82%) migraña crónica, y una media de 7,9 (DE: 3,6) tratamientos preventivos. La reducción media de días de dolor a los 6 meses fue de 8,05 (DE: 9,8). En el modelo multivariante encontramos que una mayor reducción del número de días de cefalea a los 6 meses se relacionaba con un mayor número de días de cefalea previos al tratamiento (0,602; IC 95% 0,382-0,823, p<0,001).

CONCLUSIONES: Según nuestro estudio, el número de días de cefalea previo al tratamiento se relaciona con la respuesta, de manera que a medida que aumenta el número de días de cefalea antes del tratamiento se observa una mayor reducción del número de días de cefalea mensual a los 6 meses. Futuros estudios son necesarios para corroborar estos hallazgos.



P-057

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PAREJA

Sra. Eva María Fernández Bermejo¹, Dr Álvaro Planchuelo Gómez², Dra Sonia Quintas Gutiérrez³, Dra Alicia González Martínez³, Dr David García Azorín^{4,5}, Sr Álvaro Sierra Mencía⁴, Dr Ángel Luis Guerrero^{4,5,6}, Dra Sonia Santos Lasasa⁷, Dra María Pilar Navarro Pérez⁷, Dra Nuria González García⁸, Dr Javier Díaz de Terán⁹, Dra Ana Beatriz Gago Veiga^{1,3}

¹Universidad Autónoma De Madrid, Departamento de Medicina, ²Laboratorio de procesamiento de imagen, Universidad de Valladolid, ³Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario de la Princesa & Instituto de Investigación Sanitaria de la Princesa, ⁴Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, ⁵Institute for Biomedical Research of Salamanca (ISBAL), ⁶Departamento de Medicina, Universidad de Valladolid, Spain., ⁷Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa & Aragon Institute for Health Research (IIS Aragón), ⁸Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, ⁹Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario de la Paz

OBJETIVOS: La migraña es una enfermedad altamente incapacitante que afecta de forma significativa a la calidad de vida del propio paciente. Sin embargo, son pocos los datos sobre su impacto en la pareja. El objetivo del estudio fue analizar este efecto en cuatro esferas: relación de pareja, con los hijos, amistades y laboral; así como evaluar la esfera anímica y la posible sobrecarga de la pareja como cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional transversal mediante encuesta online a las parejas de los pacientes con migraña de cinco Unidades de Cefaleas. Se incluyeron preguntas sobre las cuatro esferas y dos escalas: Hospital Anxiety and Depression Scale y Zarit.

RESULTADOS: Se recopilaron 176 respuestas, incluyendo finalmente 155 participantes, con un 86,5 % de pacientes mujeres y una edad media de $44,2 \pm 10,4$ años. Se observó un mayor impacto en la esfera sentimental y algunos aspectos relacionados con los hijos y amistades, encontrando mínimo impacto en el entorno laboral. Las parejas presentaron una sobrecarga moderada ($p = 12/155 = 0,077$ [0,041-0,131]; $p < 0,001$), una proporción mayor de ansiedad moderada-severa respecto a la prevalencia nacional de 6,7 % ($p = 23/155 = 0,148$ [0,096-0,214]; $p < 0,001$), y proporción similar de depresión respecto a la nacional.

CONCLUSIONES: La repercusión de la migraña sobre las parejas de los pacientes está presente en las cuatro áreas estudiadas, presentando niveles de ansiedad superiores a los observados en la población general. La migraña es una enfermedad que conlleva una sobrecarga en el entorno del paciente.



P-058

EFICACIA Y SEGURIDAD SOSTENIDA A LARGO PLAZO DE ERENUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA EPISÓDICA QUE COMPLETARON UN ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTA DE 5 AÑOS

María Navarro¹, Dr. Messoud Ashina², Dr. Peter Goadsby³, Dr. Uwe Reuter⁴, Dr. Stephen Silberstein⁵, Dr. David Dodick⁶, Feng Zhang⁷, Fei Xue⁷, Sunfa Cheng⁷, Denise Chou⁷, Gabriel Paiva da Silva Lima⁷

¹Personal del departamento médico de Novartis Farmacéutica, S.A., Barcelona, España, pero no autora del trabajo,

²Departamento de Neurología, Danish Headache Center, Rigshospitalet Glostrup, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, ³Departamento de Neurología, University of California, ⁴Departamento de Neurología, Charité Universitätsmedizin Berlin, ⁵Jefferson Headache Center, ⁶Departamento de Neurología, Mayo Clinic, ⁷Amgen Inc

OBJETIVOS:

Erenumab ha demostrado una reducción significativa en la frecuencia de las migrañas en estudios a corto plazo; sin embargo, no se dispone de datos a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tras un periodo de tratamiento doble-ciego controlado con placebo de 12 semanas (DBTP), 383 pacientes continuaron en el estudio de extensión abierta (OLTP), recibiendo erenumab 70 mg cada 4 semanas, y aumentando a 140 mg tras una enmienda al protocolo (después de ~2 años en el OLTP). Se llevó a cabo otra enmienda al protocolo para iniciar la recogida de datos de eficacia en los años 4-5. En total, 215 pacientes completaron el OLTP de 5 años; 137 tenían datos de eficacia en la semana 268 (final del OLTP de 5 años) y fueron incluidos en este análisis.

RESULTADOS:

El cambio medio (DE) desde basal del DBTP en los días de migraña mensuales (DMM) de 8,5 (2,5) días fue de -4,8 (3,9) a la semana 64 (media de las últimas 4 semanas de 1 año de OLTP; N=129), y -5,3 (3,9) a la semana 268 (media de las últimas 4 semanas de 5 años del OLTP). El porcentaje de pacientes que alcanzaron una reducción $\geq 50\%$ en DMM a la semana 64/268 fue 62%/69%; el 41%/48% alcanzaron una reducción $\geq 75\%$ y el 26%/36% alcanzaron una reducción del 100%. El cambio medio (DE) en los días de consumo de medicación aguda específica contra la migraña (DCMA) entre los pacientes desde basal (6,1 [2,7] días de tratamiento/mes), fue de -3,2 (3,5) en la semana 64 y de -4,4 (3,3) en la semana 268. Se observaron mejoras clínicamente significativas en el HIT-6[®]. Con respecto a basal, el 68%/72% de los pacientes obtuvieron una reducción de ≥ 5 puntos a las semanas 64/268. La tasa de incidencia ajustada a exposición de los EAs y de los EA graves, durante el OLTP fue de 92,3 y 2,6 por cada 100 pacientes-año, respectivamente; esta tasa fue inferior a la observada para el placebo durante el DBTP. Un paciente falleció (muerte no atendida) durante el seguimiento, periodo en el cual erenumab no era administrado y se consideró no relacionado con el fármaco del estudio.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que recibieron erenumab durante 5 años de tratamiento mostraron una respuesta constante y sostenida. El perfil de seguridad fue comparable al observado en la población global durante el estudio aleatorizado.



P-059

ERENUMAB EN MIGRAÑA EPISÓDICA Y CRÓNICA: ANÁLISIS POST-HOC DE LOS DATOS DE EFICACIA DE MIGRAÑA DE ALTA VS BAJA FRECUENCIA EN LOS ESTUDIOS DE FASE 2 Y 3

Dra. María Navarro¹, Uwe Reuter², David W. Dodick³, Stewart J. Tepper⁴, Shannon Ritter⁵, Gabriel Paiva da Silva Lima⁶, Denise E. Chou⁶, Ronald Zelman⁷, Messoud Ashina⁸

¹Personal del departamento médico de Novartis Farmacéutica, S.A., Barcelona, España, responsable de la presentación de los datos, pero no autora del trabajo, ²Departamento de Neurología, Charité Universitätsmedizin Berlin, ³Departamento de Neurología, Mayo Clinic, ⁴Geisel School of Medicine at Dartmouth, ⁵Novartis Pharmaceuticals Corporation, ⁶Amgen Inc, ⁷Novartis Pharma B.V., ⁸Departamento de Neurología, Danish Headache Center, Rigshospitalet Glostrup, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen

OBJETIVOS:

La migraña episódica (ME) y la migraña crónica (MC) se definen en función del número de días de migraña y cefalea (ICHD-3).1 Sin embargo, la frecuencia puede variar a lo largo del tiempo dificultando su diferenciación.2

Presentamos los datos de eficacia de erenumab (70 mg/140 mg) de los subgrupos de baja y alta frecuencia de ME y MC en un análisis post-hoc del estudio fase 3 STRIVE en ME (NCT02456740)3 y del estudio fase 2 en MC (NCT02066415)4

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los subgrupos se definieron por los días/migraña/mes (DMM) en basal: ME de baja frecuencia (LFEM; 4-7 DMM), ME de alta frecuencia (HFEM; 8-14 DMM), MC de baja frecuencia (LFCM; ≥15 días de cefalea mensual [DCM], de los cuales 8-14 son DMM) y la MC de alta frecuencia (HFCM; ≥15 DCM, de los cuales ≥15 son DMM). El cambio respecto a DMM basal y las tasas de respuesta ≥50% en reducción de DMM se evaluaron en los meses 4-6 (estudio STRIVE) o en las semanas 9-12 (estudio MC).

RESULTADOS:

Erenumab, en ambas dosis, redujo significativamente los DMM en todos los subgrupos frente a placebo en la fase de doble-ciego (DBTP) en los dos estudios; en el estudio STRIVE, la reducción en DMM (meses 4-6 DBTP) en los subgrupos LFEM (placebo vs 70 mg, 140 mg: -0,98 vs -2,44, -2,93) y HFEM (placebo vs 70 mg, 140 mg: -2,62 vs -3,98, -4,40). En el estudio fase 2 MC, también se obtuvieron reducciones en DMM (semanas 9-12 DBTP) en los subgrupos LFCM (placebo vs 70 mg, 140 mg: -2,56 vs -5,58, -5,31) y HFCM (placebo vs 70 mg, 140 mg: -4,73 vs -6,89, -7,05).

La tasa de respuesta ≥50% fue significativamente superior con erenumab vs. placebo en todos los subgrupos; excepto el subgrupo LFCM de erenumab 70mg, que presentó un resultado numéricamente superior vs. placebo.

Erenumab 140mg fue numéricamente superior a 70mg en los subgrupos LFEM, HFEM y HFCM en el porcentaje de pacientes que alcanzaron una reducción ≥50% desde basal en los DMM.

CONCLUSIONES:

Este análisis post-hoc demuestra que erenumab es eficaz en todo el espectro de migraña, tanto en los subgrupos de baja y alta frecuencia de ME y MC.

REFERENCIAS:

- 1.Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.
- 2.Torres-Ferrus M, et al.Cephalalgia. 2017;37(2):104–113.



3. Goadsby PJ, et al. *N Engl J Med*. 2017;377(22):2123–2132.
4. Tepper S, et al. *Lancet Neurol*. 2017;16(6):425–434.



P-060

MIGRAÑA EPISÓDICA DE ALTA FRECUENCIA, ¿POR QUÉ ESPERAR A LA CRONIFICACIÓN?

Dr. Eduardo Trillo Mariño¹, Dr. Javier Membrilla Amós¹, Dra. Lucía Sánchez Casado¹, Dr. Carlos Corral Quereda¹, Dra. Maria Sastre Real¹, Dr. Javier Diaz de Terán Velasco¹

¹Hospital Universitario La Paz

OBJETIVO: Evaluar si existen diferencias en la mejoría de la discapacidad y el impacto de la cefalea entre pacientes con migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) y migraña crónica (MC) en tratamiento con anticuerpos monoclonales contra el CGRP de forma precoz durante el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes con MEAF y MC tratados con anticuerpos monoclonales contra el CGRP en la Unidad de Cefaleas de un hospital terciario. Los pacientes fueron evaluados con datos demográficos, con escalas de discapacidad (MIDAS) e impacto (HIT-6) de la cefalea previo al comienzo del tratamiento y a los 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 40 pacientes con MEAF y 125 con MC (edad media 49,6 años (DE 0,5); 87,9% mujeres). La media de días de cefalea al mes era de 11,80 (DE 2,52) y de 23,24 (DE 5,80) respectivamente. A los 3 meses de seguimiento, el grupo MEAF presentó una reducción media de -20,48 (DE 57,60) ($p=0,38$) en MIDAS y de -10,68 (DE 13,50) ($p<0,001$) en el HIT-6. El grupo de MC también presentaba a los 3 meses una reducción del MIDAS [-38,05 (DE 68,48); $p<0,001$] y de HIT-6 [-10,12 (DE 10,88); $p<0,001$], respectivamente. En la comparación entre los dos grupos de migraña no observamos diferencias significativas en la mejoría en la discapacidad (MIDAS: $p=0,186$; HIT-6: $p=0,843$)

CONCLUSIONES: Los pacientes con MEAF en tratamiento con anticuerpos monoclonales contra el CGRP presentan una mejoría muy significativa y similar a los pacientes con MC tras 3 meses de tratamiento.



P-061

ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Dra. Lucia Sanchez Casado¹, Dr. Carlos Corral-Quereda¹, Sra. María José Ruiz Castrillo¹, Dr. Javier A. Membrilla¹, Dra. María Sastre-Real¹, Dr. Javier Díaz de Terán Velasco¹

¹Hospital Universitario La Paz

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad de los anticuerpos contra el CGRP o su receptor en pacientes con migraña y comorbilidad autoinmune.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de pacientes con comorbilidad autoinmune y migraña crónica (MC) o migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) tratados con anticuerpos anti-CGRP (erenumab o galcanezumab). Evaluamos datos epidemiológicos y clínicos relacionados con la frecuencia de migraña, el uso de medicación sintomática y la discapacidad, según las escalas Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) y Headache Impact Test-6 (HIT-6), al inicio, a los 3 meses y a los 6 meses, así como la aparición de efectos adversos.

RESULTADOS: Incluimos 31 pacientes con enfermedades autoinmunes. Las más frecuentes fueron hipotiroidismo autoinmune (19), lupus (4), sacroileitis (4), gastritis crónica atrófica (3), enfermedad de Crohn (2) y enfermedad celiaca (2). De ellos, 23 (74.2%) recibieron erenumab y 8 (25.8%) galcanezumab. La media de días de migrañas mensual (DMM) inicial fue 18,6 [Desviación estándar (DE)=6,5]; Observamos mejoría en los DMM a los 3 meses [10,2 (DE=8)] y a los 6 meses [8,8 (DE=10)]. También obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en consumo de AINEs y triptanes y en las escalas de discapacidad MIDAS e impacto HIT-6 a los 3 y 6 meses respecto al inicio. Ningún paciente presentó empeoramiento de su enfermedad autoinmune. Solo 8 (25.8%) pacientes presentaron efectos secundarios leves, siendo el estreñimiento el más frecuente (7, 22.6%).

CONCLUSIONES: Los anticuerpos contra el CGRP o su receptor son tratamiento efectivo y seguro en pacientes con MC o MEAF y enfermedades autoinmunes.



P-062

¿CÓMO ES LA CURVA DE DOLOR EN UNA CRISIS DE MIGRAÑA?

Dra. Ana Beatriz Gago Veiga¹, Dra Alicia Gonzalez Martínez¹, Dr Josue Pagán Ortiz², Dra Sonia Quintas Gutierrez¹, Dra Alba Vieira Campos¹, Sr Javier Gálvez Goicuría², Dr Jose Luis Ayala Rodrigo³, Dr Ancor Sanz García⁴, Dra Monica Sobrado Sanz¹, Jose Aurelio Vivancos Mora¹

¹Unidad de Cefaleas. Instituto de Investigación Sanitaria de la Princesa. Hospital Universitario de La Princesa,

²Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid, ³Departamento de Arquitectura de Computadores y Automática. Universidad Complutense de Madrid, ⁴Instituto de Investigación Sanitaria de la Princesa

OBJETIVOS:

Estudios previos han permitido identificar características de una crisis de migraña; sin embargo, hasta el momento la evolución del dolor apenas ha sido estudiada. Nuestro objetivo fue analizar cómo es el tipo de curva de dolor en la migraña y su relación con la semiología la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, en tiempo real de pacientes con migraña episódica según criterios actuales (CIC-III). Durante el periodo de seguimiento (mínimo 1 mes) el paciente marcaba inicio/fin del dolor y evolución en, al menos, 5 puntos según intensidad. Se permitía medicación analgésica, si precisaba. Al finalizar completaba las características del episodio. Para la generación del modelo se utilizó K-Means y posteriormente una validación supervisada mediante logistic model tree.

RESULTADOS:

344 crisis de migraña fueron analizadas (51 pacientes); edad media 39 años, 90.2% mujeres. Considerando la intensidad máxima, tiempo en alcanzarla, relación entre ambos parámetros y duración total, todos los episodios se categorizaron en 4 tipos de curvas según las características predominantes: 1(intensidad alta), 2(inicio agudo), 3(prolongadas e intensas) y 4(intensidad baja). En el análisis univariante encontramos diferencias estadísticamente significativas según el tipo de curva con la presencia de náuseas ($p<0.001$), sonofobia($p<0.001$), osmofobia($p<0.03$) y número de síntomas simultáneos ($p<0.001$); en síntomas premonitorios como la dificultad para emitir lenguaje ($p=0.029$) y la presencia de mareo ($p=0.015$) y síntomas postdrómicos como apetito ($p=0.029$), antojo ($p=0.031$), cognitivo ($p=0.019$) o sueño ($p=0.013$). Asimismo, observamos diferencias en el uso de triptanes($p<0.001$), tiempo desde el tratamiento hasta la intensidad máxima($p<0.001$) y resolución($p<0.001$).

CONCLUSIÓN:

La evolución de la crisis del dolor puede categorizarse en 4 tipos de curva, los cuales presentan características semiológicas diferenciales.



P-063

NEUROPATÍA FACIAL POR CONSUMO DE COCAÍNA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE Y REFRACTARIA

Dra. Patricia Garrido Jiménez¹, Dra. María Cristina Alarcón Morcillo¹, Dra. Bárbara Gutiérrez Ruano¹, Dra. Adriana Muñoz González¹, Dr. Francisco José Valenzuela Rojas¹, Dr. Sergio López Anguita¹

¹Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

OBJETIVOS: La neuropatía de ramas terminales del trigémino es un desencadenante infrecuente de algia facial farmacoresistente con causas no traumáticas difíciles de sospechar. Presentamos un caso de neuropatía disautonómica de nervios infraorbitario y nasal externo de etiología ORL, con excelente respuesta a infiltración anestésica.

MATERIAL Y MÉTODOS: varón de 28 años, consumidor habitual de cocaína, que, asociado a ulceraciones milimétricas en ambas fosas nasales con posterior perforación del tabique nasal y absceso bacteriano, inicia cuadro paroxístico de dolor urente intenso en ala nasal irradiado a región infraorbitaria y cigomática bilateral pero alternante, con datos disautonómicos (edema y eritema local, ojo rojo y lagrimeo bilateral). Se extrae analítica sanguínea, incluyendo serología de virus herpes y autoinmunidad, sin alteraciones. Radiografía de tórax sin infiltrados ni derrame pleural. RM cerebral con angiografía sin lesiones. TC facial/senos que solo muestra desviación de tabique nasal.

RESULTADOS: Se realiza prueba terapéutica con gabapentina, amitriptilina, acetato de eslicarbazepina y lidocaína intranasal sin resultado favorable, tras lo que se decide iniciar tratamiento con infiltraciones locales de lidocaína 2 % 1 cc en ambos nervios infraorbitarios y nasales externos con cese completo del dolor, manteniéndose asintomático durante dos meses.

CONCLUSIONES: Destacamos con este caso la importancia de una adecuada exploración ORL dentro de las infrecuentes causas atraumáticas en neuropatías de rama distal del trigémino, dado su recorrido anatómico y la inervación bilateral cruzada descrita (anomalías de tabique, rinosinusitis o granulomatosis con poliangéitis), así como la frecuente refractariedad al tratamiento, con buena respuesta a infiltración anestésica a medio plazo.



P-064

MIGRAÑA Y CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN: EFECTO PRECOZ DE GALCANEZUMAB SIN ESTRATEGIA DE DESHABITUACIÓN PREVIA

Dr. Javier A. Membrilla¹, Sra. María José Ruiz Castrillo¹, Dra. Lucía Sánchez Casado¹, Dr. Carlos Corral¹, Dra. María Sastre¹, Dr. Javier Díaz de Terán¹

¹H. U. La Paz

OBJETIVOS: Evaluar el efecto de Galcanezumab en pacientes con migraña y cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM) de forma precoz durante el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes de migraña y CUEM tratados con Galcanezumab en la Unidad de Cefaleas de un hospital terciario. Los pacientes recibieron educación sobre la CUEM, pero no se realizó deshabituación previa al inicio de tratamiento con Galcanezumab. Se evaluaron datos epidemiológicos, cambios en días de migraña al mes (DMM), reducción de medicación sintomática y escalas de discapacidad (HIT6 y MIDAS) tras 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS: 54 pacientes con migraña y CUEM fueron tratados con Galcanezumab, con una edad media de 49.4±11.8 y 85.2% (46/54) mujeres. Cumplían criterios de migraña crónica el 39/54 (72.2%). La mediana (p25-p75) de DMM previa al tratamiento fue 20.0 (14.0-30.0), con un consumo mediano mensual de 15.0 (0.0-30.0) antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y 12.0 (8.0-25.3) triptanes. 36/54 (66.7%) completaron 3 meses de seguimiento. 18/36 (50.0%) dejaron de cumplir criterios de CUEM ($p<0.001$), con 12.7 (5.3-20.8, $p<0.001$) DMM y consumo mensual de 5.5 (0.0-16.5, $p=0.009$) AINE y 6.0 (1.0-8.8, $p<0.001$) triptanes. La puntuación de MIDAS pasó de 55.0 (16.5-145.0) a 18.0 (3.5-76.0, $p=0.005$) y la de HIT6, de 68.0 (64.5-71.5) a 57.5 (48.75-64.0, $p<0.001$).

CONCLUSIONES: Galcanezumab reduce la gravedad y discapacidad de la migraña en pacientes con CUEM tras 3 meses de tratamiento, sin necesidad de estrategia de deshabituación previa.



P-065

PREVALENCIA DE MIGRAÑA SEGÚN MS-Q EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Dra. Alicia González Martínez¹, Dra. Inés Muro García¹, Dra. Sonia Quintas¹, Dra. María Chaparro², Dr. Javier Pérez Gisbert², Dra. María José Casanova², Dra. Cristina Rubín de Célix², Dr. José Vivancos¹, Dra. Ana Beatriz Gago-Veiga¹

¹Servicio de Neurología del Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP), Unidad de Cefaleas, ²Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

OBJETIVO: El objetivo principal del presente trabajo es evaluar la prevalencia de cefalea y su caracterización como migraña de acuerdo a los criterios establecidos por la CIC-3 (Clasificación Internacional de Cefaleas), a través del cuestionario validado MS-Q en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal mediante un cuestionario online incluyendo pacientes procedentes de consultas con EII de la Unidad de EII de un hospital terciario. Para la evaluación de migraña se utilizó el cuestionario de cribado MS-Q. Se considera positiva una puntuación igual o superior a 4.

RESULTADOS: Se incluyeron 66 pacientes con EII, 28/66 (42%) mujeres, edad media 42 (DE:14) años. 17/66 habían tenido cefalea más de 5 ocasiones en su vida. 4/17 (23,5%) tenía dolor más de 15 días al mes. El cribado de migraña mediante MS-Q fue positivo en 13/66 (22,72%) pacientes con EII. La cefalea era unilateral en 5/13 (38,46%), pulsátil 10/13 (76,92%). De los pacientes con cribado positivo en MS-Q, menos de la mitad 8/14 (28,57%) había consultado con algún médico, de ellos, 6/8 (75%) consultó con algún neurólogo y sólo 2/8 (25%) a su médico de atención primaria.

CONCLUSIONES: La prevalencia de migraña según la escala MS-Q en pacientes con EII es del 22%, es mayor que la población general y similar a lo encontrado en estudios previos. El cribado de la migraña en pacientes con EII es importante el fin de mejorar el diagnóstico y manejo de esta enfermedad. Una mejor caracterización de la migraña en pacientes con EII podría permitir conocer con mayor exactitud su semiología, y si esta difiere de la migraña convencional



E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROLOGÍA COGNITIVA Y DE LA CONDUCTA

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dr. Ángel Berbel (Hospital Cruz Roja)

Dra. María Ascensión Zea (F. Cien)



P-066

DETERIORO COGNITIVO DE ORIGEN LÚPICO EN PACIENTE JOVEN

Dr. Juan Alcalá Torres¹, Dr. Carlos Santos Martín¹, Dra. Paloma Martín Jiménez¹, Dr. Guillermo González Ortega¹, Dra. Carla Amarante Cuadrado¹, Dra. Maialen González Arbizu¹, Dra. María Paz Guerrero Molina¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: El lupus eritematoso sistémico (LES) cursa de forma frecuente con afectación neurológica (entre un 30-50% según las series), en forma de ictus, crisis epilépticas, deterioro cognitivo y manifestaciones neuropsiquiátricas, entre otras. Sin embargo, algunas de ellas pueden ser secundarias a comorbilidades o efectos adversos medicamentosos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico recogido de la historia clínica de nuestro centro.

RESULTADOS: Mujer de 50 años, graduada en Derecho y empleada del hogar, natural de Paraguay, con antecedentes de LES en tratamiento con hidroxicloroquina, síndrome antifosfolípido (SAF) bajo tratamiento antiagregante (antecedente de aborto precoz), y varias crisis epilépticas de origen desconocido, con electroencefalograma (EEG) intercrítico normal, pendiente de neuroimagen cerebral, en tratamiento con levetiracetam. Acudió a Urgencias por episodio de pérdida de consciencia no presenciado, con mordedura de lengua y periodo poscrítico mayor de 20 minutos. En la anamnesis, la familia relataba fallos mnésicos y déficit atencional de 1 año de evolución, negando déficits neurológicos hiperagudos que sugirieran una etiología vascular. A la exploración destacaba una franca inatención (incapaz de decir días de la semana en orden inverso), con fallos en la lectoescritura, cálculo, memoria reciente, praxias (ideatorias e ideomotoras) y funciones ejecutivas, asociando reflejos vivos generalizados, sin otros datos de focalidad. Analítica y EEG anodinos (incluyendo marcadores inflamatorios sistémicos), salvo por positividad para anticuerpos antifosfolípidos (aFL) y ligera hipocomplementemia. En resonancia magnética cerebral presentaba una extensa angiopatía crónica de pequeño vaso, con ictus crónicos en ACA y ACM derechas, en probable relación con vasculopatía lúpica. Un ecocardiograma transesofágico descartó endocarditis de Libman-Sacks (ELS). La paciente fue diagnosticada de deterioro cognitivo subcortical secundario a vasculopatía lúpica y epilepsia focal secundaria. El grado atencional mejoró tras el aumento de dosis de levetiracetam, y se inició anticoagulación con acenocumarol, suspendiéndose la antiagregación. Finalmente, se procedió al alta, con seguimiento en consultas de Vascular y Deterioro cognitivo.

CONCLUSIONES: La disfunción cognitiva constituye una manifestación neurológica frecuente del LES (hasta 30% de pacientes), cuya patogenia se asocia a daño microvascular subcortical, apoyada en la positividad de aFL. Estos anticuerpos se han asociado a un aumento del riesgo de ictus de etiología trombótica y cardioembólica (fundamentalmente por ELS). El inicio o aumento de dosis de inmunosupresión no está justificado en estos casos (salvo si asocian vasculitis del sistema nervioso central); si bien se deben valorar las causas potencialmente tratables (acenocumarol en SAF para INR 2.5-3.5), e inicio de antiepilépticos si se producen crisis secundarias



E-POSTERS. TEMÁTICA: EPILEPSIAS

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dra. Inés Fernández Barriuso (Hospital Universitario de Fuenlabrada)

Dra. María José De Aguilar (Hospital Universitario La Paz)



P-067

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO GENETICO EN LAS EPILEPSIAS FOCALES DE INICIO MUY PRECOZ

Dr. Jaime Medrana Corral¹, Dr. Carlos Piquero Fernandez¹, Dr. Guillermo Martín Avila¹, Dra. María García García¹, Dr. Eduardo Escolar Escamilla¹, Dra. Carolina Saenz Lafourcade¹, Dra. Indira Astudillo Rodríguez¹, Dra. Beatriz Martínez Menendez¹

¹Hospital Universitario de Getafe

INTRODUCCIÓN: Las epilepsias focales de inicio muy precoz, de aparición en los 3 primeros meses de vida, obliga al neuropediatra a descartar causas orgánicas (metabólicas, estructurales, infecciosas, etc.) como probable etiología. Las epilepsias de inicio a esta edad durante décadas ante la ausencia de una causa etiológica clara fueron catalogadas como criptogenicas o idiopáticas. Desde la aparición de los paneles genéticos dirigidos para epilepsias según algunas series publicadas hasta un 70% de las que antes se daban por idiopáticas, pueden ser atribuidas a mutaciones genéticas. Entre este tipo de epilepsias de inicio precoz y de causa genética poco habitual se encuentran las epilepsias focales familiares autosómico dominantes.

OBJETIVO: Mediante la presentación de dos casos clínicos enfatizar la utilidad de los estudios genéticos en las epilepsias focales de inicio muy precoz con diagnostico electro-clínico indeterminado.

MATERIAL: Presentamos dos niñas con crisis focales evidenciadas clínica-electroencefalograficamente de inicio a los 2 y 3 meses de edad sin antecedentes relevantes. Se realizó estudio etiológico completo con pruebas de imágenes, bioquímica, autoinmunidad, panel de enfermedades metabólicas, resultando todo normal. Ambas tuvieron mala respuesta a levetiracetam y buena al ácido valproico con lo cual se encuentran asintomáticas hasta la actualidad. Se solicitó exoma para completar estudio.

RESULTADOS: Ambos casos mostraron mutaciones en los genes DEPDC5 y NPRL2; relacionados con la vía descendente del m-TOR, descritos en epilepsias focales familiares autosómicas dominantes.

CONCLUSIONES: El exoma dirigido tiene utilidad en las crisis focales de inicio dentro de los primeros 3 meses de vida y podría suponer cambios en el estudio etiológico de estos pacientes.



P-068

DANDO DE COMER A LA NEURONA: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS Y DE TRATAMIENTO EN PACIENTE MELAS CON STROKE-LIKE DE PRESENTACIÓN TARDÍA

Dr. Carlos Piquero Fernández¹, Dr. Jaime Medranda Corral¹, Dra. María García García¹, Dr. Guillermo Martín Ávila¹, Dra. María Teresa Montalvo Moraleda¹, Dr. Eduardo Escolar Escamilla¹, Dra. Belén Pilo de la Fuente¹, Dra. Carolina Saenz Lafourcade¹, Dr. José María Lara Torres¹, Dr. Jorge Mario Sánchez Torres¹, Dra. Indira Astudillo Rodríguez¹

¹Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS:

El síndrome MELAS (mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, stroke-like episodes) es una encefalopatía mitocondrial cuya característica principal, obligatoria para el diagnóstico, son los episodios stroke-like, lesiones focales de causa metabólico-isquémica. Aunque la amplia mayoría de los síntomas debutan entre los 2-40 años, un 1-6% de los individuos los desarrollan por encima de los 40.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 43 años con antecedentes de hipoacusia neurosensorial bilateral y epilepsia generalizada de origen metabólico mitocondrial (presenta biopsia muscular con fibras rojas rasgadas y estudio genético con mutación m.3243A>G en gen MT-TL1), tratada con valproato. Presenta estatus epiléptico generalizado, llegando a nuestro hospital en coma y precisando intubación orotraqueal. En el TC craneal urgente se aprecia de forma precoz una hipodensidad cortico-subcortical parietotemporal izquierda. En LCR hay un aumento de lactato.

RESULTADOS:

Dados los antecedentes del paciente se sospecha cuadro de stroke-like en el contexto de un MELAS (cumpliendo criterios diagnósticos de Yatsuga et al.), por lo que se sustituye el valproato (por toxicidad mitocondrial) por levetiracetam y se inicia suplementación de la cadena respiratoria con arginina. Se confirma en RM cerebral una lesión compatible con stroke-like y se añade al tratamiento creatina, carnitina y coenzima Q. Clínicamente, el paciente mejora de forma progresiva recuperando el nivel de consciencia lentamente, sin aparente focalidad neurológica.

CONCLUSIONES:

Presentamos un caso atípico de MELAS por su presentación tardía. Aunque no existen ensayos clínicos al respecto, la recomendación actual para el tratamiento agudo en el stroke-like es administrar arginina lo antes posible y evitar fármacos con toxicidad mitocondrial. La adición de suplementos de la cadena respiratoria tiene un papel incierto pero puede ser beneficiosa según algunas series.



E-POSTERS. TEMÁTICA: ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dra. Lucía Galán (Hospital Clínico San Carlos)

Dra. Raquel Cuenca (H. Infanta Leonor)



P-069

ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ Y EL SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Sra. Verónica López Diego¹, Sra Silvana Espada Rubio¹, Sra Lucía Fabiá Polo¹, Sra Cristina Cordero Sánchez¹, Sra Maria Elena Novillo López¹, Sra Pilar Sobrino García¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible se presenta como consecuencia de una alteración del endotelio vascular, secundaria a un sinfín de causas, siendo la HTA un desencadenante común.

Por otra parte, entre las manifestaciones clínicas del Síndrome de Guillain-Barré se encuentra la parálisis ascendente arrefléxica, afectación de nervios craneales y disautonomía.

La disfunción autonómica, complicación que afecta al 60% de los pacientes con SGB, puede manifestarse como fluctuaciones hemodinámicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 67 años con cuadro de instauración progresiva de diplegia facial, disfagia, paraparesia arrefléxica e inestabilidad de la marcha. El estudio LCR y neurofisiológico fue congruente con la existencia de una polirradiculoneuropatía aguda desmielinizante con afectación de nervios craneales.

Recibido ciclo de IGIV con deterioro de cifras tensionales y desarrollo de episodios confusionales, uno de ellos con alteración en la emisión del lenguaje. En RMN craneal se observaron lesiones de sustancia blanca sugerentes de PRES con resolución posterior, persistiendo un infarto rolandico izquierdo.

RESULTADOS:

Se desconoce el mecanismo exacto de la relación entre las afecciones, aunque la disautonomía parece un factor determinante común.

El uso de IGIV es un factor de riesgo para el aumento de la TA, hiperviscosidad y vasoespasmos, todos asociados al PRES; pero la existencia de casos asociados sin uso de IGIV sugiere la existencia de un vínculo directo entre ambas patologías, independiente del uso de IGIV.

CONCLUSIONES:

Se considera mandatorio, como parte del tratamiento sintomático del SGB, un control hemodinámico estricto, pudiendo ser de tal magnitud como para desencadenar un PRES.



P-070

MIASTENIA GRAVIS Y NEUROMIELITIS OPTICA: UNA ASOCIACION POCO FRECUENTE

Dra. Cristina Cordero Sánchez¹, Dra. Laura Borrega Canelo¹, Dra. Lucía Fabiá Polo¹, Dra. Verónica López Diego¹, Dra. Silvina Espada Rubio¹, Dra. Nora De la Cruz Fernández¹, Dra. María Barcenilla López¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón

OBJETIVOS:

Presentamos un caso de asociación de neuromielitis óptica izquierda (NMO) y miastenia gravis (MG) y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 47 años que durante el embarazo debuta con miastenia gravis generalizada, con anticuerpos anti R-Ach y jitter positivos. Se le realizó timentomía y recibió tratamiento con mestinon y corticoides durante un año, permaneciendo asintomática desde entonces. Quince años más tarde, presenta episodio de alteración visual en ojo izquierdo compatible con neuritis óptica izquierda. En pruebas complementarias: Neuritis óptica izquierda en RM cráneo-cervical sin otras alteraciones, anticuerpos antiAQP4 positivos, BOC negativas.

RESULTADOS:

La MG y la NMO son patologías inmunomediadas de baja prevalencia, con mayor asociación en mujeres jóvenes, de raza no-caucásica. El curso de la enfermedad de la MG suele ser más leve y preceder a la NMO en una media de 10 años. En tres estudios realizados en Japón, Alemania y Reino Unido, más del 80% de los pacientes habían sido tratados con timentomía, lo que podría suponer un factor de riesgo de posterior desarrollo de NMO. El mecanismo por el cual se asocian aun es desconocido, si bien podría relacionarse con la reducción y/o disfunción de células T reguladoras.

CONCLUSIONES:

La NMO y MG son enfermedades autoinmunes poco frecuentes en la población general y al presentarse conjuntamente, pueden modificar el pronóstico y tratamiento de los pacientes.



P-071

NEUROPATÍA ASOCIADA A PLEKHG5: AMPLIANDO EL ESPECTRO FENOTÍPICO y GENÉTICO

Dra Belén Baena Álvarez¹, Dra Raquel Sainz Amo¹, Dr Fernando Rodríguez Jorge¹, Dr Jorge Gómez Corral¹, Dra Eva García Galloway¹, Dr Adriano Jiménez Escrig¹

¹Hospital Ramón Y Cajal

OBJETIVOS

El gen PLEKHG5, implicado en la vía de señalización del factor nuclear kappa B, se expresa predominantemente a nivel del sistema nervioso periférico. En los últimos años, las mutaciones en este gen se han asociado a CMT intermedia AR tipo C y atrofia muscular espinal distal AR tipo IV. Presentamos un caso de CMT de tipo axonal secundario a una mutación no descrita previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico. Estudio clínico, genético y patológico.

RESULTADOS

Mujer de 59 años, sin antecedentes relevantes y de padres no consanguíneos, referida a nuestras consultas por parestias de miembros inferiores de dos años de evolución destacando a la exploración hiporreflexia generalizada y discreta deformidad de pie izquierdo. El estudio neurofisiológico mostró potenciales sensitivos y motores de amplitud disminuida además de cambios neurogénicos crónicos en el electromiograma, compatible con neuropatía axonal de miembros inferiores. Se realizó un estudio etiológico completo que descartaba patología infecciosa, metabólica o autoinmune. A nivel analítico, destacaba la elevación persistente de cifras de CK a lo largo de la monitorización. La paciente presentó en el seguimiento durante 3 años empeoramiento clínico y electrofisiológico progresivo, asociando hipoestesia y pérdida de fuerza de MMII de predominio distal con progresión hacia proximal, con dificultad de la marcha. A la exploración no se objetivó atrofia muscular, afectación de pares craneales ni afectación sistémica. Se completó el estudio con análisis de proteína TTR que fue negativo y una RM lumbar sin alteraciones. Se propuso biopsia del nervio sural, objetivándose cambios leves de degeneración axonal.

A los seis años desde el inicio de la sintomatología, el estudio neurofisiológicos mostró afectación axonal severa con discreta disminución de velocidades de conducción secundaria (>35 cm/s).

Finalmente se solicitó un exoma para enfermedad de Charcot Marie Tooth, identificándose una nueva variante missense en homocigosis probablemente patogénica en el gen PLEKHG5 (c.475G>A; p.V159M)

Además del caso actual, hasta la fecha se han descrito otras 15 variantes patogénicas. Consideramos que en este caso la sintomatología que presenta la paciente podría justificarse por la mutación encontrada.

CONCLUSIONES

Presentamos una nueva mutación homocigótica del gen PLEKHG5 que además constituye el primer caso de CMT de tipo axonal con velocidades de conducción conservadas, ampliando así el espectro fenotípico y genético de las enfermedades asociadas a PLEKHG5.



P-072

CUANDO EL LOBO SE COME LOS NERVIOS: POLIRRADICULONEUROPATÍA AXONAL AGUDA RECURRENTE EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Dr. Carlos Piquero Fernández¹, Dr. Pablo Margüenda Contreras¹, Dr. Jaime Medranda Corral¹, Dra. María García García¹, Dr. Guillermo Martín Ávila¹, Dra. Belén Pilo de la Fuente¹, Dr. Eduardo Escolar Escamilla¹, Dra. Carolina Saenz Lafourcade¹, Dra. Ana Pinel González¹, Dra. Alba Cárcamo Fonfría¹, Dr. Rodrigo Terrero Carpio¹, Dr. Alejandro Méndez Burgos¹, Dra. María Teresa Montalvo Moraleda¹, Dra. Nora Lebrato Rubio¹

¹Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS:

Las manifestaciones neuropsiquiátricas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se observan entre el 14 y el 95% de los pacientes. La polirradiculopatía desmielinizante aguda es una complicación rara del LES, descrita en el 0,6-1,7%. Dentro de las variantes axonales asociadas a LES existen solo 4 casos de PNP axonal sensitivo-motora (AMSAN) descritos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 27 años diagnosticada en 2011 de LES, sin tratamiento por decisión propia. En noviembre de 2019 presenta un cuadro de paraparesia, deterioro de la función renal y anemia, desarrollando tetraparesia y requiriendo ingreso en UCI sin intubación. Recibe tratamiento con un ciclo de inmunoglobulinas, corticosteroides y 6 ciclos de ciclofosfamida. El ENG muestra hallazgos compatibles con AMSAN. La biopsia renal muestra nefropatía IgA primaria.

RESULTADOS:

Tras el alta la paciente recupera su estado funcional previo, sin tratamiento desde febrero de 2020. En marzo de 2021 ingresa por nuevo cuadro similar, requiriendo intubación orotraqueal. El ENG muestra en este caso una AMAN. La biopsia renal resulta de nefritis lúpica tipo IV. Se pauta el mismo tratamiento (en este caso con 2 ciclos de inmunoglobulinas), aunque la evolución es más lenta y tórpida. Actualmente la paciente ha sido extubada y continúa rehabilitación en planta.

CONCLUSIONES:

La polirradiculoneuropatía inflamatoria axonal asociada a LES es una entidad raramente descrita. Este es el primer caso descrito con un curso recurrente. Puede llegar a presentar un curso fulminante, y en este caso resulta clave el combinar el tratamiento con inmunoglobulinas con el uso de inmunosupresores.



P-073

UN MIOCLONO MISTERIOSO Y CURABLE: ESTIMULACIÓN FRÉNICA E INTERCOSTAL POR MARCAPASOS

Dr. Carlos Piquero Fernández¹, Dr. Jaime Medranda Corral¹, Dra. María García García¹, Dra. Almudena Rueda Marcos¹, Dr. Guillermo Martín Ávila¹, Dra. Alba Cárcamo Fonfría¹, Dr. Rodrigo Terrero Carpio¹, Dr. Alejandro Méndez Burgos¹, Dra. María Teresa Montalvo Moraleda¹

¹Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS:

El mioclono periférico es un subtipo de movimiento involuntario por afectación radicular o del nervio periférico. Un correcto examen puede permitir identificar ciertos patrones y orientar el diagnóstico, como en el flutter diafragmático, pero cuando estos son menos definidos es necesario apoyarse en pruebas complementarias, descartar otras causas y, en ocasiones, un poco de suerte.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 73 años, portador de un marcapasos por bloqueo AV avanzado, que acude a la consulta de Neurología por presentar desde hace 6 meses movimientos involuntarios repetitivos en la región torácica izquierda. Al examen se observan movimientos en pared torácica irregulares y arrítmicos, sin desplazamiento del tronco, con contracción visible de varios segmentos musculares.

RESULTADOS:

Bajo la sospecha inicial de un mioclono segmentario/periférico, se solicitan pruebas complementarias analíticas, neurofisiológicas y de imagen espinal. Durante la espera para su realización el paciente acude a la revisión de su marcapasos y su cardiólogo modifica la polaridad del estimulador del ventrículo izquierdo. Los movimientos desaparecen por completo.

CONCLUSIONES:

En pacientes portadores de marcapasos la estimulación inapropiada del nervio frénico es una complicación común, aunque poco reconocida por los neurólogos, y su presentación más frecuente es como flutter diafragmático. La posición anatómica del nervio sobre la vena coronaria lateral izquierda (o marginal izquierda), lugar común de alojamiento del catéter estimulador del VI, propicia la estimulación del mismo. En series con dispositivos de resincronización cardiaca se ha encontrado estimulación del nervio frénico (PNS) hasta en el 24%. La identificación de esta patología permite resolverla completamente en la mayoría de casos.



P-074

UNA FAMILIA CON CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 4D

Dr. Gabriel Velilla Alonso¹, Dra Irene Catalina Álvarez¹, Dr Alberto Lozano Ros¹, Dr José Luis Muñoz Blanco¹

¹Hospital Gregorio Marañón

OBJETIVOS:

Presentamos una familia con tres miembros afectados de neuropatía sensitivo-motora hereditaria autosómica recesiva por mutación en el gen NDRG1.

PACIENTES Y MÉTODOS:

El caso índice es una mujer de 32 años que padece una neuropatía progresiva severa con inicio de los síntomas en la primera década de vida. A los 20 años asoció pérdida auditiva. Destaca además postura distónica cervical con temblor asociado.

La paciente es de etnia gitana, de padres aparentemente no consanguíneos. Nacida en Madrid, las familias de sus abuelos eran de Extremadura y Portugal. Es la menor de cuatro hermanos y dos de ellos (una mujer de 38 años y un hombre de 36) están afectados por un fenotipo similar. Su hermana también presenta temblor cefálico.

RESULTADOS:

La secuenciación del gen NDRG1 mostró una mutación en homocigosis (c.442C>T,p.Arg148Ter). El estudio genético confirmó la presencia de la misma mutación en los otros cinco miembros de la familia: los hermanos afectados en homocigosis y los miembros sanos en heterocigosis. Un electromiograma mostró un temblor distónico cervical a 5 Hz en la paciente y su hermana.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo 4D (CMT4D, conocida como tipo Lom) es una rara neuropatía autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen NDRG1. Afecta típicamente a población gitana y suele asociar déficit auditivo. El temblor distónico cervical asociado no se había descrito antes en pacientes con CMT4D. Hasta donde conocemos, se trata de la segunda familia española descrita que presenta una mutación del gen NDRG1 en todos sus miembros y la primera en la Comunidad de Madrid.



P-075

POLINEUROPATIA AGUDA INFLAMATORIA DESMIELINIZANTE (PAID) SIMULANDO EL SINDROME CENTRO-MEDULAR EN EL TRANCURSO DE UNA INFECCIÓN POR SARS-COV2. ¿MÁS QUE UNA SIMPLE COINCIDENCIA?

Dr. LUCA PALLIOTTI¹, Dra Verónica Cid Izquierdo¹, Dr. Manuel García Ruiz¹, Dr. Miguel Sanchez Boyero¹, Dr. Leonardo Portocarrero Sanchez¹, Dra. Eva López Valdés¹, Dr. Alberto Marcos Dolado¹, Dr. Ricardo Constantino Ginestal López¹

¹Hospital Clinico San Carlos

OBJETIVOS

Si bien cada vez más aceptada, la PAID inducida por Sars-Cov2 es una entidad todavía debatida por el mundo científico. Presentamos una manifestación atípica de PAID producida durante una infección por Sars-Cov2.

MATERIAL Y METODOS

Descripción de un caso clínico de una paciente atendida en planta de Neurología de nuestro centro.

RESULTADOS

Mujer de 28 años sin antecedentes de interés y recién diagnosticada de infección por Sars-Cov2, acude a Urgencias por cuadro progresivo de cinco días de sensación de hormigueo ascendente en ambas manos (hasta codos) asociado a dificultad para manipular objetos de la vida cotidiana. A la exploración neurológica destaca patrón de desaferentización de los cuatro miembros, arreflexia miotática generalizada y reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Además, llama la atención una marcada hipoestesia termo/tactoalgésica comprendida entre región infraclavicular y rodillas (incluyendo miembros superiores y con conservación de cara posterior de ambos muslos) con sensibilidades vibratoria y artrocinética conservadas, hallazgos compatibles con nivel sensitivo suspendido y posible afectación centromedular en territorio C5-L3. Ante todo lo descrito, se decide ingreso en planta de Neurología, realizándose inicialmente pruebas inmunológicas, microbiológicas y resonancia magnética craneal y medular. No se objetivan hallazgos patológicos salvo persistencia de positividad de PCR de Sars-Cov2 y formación de IgG contra el virus. Finalmente se realiza electromiograma que muestra un patrón de polineuropatía de predominio sensitivo desmielinizante compatible con PAID.

CONCLUSIÓN

Nuevas evidencias demuestran la relación entre infección por Sars-Cov2 y PAID. En ocasiones, esta entidad puede presentarse de forma atípica, simulando un síndrome centromedular como en nuestro caso.



P-076

DEBILIDAD DE CINTURAS COMO EXPRESIÓN DE SÍNDROME MIASTÉNICO CONGÉNITO

Dr. Alberto Rodríguez López¹, Dra. Ester Morales García¹, Dr. Eduardo San Pedro Murillo¹, Dr. Guillermo González Ortega¹, Dr. Jesús Esteban Pérez¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: Los síndromes miasténicos congénitos son un grupo heterogéneo de trastornos genéticos que se caracterizan por debilidad fluctuante de inicio precoz. El diagnóstico y determinación del gen causal permite orientar el pronóstico y tratamiento de estos trastornos frecuentemente insospechados.

MATERIAL Y MÉTODOS: descripción de un caso clínico (imagen clínica y EMG)

RESULTADOS: Varón de 58 años que desde la adolescencia presenta dificultad para elevar los brazos por encima de los hombros y posteriormente para levantarse de las sillas, con empeoramiento en las temporadas más calurosas. En la exploración se objetiva debilidad de predominio en cinturas y fatigabilidad en la abducción de los miembros superiores. Se realiza analítica con CPK 371 U/l, actividad de la alfa glucosidasa normal y RMN de muslos y piernas que objetiva atrofia muscular bilateral de predominio en glúteos y región posterior de muslos y piernas. En la electromiografía se evidencia patrón decremental en la estimulación repetitiva del músculo trapecio con estímulo en el nervio espinal. Por ello se solicita un estudio genético donde se confirma una variante probablemente patogénica en el gen GFPT1, compatible con el diagnóstico de miastenia congénita con agregados tubulares, por lo que se pauta piridostigmina con leve respuesta clínica.

CONCLUSIÓN: La debilidad de cinturas escapulares suele orientar el diagnóstico diferencial hacia las distrofias musculares. Sin embargo, las posibles fluctuaciones y el patrón decremental en la electromiografía, pueden ser datos sugestivos de una miastenia congénita por defectos en la glicosilación, como el gen GFPT1.



P-077

PARÁLISIS FACIAL: POSIBLE VARIANTE GUILLAIN-BARRÉ TRAS ADMINISTRACIÓN DE PRIMERA DOSIS EN VACUNA DE SARS-COV-2 DE ADENOVIRUS

Dr. Alberto Saez Marín¹, Dra Patricia Garay Albízuri¹, Dr Juan Luis Chico García¹, Dra Araceli Alonso Cánovas¹, Dr Iñigo Corral Corral¹, Dr Jaime Masjuan Vallejo, Dr Francisco Javier Buisán Catevilla¹

¹Hospital Ramon Y Cajal

OBJETIVO

El plan de vacunación poblacional para Sars-Cov-2 ofrece una oportunidad para evaluar los efectos adversos neurológicos en una población heterogénea y amplia. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una complicación conocida en otras vacunas, como la de influenza, que asoció un aumento significativo del riesgo relativo de 1.7, describiéndose casos aislados de la variante de diplegia facial (DF). Hasta la fecha, en relación con la vacuna SARS-CoV-2, se han reportado 2 series de casos, 4 pacientes de Reino Unido y 7 pacientes en India.

Presentamos 4 casos de parálisis facial, 3 de ellos variante de SGB, en el contexto de administración de primera dosis de vacuna Sars-Cov-2 con adenovirus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Serie de casos.

RESULTADOS

Presentamos 2 varones y 2 mujeres (rango de edad entre 50-61 años). Como antecedentes personales 2 de ellos presentaban hipertensión arterial y obesidad, una cardiopatía isquémica y una esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (estable, sin tratamiento desde 2012). Ninguno de los pacientes había presentado infección confirmada previa por Sars-Cov-2.

Los 4 pacientes manifestaron debilidad de la musculatura facial moderada-grave (3 de ellas con afectación bilateral) con una mediana de 13 (rango 7-35) días tras la administración de la primera dosis de Sars-Cov-2 de adenovirus (3 AstraZeneca y 1 Janssen). En la exploración, uno de los pacientes presentaba arreflexia global, sin otras alteraciones relevantes al examen neurológico en el resto.

En los 3 pacientes con DF se realizó estudio de LCR, presentando 2/3 disociación albuminocitológica. El ENG demostró caída de amplitud de ambos nervios faciales en 2/3.

Se realizó Resonancia Magnética craneal en 2/4 pacientes, evidenciándose en 1 caso realce de ambos nervios faciales. Los anticuerpos anti-gangliósido fueron negativos en 2/3 pacientes con DF (pendientes en un caso).

En todos los pacientes se inició tratamiento con corticoides orales a dosis de mg/kg y los que presentaban DF se administró inmunoglobulinas IV 0,4g/kg durante 5 días. La evolución fue favorable, con resolución completa en 2 y parcial en 1 de los pacientes, sin casos de recurrencias o empeoramiento posterior.

CONCLUSIÓN

Describimos una serie de casos de SGB variante DF en relación temporal con la administración de la vacuna de adenovirus de Sars-Cov-2. Los pacientes cursaron con un cuadro más benigno que asoció una negatividad de los anticuerpos anti-gangliósido, con resultados similares a otras series. Aunque se requieren más estudios para confirmarlo, se debe valorar la DF como posible complicación de la vacuna Sars-Cov-2 con adenovirus.



E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROINMUNOLOGÍA-NEUROONCOLOGÍA

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dra. Laura Lacruz (Hospital Universitario La Paz)

Dr. Gabriel Torres (Hospital Universitario La Paz)



P-078

NEURONOPATÍA SENSITIVA O SÍNDROME DE DENNY-BROWN. POCO COMÚN, IMPORTANTE DE RECONOCER.

Dr. Carlos Serra Smith¹, Dra. Ángela Rodríguez López¹, Dr. Carlos Alberto López Reyes¹, Dra. Elena Díaz Fernández¹, Dra. Laura Del Pino Tejado¹, Dra. Irene Catalina Álvarez¹, Dr. Jose Luis Muñoz Blanco¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS:

El síndrome de Denny-Brown, consecuencia de la afectación aislada de la neurona ganglionar sensitiva, constituye una entidad infrecuente que se debe diferenciar de otras enfermedades del sistema nervioso periférico. Presentamos el caso de una paciente con el cuadro clásicamente descrito.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 45 años acude a Urgencias al mes de evolución de un cuadro que iniciando con dolor neuropático en ambas piernas, desarrolla alteración sensitiva ascendente en miembros inferiores y superiores hasta llegar a facies e inestabilidad para la marcha. A la exploración se objetiva hipoestesia facial así como en miembros superiores en guante hasta codos y en miembros inferiores de forma asimétrica. Los reflejos están abolidos globalmente, con balance muscular conservado. La marcha es notoriamente atáxica.

RESULTADOS:

En LCR destaca inicialmente proteinorraquia aislada. El estudio neurofisiológico reveló afectación de potenciales evocados somatosensoriales a nivel periférico preganglionar. La radiografía de tórax objetivó una masa pulmonar no conocida, correspondiente a un carcinoma microcítico de pulmón. La positividad para anticuerpos anti-Hu, otorgó el diagnóstico final de síndrome Denny-Brown paraneoplásico. La paciente ha presentado un rápido empeoramiento de la situación neurológica hasta el inicio del tratamiento oncológico, con estabilización posterior.

CONCLUSIONES:

El síndrome de Denny-Brown es una entidad poco frecuente que puede tener origen en procesos de diversa naturaleza, incluyendo la paraneoplásica. Es de gran importancia el despistaje de neoplasia oculta, teniendo en cuenta que puede aparecer años después de los síntomas neurológicos. Familiarizarse con este síndrome favorece un mayor grado de alerta sobre esta entidad y un abordaje adecuado que evite retrasos diagnóstico-terapéuticos.



P-079

ENCEFALITIS INFECCIOSA VS ENCEFALITIS AUTOINMUNE: UN RETO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINAR.

Dr. Javier Villaceros Álvarez^{1,2,3}, Sra. María Ojeda Remizova, Dra. Marta Guillán Rodríguez^{1,2,3}, Dra. María de la Concepción Pérez-Jorge Peremarch¹, Dra. Raquel Téllez Pérez⁴, Dr. Carlos Ordás Bandera^{1,2,3}, Dra. Beatriz Álvarez Mariño^{1,2,3}, Dra. Juana Martínez Ramos^{1,2,3}, Dra. Natalia Barbero Bordallo^{1,2,3}, Dr. José Fernández Ferro^{1,2,3}

¹Hospital Rey Juan Carlos, ²Hospital General de Villalba, ³Hospital Infanta Elena, ⁴Fundación Jiménez Díaz

OBJETIVOS: La encefalitis es un reto diagnóstico por su alta morbilidad sin tratamiento, requiriendo un abordaje multidisciplinar. Nuestro objetivo es describir una serie de casos y comparar las encefalitis infecciosas y autoinmunes en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados por encefalitis en nuestro centro durante 2012-2021. Se recogieron diversas variables demográficas, clínicas, terapéuticas y pronósticas, y se compararon entre encefalitis infecciosa (EI) y autoinmune (EA).

RESULTADOS: N=54, de los cuales 43 (79,63%) fueron EI y 11 (20,37%) EA. La edad media fue mayor en EI que en EA (59,81 vs 45,64) ($p=0,055$). Un 58,1 % de pacientes con EI desarrollaron fiebre frente a un 27,3% de las EA ($p=0,068$). Los pacientes con EA presentaron más déficits mnésicos (36,4% vs 11,1%) ($p=0,012$) y trastornos del movimiento (36,4% vs 4,7%) ($p<0,05$). Encontramos diferencias significativas en la pleocitosis (Mediana=72,5/mm³ en las EI frente a 8/mm³ en EA) ($p=0,006$), proteinorraquia (Mediana=83,2mg/dl vs 52,6mg/dl) ($p=0,028$) y PCR en sangre (Mediana=0,51mg/dl vs 0,28mg/dl) ($p=0,011$). Un 54,5% de los pacientes con EA presentaron anticuerpos antineuronales positivos (3 anti-GAD, 2 anti-LGI1, 1 anti-NMDAR). El microorganismo más frecuente en las EI fue VHS-1 (43,5%).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio trata de ayudar en la búsqueda de marcadores que nos permitan diferenciar la encefalitis infecciosa de la autoinmune por el diferente manejo que presentan, destacando la mayor presencia de trastornos del movimiento y alteración de la memoria en EA, así como mayor pleocitosis, proteinorraquia y PCR en sangre en EI.



P-080

CUANDO TIENEN ALGO QUE DECIR; MIDRIASIS ARREACTIVA EN EL SÍNDROME DE MILLER FISHER: A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

Dr. Jaime Medrana Corral¹, Dr. Guillermo Martín Avila¹, Dr. Carlos Piquero Fernandez¹, Dra. María García García¹, Dra. Sara Hernandez Santamaria¹, Dr. Eduardo Escolar Escamilla¹, Dra. Ana Pinel Gonzales¹, Dr. Rodrigo Terrero Carpio¹, Dr. Alejandro Mendez Burgos¹, Dra. Belen Pilo De La Fuente¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Miller Fisher (MFS) es una neuropatía autoinmune considerada una variante del síndrome de Guillan Barre caracterizada por oftalmoplejía externa, ataxia y arreflexia. La midriasis está presente en el 35% de los casos típicos. Los anticuerpos Anti-GQ1b IgG son un marcador fiable, presente en el 90% de pacientes. La midriasis bilateral aguda plantea importantes diagnósticos diferenciales.

OBJETIVO: Descripción del caso clínico de midriasis arreactiva bilateral aguda.

MATERIAL: Varón de 28 años sin antecedentes relevantes, acude a urgencias por visión borrosa y doble. 72 horas antes, tras la ingesta de un suplemento nutricional presenta exantema corporal que tratan con dexclorfeniramina, interpretándose la clínica como efecto adverso del fármaco. Una semana antes del inicio de la clínica, presentó cuadro diarreico acompañada de fiebre hasta 39º. En la exploración inicial, destaca la midriasis arreactiva bilateral, por lo que se cursó ingreso para estudio. Se realiza TC y RM craneal, RX tórax, EMG, bioquímica, autoinmunidad en sangre y estudio de LCR. Es valorado por oftalmología descartando causa oftalmológica. Durante su evolución en planta de hospitalización presenta paresia del VI par bilateral.

RESULTADOS: pruebas de neuroimagen normales y positividad a anticuerpos anti GQ1b y GT1a en suero.

CONCLUSIONES: Dentro del diagnostico diferencial de patologías que cursan con midriasis bilateral arrefléctica y a pesar de no presentar inicialmente oftalmoplejía externa, ataxia y arreflexia se debe incluir al MFS. Los anti GQ1B son un buen marcador de esta patología siendo positivos en el 90% de los casos.



P-081

SÍNDROME PARANEOPLÁSICO NEUROLÓGICO. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y DESARROLLO DE NEOPLASIA

Dr. Gabriel Torres Iglesias, Dra Laura Lacruz Ballester, Dr Íñigo De Lorenzo Martinez de Ubago, Dra Inmaculada Puertas Muñoz, Dra Mireya Fernández-Fournier Fernández, Dr Antonio Tallón Fernández

¹Hospital Universitario La Paz

OBJETIVOS: Los criterios diagnósticos de los síndromes paraneoplásicos neurológicos (SPN) distinguen distintos grados de certeza diagnóstica dependiendo de la forma de presentación clínica, la positividad de los anticuerpos onconeuronales (AcO) y/o la presencia de neoplasia. Nuestro objetivo es evaluar el riesgo de cáncer a los 5 años, según dichos criterios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio unicéntrico de cohortes retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes con sospecha de SPN a los que se les solicitó AcO entre los años 2013 y 2015. Los SPN se clasifican en “clásico” (SC) y “no clásico” (SNC) según los criterios de Graus et al., 2004. Se analiza la presencia de AcO en suero, así como el riesgo de de neoplasia en 5 años.

RESULTADOS: De un total de 160 pacientes estudiados (60,6% mujeres), con una edad media de 43,8 [0-84] años, el 26,1% presentó un SC y 44,1% un SNC. En 21 (13,7%) se detectó una neoplasia en el estudio inicial del síndrome neurológico. La aparición de neoplasia en el periodo de seguimiento fue en un 7,1% de los SC y en un 4,5% de los SNC. Los AcO fueron positivos en 6 casos (3,8%), de los cuales sólo en 2 se detectó una neoplasia. En 3/6 (50%) de los pacientes con criterios de SPN posible, en 3/5 (60%) con SPN definitivo, y en el 6,7% sin criterios de SPN se detectó una neoplasia.

CONCLUSIONES: A pesar de la sospecha de SPN en un número elevado de pacientes, la aparición de neoplasia en el seguimiento a largo plazo fue poco frecuente, inclusive en aquellos que presentaban AcO.



P-082

HIV Y AUTOINMUNIDAD: NUEVOS ESPECTROS CLÍNICOS

Dra. Patricia Garrido Jiménez¹, Dr. Francisco José Valenzuela Rojas¹, Dra. Bárbara Gutiérrez Ruano¹, Dra. María Cristina Alarcón Morcillo¹, Dra. Adriana Muñoz González¹, Dra. María Nuria Olmedilla González¹

¹Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

OBJETIVOS: La HIV-NMOSD es una entidad poco reconocida. El HIV produce un estado de inmunodeficiencia y raramente se asocia a fenómenos de autoinmunidad con la coexistencia en el mismo individuo de estado inmune hipo e hiperfuncionante. Presentamos la relevancia de un caso clínico inusual que supone un reto diagnóstico y un desafío en el manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen las características clínicas, hallazgos de neuroimagen y analíticos, el manejo terapéutico y la evolución clínica de una paciente con HIV-NMOSD y se revisa la escasa literatura bibliográfica existente hasta la fecha.

RESULTADOS: mujer de 41 años HIV+ desde 2005 en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable y linfocitos T CD4 1072/mm³. En mayo de 2018 sufre un episodio de disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) compatible con neuritis óptica. En RM cerebral se observan lesiones de sustancia blanca de posible naturaleza desmielinizante de escasa cuantía. PEV: alteración de la vía óptica desde el lado izquierdo con potencial de baja amplitud tras estímulo en OI. Punción lumbar con bandas oligoclonales IgG+ en LCR, negativas en suero. Inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona 1g IV 5 días con recuperación completa de AV en OI. Anticuerpos antiaquaporina-4 positivos. Inicia tratamiento antiCD20 (rituximab 500mg semestral) sin nueva recidiva, no infecciones oportunistas ni hipogammaglobulinemia tras 3 años de tratamiento.

CONCLUSIONES: 1. Entidad infrarreconocida. 2. Los anticuerpos antiaquaporina-4 se deben testar ante la existencia de neuritis óptica o mielitis en pacientes HIV+. 3. Individualizar el manejo con antirretrovirales e inmunomoduladores (esteroides y rituximab) con pronóstico variable. 4. El espectro de HIV-NMOSD podría ser más amplio incluyendo formas no sólo óptico-espinales.



P-083

HEMANGIOBLASTOMA PANMEDULAR

Dra. Lucía Fabiá Polo¹, Verónica López de Diego¹, Dra Silvana Espada Rubio¹, Dra Cristina Cordero Sánchez, Dr Javier Casas Limón¹, Dr Manuel Barón Rubio¹, Dr Pedro Poveda Núñez²

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, ²Hospital Universitario de Getafe

OBJETIVOS: Los hemangioblastomas medulares son tumores benignos, pero relativamente infrecuentes. A pesar de sus características histológicas benignas, pueden causar déficits neurológicos importantes. La resección quirúrgica de estos tumores en la mayoría de casos es curativa. Debido a la infrecuencia de dichos tumores, presentamos una paciente con un hemangioblastoma medular con una imagen atípica por su gran extensión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Anamnesis, exploración neurológica, pruebas complementarias.

RESULTADOS: Mujer de 34 años, presenta un cuadro de hipoestesia en pie derecho de un año de evolución, con posterior afectación del pie izquierdo e hipoestesia en el abdomen de forma bilateral. En la exploración se objetivó un nivel sensitivo D6-D7, con reflejos osteotendinosos vivos generalizados y simétricos. Se realiza RM de columna, donde se objetiva un hemangioblastoma medular dorsal, asociado a cavidades siringomiélicas tanto por encima como por debajo de la lesión, que se extienden desde C6 hasta prácticamente el cono medular, un componente quístico propio de la lesión, así como extenso edema medular. Se realiza cirugía programada mediante laminoplastia y resección de la lesión intramedular. La biopsia intraquirúrgica fue concluyente para hemangioblastoma.

CONCLUSIONES: Los hemangioblastomas medulares son tumores infrecuentes e histológicamente benignos, a pesar de ello, pueden causar déficits neurológicos ya sea por compresión directa, por el edema o la siringomielia asociados o por complicaciones hemorrágicas tumorales. Pueden ser esporádicos o estar asociados con la enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL). Generalmente, la resección quirúrgica de estos tumores es curativa y debe realizarse al inicio de los síntomas para evitar una morbilidad significativa.



P-084

SÍNDROME DE EATON-LAMBERT Y ANTI-HU, UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Dr. Alberto Saez Marín¹, Dra Nuria García Barragán¹, Dr Francisco Javier Buisán Catevilla¹, Dr Juan Luis Chico García¹, Dr Fernando Pérez Trapote¹, Dr Pablo Lorenzo Bareto¹, Dr Erik Sturla Stiauren Fernández¹

¹Hospital Ramon Y Cajal

OBJETIVO

Presentamos un caso de un paciente con Síndrome de Eaton-Lambert secundario a un carcinoma microcítico de pulmón no conocido, con positividad a anticuerpos Anti-Hu y muy favorable respuesta a tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 65 años que acude por cuadro clínico fluctuante de 4 meses de evolución de diplopía binocular y debilidad de extremidades inferiores, que va empeorando a lo largo del día y mejora en reposo. A la exploración física destaca ptosis bilateral con signo de la cortina y test de hielo positivos, fatigabilidad de cinturas de predominio pélvico, arreflexia global, sin facilitación y ataxia leve.

RESULTADOS

En el estudio neurofisiológico se objetivó fenómeno de facilitación demostrando afectación de la placa motora de tipo presináptico, compatible con un Síndrome de Eaton-Lambert. Se completó estudio con TC torácico y PET TC con evidencia de adenopatías hiliares y paratraqueales e hipermetabolismo patológico. La PAAF transbronquial ganglionar era diagnóstica de carcinoma microcítico de pulmón. Los Anticuerpos anti canal de calcio; cromogranina A y los Anti-Hu fueron positivos.

Ante cuadro miasténiforme se pautó piridostigmina y corticoterapia con muy buena respuesta, permaneciendo asintomático a fecha de hoy. Actualmente, se encuentra en tratamiento con Carboplatino y Etopósido, y Radioterapia dirigida.

CONCLUSIONES

La co-existencia entre Síndrome de Eaton-Lambert y anticuerpos anti-Hu es muy infrecuente y casi siempre va a indicar la presencia de una neoplasia subyacente, principalmente de pulmón. Se desconoce si la asociación de ambos confiere un mejor pronóstico, aunque en nuestro paciente supuso un diagnóstico y tratamiento precoces del carcinoma microcítico con la posterior buena evolución clínica.



P-085

MIOCLONÍAS LINGUALES SENSIBLES AL TACTO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA METÁSTASIS CEREBRAL. LA IMPORTANCIA DE LA SEMIOLOGÍA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dr. Gabriel Velilla Alonso¹, Dr. Javier Soto Alsar¹, Dr José Javier Rodríguez Irausquin¹, Dr Antonio Soblechero¹

¹Hospital Gregorio Marañón

OBJETIVOS:

Comunicar el caso de un paciente con cáncer de pulmón que desarrolló mioclonias linguales, revelando la presencia de metástasis cerebrales subyacentes.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Varón de 74 años con antecedentes personales de cáncer de pulmón no microcítico metastásico, tratado mediante lobectomía y quimioterapia, que acudió al servicio de urgencias por dificultad progresiva para hablar durante el último mes. Refería además aparición de contracciones involuntarias, paroxísticas y de breve duración, de la musculatura facial inferior derecha.

RESULTADOS:

En la exploración neurológica presentaba disartria y movimientos linguales anormales, consistentes en sacudidas breves, arrítmicas y continuas, que se hacían más evidentes con la protrusión lingual que en reposo. Estas mioclonias eran sensibles al estímulo táctil. No presentaba mioclonias palatinas asociadas. El resto del examen neurológico fue anodino.

Una tomografía computarizada cerebral mostró tres lesiones cortico-subcorticales con captación de contraste y edema perilesional, una de ellas localizada en la circunvolución precentral izquierda, confirmadas en la resonancia magnética como metástasis. Se inició levetiracetam (1000 mg / día) y corticoides con resolución de las mioclonias. Un EEG, realizado después del inicio de los fármacos antiepilépticos, no mostró descargas epileptiformes interictales.

CONCLUSIONES:

Las mioclonias linguales se han descrito asociadas a la presencia de lesiones cerebrales corticales y subcorticales, como infartos cerebrales, encefalitis, cavernomas, neurocisticercosis o gliomas. Sin embargo, la fisiopatología de las mioclonias linguales continúa siendo incierta. En este caso, un examen neurológico cuidadoso permitió correlacionar los síntomas con una lesión cortical cerebral, sugiriendo un origen epileptico de las mioclonias.



P-086

CABEZA CAÍDA Y OFTALMOPLEJIA: COMPLICACIONES DE LOS INHIBIDORES DEL CHECK-POINT

Dr. Alberto López¹, Dr. Guillermo González Ortega¹, Dra. Ester Morales García¹, Dr. Eduardo San Pedro Murillo¹, Dr. Alejandro Octavio Herrero San Martín¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: La inmunoterapia con inhibidores del check-point ha supuesto un avance en el tratamiento oncológico, aunque presenta frecuentes adversos inmunomediados. La afectación del sistema nervioso es variable, con predominio del periférico y con posible solapamiento de distintos fenotipos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: descripción de dos casos clínicos (imágenes clínicas y de pruebas complementarias).

RESULTADOS: El primer caso se trata de un varón de 71 años con carcinoma epidermoide pulmonar estadio IV en tratamiento con pembrolizumab, que tras recibir dos ciclos presenta disnea y debilidad generalizada con predominio en la extensión cervical, mostrando además en la exploración ligera fatigabilidad ocular. El segundo caso es un varón de 51 años con carcinoma renal estadio IV que tras la primera dosis de ipilimumab comienza con diplopía indolora, objetivando en la exploración proptosis bilateral con movimientos oculares congelados; en la RMN craneal se demuestra un aumento de volumen de la grasa intraorbitaria, con estudios de función tiroidea normales. En ambos casos, destaca en la analítica una elevación de las cifras de CK y troponinas, objetivándose en el electrocardiograma y ecocardiograma la presencia de arritmias ventriculares y disfunción sistólica. Así mismo, el EMG resultó de características miopáticas y se obtuvieron anticuerpos antireceptor de acetilcolina positivos. Se iniciaron bolos de metilprednisolona e inmunoglobulinas; en el primer caso el paciente falleció por progresión tumoral, en el segundo se intensificó el tratamiento inmunosupresor logrando mejoría de la función cardíaca, con estabilidad de la oftalmoparesia.

CONCLUSIÓN: La cabeza caída ("head drop") o la orbitopatía pueden ser el debut de los efectos adversos por inhibidores del check-point. El diagnóstico y despistaje de afectación cardiológica es fundamental para iniciar un soporte y tratamiento inmunomodulador precoz que permita modificar el pronóstico potencialmente grave de estas complicaciones.



E-POSTERS. TEMÁTICA: NEUROLOGÍA GENERAL

EVALUADORES DE EPOSTERS:

Dr. Antonio Martínez Salío (Hospital Universitario "12 De Octubre")

Dr. Javier Pardo Moreno (Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz)

Dr. Joaquín Ojeda (Hospital U. Infanta Sofía)



P-087

ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A ASPERGILOSIS INVASIVA CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Carlos José De Miguel Sánchez de Puerta¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Laura Sánchez Barriopedro¹, Dra. Estíbaliz Barredo Valderrama¹, Dra. María Vázquez López¹, Dra. María Concepción Miranda Herrero¹, Dr. Pedro Castro De Castro¹, Dra. Almudena Chacón Pascual¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS

La aspergilosis con afectación del sistema nervioso central (SNC) es infrecuente. Debido a su tropismo vascular puede producir vasculopatía a cualquier nivel. En SNC, suele afectar a arterias lenticuloestriadas y tálamoperforantes. Se describe un caso pediátrico de ictus isquémico secundario a aspergilosis invasiva con afectación de SNC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 7 años ingresada por recaída de leucemia linfoblástica aguda (LLA) que presenta un ictus isquémico secundario a aspergilosis invasiva con afectación de SNC.

RESULTADOS

Se trata de una niña de 7 años y 11 meses ingresada por 3ª recaída de LLA con afectación medular y del SNC que recibe quimioterapia con una neutropenia profunda asociada. Como complicación durante el ingreso presenta una aspergilosis pulmonar invasiva en tratamiento con anfotericina B. La paciente presenta un episodio de deterioro del nivel de conciencia por el que se realiza TAC craneal simple que muestra lesión isquémica subaguda en ganglios basales derechos, el angioTAC no muestra oclusión de vaso mayor. Dado el contexto clínico y la localización del infarto por afectación de arterias lenticuloestriadas, se considera secundario a vasculopatía por aspergilosis invasiva con afectación del SNC. A pesar del tratamiento con anfotericina B y voriconazol, presenta empeoramiento respiratorio y neurológico, falleciendo a los 6 días del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Aunque son infrecuentes los ictus isquémicos secundarios a aspergilosis invasiva con afectación de SNC, es importante pensar en ella en pacientes inmunodeprimidos. Una sospecha diagnóstica y tratamiento precoces son clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes.



P-088

TEMBLOR GENERALIZADO Y EPILEPSIA FRONTAL SECUNDARIAS A MUTACIÓN CON GANANCIA DE FUNCIÓN DE SCN8A, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Carlos José De Miguel Sánchez de Puerta¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. María Vázquez López¹, Dra. Estíbaliz Barredo Valderrama¹, Dra. Almudena Chacón Pascual¹, Dr. Pedro Castro De Castro¹, Dra. María Concepción Miranda Herrero¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS

Las mutaciones del gen SCN8A son infrecuentes y producen clínica diversa. Predomina la epilepsia que puede acompañarse de retraso psicomotor y trastornos del movimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 14 años con un cuadro de temblor generalizado y crisis epilépticas. El estudio genético reveló mutación del gen SCN8A con ganancia de función.

RESULTADOS

Adolescente de 14 años de origen chino, adoptada a los 16 meses (se desconocen antecedentes familiares), que acude por primera vez a nuestro centro con 12 años por cuadro de temblor y crisis epilépticas tonico-clónicas generalizadas nocturnas de inicio a los 3 años. El temblor es de predominio en reposo y postural, también cinético. Es generalizado con predominio en párpados, lengua y miembros superiores. Asocia ataxia troncular, escoliosis y retraso intelectual leve. Se realizaron en otros centros análisis de sangre (estudios metabólico y tiroideo), LCR (neurotransmisores), orina (incluyendo test de SAICAR y biotinidasa), RMN craneal y EEG sin hallazgos patológicos. En nuestro centro se repite estudio analítico, neurofisiológico (electroencefalograma, potenciales evocados, electromiograma) y arrays 60k que son normales. El estudio genético del panel de encefalopatías epilépticas reveló mutación del gen SCN8A con ganancia de función. Como complicaciones ha presentado un estatus epiléptico generalizado y un ingreso en UCI por aumento del temblor. Actualmente, 3 años después, se encuentra clínicamente estable con carbamacepina para la epilepsia y propranolol y zonisamida para el temblor.

CONCLUSIONES

El amplio espectro fenotípico producido por mutaciones en SCN8A debe hacernos incluirla en el diagnóstico diferencial de los trastornos epilépticos disquinéticos de la infancia.



P-089

VEB DETECTADO EN LCR: ¿AGENTE CAUSAL O MERO ESPECTADOR?

Dr. Belén Baena Álvarez¹, Dr Fernando Rodríguez Jorge¹, Dra Raquel Sainz Amo¹, Dr Jorge Gómez Corral, Dr Mario Rodríguez¹, Dr Íñigo Corral Corral¹

¹Hospital Ramón Y Cajal

OBJETIVOS

Las complicaciones neurológicas de la infección por virus de Epstein-Barr (VEB) son infrecuentes, manifestándose como encefalitis, meningitis o mielitis, entre otros. No existen recomendaciones establecidas sobre el manejo terapéutico y excepto en pacientes inmunocomprometidos, en muchas ocasiones el papel patogénico del mismo es discutible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo pacientes con clínica neurológica y PCR positiva para VEB en estudio de LCR entre enero 2011 y abril 2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas y terapéuticas.

RESULTADOS

De los 28 pacientes incluidos (71,40% mujeres, edad media de 51,6 años) el 39,30% eran individuos inmunodeprimidos.

En 21 casos, la clínica neurológica fue justificada por otra causa diferente al VEB, siendo la más frecuente la infección del SNC de causa viral (4) y bacteriana (3), seguido de etiología autoinmune (5) y enfermedades sistémicas (2).

En todos ellos se consideró la detección del VEB en LCR como un hallazgo no patogénico, y en los secundarios a etiología inmunitaria se planteó la infección por VEB como posible factor precipitante. Por otra parte, en el 52,4% se obtuvo LCR hemorrágico (> 5 hematíes) por punción traumática, pudiendo tratarse de una amplificación del virus en los leucocitos séricos.

Siete pacientes recibieron diagnóstico de encefalitis por VEB, de los cuales dos estaban inmunodeprimidos. La clínica más frecuente fue la fiebre (85,70%) seguida de cefalea (71,40%), focalidad neurológica (71,40%) y confusión (57,10%). El 42,80% de los individuos presentaron crisis y en el 14,30% se objetivaron signos meníngeos. Sólo dos pacientes precisaron cuidados intensivos. El estudio de LCR mostró pleocitosis (248,71 cel/mm³) con hiperproteínorrea (74,36 mg/dL), y en todos los casos se obtuvo un líquido hemorrágico.

El TC craneal fue normal en todos los pacientes, y 3 de ellos presentaron alteraciones en la RM cerebral (14,3% focales, 28,60% difusas). Se realizó un registro EEG en 5 pacientes, que mostró signos de encefalopatía difusa en el 71,42%. Los siete pacientes recibieron tratamiento antiviral con Aciclovir durante una media de 13,28 días, y fueron dados de alta a domicilio sin secuelas neurológicas incapacitantes.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, tan solo en el 25% de los casos la detección de VEB en LCR fue considerado el agente causal de la sintomatología neurológica. Por ello, la detección del VEB en LCR debe ser interpretada con cautela, y considerarlo el agente patogénico, una vez descartadas otras etiologías más frecuentes



P-090

MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINALMENTE EXTENSA SECUNDARIA A MONONUCLEOSIS POR PRIMOINFECCIÓN DEL VIRUS DE EBSTEIN-BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Carlos Jose De Miguel Sánchez De Puerta¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dr. Jose Manuel García Domínguez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La mielitis transversa longitudinalmente extensa (MTLE) es una lesión medular de 3 o más niveles. Existen numerosas causas, siendo las más frecuentes enfermedades autoinmunes o la idiopática. Una causa menos frecuente es la infecciosa o parainfecciosa, siendo un posible patógeno responsable el Virus de Epstein-Barr (VEB). Presentamos un caso de encefalomielitis secundaria a primoinfección por VEB cursando como MTLE.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Varón 21 años sin antecedentes de interés. Acude hasta en 3 ocasiones a urgencias por un cuadro pseudogripal con fiebre de 10 días de evolución, ingresando finalmente para estudio de fiebre sin foco. Durante su ingreso comienza a presentar confusión e inatención con comportamiento bizarro, así como una paraparesia progresiva con piramidalismo y retención urinaria. Se realizó una analítica donde destacaban linfopenia e IgM, IgG y PCR positivas para VEB; el líquido cefalorraquídeo presentaba hiperleucorraquia, hiperproteíorraquia e hipoglucoorraquia y PCR positiva para VEB; y una RM de todo el neuroeje no mostraba lesiones intracraneales pero sí una mielitis centromedular extensa, desde tronco del encéfalo hasta nivel T7-T8. El paciente fue tratado con 6 ciclos de corticoides intravenosos, 4 de inmunoglobulinas y ganciclovir durante 16 días, presentando una mejoría casi completa a medio plazo.

CONCLUSIONES: La primoinfección por VEB es causante del síndrome mononucleósido, que puede complicarse con una MTLE en muy raras ocasiones. A pesar de su rareza, el grado de sospecha debe ser alto ante ciertos datos clínico-analíticos (edad, fiebre, linfocitosis atípica con daño hepático entre otros); y especialmente teniendo en cuenta que la PCR en LCR puede ser negativa, el amplio diagnóstico diferencial que supone esta entidad y el buen pronóstico que tiene cuando se instaura un tratamiento adecuado.



P-091

SÍNDROME PRETECTAL O SÍNDROME DE PARINAUD COMO DEBUT INUSUAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Carlos Jose De Miguel Sánchez De Puerta¹, Dr. Gabriel Velilla Alonso¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Jose Manuel García Domínguez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome pretecal o mesencefálico dorsal (Síndrome de Parinaud) está causado por una lesión en la parte dorsal del mesencéfalo. El 65% de los pacientes presentan una triada consistente en parálisis vertical de la mirada, nistagmo de convergencia-retracción y disociación luz-convergencia pupilar. Clínicamente suelen referir visión doble o visión borrosa. Las causas más comunes son la hidrocefalia, los tumores pineales o una lesión isquémica en territorio posterior (ramas perforantes del mesencéfalo de la arteria cerebral posterior). Presentamos el caso de una mujer de 31 años que presentaba visión borrosa y un síndrome pretecal aislado siendo finalmente diagnosticada de esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con alta actividad.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años fumadora y en tratamiento con anticonceptivos. Acude a urgencias refiriendo visión borrosa de ambos ojos, sobre todo al realizar la supravisión, y a la exploración se evidencia una parálisis de la mirada conjugada vertical superior con un nistagmo de convergencia-retracción sin otros hallazgos en la exploración neurológica. Se realiza un estudio con analítica, TC craneal, RM craneal con contraste y estudio de LCR donde destacaron el hallazgo en RM de más de cien lesiones desmielinizantes intracraneales que cumplen criterios de diseminación espacial y temporal, una de ellas en la región mesencefálica dorsal explicando la clínica de la paciente, y un LCR con hiperproteínorraquia e hiperleucorraquia. Se diagnostica a la paciente de EMRR de alta actividad y esta recibe un ciclo de corticoides mejorando clínicamente y siendo dada de alta con planificación de inicio de tratamiento con Ocrelizumab, al presentar antes de los 30 días clínica compatible con afectación medular, siendo diagnosticada de brote multifocal.

CONCLUSIONES: La probabilidad estimada de diagnosticar una EM en una paciente que únicamente presenta un síndrome pretecal es menor del 0.01%, teniendo este caso un gran interés semiológico y resaltando la importancia de los hallazgos semiológicos y la revisión de la literatura para el diagnóstico de la EM en determinados casos.



P-092

EPILEPSIA INFANTIL SERONEGATIVA DE PROBABLE CAUSA AUTOINMUNE RESPONDEDORA A INMUNOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Carlos Jose De Miguel Sánchez De Puerta¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dra. Almudena Chacón Pascual¹, Dra. María Concepción Miranda Herrero¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La epilepsia de causa autoinmune está cada vez más reconocida en niños. Existe a su vez un cuadro denominado epilepsia de probable origen autoinmune seronegativa, que es una epilepsia en la que se sospecha una causa autoinmune a pesar de la negatividad para anticuerpos antineuronales y que típicamente responde bien a la inmunoterapia. Presentamos un caso de un niño con epilepsia de probable origen autoinmune seronegativa con buena respuesta a inmunoterapia. Se revisó anamnesis, exploración, pruebas complementarias y evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Niño de 12 años previamente sano que comienza a presentar hasta un total de 20 episodios diarios de crisis focales complejas consistentes en desconexión del medio, síntomas de despersonalización y afasia, acompañadas en ocasiones de síntomas autonómicos y clonismos de miembros derechos, con generalización secundaria en dos ocasiones, y algunas de ellas precedidas de un aura epigástrica. De manera postictal el paciente presentaba dificultades para la memorización y la nominación llamativas. La exploración neurológica interictal era normal. Un video-EEG mostró actividad lenta centro-parieto-temporal izquierda y hasta 6 crisis de inicio temporo-parietal. Se realizó una RM craneal que mostraba hiperintensidad en secuencias FLAIR en insula e hipocampo izquierdos. El estudio de LCR incluyendo microbiológico fue normal. Se inició ácido valpróico y lacosamida ajustados a peso con mal control de las crisis. Ante una puntuación de 7 en la escala RITE (Response to Immunotherapy in Epilepsy) se inició corticoterapia y 4 ciclos de inmunoglobulinas intravenosas, con resolución de las crisis. Los anticuerpos antineuronales fueron negativos.

CONCLUSIONES: La epilepsia de probable causa autoinmune está cada vez más reconocida entre niños, existiendo poca evidencia sobre su manejo con respecto a adultos. Es importante conocer esta causa de epilepsia para poder instaurar un tratamiento precoz y eficaz que consiga evitar secuelas a largo plazo en niños. La escala RITE fue de gran ayuda en este caso para valorar el inicio de inmunoterapia.



P-093

HEMIATROFIA CEREBRAL COMO CONSECUENCIA DE ENCEFALITIS ANTI-NMDA.

Dr. Carlos Jose De Miguel Sánchez De Puerta¹, Dra. Dalila Estrada Huesa¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Jose Manuel García Domínguez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hemiatrofia cerebral secundaria a enfermedad de Rasmussen (ER) es uno de los criterios diagnósticos de esta enfermedad, pero su asociación a otras entidades autoinmunes es anecdótica. También se ha relacionado la atrofia regional cerebral con el estatus superrefractario. La encefalitis antiNMDA (ENMDA) es una noxa autoinmune del SNC que suele debutar con un cuadro de encefalitis límbica pudiendo asociar además crisis epilépticas. Presentamos un caso de una encefalitis límbica que desarrolló posteriormente atrofia hemicerebral izquierda, simulando radiológicamente una ER, resultando positivo para anticuerpos anti-NMDA.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Varón de 52 años, de origen filipino, en tratamiento por una tuberculosis pulmonar, que presenta de manera brusca afasia mixta y hemiparesia derecha, seguido de crisis focales motoras derechas secundariamente generalizadas que evolucionaron a un estatus farmacorresistente, requiriendo ingreso en UCI para su control. El estudio con una TC craneal con angio-TC cerebral urgente no mostró oclusión de vaso ni datos de isquemia cerebral. Tras la resolución del estatus persistía una clínica de lenguaje desestructurado con elementos disfásicos, así como agitación y heteroagresividad fluctuantes hacia el personal y su familia. El líquido cefalorraquídeo mostraba pleocitosis e hiperproteíorraquia. La RM cerebral mostró hiperintensidad en secuencias FLAIR insular y parietooccipitotemporal izquierdas. Se descartó una infección del SNC y una neoplasia subyacente y se solicitaron anticuerpos antineuronales. Sospechando una encefalitis límbica se inició tratamiento con corticoides, mejorando hasta resolución parcial de la clínica con afasia residual discreta y una epilepsia controlada con fármacos orales. Tras tres meses se realizó una RM craneal de control donde se evidenció atrofia del hemisferio cerebral izquierdo. El resultado de anticuerpos anti-NMDA fue positivo.

CONCLUSIONES: Describimos una muy rara expresión de ENMDA con hemiatrofia cerebral, más típica de patología tipo ER. Nuestro caso apoya el papel de la agresión inmunomediada como fisiopatología del desarrollo de atrofia regional cerebral.



P-094

MENINGITIS EN VIH: LA TUBERCULOSIS TAMBIÉN LLAMA DOS VECES

Dr. Guillermo Martín Avila¹, Dr Jaime Antonio Medranda Corral¹, Dr Sergio Julio Rodríguez¹, Dr Carlos Piquero Fernández¹, Dra María García García¹, Dra Teresa Montalvo Moraleda¹, Dr Rodrigo Terrero Carpio¹, Dr Eduardo Escolar Escamilla¹, Dra Carolina Saenz Lafourcade¹, Dra Gloria Pérez¹, Dr Andrés Cardona¹, Dr Alejandro Méndez Burgos¹

¹Hospital Universitario De Getafe

Varón de 36 años con antecedentes de VIH, meningitis tuberculosa al diagnóstico y lúes latente (Ambas infecciones tratadas), que presenta un cuadro de oftalmoplejia internuclear, disartria, dismetría y alteración de la marcha. Ante el inicio brusco, se activa Código Ictus (angio TC sin oclusión de gran vaso); al encontrarse dentro de ventana y sin contraindicaciones, dado que la sintomatología resulta limitante, tras explicar riesgos y beneficios y firma de CI, se decide iniciar tratamiento ajustado a peso.

Se solicita RM cerebral a las 24 horas, donde tras la administración de contraste se objetiva leptomeningitis del tronco del encéfalo. Se realiza PL con obtención de LCR con marcada proteinorraquia, hipoglucorraquia con linfocitosis de predominio mononuclear. En primer momento se inicia cobertura empírica con antibióticos intravenosos y anti tuberculostáticos. Tras resultados microbiológicos (tinción gram sin bacterias, tinta china y antígeno de criptococo negativo, PCR virus y bacterias negativa) se decide mantener tratamiento antituberculostático. Se añade corticoterapia vía oral ante alta sospecha de meningitis tuberculosa. Teniendo en cuenta el diagnóstico previo de meningitis tuberculosa, el buen cumplimiento asegurado del tratamiento previo y la baja tasa de reactivaciones descritas se decide cambiar tratamiento para cubrir posibles resistencias farmacológicas añadiéndose linezolid y moxifloxacino.

Por otro lado en serología, se objetiva anticuerpos IgM e IgG contra Sífilis presente, con PRP negativo. En LCR se obtiene VDRL negativo y FTA positivo. Dado que en pacientes VIH, las tasas de falsos negativos son más altas se decide mantener tratamiento con penicilina G intravenosa hasta cumplir 12 días (fin de ciclo 07/04/21).

Desde el punto de vista neurológico el paciente mejora de forma progresiva, presentando al alta Nistagmo evocado en las miradas verticales, con nistagmo up-beat en la supravversión de la mirada y down beat en la infravversión. En seguimiento rápido ligera fragmentación de las sacadas a la levovversión de la mirada. Mínima dismetría con cuatro extremidades de predominio derecho. Marcha inestable, con aumento de base de sustentación pero posible sin apoyo.

Presentamos el caso clínico de un paciente con antecedente de meningitis tuberculosa en el contexto de VIH que consulta por OIN y dismetría en extremidades con RM con captación leptomeníngea y LCR con datos que sugieren infección subaguda. Son pocos los casos descritos de recurrencia de síntomas en paciente con antecedente de meningitis tuberculosa, más relacionados con falta de respuesta a tratamiento o mal cumplimiento del mismo y la mayoría en las primeras semanas-meses del diagnóstico.



P-095

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Dra. Raquel Sainz Amo¹, Dra. Belén Baena Álvarez¹, Dra. Adriana Celdrán de Castro García¹, Dr. Jorge Gómez Corral¹, Dra. Rocío Vera, Dra. Consuelo Matute Lozano¹, Dra. Nuria García Barragán¹, Dr. Francisco Javier Buisán¹, Dr. Íñigo Corral Corral¹

¹Hospital Universitario Ramón Y Cajal

OBJETIVOS

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad cuya fisiopatología, desencadenantes y características clínico-radiológicas no están claramente establecidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de variables clínicas y radiológicas de pacientes con diagnóstico de PRES entre 2000 y 2021.

RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes (53.6% mujeres), con edad media de 55,0±11,8 años. El 61% de los casos estaban en tratamiento con fármacos asociados a PRES, principalmente inhibidores de calcineurina (39%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron disminución de nivel de conciencia; seguido de crisis epilépticas, alteraciones visuales, cefalea, afasia y hemiparesia.

El análisis de LCR fue normal en los casos disponibles. Se realizó RM craneal a 26 casos, se encontró patrón de afectación posterior en 13 casos, anterior en uno, central en seis y holohemisférico en seis. Dos pacientes presentaban solo afectación cortical. Doce pacientes tenían alteraciones en la secuencia de difusión, con restricción en el mapa ADC en ocho. Un paciente presentó hemorragia subaracnoidea, dos intraparenquimatosa y en uno se observaron microsangrados.

Ocho pacientes requirieron ingreso en UCI y 3 fallecieron. Al alta más del 80% eran independientes. Tres casos asociados a inhibidores de calcineurina recurrieron pese a cambio de tratamiento. La RM de control mostró resolución o mejoría en los casos disponibles.

CONCLUSIONES

En nuestra serie el desencadenante más frecuente de PRES fueron los fármacos, principalmente inhibidores de la calcineurina. El patrón típico de afectación posterior solo se observó en la mitad de los casos por lo que su ausencia no debe descartar el diagnóstico de PRES.



P-096

SINDROME DE EAGLE, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo

Dra. Teresa Olmedo¹, Dra Itziar Palmi¹, Dra Maria Jose Abenza¹, Dr. Ambrosio Miralles¹

¹Hospital Infanta Sofía

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de Síndrome de Eagle, como diagnóstico diferencial a tener en cuenta en neuralgias del nervio glossofaríngeo refractarias a tratamientos farmacológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, consulta en Neurología por dolor en cara lateral del cuello irradiado hacia región mandibular y periauricular ipsilateral, a raíz de una amigdalectomía, de más de 5 años de evolución. Además refiere sensación de cuerpo extraño en faringe, con dolor asociado a la deglución. Se realiza diagnóstico sindrómico de neuralgia del glossofaríngeo y se inicia tratamiento con fármacos moduladores. Se prueba Zebinix, Vimpat, Pregabalina y Duloxetina, sin éxito.

RESULTADOS

La paciente presenta una exploración física y neurológica normal. Se realizan múltiples pruebas complementarias, tanto analíticas como pruebas de imagen (RM cerebral, cervical, de cuello), sin hallazgos patológicos concluyentes. Finalmente se deriva a la Unidad del dolor donde solicitan un TAC mandibular evidenciándose un alargamiento de la apófisis estiloides que sugiere un Sd de Eagle.

CONCLUSIÓN:

El síndrome de Eagle es un síndrome raro que se caracteriza por dolor en región orofaríngea y facial debido a un alargamiento y/o calcificación del ligamento estilo-hioideo y suele afectar a pacientes sometidos a amigdalectomía. Es frecuente confundirlo con una neuralgia del glossofaríngeo. En nuestro caso fue necesario la realización de un TAC mandibular para determinar el diagnóstico etiológico.



P-097

INSTRUCCIONES PREVIAS EN UNA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

SRA MARTA ESPINOSA RODRIGO, DRA ANA FERNANDEZ¹, DRA ANA BALTASAR¹, DR PABLO MAYO¹, DR VICTOR GOMEZ MAYORDOMO¹, DRA. ROCIO GARCIA-RAMOS¹

¹Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

El testamento vital es una fórmula jurídica que permite trasladar instrucciones sobre tratamientos médicos en las etapas finales de la vida. Con la nueva aprobación de la ley de la Eutanasia es un tema de actualidad en los medios de comunicación y las organizaciones médicas.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es conocer en una consulta de trastornos del movimiento el porcentaje de población que tiene hecho el testamento vital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una encuesta telefónica a los pacientes citados de forma consecutiva en la consulta de Trastornos del Movimiento de abril a junio del 2021.

RESULTADOS

De un total de 348 pacientes llamados por teléfono, rechazaron la realización de la encuesta 185 (53,16%). Responden a la encuesta 163 pacientes (46,84%). La muestra obtenida (163) presenta una edad media de 69,9 años, de la que el 54% son mujeres y un 46% varones. El diagnóstico más frecuente ha sido Enfermedad de Parkinson 64,4%, seguido de temblor esencial 10,6%, distonía 5,6% y espasticidad secundaria a ictus 3,1%.

El 72,2% está casado, 16% soltero y un 10,5% viudo. Y son religiosos el 84%. Los pacientes que tienen las voluntades anticipadas hechas son 13 (8%), cuyo motivo de su realización en la mayoría (76,9%) fue por decisión propia. En cuanto a los pacientes que no tienen las voluntades anticipadas (92%), sólo el 14,3% saben lo que son. Sólo el 10,2% de los que no las tienen hechas tiene intención de hacerlas. Tan sólo al 1,4% de los pacientes le había hablado su médico sobre las voluntades anticipadas o instrucciones previas.

El grupo que tiene hechas las voluntades anticipadas con más frecuencia es el temblor esencial con 11,8% seguido del 7,8% de los pacientes con Parkinson. De los pacientes con distonía y espasticidad secundaria a ictus, ninguno tiene realizada las instrucciones previas.

CONCLUSIÓN

El hablar de voluntades anticipadas o los temas relacionadas con el final de la vida son rechazados por una mayoría de los pacientes. El hecho de ser una encuesta telefónica y no realizada por su médico habitual puede haber influido en el resultado. Destacamos que en la mayoría de los casos sus médicos habituales nunca les habían hablado de éste tema. Es importante introducir la conversación sobre el tema en las consultas de trastornos del movimiento pues son muy pocos los pacientes que tienen hecho el testamento vital.



P-098

VASCULITIS SECUNDARIA A ENCEFALITIS POR VHS1: CUANDO EL VIRUS SE ESCONDE

Dr. Pablo Lorenzo Barreto¹, Dra. Beatriz Zarza Sanz¹, Dra. Nuria García Barragán¹, Dr. Francisco Javier Buisán Catevilla¹, Dr. Rafael Toledano Delgado¹, Dra. Elena Torras de Caralt², Dr. Fernando Pérez Trapote¹, Dr. Alberto Sáez Marín¹, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández¹

¹Neurología, Hospital Universitario Ramón Y Cajal, ²Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVOS

Los infartos cerebrales secundarios a vasculitis infecciosas están bien caracterizados para Varicela Zóster, pero menos con otros patógenos. Describiremos la presentación atípica de un caso de vasculitis secundaria a encefalitis por Virus Herpes Simple 1 (VHS1).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 56 años con cefalea holocraneal y afasia mixta detectada al despertar, sin otras alteraciones exploratorias. Se realiza TC multimodal y punción lumbar sin alteraciones bioquímicas y PCR para VHS negativa.

RESULTADOS

La RM craneal mostró un infarto occipital izquierdo sin otros hallazgos. Una semana tras el inicio de la clínica comienza con desorientación, confusión, apraxia, hemianopsia izquierda y fiebre de 38º. Se realiza nueva punción lumbar con pleocitosis linfocítica y PCR+ para VHS1. Una nueva RM craneal mostró hiperseñal FLAIR temporal mesial izquierda e infartos occipitales bilaterales. Se objetivaron estenosis en múltiples territorios vasculares en el estudio arteriográfico. Con diagnóstico de encefalitis herpética y vasculitis secundaria, se inició Aciclovir 10mg/kg/IV 21 días y Metilprednisolona 1g IV 5 días con Prednisona 1mg/kg posterior, logrando estabilización clínica.

La afectación isquémica por VHS no es frecuente (5,6%), siendo más habitual en la infección por VHS2 que por VHS1. La presencia de RM normal (0-5%), bioquímica en LCR normal (5-25%) y PCR para VHS negativa (2-8%) son infrecuentes en encefalitis herpéticas, de predominio en los primeros tres días.

CONCLUSIONES

La infección por VHS1 puede tener como complicación atípica la presencia de isquemia secundaria a vasculitis. En nuestro caso se presentó de esta manera sin haber debutado previamente como encefalitis clínica, analítica o radiológicamente.



P-099

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT: HETEROGENEIDAD EN SU MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UNA SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS

Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dra. Sonia Quintas Gutiérrez¹, Dr. Pablo Iriarte Uribe-Echeverría¹, Dra. Esther Valiente Gordillo¹, Dr. Jaime Alonso Maroto¹, Dr. Carlos Hervás¹, Dra. África Aizpun¹, Dra. Carmen González-Ávila¹, Dra. Celia Romero¹, Dra. Paula Paños¹, Dr. Jose Vivancos¹

¹Hospital La Princesa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de Ramsay Hunt (SRH) es la segunda causa más común de parálisis facial periférica, causado por reactivación del virus varicela zoster (VZV). Típicamente incluye la tríada de parálisis facial, otalgia y vesículas en pabellón auricular e implica un peor pronóstico que el de parálisis facial idiopática. No existe consenso acerca de la dosis y vía de administración de la medicación antiviral y corticoidea. Nuestro objetivo es describir su manejo en una serie de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se describe una serie de casos consecutivos de pacientes con SRH de un hospital terciario desde 01/01/2014 al 31/05/2021. Se revisaron las historias clínicas de forma retrospectiva y se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas.

RESULTADOS:

14 pacientes presentaron diagnóstico de SRH. La mediana de edad fue 70,5 años (41-82), 50% mujeres. Excepto uno de los pacientes que se encontraba con tratamiento inmunosupresor (fingolimod) el resto eran pacientes inmunocompetentes. Como antecedentes relevantes 4 pacientes (28,5%) eran hipertensos y un paciente (7,1%) monorroreño. En el mes previo al diagnóstico 3 pacientes (21,4%) presentaron clínica infecciosa (2 de ellos gastroenteritis vírica y un caso faringitis), uno de los pacientes fue intervenido de cirugía de ligamento rotuliano y otro recibió vacuna COVID-19 (Pfizer). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 4,5 días (2-8). Los síntomas más frecuentes fueron inestabilidad (10 pacientes, 71,4%), otalgia (9 pacientes, 64,2%) y cefalea (7 pacientes, 50%). 11 pacientes (78,5%) presentaban vesículas en pabellón auricular en el momento del diagnóstico. En 9 pacientes (64,2%) el grado de parálisis facial H-B fue >5. 13 pacientes (92,8%) fueron ingresados, con una mediana de ingreso de 8 días (6-14). Solo en 4 pacientes se realizó punción lumbar y resonancia magnética. En los 5 pacientes con resonancia magnética existía neuritis del VII y VIII nervios craneales. La punción lumbar mostró proteinorraquia y pleocitosis linfocitaria en 5/5 y VVZ en LCR en 4/5 pacientes.

11 pacientes recibieron desde el inicio antiviral intravenoso con una mediana de duración de 9,5 días (6-14). 13 pacientes recibieron corticoterapia, 7 por vía intravenosa con una mediana de 4,5 días (2-7). 9 casos presentaron mejoría significativa al mes de valoración.

CONCLUSIONES:

El manejo diagnóstico-terapéutico del SRH es heterogéneo, aunque es habitual el uso de tratamiento corticoideo y antiviral por vía intravenoso. Es necesaria la creación de nuevos protocolos que uniformicen su abordaje.



P-100

WEBINO Y PLEJIA FACIAL BILATERAL EN PACIENTE CON INFARTO TRONCOENCEFÁLICO

Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dra. Sonia Quintas Gutiérrez¹, Dr. Pablo Iriarte Uribe-Echeverría¹, Dra. Gemma Reig¹, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo¹, Dra. Carmen Ramos¹, Dr. Jose Vivancos¹

¹Hospital La Princesa

OBJETIVOS:

Clásicamente se ha utilizado la presencia del componente superior e inferior de la musculatura facial para distinguir el origen periférico del central de la parálisis facial. Se presenta un caso con diplejía facial pseudoperiférica bilateral y oftalmoplejía internuclear bilateral (WEBINO) por isquemia troncoencefálica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta la historia clínica, fotografías, hallazgos neurofisiológicos y de neuroimagen de un paciente con diplejía facial bilateral y WEBINO secundarios a infarto troncoencefálico.

RESULTADOS:

Varón de 66 años con cuadro de 4 días de inestabilidad y diplopía. Se evidencia WEBINO. En la resonancia magnética presenta infarto lacunar en la protuberancia inferior paramediana y estenosis de la arteria cerebelosa superior izquierda. Se inicia doble antiagregación y estatina. Siete días después consulta por parálisis facial periférica bilateral. Presenta diplejía facial con signo de Bell bilateral y WEBINO sin afectación de otros nervios craneales, ni paresia de extremidades con reflejos osteotendinosos conservados. Se realizan punción lumbar y electroneurograma de extremidades sin hallazgos. El blink réflex muestra neuropatía axonal de ambos nervios faciales con el arco reflejo trigémino facial (puente) afectado. Se repite RM cerebral sin cambios.

Dada la normalidad del estudio complementario y la tendencia a la mejoría sin nueva focalidad, se considera diplejía facial de origen nuclear en paciente con infarto troncoencefálico.

CONCLUSIONES:

La diplejía facial en raras ocasiones puede ser secundaria a la afectación nuclear del nervio facial por lesión a nivel troncoencefálico (isquemia). Sin embargo, más frecuentemente es debida a patología inflamatoria de nervio periférico, por lo que es necesario la vigilancia clínica estrecha y el estudio complementario.



P-101

MENINGITIS REUMATOIDEA EN PACIENTE CON SÍNDROME OVERLAP

Dr. Pablo Lorenzo Barreto¹, Dr. Francisco Javier Buisán Catevilla¹, Dra. Beatriz Zarza Sanz¹, Dr. Carlos de la Puente Bujidos², Dr. Fernando Pérez Trapote¹, Dr. Alberto Sáez Marín¹, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández¹

¹Neurología, Hospital Universitario Ramón Y Cajal, ²Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal

OBJETIVOS

La meningitis reumatoidea es una rara complicación de la artritis reumatoide que puede manifestarse como un “stroke mimic”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 63 años en seguimiento por Reumatología por conectivopatía mixta (solapamiento clínico y serológico entre dermatomiositis amiopática, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico). Ingresó en Neurología por un cuadro de torpeza y acorchamiento de miembros derechos, de predominio crural e inicio brusco. Refería cefalea hemicraneal izquierda de 2 semanas de evolución. En la exploración neurológica presentaba hipoestesia para las sensibilidades táctil, algésica y grafestésica en la pierna derecha.

RESULTADOS

Se realizó estudio analítico con autoinmunidad positiva (ANAs+, Anti-Ro+, FR+, anti péptido citrulinado +) así como punción lumbar con datos inflamatorios (10 leucocitos mononucleares) y microbiología negativa. Se determinan los anticuerpos anti péptido citrulinado en LCR con positividad en patrón compatible con síntesis intratecal.

En la RM craneal se evidenció realce meníngeo fronto-parieto-occipital izquierdo con edema cortical asociado. Se inició tratamiento con Metilprednisolona 1mg/kg IV c/24h que se siguieron de tres bolos de metilprednisolona 125mg c/24h IV y Prednisona 0,5mg/kg VO c/24h posterior. La respuesta fue favorable quedando asintomática en días. Actualmente ha iniciado Rituximab.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de casos de meningitis reumatoideas se presentan en forma de cefalea y episodios “stroke-like”. Ante un paciente con esta clínica y artritis reumatoide, sobre todo si se acompaña de pleocitosis linfocítica en LCR y realce leptomeníngeo en la resonancia, debemos pensar en esta entidad. En nuestro caso, atípicamente, se ha presentado en el seno del síndrome overlap.



P-102

MENINGOENCEFALITIS POR PARECHOVIRUS UN RARO SIMULADOR DE ENTEROVIRUS. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Dr. Jaime Medrana Corral¹, Dra. María García García¹, Dr. Guillermo Martín Avila¹, Dr. Carlos Piquero Fernandez¹, Dr. Eduardo Escolar Escamilla¹, Dr. Alejandro Mendez Burgos¹, Dr. Rodrigo Terrero Carpio¹, Dra. Beatriz Martínez Menéndez¹

¹Hospital Universitario de Getafe

INTRODUCCIÓN: Los Enterovirus y los Parechovirus son virus de tipo RNA pertenecientes a la familia de los Picornaviridae. El primero de ellos es agente etiológico conocido y relativamente frecuente de enfermedad febril y meningitis aséptica en niños más otras afecciones de mayor gravedad como miocarditis y meningoencefalitis con subsecuente retraso en el neurodesarrollo. Los Parechovirus de tipo 1 y 2 más raramente descritos, se han informado de infecciones gastrointestinales y respiratorias leves. No hace mucho se han descrito otros dos subtipos 3 y 4 siendo el primero de ellos vinculado al desarrollo de infección neonatal grave incluyendo la afectación de SNC. La distinción clínica y analítica entre la infección grave por estos dos tipos de virus es prácticamente imposible por lo que la única forma de distinguirlos es la realización de reacción en cadena de polimerasa (PCR) específica para cada virus.

CASO CLINICO: Niña de 2 meses de edad que a los 13 días de nacimiento ingresa a unidad de cuidados intensivos neonatales por presentar cuadro febril y crisis convulsivas prolongadas (status epiléptico), en analítica sanguínea presenta leucocitosis con predominio linfocítico, LCR sin hallazgos relevantes salvo mínima hiperproteíorraquia. En RM craneal se visualiza afectación difusa de sustancia blanca periventricular sugerente de leucoencefalitis. Se realizó PCR viral siendo positivo para infección por Parechovirus. Realizó tratamiento de soporte sintomático y antiepiléptico. Actualmente asintomática en retirada de antiepiléptico. Retraso en el desarrollo del lenguaje.

CONCLUSION: Ante la sospecha de meningoencefalitis viral en niños se debe incluir a los Parechovirus dentro del diagnóstico diferencial.



P-103

SÍNDROME NEUROLÓGICO POST-COVID: RELACIÓN CAUSAL O CASUAL, SÍNTOMAS NUEVOS O EMPEORAMIENTO

Dr. Angel Martin Montes¹, Dr. Ricardo Rigual Bobillo¹, Dra. Cristina Utrilla Contreras¹, Dra. Blanca Fuentes Gimeno¹, Dra. Ana Frank-García¹

¹Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN: Los síntomas neurológicos tras infección por SARS-Cov2 representan actualmente un motivo de consulta frecuente, meses después del inicio de la pandemia. Sin embargo, todavía desconocemos el mecanismo por el que se producen.

Objetivo: describir las características de los pacientes derivados a una consulta de Neurología post-COVID19 y valorar su relación con antecedentes neurológicos previos.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de pacientes derivados entre noviembre 2020 y mayo 2021 a consulta de Neurología post-COVID con síntomas neurológicos tras la infección por SARS-Cov2.

RESULTADOS: Se atendieron 105 pacientes (71,4% mujeres) con edad media 52,4 años (DE:11,52). Aproximadamente la mitad (51,4%), padecieron neumonía, requiriendo hospitalización un 44,8% durante un promedio de 11,96 días. El síntoma neurológico más frecuente fue cefalea (67,6%), siendo éste el grupo en el que se encontraron más antecedentes neurológicos: 57,7% (p=0,021). Un 57,1% de los casos acudió por síntomas cognitivos (69,4% MoCa \geq 26, media MoCa 26,06; alteración memoria 76,6%; atención 42,6%). Otros síntomas menos frecuentes fueron: parestesias 23,8%, mialgias 19%, temblor 12,4% y mareo 9,5%. La RM cerebral se indicó en un 61%, resultando normal en el 54,6% y con hallazgos inespecíficos en el 45,38%.

CONCLUSIONES: En pacientes con clínica neurológica post-COVID, la cefalea es el motivo de consulta más frecuente y también el más asociado a antecedentes neurológicos previos. No hay hallazgos clínicos ni radiológicos característicos y los pacientes con síntomas cognitivos refieren a menudo quejas mnésicas previas a la COVID. Estos datos sugieren ausencia de síntomas y signos neurológicos específicos y existencia frecuente de otros factores predisponentes



P-104

Focalidad neurológica recurrente por amyloid spells: dejando a un lado la etiología comicial e isquémica.

Dra. Silvina Espada Rubio¹, Dra. Veronica Lopez Diego¹, Dra. Lucia Fabia Polo¹, Dra. Cristina Cordero Sanchez¹, Dra. Maria Elena Novillo López¹, Dra. Pilar Sobrino Garcia¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón

OBJETIVOS: La angiopatía amiloide es una causa relevante de hemorragia intracraneal y deterioro cognitivo en la edad avanzada. Además, un 20% de los pacientes presentan episodios estereotipados de focalidad breves y recurrentes llamados “amyloid spells”, secundarios a una actividad cortical anómala que se produce en regiones adyacentes a zonas de sangrado o siderosis. Incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de los trastornos paroxísticos es fundamental, pues tiene implicaciones terapéuticas importantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se exponen dos casos. Paciente 1: Varón de 92 años. Antecedentes de HTA, neoplasia mieloproliferativa, hepatitis crónica por VHC. Presenta episodios autolimitados de afasia de 3 años de evolución. Paciente 2: Varón de 81 años. Antecedentes de HTA, DM y enfisema pulmonar. Presenta episodios breves de cefalea, disartria e hipoestesia en extremidades derechas de 9 años de evolución.

RESULTADOS: En ambos pacientes se realiza ecografía doppler de troncos supraaórticos, sin estenosis arterial, y electroencefalograma, sin anomalías epileptiformes. Se realiza RM craneal con secuencia eco de gradiente, con los siguientes resultados. Paciente 1: microsangrados crónicos bilaterales, uno de ellos de nueva aparición prerrolándico izquierdo. Paciente 2: múltiples microsangrados crónicos con aparición de nuevos microsangrados con respecto a estudio previo.

CONCLUSIONES: Es fundamental tener en cuenta los amyloid spells como etiología de los trastornos paroxísticos en pacientes de edad avanzada, ya que no es infrecuente que se manejen como ataques isquémicos transitorios (AITs) que requieren antiagregación o anticoagulación, con importante aumento del riesgo hemorrágico en estos casos. El tratamiento anticomicial sí estaría indicado a pesar de electroencefalogramas sin actividad epileptiforme.



P-105

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA: NO ES COLI TODO LO QUE RELUCE. SÍNDROME DE BARAITSER-WINTER A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Guillermo Martín Avila¹, Dra Beatriz Martínez Menéndez, Dr Jaime Antonio Medranda Corral, Dr Carlos Piquero Fernández, Dra María García García, Dr Eduardo Escolar Escamilla, Dra María Luisa Lorente Jareño

¹Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS. El síndrome de Baraitser-Winter 2 (BRWS-2, en sus siglas en inglés) se produce por una mutación heterocigótica en el gen ACTG1 en el cromosoma 17q25. La mayoría de pacientes presenta algún grado de displasia cortical, paquigiria y heterotopías en bandas subcorticales. El perímetro craneal tiende a evolucionar hacia la microcefalia durante la infancia. El crecimiento está levemente retrasado y la estatura final está por debajo de lo normal. Se ha informado de pacientes con hidronefrosis, pero las malformaciones viscerales son poco frecuentes. El déficit intelectual varía de grado leve a profundo y se corresponde con la gravedad de las anomalías cerebrales y la presencia de convulsiones, que pueden ser resistentes a medicamentos.

MATERIALES Y MÉTODOS. Presentamos el caso clínico de un varón de 4 años con un antecedente de Reflujo vesicoureteral grado IV/V y meningoencefalitis bacteriana por E. coli en período neonatal con una exploración neurológica y desarrollo psicomotor inicialmente normales salvo el perímetro cefálico por debajo del p3. En la evolución, se fue apreciando retraso en la adquisición del lenguaje, torpeza en la motricidad fina y en al correr.

En la exploración física destacaba la persistencia de un perímetro cefálico en p<3, facies peculiar con orejas de implantación baja, canto palpebral oblicuo, leve torpeza motora fina y marcha con aumento de base.

Se solicitó RM cerebral donde se objetivó Anomalía de desarrollo cortical de predominio frontal y perisilviano, que muestra córtex engrosados, obliteración de surcos, disminución de sustancia blanca subcortical y vermis de pequeño tamaño. Estas alteraciones se relacionaron con el antecedente de meningitis. No obstante, teniendo en cuenta la evolución y el fenotipo clínico se decidió solicitar estudio genético.

RESULTADOS. Exoma dirigido a anomalías de la morfogénesis cerebral: heterocigoto para la variante c.767G>A p.Arg256Gln en el gen ACTG1, consistente en una transición de una G por una A; a nivel de proteína produce, presumiblemente, un cambio de arginina de la posición 256 por una glutamina. Variante de cambio de sentido que no ha sido descrita previamente aunque se encuentra dentro de un hot spot mutacional.

CONCLUSIÓN. Presentamos el caso clínico de un paciente con retraso psicomotor y alteraciones en RM cerebral que se relacionaron con antecedente de meningitis neonatal siendo la exploración física clave en la sospecha de una mutación genética subyacente. Resaltamos la importancia de la exploración física en cada consulta a la hora de valorar a nuestros pacientes.



P-106

SERIE DE CASOS DE ROOM-TILT ILLUSION: "DANDO UNA VUELTA" A ESTE FENÓMENO

Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Dra Marisa Martínez Ginés¹

¹H. Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

"Room-tilt illusion" da nombre a la percepción alterada de la posición del sujeto en el espacio, que percibe giros de 90 o 180 grados de su entorno en cualquier dirección. Se trata de un fenómeno infrecuente, con una fisiopatología poco conocida, y asociado a múltiples etiologías: vascular, epiléptica, vestibular o tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos 3 casos de "room-tilt illusion" de causa vascular.

RESULTADOS:

Varón de 58 años con lesión ocupante de espacio parietooccipital derecha. Tras exéresis quirúrgica, presenta 3 episodios paroxísticos de 5 minutos: "veo el techo de la habitación en mis pies". El TC craneal demuestra infarto en territorio de arteria calcarina derecha.

Varón de 64 años con miocardiopatía dilatada, ingresado por insuficiencia cardíaca. Comienza con sensación de vértigo brusca: "veo la pared frente a mí a mis pies". El TC craneal objetiva lesión isquémica subaguda en territorio de PICA izquierda.

Varón de 80 años, ingresado tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria recuperada. Describe múltiples episodios autolimitados de pocos segundos: "veo la pared de enfrente en el suelo, y yo estoy en la pared de atrás". El TC craneal no mostró lesiones, el EEG no tenía actividad epileptiforme. No pudo realizarse RM craneal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Este fenómeno ya descrito en la literatura parece tener baja incidencia en la práctica diaria, a pesar de la demostrada relación etiológica con la patología vascular. Se plantea como hipótesis que exista infradiagnóstico por falta de reconocimiento de esta sintomatología atípica.

Incidimos en la importancia de conocerlo; un diagnóstico precoz nos permitirá aportar a los pacientes un tratamiento dirigido y eficaz.



P-107

MIOCLONÍAS GENERALIZADAS COMO CUADRO PARAINFECCIOSO TRAS COVID-19

Carla Amarante Cuadrado¹, Maialen González Arbizu¹, Alberto Rodríguez López¹, Guillermo González Ortega¹, Alejandro Octavio Herrero San Martín¹

¹Hospital 12 De Octubre

INTRODUCCIÓN.

Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 se han descrito diversas manifestaciones neurológicas en relación con la COVID19 (patología cerebrovascular, encefalopatía,...), teorizándose distintos mecanismos patogénicos. Presentamos un caso de mioclonías generalizadas en el contexto de infección por SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS.

Varón de 64 años, no vacunado frente a SARS-CoV-2, diagnosticado en febrero de 2021 de COVID-19 mediante PCR de exudado nasofaríngeo, que cursa paucisintomática, con febrícula, odinofagia y cefalea leve. El día +10 del diagnóstico, 24h tras cesar los síntomas, se instaura un cuadro de inatención, somnolencia y temblor postural y cinético de baja frecuencia y alta amplitud con mioclonías interpuestas de predominio proximal, sensibles a estímulos sonoros. Ambos componentes predominan en MMSS, afectando también a cara y MMII. Se añade inestabilidad de la marcha, interferida por temblor y mioclonías, con ampliación compensatoria de la base, y disfemia. La clínica progresa en intensidad sin añadir otra sintomatología, consultando el día +13 desde la PCR. En ese momento presenta serología positiva frente al Ac SARS-CoV-2 anti-N (CLIA). Durante su ingreso, se completó el estudio mediante RM craneal y cervico-dorsal, EEGs, punción lumbar y analíticas completas con serologías, sin hallazgos relevantes. El perfil de autoinmunidad y los anticuerpos onconeuronales y de superficie neuronal fueron también normales o negativos.

Recibió inmunoterapia (pulsos de corticoterapia 5 días, 5 sesiones de plasmaféresis e inmunoglobulinas. i.v. 5 días), además de rehabilitación y tratamiento sintomático dirigido al temblor y mioclonías. El día +13 del inicio del cuadro (+23 desde PCR), inicia mejoría sintomática paulatina, reduciéndose los movimientos anormales y recuperando el nivel de atención y la deambulación autónoma al alta (día +33 desde PCR). A los 3 meses se encuentra prácticamente asintomático, por lo que se inicia descenso progresivo del tratamiento sintomático.

Frente a otros casos similares en nuestro centro, no experimentó anosmia ni patología pulmonar concomitante. Sin embargo, las mioclonías descritas son superponibles a las de estos y otros casos de la literatura reciente, sugiriendo un origen troncoencefálico.

CONCLUSIÓN.

El temblor mioclónico generalizado como manifestación post o para infecciosa de la infección por Covid19 constituye un cuadro probablemente inmunomediado, en el que no se puede descartar por completo una afectación directa de estructuras troncoencefálicas a través del bulbo olfatorio. A pesar de ser poco frecuente, se debe tener en cuenta esta entidad dada la potencial mejoría del cuadro tras el inicio de la inmunoterapia.



P-108

Diparesia braquial aguda tras un intento autolítico: A propósito de un caso

Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Dra. Marta Vales Montero¹, Dra. Ana Iglesias Mohedano¹, Dr. Andrés García Pastor¹, Dra. Yolanda Fernández Bullido¹, Dra. Pilar Vázquez Alen¹, Dr. Fernando Díaz Otero¹, Dr. Antonio Gil Núñez¹

¹H. Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La diplejía braquial se caracteriza por parálisis de miembros superiores con respeto de miembros inferiores y facial; su semiología se denomina “hombre-en-barril”. Esta descrita en infartos frontera, entre otros, en relación con hipoperfusión cerebral y/o microembolismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 56 años, con antecedentes psiquiátricos, realiza intento autolítico con herida incisa cervical derecha y hemorragia importante en domicilio, no cuantificado. Se mantiene hemodinámicamente estable y no se anemiza a pesar de la hemorragia. Desde su llegada, refiere debilidad en brazos, el inicio exacto es desconocido.

RESULTADOS: La exploración neurológica objetiva diparesia braquial de predominio distal acompañada de ataxia apendicular, agrafestesia e hiperreflexia en ambos miembros superiores, y heminegligencia visual izquierda. El estudio de neuroimagen urgente (TC craneal y angioTC) no muestra hallazgos patológicos.

Se realiza RM craneal que objetiva necrosis laminar cortical bilateral en territorio frontera ACA-ACM, afectando a circunvoluciones pre y post centrales y parietales superiores, hallazgos sugestivos de encefalopatía hipóxico-isquémica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: El síndrome del “hombre-en-barril” es una presentación infrecuente, asociada habitualmente a patología cardíaca, con un antecedente de bajo gasto reconocible y una exploración neurológica congruente.

La relación temporal con el sangrado y los hallazgos en neuroimagen orientan hacia la encefalopatía hipóxico-isquémica como primera posibilidad etiológica, si bien no fue posible confirmar el episodio de bajo gasto en ese caso.

Su presentación clínica no asemeja la imagen de “atrapada en un barril”; la afectación predominante de ambas manos y la ataxia apendicular configuran una semiología menos característica que debemos reconocer y no pasar desapercibida.



P-109

LA IMPORTANCIA DEL TC CRANEAL: NEUROIMAGEN EN ESTRIOPATÍA DIABÉTICA

Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dr. Antonio Sánchez Soblechero¹, Dra. Gemma Lafuente Gómez¹, Dr. Carlos José de Miguel Sánchez de Puerta¹, Dra. Ana Contreras Chicote¹

¹H. Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La estriopatía diabética se caracteriza por la aparición repentina de movimientos coreicos, o balísticos en pacientes con hiperglucemia no cetósica y hallazgos de neuroimagen característicos. Presentamos el caso de una paciente con estriopatía diabética con lesión en TC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 76 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, pancreatitis aguda necrotizante biliar y diabetes mellitus pancreatopriva con mal control glucémico en especial la última semana. En las 72 horas previas a consultar comenzó con movimientos involuntarios. La exploración objetiva movimientos incontrolados de predominio proximal en extremidades derechas, de gran amplitud, arrítmicos e incesantes (video).

RESULTADOS:

La glucemia inicial en Urgencias fue >500mg/dL, y la hemoglobina glicada de 13.8%. La TC craneal simple muestra un aumento de densidad en núcleo lenticular izquierdo, de 4x1cm. Se inicia tratamiento con insulina hasta conseguir control glucémico, y se administra haloperidol (5mg c/8 horas), con resolución de la clínica a los 4 días. 3 meses después, la paciente no ha vuelto a presentar movimientos anómalos, y una RM craneal demuestra persistencia de hiperintensidad lenticular izquierda en T1.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El diagnóstico por imagen de la estriopatía diabética es bien reconocido por RM craneal y aunque existen casos descritos por TC craneal es menos habitual detectar estas alteraciones con esta técnica de neuroimagen.

En esta paciente, los hallazgos en TC craneal permitieron descartar otras posibilidades diagnósticas como la etiología vascular, y confirmar el diagnóstico de estriopatía diabética permitiendo un tratamiento rápido y preciso.

Además, este caso ilustra como la resolución clínica no tiene porque acompañarse de resolución en neuroimagen.



P-110

UN ABSCESO CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE SIMULANDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Dra. Maialen Gonzalez¹, Dra. Carla Amarante¹, Dr. Alejandro Octavio Herrero San Martín¹, Dr. Daniel Toledo Alfocea¹

¹Hospital Universitario 12 De Octubre

INTRODUCCIÓN:

El absceso cerebral supone una entidad clínica grave y potencialmente letal, cuyo cuadro clínico abarca un espectro amplio de síntomas, siendo los más frecuentes la cefalea y la focalidad neurológica de instauración subaguda. Su diagnóstico y tratamiento requieren un manejo multidisciplinar. Presentamos un caso de absceso cerebral con presentación atípica, que simula un evento cerebrovascular agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

caso clínico.

RESULTADOS:

Varón de 90 años con buena situación basal y antecedentes de adenocarcinoma de esófago con extensión regional, sin tratamiento activo. Atendido en el servicio de urgencias en marzo de 2021, como código ictus, ante cuadro de monoparesia aguda de miembro inferior derecho. En la exploración neurológica únicamente se apreciaba una debilidad leve proporcionada de MID (NIHSS 1), sin otros hallazgos, encontrándose afebril y con constantes en rango. El ECG y la analítica sanguínea no mostraron alteraciones de interés, a excepción de leve leucocitosis con neutrofilia y ligero aumento de PCR. Se realizó TC craneal basal y angioTC de TSA objetivándose una hipodensidad en región frontoparietal parasagital izquierda compatible con un ictus establecido en territorio de ACA izquierda, sin oclusión de gran vaso.

El paciente presentó una evolución clínica desfavorable, con plejía de MID y aparición de debilidad progresiva en MSD, realizándose un TC craneal de control que mostró la presencia de una LOE frontoparietal izquierda con captación en anillo y gran edema perilesional, compatible con absceso cerebral, dada la evolución radiológica, realizándose posteriormente una RM craneal que también mostró signos sugerente de absceso cerebral.

Ante estos resultados, se instauró tratamiento con antibioterapia de amplio espectro, durante 7 semanas y se realizó punción evacuadora de la lesión, aislando un *Streptococcus intermedius* en el cultivo del material purulento evacuado. La evolución clínico-radiológica fue favorable, consiguiendo deambulación autónoma a los dos meses del alta, así como recuperación funcional casi completa de ambos miembros derechos, junto con resolución del absceso en las pruebas de imagen de control.

CONCLUSIÓN:

Es importante tener en cuenta las formas de presentación atípicas de los abscesos cerebrales, con objeto de instaurar el tratamiento adecuado de la forma más precoz posible. En nuestro caso, la presentación clínica fue en forma de cuadro afebril y de perfil ictal, en un paciente sin factores de riesgo conocidos para infección del SNC, lo cual subraya además la necesidad de realizar control con imagen ante cuadros de perfil vascular con evolución atípica o progresión de la sintomatología



P-111

"CUANDO LA COVID-19 ME CAMBIÓ LA VIDA": A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Jaime Alonso Maroto¹, Dra. Gemma Reig Roselló¹, Dra. Laura Casado Fernández¹, Dra. Elena Casas Peña¹, Dra. Marta Domínguez Gallego¹, Dra. Esther Valiente Gordillo¹, Dr. José Aurelio Vivancos Mora¹

¹Hospital Universitario De La Princesa

La relación de la COVID-19 con una todavía creciente cohorte de síntomas neurológicos ha sido objeto de debate a lo largo del último año. Complicaciones trombóticas como la trombosis venosa cerebral (TVC) han sido asimismo descritas en el seno de la coagulopatía asociada a la infección. La presentación clínica de estas puede variar desde el paciente asintomático hasta el bajo nivel de conciencia con focalidad neurológica y estatus epiléptico.

Se presenta la historia clínica y hallazgos de neuroimagen de un paciente con diagnóstico microbiológico de COVID-19 complicado con TVC y estatus epiléptico no convulsivo.

Varón de 38 años sin antecedentes médicos o familiares relevantes ni consumo de medicación o tóxicos traído a Urgencias por cuadro de confusión y comportamiento extraño de 2 días de evolución. 13 días antes había comenzado con cuadro febril, tos y malestar general, motivo por el cual se realizó PCR para SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo que resultó positiva. A la exploración presenta constantes vitales normales, crepitantes rugosos en base pulmonar derecha, bradipsiquia, desorientación global, nivel de conciencia fluctuante, persistencia motora, afasia mixta leve y extinción sensitiva derecha, sin signos meníngeos. La analítica presenta hemograma y bioquímica normales con tóxicos en orina negativos y D-dímero elevado (3.05mg/ml) sin otras alteraciones de la coagulación. Se observa neumonía vírica en base derecha en radiografía. Se realiza punción lumbar con valores dentro de la normalidad y TC cerebral con fase venosa que no evidencia signos de TVC. Se realiza EEG urgente con presencia de estatus epiléptico no convulsivo que responde a levetiracetam y lacosamida. Se solicita angioRM cerebral que muestra trombosis del tercio medio del seno longitudinal superior y la tórula con ingurgitación del resto del sistema venoso como causante de lo previo y en relación con coagulopatía COVID-19. Tras el inicio de heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas presenta mejoría progresiva hasta quedar asintomático, dándose de alta con acenocumarol y dosis decrecientes de antiépiléptico. Durante el estudio de procoagulabilidad se detectaron niveles altos de homocisteína que no estaban elevados en control por Hematología a los 3 meses. En seguimiento de neuroimagen se comprueba desaparición de la TVC.

El amplio espectro de manifestaciones neurológicas que supone la infección por SARS-CoV-2 a nivel neurológico representa un desafío diagnóstico. Si bien la presentada es extremadamente infrecuente, no debe descartarse la relación causal con la COVID-19, y el estudio del paciente con alteraciones neurológicas deberá incluir el diagnóstico diferencial de TVC.



P-112

DEL SÍNCOPE AL SÍNDROME ABÚLICO. TRAYECTORIA DE UN ICTUS DE ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR.

Dra. Laura Del Pino Tejado¹, Dr. Rafael Leal Hidalgo¹, Dra. Sonia Ys Rodríguez¹, Dr. Carlos Serra Smith¹, Dr. Carlos Alberto López Reyes¹, Dra. Elena Díaz Fernández¹, Dra. Marta Vales Montero^{1,2}, Dra. Ana María Iglesias Mohedano^{1,2}, Dr. Andrés García Pastor^{1,2}, Dra. Yolanda Fernández Bullido^{1,2}, Dra. Pilar Vázquez Alen^{1,2}, Dr. Fernando Díaz Otero^{1,2}, Dr. Antonio Gil Nuñez^{1,2}

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ²Sección de Neurología Vascular y Centro de Ictus, Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón-IISGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

OBJETIVOS

Los ictus de arteria cerebral anterior (ACA) aislados son un evento isquémico poco común (<3%). Presentamos un caso de síndrome de ACA de etiología isquémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 49 años, con dislipemia y diabetes. De forma brusca sufre un síncope precedido de síntomas prodrómicos con recuperación rápida de consciencia, apreciándose posteriormente debilidad de miembros derechos e imposibilidad para emitir lenguaje.

RESULTADOS

A su llegada a Urgencias, presenta hemiplejía y anestesia derechas, mutismo y apatía. Al insistir en la exploración destaca emisión pobre de lenguaje, sin claros elementos disfásicos.

El síncope al debut y la aparente inhibición volitiva del paciente hacen sospechar un síndrome frontal, de etiología vascular. El estudio de neuroimagen urgente (TC craneal y AngioTC) demostró una oclusión del segmento A2 de ACA izquierda.

Se realizó trombolisis intravenosa y trombectomía mecánica con implantación de stent intracraneal. Como secuelas persisten hemiparesia derecha de predominio crural, apatía y abulia con hipofluencia verbal y afasia transcortical motora. Un TC de control (> 24 horas) mostró una hipodensidad parasagital frontal izquierda.

CONCLUSIONES

La infrecuencia de ictus isquémicos de ACA convierte estos casos en un reto diagnóstico. Nuestro paciente reúne la semiología clásica del síndrome de ACA (mutismo acinético, abulia, apatía, afasia transcortical motora por afectación del hemisferio dominante y hemiparesia contralateral), y su reconocimiento precoz permitió la correcta localización topográfica y ayudó al diagnóstico.

La pérdida transitoria de consciencia supone un debut excepcional, aunque descrito, y no debe hacernos descartar la etiología vascular sino dirigir nuestra sospecha a la afectación frontal.



P-113

UN COMA FELINO

Dr. Álvaro Bonelli Franco¹, Dra. Marta Guillán Rodríguez¹, Dr. Iván Navas Clemente², Dra. Natalia Barbero Bordallo¹

¹Servicio de Neurología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos

OBJETIVOS:

El absceso cerebral es un proceso supurativo del sistema nervioso central (SNC) poco habitual. Los casos que se presentan en la actualidad se asocian en su mayoría con intervenciones neuroquirúrgicas, infecciones en el área ORL y situación de inmunodepresión. Los agentes causales más frecuentemente implicados son los cocos grampositivos (*Streptococcus* y *Staphylococcus* spp.). Presentamos un caso clínico de absceso cerebral de etiología inusual en paciente inmunocompetente sin factores de riesgo conocidos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico.

RESULTADOS:

Mujer de 25 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 10 días de evolución de cefalea intensa acompañada de vómito en escopetazo y fiebre de hasta 39°C. Se realizó TC craneal con evidencia de lesión expansiva parenquimatosa centrada en tálamo derecho con captación de contraste en anillo y compromiso del III ventrículo, todo ello compatible con absceso cerebral. Presentó deterioro del nivel de consciencia precoz, con una puntuación de 9 en la Escala de Coma de Glasgow, y aparición de hemiparesia izquierda, precisando colocación de drenaje ventricular externo por hidrocefalia secundaria. Se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona, vancomicina y metronidazol. Se tomó muestra de la lesión con aspiración de material purulento. El estudio inmunomicrobiológico en suero y LCR (20 células/mm³ 3 polimorfonucleares, resto normal) descartó enfermedades inmunosupresoras y los cultivos fueron negativos. Durante su estancia en UCI, se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico y ecocardiograma transesofágico ambos normales. La RM cerebral evidenció mejoría de la hidrocefalia y se descartó foco infeccioso contiguo. Se logra finalmente el aislamiento de *Streptococcus intermedius* y *Aggregatibacter aphrophilus* (esta última, presenta destacada tendencia a provocar infecciones supurativas) sensibles a betalactámicos en la muestra del absceso. Ambas bacterias típicas de flora comensal orofaríngea en humanos, perros y gatos. Interrogando sobre el escenario epidemiológico, destaca la convivencia con gatos y el contacto de sus secreciones con enseres de higiene personal (cepillo de dientes). Estas bacterias pueden producir infecciones orales paucisintomáticas y por vía diseminación hematológica producir infección en el SNC. La evolución clínica tras tratamiento dirigido fue excelente con recuperación ad integrum.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico etiológico precoz de los abscesos cerebrales continúa siendo un reto para el neurólogo dado que de esto depende en gran medida el pronóstico vital del paciente. Los cultivos de sangre y LCR son negativos en un alto porcentaje de los casos, y el estudio del escenario epidemiológico puede ser la clave para comprender la etiopatogenia.



P-114

MIOPATÍAS Y ESTATINAS

Dra. María Victoria Blanco Fuentes¹, Dr Ventura Anciones Rodriguez

¹Hospital La Zarzuela Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las estatinas son inhibidores selectivos del enzima 3-hidroxi-3-metilglutaril Co-enzima A Reductasa (HMGCoAR) que interviene en la biosíntesis del colesterol, catalizando la conversión del HMG-CoA en Mevalonato que es un precursor del colesterol y otros metabolitos intermediarios. Los efectos secundarios de las estatinas pueden aparecer en un 10-15% de los pacientes en forma de mialgias, elevaciones de la Creatín Kinasa (CK), rabdomiolisis, miositis y miopatías.

El objetivo de esta presentación es destacar la importancia de reconocer efectos adversos más graves y potencialmente reversibles al suspender el fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso estudiado en la Consulta de Neurología General.

RESULTADOS

Varón de 75 años que consulta por debilidad progresiva de un año de evolución. Tomaba atorvastatina 40 mg como prevención secundaria por una cardiopatía isquémica. En la exploración presentaba una debilidad proximal en cintura pelviana con reflejos hipoactivos y una clara marcha miopática. La debilidad le impedía hacer su vida normal. La CK inicial fue de 7.700. Presentaba un EMG con patrón miopático y una biopsia muscular inespecífica y no concluyente. En los análisis se detectó un título de anticuerpos (Ac) Anti-HMGCoAR.

Con el diagnóstico de miopatía autoinmune con Ac anti-HMGCoAR se suspendió la atorvastatina y se iniciaron corticoides a dosis altas. En los 4 meses siguientes el patrón de la marcha mejoró de forma muy significativa permitiendo al paciente volver a su vida normal y la CK se normalizó. Actualmente se ha cambiado el tratamiento hipolipemiente a evolocumab.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La miopatía autoinmune con Ac antiHMGCoAR es un subtipo de miopatía inflamatoria englobada en las miopatías necrotizantes mediadas inmunológicamente, es poco frecuente pero grave y puede estar asociada al uso de estatinas.

Destacamos la importancia de reconocer esta entidad por su buen pronóstico al retirar la estatina e iniciar tratamiento inmunosupresor. Otro punto a resaltar sería la importancia del neurólogo a la hora de indicar los nuevos tratamientos para la hipercolesterolemia con Ac monoclonales.



P-115

ICTUS ISQUÉMICO ASOCIADO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR GEMELLA MORBILLORUM: UTILIDAD DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA PARA EL DIAGNÓSTICO

Sra. Mariana Muñoz García¹, Sr. David Seoane Fernández¹, Sra. María Gutiérrez Sánchez Fuente¹, Sr. Fernando Ostos Moliz¹, Dr. Antonio Martínez Salio¹, Dra. Patricia Calleja Castaño¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Universitario 12 De Octubre

INTRODUCCIÓN: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) es de 2-6 casos por cada 100,000 habitantes. Los ictus pueden ocurrir en el 80% de estos pacientes. El 70% de las EI sobre válvulas nativas son causadas por bacterias del género *Streptococcus*. El género *Gemella* se clasificaba inicialmente dentro del grupo de los estreptococos viridans por lo que la incidencia de EI asociada es desconocida. Éstos son patógenos oportunistas, presentes en la boca, el tracto gastrointestinal y el genitourinario, con factores de riesgo y mecanismo patogénico aún desconocidos.

Objetivo y métodos: Presentamos un caso de EI por *Gemella morbillorum* que debutó como código ictus.

RESULTADOS: Mujer de 73 años, hipertensa, sin historia de procedimientos dentales o síndrome constitucional previo, que sufre un cuadro de inicio brusco consistente en alteración de la emisión del lenguaje y hemiparesia derecha, objetivándose en la exploración: fiebre, soplo sistólico en foco mitral y un síndrome hemisférico izquierdo completo con NIHSS de 25. En pruebas complementarias urgentes se objetivó: leucocitosis con desviación izquierda, ECG en ritmo sinusal, TC Craneal basal con ASPETCS de 9 y angioTC con oclusión de segmento M1 distal. Se realiza fibrinólisis con tenecteplasa tras 2 horas de evolución y trombectomía mecánica a las 2 horas y media con recanalización con TICI III. Se observa en el control una transformación hemorrágica en ambos hemisferios cerebelosos en TC, junto a una mejoría clínica (NIHSS 4). Durante la realización del estudio etiológico, dos sets de hemocultivos resultan positivos para *Gemella morbillorum*. Se completa el estudio con ecocardiograma transesofágico, que objetiva insuficiencia mitral severa degenerativa sin imágenes compatibles con vegetaciones. No obstante, la RMN Craneal objetiva infartos en todos los territorios arteriales, un PET-TC objetiva émbolo séptico en bazo y, además, el cultivo del trombo resulta positivo para dicho microorganismo, con un antibiograma idéntico. Se confirma el diagnóstico de EI al cumplir un criterio mayor (nueva regurgitación) y 3 menores (fiebre, fenómenos vasculares y evidencia microbiológica). La paciente fue tratada con Ceftriaxona 2g c/24h, con buena evolución clínica a nivel sistémico y neurológico (mRS de 2).

DISCUSIÓN: Este caso demuestra la utilidad de la trombectomía mecánica en el tratamiento y diagnóstico de los ictus isquémicos asociados a EI. El estudio histológico de los trombos puede ayudar a identificar el mecanismo etiológico de los ictus isquémicos criptogénicos, pero como este caso demuestra, el estudio microbiológico de este material también puede ser clave.



P-116

VÉRTIGO PERIFÉRICO CON NISTAGMO ALTERNANTE

Dr. Alberto Rodríguez López¹, Dr. Juan Alcalá Torres¹, Dr. Carlos Santos Martín¹, Dra. Mariana Muñoz García¹, Dr. Guillermo González Ortega¹, Dr. Eduardo San Pedro Murillo¹, Dra. Ester Morales García¹, Dr. Alejandro Octavio Herrero San Martín¹, Dr. Daniel Toledo Alfocea¹

¹Hospital 12 De Octubre

OBJETIVOS: La valoración clínica en pacientes con síndrome vestibular agudo es el método más fiable para orientar su topografía. Sin embargo, las características del nistagmo en el vértigo periférico en algunos casos admite cierta variabilidad según el mecanismo lesional y su estadio evolutivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: descripción de un caso clínico.

RESULTADOS: Varón de 81 años con antecedente de cofosis desde la juventud, se despierta con sensación de mareo con ilusión de giro de objetos e intenso cortejo vegetativo; en la exploración inicial se constata un nistagmo grado III con fase rápida a la derecha que sigue la ley de Alexander, un test de impulso cefálico con alteración del reflejo oculocefálico hacia la izquierda y una desviación corporal armónica hacia la izquierda. Con el diagnóstico de presunción de vértigo periférico se administra tratamiento sintomático con sulpirida y corticoterapia; al día siguiente, se observa inversión de la dirección del nistagmo con fase rápida hacia la izquierda, así como de la alteración del reflejo oculocefálico y la desviación corporal hacia la derecha. Durante la reexploración, se constata durante un minuto un nuevo cambio de la fase rápida del nistagmo hacia la derecha que se hace máximo a la dextroversión, regresando posteriormente a la situación descrita. Se mantiene el tratamiento con franca mejoría clínica y finalmente varios días después se realiza RMN craneal que descarta alteraciones estructurales, apoyando la impresión de un vértigo periférico secundario a una neuritis vestibular derecha en resolución.

CONCLUSIÓN: la neuritis vestibular puede producir inicialmente una fase irritativa que ofrezca una semiología congruente con afectación a nivel periférico pero que puede intervenir conforme avanza a una fase parética. En estos casos, puede ser prudente descartar lesiones a nivel del sistema nervioso central, pero es importante conocer este hecho para poder ofrecer una orientación diagnóstica y terapéutica adecuada.

XIX REUNIÓN ANUAL DE LA AMN

