

# LIBRO DE ABSTRACTS

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

Comunicaciones Orales.....	3
Enfermedades Desmielinizantes.....	24
Enfermedad Cerebrovascular.....	46
Trastornos del Movimiento.....	82
Cefaleas.....	89
Epilepsias.....	112
Neurología Cognitiva y de la Conducta.....	120
Enfermedades Neuromusculares .....	123
Neuroinmunología-Neurooncología.....	130
Neurología General.....	138

## COMUNICACIONES ORALES

1

### **ANÁLISIS DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS, SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL SISTEMA NERVIOSO**

**Dra. Mireya Fernandez-Fournier Fernandez<sup>1</sup>**, Dra. Ana Kerguelen<sup>2</sup>, Dr. Francisco Javier Rodríguez de Rivera<sup>1</sup>, Dra. Laura Lacruz<sup>1</sup>, Dr. Santiago Jimeno<sup>2</sup>, Dra. Itsaso Losantos<sup>3</sup>, Dra. Dolores Hernández Maraver<sup>2</sup>, Dra. Inmaculada Puertas<sup>1</sup>, Dr. Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Dra. Aurora Viejo<sup>2</sup>, Prof. Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Prof. Ana Frank García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Neuroinmunología y Esclerosis Múltiple, Servicio de Neurología, H.U. La Paz. Instituto de Investigación IdiPAZ, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Unidad de Aféresis. Servicio de Hematología. H.U. La Paz, Madrid, Spain,

<sup>3</sup>Servicio de Bioestadística. H.U. La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Estudiar las complicaciones ocurridas durante el recambio plasmático terapéutico (RPT) en pacientes neurológicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de complicaciones del RPT en pacientes de Neurología de un hospital terciario (1981-2020) a partir del registro prospectivo de procedimientos y complicaciones de la Unidad de Aféresis del hospital. Las complicaciones se dividieron en leves (no requirieron tratamiento), moderadas (precisaron intervención) y graves (se suspendió RPT). Se estudió su incidencia según edad, sexo, año, nº de sesiones y enfermedad de base.

**RESULTADOS:** Se trataron 159 pacientes (48,69±18,15 años, 54,3% mujeres), realizando 207 procedimientos en 189 ciclos (6,4±3,8 procedimientos/ciclo). La mayoría fueron tratados una sola vez (86,9%) y por indicaciones categorías I-II, principalmente Síndrome de Guillain Barré (SGB) y Miastenia Gravis (MG) (77,7%). La tasa de complicaciones fue baja (3,9% procedimientos), fundamentalmente reacciones vasovagales (55,3%) y complicaciones del acceso vascular (38,3%), la mayoría leve-moderadas (92,9 %), permitiendo completar el RPT. No se encontraron diferencias significativas por sexo o edad, pero los pacientes con SGB fueron más propensos a complicaciones que los de MG (6,5 % vs. 1,2 %, p<0,001), con más reacciones vasovagales (3,7 % vs. 1 %, p=0,008). Las complicaciones incrementaron en las épocas en las que se realizaron más recambios, precediendo su pico al de mayor nº de RPT realizados.

**CONCLUSIONES:** El RPT realizado en centros con experiencia en pacientes neurológicos presenta una baja tasa de complicaciones (<4% procedimientos), principalmente reacciones vasovagales, y estas son leve-moderadas permitiendo proseguir con el tratamiento sin problema. Los pacientes con SGB parecen más propensos que los de MG. La experiencia con esta técnica parece influir en las complicaciones.

## 2

### EVALUACIÓN DEL SESGO COGNITIVO “SALTO A LA CONCLUSIÓN” EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO FUNCIONALES.

**Dra. Raquel Sainz Amo<sup>1</sup>**, Dra. Jessenia Morillo González<sup>1</sup>, Dr. Jorge Gómez Corral<sup>1</sup>, Dra. Araceli Alonso Cánovas<sup>1</sup>, Dr. Juan Carlos Martínez Castrillo<sup>1</sup>, Dr. Daniel Hernández Huerta<sup>1</sup>, Dra. Isabel Pareés Moreno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El “salto a la conclusión” (SC) es un sesgo cognitivo caracterizado por la toma de decisiones en base a evidencia insuficiente. Se ha descrito en pacientes con trastornos motores funcionales (TMF) y se ha hipotetizado que favorece la aparición de los síntomas.

Evaluamos si la presencia del SC en pacientes con TMF se mantiene a pesar de manipular las probabilidades iniciales y si se relaciona con la presencia de síntomas depresivos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo que evalúa el SC mediante el paradigma de “la tarea de bolas”. Se analizaron características clínico-demográficas y número de bolas necesarias para alcanzar una decisión con dos proporciones diferentes de bolas (85:15 vs 60:40). Los resultados se compararon con un grupo de pacientes con trastorno depresivo (TD). Se utilizó U-Mann-Whitney para comparaciones y regresión lineal para evaluar la contribución del componente depresivo.

**RESULTADOS:** Se analizaron 15 pacientes con TMF (73% mujeres, 37.9±11.7 años) y 15 pacientes con TD (66% mujeres, 54.1±11.6 años). Los pacientes con TMF requirieron menos bolas para alcanzar la decisión final que el grupo control: proporción 85:15 (3 vs 8.1 bolas;  $p<0,00001$ ), proporción 60:40 (3.6 vs 8.9;  $p<0,00046$ ). No hubo diferencias significativas en el número de bolas requerido para alcanzar la decisión final entre ambas proporciones. La presencia de sintomatología depresiva no influyó los resultados (85:15, beta -0.04,  $p=0.84$  y 60:40, beta 0.13,  $p=0.11$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con TMF requieren menos evidencia para llegar a una conclusión independientemente de la probabilidad inicial que se les presente. Este sesgo no parece estar influenciado por la sintomatología depresiva.

3

### VESÍCULAS EXTRACELULARES: ¿QUÉ INFORMACIÓN CONTIENEN SOBRE LOS PROCESOS DE DAÑO Y REPARACIÓN EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL?

**Laura Casado Fernández<sup>1</sup>**, Fernando Laso García<sup>1</sup>, Dolores Piniella<sup>1</sup>, Mari-Carmen Gómez de Frutos<sup>1</sup>, Laura Otero Ortega<sup>1</sup>, Susana Belén Bravo<sup>2</sup>, Lucía Trilla-Fuertes<sup>3</sup>, Ángelo Gámez-Pozo<sup>3</sup>, Blanca Fuentes Gimeno<sup>1</sup>, Elisa Alonso<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez-Pardo<sup>1</sup>, Gerardo Ruiz Ares<sup>1</sup>, Ricardo Rigual<sup>1</sup>, Elena de Celis<sup>1</sup>, Exuperio Díez-Tejedor<sup>1</sup>, María Gutiérrez Fernández<sup>1</sup>, María Alonso de Leciñana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España, <sup>2</sup>Laboratorio de Proteómica, Instituto de Investigación de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España,

<sup>3</sup>Instituto de Genética Médica y Molecular-INGEMM, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Tras una lesión cerebral se activan procesos endógenos de protección y reparación cerebral. Se ha planteado que las vesículas extracelulares (VE) podrían estar implicadas en estos mecanismos. Nos proponemos evaluar su posible papel en los mecanismos de reparación de la hemorragia intracerebral (HIC), analizando diferencias en el contenido proteico de las VE procedentes de pacientes con HIC según su evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional en pacientes con HIC aguda. Se registran características clínicas y evolución (ERm). Las VE se obtuvieron de sangre de pacientes a las 24-48 horas y a los 7 días. Su contenido proteico se analizó mediante espectrometría de masas (DIA SWATH). Se realizó un análisis funcional de las proteínas identificadas y se comparó el contenido proteico entre pacientes según su evolución a 6 meses (buena evolución definida como mejoría de >10 puntos o >50% en la escala NIHSS respecto a la basal y ERm 0-2).

**RESULTADOS:** N = 44 pacientes. Edad media de 68.35 años (DE 13.7), 16 pacientes (35.5%) tuvieron buena evolución a los 6 meses. Se identificaron 1321 proteínas, de las cuales 51 mostraron expresión diferencial (fold-change>2, p<0.05) entre los pacientes en función de su evolución. En pacientes con buena evolución, a los 7 días se observa una mayor expresión de proteínas asociadas a procesos de inmunomodulación (VNN2) y neurogénesis (RhoGAP01, ATRN), mientras que en pacientes con mala evolución hay mayor expresión de proteínas relacionadas con inflamación (SAA1).

**CONCLUSIONES:** El contenido proteico de las VE circulantes en pacientes con HIC varía según su evolución clínica, encontrando una mayor expresión de proteínas relacionadas con procesos de inmunomodulación y reparación y menor expresión de proteínas inflamatorias en los pacientes con buena evolución.

4

**Papel de los neurofilamentos en suero al inicio de la enfermedad y los tratamientos de alta eficacia para predecir progresión en pacientes con un síndrome clínico aislado.**

**Dr. Enric Monreal<sup>1</sup>**, Sr. José Ignacio Fernández Velasco<sup>1</sup>, Dra. Susana Sainz de la Maza<sup>1</sup>, Dra. Mercedes Espiño<sup>1</sup>, Dr. Juan Luís Chico García<sup>1</sup>, Dr. Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, Dr. Daniel Lourido<sup>1</sup>, Dra. Noelia Villarrubia<sup>1</sup>, Dr. Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Dra. Lucienne Costa-Frossard<sup>1</sup>, Dra. Luisa María Villar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Los neurofilamentos de cadena ligera en suero (NfLs) han demostrado un papel inconsistente en predecir la evolución a largo plazo en la esclerosis múltiple (EM). Los objetivos son evaluar distintos puntos de corte y la interacción con tratamientos modificadores de la enfermedad de alta eficacia (TME-AE) para predecir progresión confirmada de la discapacidad (PCD) y EDSS 3 en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional unicéntrico realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, de pacientes con un SCA y análisis de NfLs (con el método SIMOA) obtenidos en <12 meses desde el debut. Utilizamos puntos de corte fijos y basados en puntuaciones Z (desviaciones de una cohorte de controles sanos).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 329 pacientes, 229 (69%) mujeres con una edad mediana (RIC) de 34,2 (27,3–42,7) años y un seguimiento mediano (RIC) de 5,44 (3,00–8,95) años. El mejor punto de corte de NfLs fue 10 pg/ml, cuyos niveles aumentados en pacientes sin TME-AE se asociaron a mayor riesgo de PCD (HR ajustado 3,53; IC95% 1,91–6,54; p<0,001) y EDSS de 3 (HR ajustado 7,10; IC 95% 2,66–18,9; p<0.001). Una puntuación Z >2 se correlacionó con resultados similares pero inferiores. No se observaron diferencias en el riesgo de ambos objetivos en pacientes con TME-AE. Tanto la PCD como el EDSS 3 fue mayor en pacientes con NfLs aumentados sin TME-AE si la extracción sanguínea se realizó fuera de brote.

**CONCLUSIONES:** Niveles de NfLs superiores a 10 pg/ml pueden predecir progresión y EDSS 3, que pueden ser contrarrestados por los TME-AE.

5

## SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TENECTEPLASA FRENTE A LA ALTEPLASA EN ICTUS ISQUÉMICO FUERA DE LA INDICACIÓN CONVENCIONAL

**Pablo Lorenzo Barreto**<sup>1</sup>, Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Erik S. Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Sebastián García Madrona<sup>1</sup>, Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Alicia de Felipe Mimbrera<sup>1</sup>, Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Determinar los resultados de eficacia y seguridad del uso de la tenecteplasa intravenosa (TNK) en práctica clínica real fuera de la indicación actual en guías clínicas: inicio conocido inferior a 4,5h y previa a la trombectomía mecánica (TM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis observacional retrospectivo de base de datos prospectiva en pacientes con ictus tratados entre noviembre de 2020 y enero de 2022 mediante alteplasa (rTPA; 0,9 mg/kg) o TNK (0,25mg/kg) en otros escenarios: inicio desconocido, ictus del despertar, más de 4,5h de evolución y pacientes sin TM. A nivel de eficacia se analizan los índices de recanalización, la mejoría neurológica significativa a las 24h (reducción de más de 8 puntos en la escala NIHSS) y la capacidad funcional a los 3 meses mediante la escala de Rankin modificada (ERm). A nivel de seguridad, los índices de mortalidad y la tasa de hemorragias intracraneales.

**RESULTADOS:** 29 pacientes recibieron TNK y 41 pacientes rTPA, sin diferencias en sus características basales. 12 pacientes tuvieron inicio desconocido, 24 ictus del despertar, 10 más de 4,5h de evolución y 35 no recibieron trombectomía. El uso de TNK se asoció a mejoría neurológica significativa a las 24h (OR 18,  $p<0,001$ ), excelencia funcional a los 3 meses (ERm 0-1; OR 3,46,  $p=0,042$ ) e independencia funcional a los 3 meses (ERm 0-2; OR 5,06,  $p=0,038$ ), sin aumentar el riesgo de hemorragias (OR 0,32,  $p=0,33$ ).

**CONCLUSIONES:** La tenecteplasa obtiene mejores resultados funcionales, sin aumento de hemorragias intracraneales, también en práctica clínica real y en las condiciones no recogidas aún en las guías clínicas actuales.

6

## **Predictores de respuesta a tratamiento con Patisiran en una cohorte no endémica de pacientes con ATTRv**

**Dr. Laura Martínez Vicente**<sup>1</sup>, Dr. Vicente Gajate García<sup>1</sup>, Dr. Gerardo Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>, Dr. Ángel Luis Guerrero Peral<sup>3</sup>, Dr. Alejandro Horga<sup>1</sup>, Dr. Antonio Guerrero Sola<sup>1</sup>, Dr. Jorge Matías-Guiu<sup>1</sup>, Dra. Lucía Galán Dávila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Valladolid, Valladolid, España

**OBJETIVOS:** La amiloidosis hereditaria por transtirretina (ATTRv) es una enfermedad rara con un amplio fenotipo y con diferentes manifestaciones clínicas entre áreas endémicas y no endémicas. Patisiran es un pequeño ARN de interferencia que inhibe la síntesis hepática de TTR recientemente aprobado para el tratamiento de la ATTRv. Nuestro objetivo fue estudiar los factores predictores de respuesta a Patisiran en una cohorte de pacientes con ATTRv de área no endémica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con ATTRv en tratamiento con Patisiran durante  $\geq 6$  meses. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos según su respuesta a Tafamidis (buenos respondedores, respondedores parciales y no respondedores). Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio se correlacionaron con la respuesta a Patisiran.

**RESULTADOS:** 22 pacientes con ATTRv en tratamiento con Patisiran durante  $\geq 6$  meses fueron evaluados. 8 pacientes eran mujeres (36,4%) y 14 pacientes eran hombres (63,6%). La mutación Val50Met fue encontrada en 13 pacientes (59,1%, de los cuales 12 pacientes eran de inicio tardío), seguida de las mutaciones Ser97Tyr y Glu109Lys en 2 pacientes respectivamente (9,1% y 9,1%). La edad media de inicio de la enfermedad fue de 62 años (SD 10,7). El NIS medio inicial fue 51,3. 11 pacientes tenían un estadio FAP/Coutinho inicial=2 (52,4%). 20 pacientes tenían cardiomiopatía (91%). 13 pacientes habían recibido previamente tratamiento con Tafamidis (59,1%).

El tiempo medio de tratamiento con Patisiran fue de 27,6 meses (SD 18,4). En la última visita, 19 pacientes seguían en tratamiento con Patisiran (86,4%), 1 paciente había cambiado de tratamiento (4,5%), y 2 pacientes habían fallecido (9,1%).

11 pacientes fueron buenos respondedores (50%), 8 pacientes fueron respondedores parciales (36,4%) y 3 pacientes fueron no respondedores (13,6%). Los factores predictores de buena respuesta a Patisiran fueron el sexo masculino ( $p=0,006$ ), un PND inicial  $\leq$  IIIA ( $p=0,002$ ) y un NTproBNP mantenido  $<300$  ( $p=0,027$ ).

**CONCLUSIONES:** En este estudio, el sexo masculino, un PND inicial  $\leq$  IIIA, y un NTproBNP mantenido  $<300$  fueron factores predictores de buena respuesta al tratamiento con Patisiran.



7

## EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN LA OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

**Dr Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Dra Marta Vales Montero<sup>1</sup>**, Dra Ana Iglesias Mohedano<sup>1</sup>, Dr Andrés García Pastor<sup>1</sup>, Dr Fernando Díaz Otero<sup>1</sup>, Dra Yolanda Fernández Bullido<sup>1</sup>, Dra Pilar Vázquez Alen<sup>1</sup>, Dra Isabel Lera Ramírez<sup>1</sup>, Dra Rosa Olaizola Díaz<sup>1</sup>, Dr José Luis Urcelay Segura<sup>1</sup>, Dra María Jesús Aparicio Hernández-Lastras<sup>1</sup>, Dr Antonio Gil Núñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La oclusión de la arteria central de la retina (OACR) o sus ramas es una urgencia de infausto pronóstico visual. Recientemente se ha sugerido la trombolisis intravenosa (TIV) para mejorar sus secuelas. Presentamos los resultados de la implantación de un protocolo de código ictus en OACR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se elaboró un protocolo para pacientes con OACR recibidos en sus primeras 24h de evolución, considerando TIV en aquellos con <4,5h. De forma prospectiva, se recogieron los datos de los pacientes durante el primer año (junio 2021-junio 2022) en un centro de ictus.

**RESULTADOS:** Fueron activados 14 códigos OACR. 1/14 resultó ser un “stroke mimic”. La mediana de edad fue de 74 años y 9/14 eran varones. En 7/14 la OACR era completa. 10/14 presentaban una agudeza visual en cuentadedos o peor. En 8/14 era visible el trombo/émbolo obstructivo en el fondo de ojo, siendo 7/8 de colesterol. 5/14 sufrían estenosis significativa carotídea ipsilateral. Tras el estudio etiológico, 10/14 precisaron ajuste de su tratamiento antitrombótico. Se detectó fuente cardioembólica en 6/14, aterotrombótica en 2/14, combinada en 1/14 y criptogénica en 4/14

Se administró TIV en 3 pacientes, con mediana inicio-aguja 250 minutos, siendo uno de ellos el “stroke mimic”. En 8/11 el motivo de exclusión para TIV fue el tiempo de evolución >4,5h, 1/11 por tratamiento anticoagulante, 1/11 por clínica leve y 1/11 por retinopatía previa. Ningún paciente recuperó visión de forma clínicamente significativa. No se observaron complicaciones hemorrágicas.

**CONCLUSIONES:** En la serie presentada, la TIV fue un tratamiento seguro aunque fútil. La detección más precoz de OACR podría posibilitar la TIV en un mayor número de pacientes, con tiempos inicio-aguja menores.

8

## UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE MACHINE-LEARNING PARA PREDECIR LA RESPUESTA A LOS NUEVOS ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL CGRP EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

**Dra Ana Beatriz Gago-Veiga**<sup>1</sup>, Dra. Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Dr. Josue Pagán<sup>2</sup>, Dr. Ancor Sanz-García<sup>1</sup>, Dr. David García-Azorín<sup>3</sup>, Dr. Jaime Rodríguez-Vico<sup>4</sup>, Dr. Alex Jaimes<sup>4</sup>, Dra. Andrea Gomez-García<sup>4</sup>, Dr. Javier Díaz de Terán<sup>5</sup>, Dra. María Sastre<sup>5</sup>, Dra. Nuria González-García<sup>6</sup>, Dr. Jesus Porta-Etessam<sup>6</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>, Sra. Rocío Belascoain<sup>1</sup>, Dr Javier Casas<sup>7</sup>, Dr Carlos Calle<sup>8</sup>, Sr. Alvaro Sierra<sup>3</sup>, Dr. Angel Luis Guerrero-Peral<sup>3</sup>, Dra. Cristina Treviño<sup>9</sup>, Dr Germán Latorre<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España, <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, <sup>5</sup>Hospital Universitario de la Paz, Madrid, España, <sup>6</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>7</sup>Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Alcorcón, España, <sup>8</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España, <sup>9</sup>Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

**OBJETIVOS:** El principal objetivo de nuestro estudio fue predecir la respuesta a fármacos dirigidos contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina(anti-CGRP) en pacientes con migraña utilizando estrategias de aprendizaje automático(machine-learning).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico retrospectivo anidado en una cohorte prospectiva de pacientes en tratamiento con fármacos anti-CGRP procedentes de 8 centros terciarios de la región central de España. Se recogen variables clínicas y demográficas. Se mide la respuesta como la reducción en el número de días de cefalea al mes a los 6,9 y 12 meses. Se utilizan estrategias de aprendizaje automático para la selección de las variables, y se generan modelos con una precisión mínima del 70%, para predecir la respuesta: mayor al 30%, mayor al 50% y respuesta superior al 75% a los 6, 9 y 12 meses.

**RESULTADOS:** Se incluyen 712 pacientes, 93% mujeres, edad media 48 años(DE:11,7), 83% migraña crónica. Las variables seleccionadas fueron: número de días de cefalea/migraña al mes, cambio en el número de días de cefalea/migraña al mes y puntuación HIT 6. Las características socio-demográficas basales del paciente no influyen de forma significativa en la predicción de la respuesta. Se obtienen modelos de predicción con un F1 score entre 0.70-0.97 y un área bajo la curva(AUC) entre 0.87-0.98. Además, se generan SHAP(SHapley Additive exPlanations) summary y dependence plots para evaluar la relevancia de los factores asociados a la predicción.

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio demuestra que es posible predecir la respuesta a fármacos anti-CGRP en migraña a los 6, 9 y 12 meses utilizando modelos basados en técnicas de aprendizaje automático con variables clínicas utilizadas en práctica clínica habitual.

9

### **Evaluación de neurofilamentos de cadena ligera en suero en pacientes con Esclerosis Múltiple en situación de NEDA-3 mediante niveles absolutos y z-score**

**Dra Virginia Meca Lallana<sup>1</sup>**, Dra Clara Aguirre<sup>1</sup>, Dra Carolina Díaz Perez<sup>1</sup>, Doña Beatriz del Río<sup>1</sup>, Dr Jose Vivancos<sup>1</sup>, Dra Maria Luisa Villar Guimerans

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** En esclerosis múltiple (EM) los marcadores clínicos y radiológicos no son suficientemente sensibles para detectar todos los tipos de actividad inflamatoria o neurodegeneración. La correlación entre los neurofilamentos de cadena ligera (NfL) y la progresión es controvertida. La progresión en la EM podría ser resultado de una inflamación incontrolada no detectable con métodos de diagnóstico actuales. Analizamos niveles de NfL en suero (NfLs) en pacientes con EM aparentemente estables para evaluar si predicen actividad clínica y radiológica a corto plazo, y progresión a largo plazo.

**MÉTODOS:** Estudio observacional y prospectivo. Determinación de NfLs en pacientes con EMR "NEDA3": sin brotes, sin progresión de la discapacidad y sin nuevas lesiones en RM en año previo. NfLs se analizan mediante técnica Single Molecule Array (Simoa®) en equipo Quanterix SR-X. Ajustamos niveles por edad e índice de masa corporal para obtener z-score

**RESULTADOS:** 60 pacientes con diferentes tratamientos modificadores de la enfermedad (DMT). Mayoría de pacientes con NEDA-3 tienen niveles de NfLs por debajo de 10 pg/ml (z-score por debajo 1,5). Pacientes mayores de 45 años presentaron niveles más altos de NfLs que los más jóvenes. Pacientes con más de 10 años de evolución de EM presentaron niveles más bajos frente a los de menor tiempo de evolución (sin significación). Los pacientes con tratamientos de alta eficacia presentaron niveles más bajos comparación con los de eficacia moderada. Niveles elevados de NfLs (z-score mayor de 1,5) predijeron brotes y actividad radiológica en los siguientes meses, con incremento de la precisión con z-score

**CONCLUSIONES:** La capacidad de determinar los NfLs para detectar actividad subclínica y subradiológica podría ayudar a prevenir la progresión. La muestra debe ser ampliada en cantidad y tiempo para establecer conclusiones más robustas.

10

## ¿ES ÚTIL LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

**Prof. Celia Oreja-Guevara<sup>1</sup>**, Johnny Quezada Sánchez<sup>1</sup>, Dra. Irene Gómez-Estévez<sup>1</sup>, Dra. Judit Díaz-Díaz<sup>1</sup>, José Rouco Maseda<sup>2</sup>, Dra. Elda Alba Suárez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Universidad de Coruña. Grupo Varpa, A Coruña, Spain

**INTRODUCCIÓN:** La angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT-A) es un nuevo método de imagen que permite cuantificar la densidad vascular de la retina y que se ha empezado a usar en varias patologías oftalmológicas. Tiene la ventaja de que no es invasiva y no precisa medio de contraste.

**OBJETIVO:** Investigar los cambios vasculares y la densidad de los vasos en las regiones maculares y peripapilares detectados por OCT-A en pacientes con esclerosis múltiple (EM) con y sin neuritis óptica (NO) previas.

**MÉTODOS:** Se examinaron 28 pacientes con EM clínicamente estables en los últimos seis meses y con un seguimiento de más de seis meses. Se realizó un estudio oftalmológico completo, evaluando la función visual y la microvasculatura retiniana utilizando la OCT-A Heidelberg Spectralis. Se compararon los pacientes con y sin NO.

**RESULTADOS:** Se analizaron 56 ojos. 18 ojos sufrían una NO previa y 38 sin NO en el pasado. Los pacientes con NO previa mostraron una disminución significativa ( $P=0.01$ ) de la agudeza visual de bajo contraste 2,50% ( $0.22 \pm 0.14$ ) comparados con los de sin NO ( $0.32 \pm 0.09$ ). Igualmente se observaron en la prueba de sensibilidad al contraste valores reducidos aunque no significativos en los que tenían neuritis óptica previa ( $1.43 \pm 0.28$ ) frente a los ojos sin NO previa ( $1.55 \pm 0.14$ ).

El grosor medio de los vasos en la mácula en los pacientes con NO previa fue significativamente inferior ( $230,33 \mu \pm 22,29 \mu$ ) que en pacientes sin NO previa ( $250,47 \mu \pm 25,18 \mu$ ) ( $p=0,007$ ). Todos los sectores mostraron diferencias significativas entre los ojos con versus sin NO previa, con la excepción del sector inferior externo ( $p=0,072$ ).

El volumen vascular macular mostró diferencias significativas en los pacientes con NO previa ( $2,16 \mu \pm 0,17 \mu$ ) y sin neuritis óptica previa ( $2,27 \mu \pm 0,18 \mu$ ) ( $p=0,015$ ).

La agudeza visual y la sensibilidad al contraste estaban significativamente correlacionadas con la reducción de los parámetros vasculares ( $p<0.05$ ) en los pacientes de EM con neuritis ópticas previas.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes de EM con neuritis óptica previa tenían una pérdida vascular retiniana significativa en comparación con los pacientes sin neuritis previa que se correlaciona con otros parámetros visuales. Por tanto, la medición de las alteraciones vasculares de la retina por angiografía por tomografía de coherencia óptica podría ser útil para el diagnóstico diferencial de neuropatías ópticas y podría llegar a ser usado como un nuevo biomarcador de progresión de la enfermedad.

11

## IMPACTO DE LA AFASIA POSTICTUS EN LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA, PERCEPCIÓN DE SALUD Y DEPRESIÓN. ESTUDIO CASO-CONTROL

**Nereida Bueno-Guerra**<sup>1</sup>, Sra. Marta Provencio, Aida Tarifa-Rodríguez, Cristian Sempere-Iborra, Pablo Jordi, Elena de Celis-Ruiz, María Alonso de Leciñana, Marta Martín Alonso, Ricardo Rigual Bobillo, Ricardo Ruiz-Ares, Jorge Rodríguez-Pardo, Blanca Fuentes

<sup>1</sup>Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto de la afasia postictus en la comunicación funcional, percepción de calidad de vida, de salud y síntomas depresivos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio caso-control. Casos: pacientes con afasia post-ictus incluidos en el ensayo clínico DULCINEA (NCT04289493). Controles: personas sanas reclutadas mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve. Todos los sujetos completaron cuestionarios que medían las variables comunicación (Communicative Activity Log -CAL, subescala del Stroke Aphasia Quality of Life Scale-SAQOL-39), percepción de salud (General Health Questionnaire-GHQ-12) y de calidad de vida (SAQOL-39) y depresión en pacientes con afasia (Stroke Aphasic Depression Questionnaire-SADQ10). Se llevó a cabo la Prueba U de Mann-Whitney (diferencias entre muestras) con la d de Cohen (tamaño del efecto).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 11 pacientes con afasia post-ictus (3 mujeres, edad media=62 años, desviación típica (DT): 13,28) y 73 sujetos sanos (42 mujeres, edad media=53,67 años, DT=6,67). Los pacientes con afasia post-ictus obtuvieron menos puntuaciones que la población sana en las variables percepción de calidad de vida (SAQOL-39: casos: media=3,73, DT=0,49; controles: media=4,46, DT=0,58; U=124, p<,001, d=0,61) y percepción de salud (GHQ-12: casos: media=3,36, DT=2,91 y controles: media=1,77, DT=2,72; U=124, p=,004, d=0,36). Sin embargo, aunque las puntuaciones totales en la variable comunicación funcional fueron significativamente menores en la población con afasia (subescala comunicación SAQOL-39: casos: media=3,73, DT=0,49 y controles: media=4,46, DT=0,58; U=26, p<,001, d=0,61) y subescala frecuencia del CAL (casos: media=54,6, DT=8; controles: media=64,7 y DT=8,93; U=158, p<,001, d=0,61), no observamos diferencias en la calidad percibida de la comunicación (CAL, subescala calidad: casos: media=47, DT=13,9 y controles: media=41,9 y DT=6,98; U=300, p=0,178). Además, los pacientes con afasia refirieron menos síntomas depresivos que la población sana (SADQ-10: (casos: media=10,5, DT=3,72; controles: media=14,5, DT=3,86; U=182, p=,004, d=0,55).

**CONCLUSIONES:** Aunque las dificultades de comunicación impactan en la calidad de vida de los pacientes con afasia post-ictus, su percepción de calidad de comunicación es similar a la población sana y refieren menos síntomas depresivos.

12

## COMPARATIVA DE LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS ANTE EL FRACASO DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA

**Carlos Ignacio Gómez-Escalonilla Escobar<sup>1</sup>**, Manuel Moreu Gamazo<sup>2</sup>, Santiago Trillo<sup>3</sup>, Antonio Cruz Culebras<sup>4</sup>, Marta Vales Montero<sup>5</sup>, Patricia Simal Hernández<sup>1</sup>, Elisa de la Fuente<sup>3</sup>, Fernando Rodríguez<sup>4</sup>, Santiago Rosati<sup>2</sup>, Juan Vega<sup>6</sup>, Rocio Vera<sup>4</sup>, Alfonso López-Frías<sup>2</sup>, Jose Egido<sup>1</sup>, Carlos Pérez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad De Ictus. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain, <sup>3</sup>Unidad De Ictus. Hospital La Princesa, Madrid, Spain, <sup>4</sup>Unidad De Ictus. Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Spain, <sup>5</sup>Unidad De Ictus. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain, <sup>6</sup>Neurorradiología Intervencionista, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** En la actualidad no existe un consenso sobre el protocolo de actuación en los casos de fracaso de la trombectomía mecánica.

Realizamos una comparativa de los resultados de eficacia y seguridad de las distintas opciones de tratamiento empleadas ante esta situación clínica en nuestro medio

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional, prospectivo y multicéntrico, de práctica clínica habitual, en pacientes con ictus isquémico por oclusión de arteria cerebral media o carótida distal intracraneal, sometidos a tratamiento endovascular sin haber logrado la recanalización arterial tras 4 pases técnicamente adecuados. Evaluamos la tasa de complicaciones, recanalización arterial, hemorragia intracraneal sintomática (HICs) y resultado clínico a 3 meses de cada una de las opciones de tratamiento empleadas.

**RESULTADOS:** 71 pacientes fueron incluidos durante el periodo de Noviembre 2019 a Diciembre 2021. La mediana de edad fue 73 años (63-84), siendo el 54,9 % mujeres. La mediana de NIHSS fue 17 (11-21). Se colocó un stent intracraneal en 36 casos (con angioplastia en 21 de ellos), angioplastia aislada en 5 y repetición de pases (5 a 10) en los restantes 30 pacientes. No hubo diferencias significativas en las características clínico-radiológicas basales entre los grupos de tratamiento.

La colocación de un stent intracraneal con angioplastia obtuvo las mejores tasas de recanalización arterial TICI2B-3, comparando con la repetición de pases (80,95% vs 0%) sin un aumento significativo en la tasa de complicaciones significativas (19,44% vs 17,14%) ni de HICs (8,33% vs 8,57%). También se obtuvieron mejores tasas de independencia (25% vs 13,33%) y menor mortalidad (20% vs 56,66%) a los 3 meses.

**CONCLUSIÓN:** La terapia de rescate con stent intracraneal fue la opción terapéutica más empleada en nuestra serie, obteniendo las mayores tasas de independencia con menor mortalidad y con similar tasa de HICs y de complicaciones

13

## PATRONES DE ALTERACIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL EN CRISIS EPILÉPTICAS EN URGENCIAS

**Dra. Esther Valiente<sup>1</sup>**, Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>, Dra. Cristina Sanabria<sup>1</sup>, Dra. Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Dra. Celia Alonso Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Carmen Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Carmen Ramos<sup>1</sup>, Dra. Donna Zhan<sup>1</sup>, Dr. Juan Vega<sup>1</sup>, Dra. Elisa de la Fuente<sup>1</sup>, Dra. Marta Domínguez<sup>1</sup>, Dra. Alba Vieira<sup>1</sup>, Dra. María de Toledo<sup>1</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** La etiología más frecuente de los stroke mimic (SM) son las crisis epilépticas (CE), la realización de TC perfusión (TCP) en estos casos identifica alteraciones frecuentemente. El objetivo de nuestro estudio es describir las alteraciones de TCP en pacientes con CE atendidos como código ictus (CI), particularmente la frecuencia de alteración de perfusión talámica (APT).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro centro como CI durante un periodo de 4 años y 7 meses, a los que se le realizó TCP y tuvieron un diagnóstico final de CE. Se recogieron variables clínicas, diagnóstico, patrones de alteración en TCP, tipos de mapas alterados y características de APT.

**RESULTADOS:** De 2819 CI se identificaron 417 SM, 164 (39,32%) diagnosticados de CE. N=164. Edad media 72,9 (DE 13,97). Mujeres 91 (55,2 %). 24 (14,6%) con diagnóstico de estado epiléptico (EE). En 94 (57%) se objetivaron alteraciones en TCP. En 76 (43,4%) se inició tratamiento antiepiléptico urgente. El mapa más frecuentemente alterado fue tiempo al pico (T<sub>máx</sub>) en 58 (35,2%). En 35 pacientes (21,2%) se identificó APT siendo el patrón más frecuente aumento de T<sub>máx</sub> en 20 (12,1%), asociado a EEG con actividad epileptiforme (p=0.01). Se encontró asociación entre APT y EEG con afectación de fisiología cortical (p=0.042). El patrón multifocal de TCP se asoció en EEG a encefalopatía (p=0.02). No se identificaron asociaciones con EE.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio más de la mitad de los pacientes con CE atendidos como SM presentaron alteraciones en TCP, identificándose asociaciones entre patrones de alteración y hallazgos de EEG. La APT se presentó en una quinta parte de los casos, no habiendo sido previamente descrita con esta técnica.



## FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A TAFAMIDIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ATTRV DE ÁREA NO ENDÉMICA

**Dr. Laura Martínez Vicente<sup>1</sup>**, Dr. Vicente Gajate García<sup>1</sup>, Dr. Gerardo Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>, Dr. Ángel Luis Guerrero Peral<sup>3</sup>, Dr. Alejandro Horga<sup>1</sup>, Dr. Antonio Guerrero Sola<sup>1</sup>, Dr. Jorge Matías-Guiu<sup>1</sup>, Dra. Lucía Galán Dávila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Valladolid, Valladolid, España

**OBJETIVOS:** La amiloidosis hereditaria por transtirretina (ATTRv) es una enfermedad rara con diferentes manifestaciones clínicas dependiendo del área endémica o no endémica. El primer fármaco aprobado para la ATTRv fue Tafamidis, un estabilizador de la TTR. Nuestro objetivo fue estudiar los factores predictores de respuesta a Tafamidis en una cohorte de pacientes con ATTRv de área no endémica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con ATTRv en tratamiento con Tafamidis durante  $\geq 6$  meses. Los pacientes fueron divididos en tres grupos en función de su respuesta a Tafamidis (buenos respondedores, respondedores parciales y no respondedores). Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y se correlacionaron con la respuesta a Tafamidis.

**RESULTADOS:** 40 pacientes con ATTRv en tratamiento con Tafamidis durante  $\geq 6$  meses fueron evaluados. 19 pacientes eran mujeres (47,5%) y 21 eran hombres (53,5%). La mutación Val50Met fue encontrada en 17 pacientes (42,5%, de los cuales 16 eran inicio tardío), seguida de las mutaciones Ser97Tyr en 7 pacientes (17,5%), Glu109Lys en 4 pacientes (10%), y Val142Ile y Ser43Asn en 3 pacientes respectivamente (7,5% y 7,5%). La edad media de inicio de la enfermedad fue de 61 años. El NIS medio inicial fue de 16,8, y el 100% de los pacientes tenían un estadio FAP/Coutinho inicial=1.

El tiempo medio de tratamiento con Tafamidis fue de 38 meses. En la última visita, 20 pacientes seguían en tratamiento con Tafamidis (50%), 16 habían cambiado de tratamiento (40%), y 4 habían fallecido (10%).

16 pacientes fueron buenos respondedores (42,1%), 6 pacientes fueron respondedores parciales (15,8%) y 16 pacientes fueron no respondedores (42,1%). Los factores predictores de no respuesta a Tafamidis fueron un PND inicial=2 ( $p=0,021$ ), afectación inicial de fibra gruesa ( $p=0,006$ ), pérdida de peso significativa ( $p=0,008$ ), la presencia de estenosis de canal lumbar ( $p=0,009$ ) y un NT-proBNP inicial $>3000$  ( $p=0,027$ ). Un PND inicial=1 ( $p=0,02$ ), un NIS inicial $\leq 15$  ( $p=0,001$ ), Norfolk inicial $\leq 25$  ( $p=0,002$ ) y RODS inicial $>40$  ( $p=0,025$ ) se asociaron con buena respuesta a Tafamidis.

**CONCLUSIONES:** En este estudio, un PND inicial=1, NIS $\leq 15$ , Norfolk $\leq 25$  y RODS $>40$  se asociaron con buena respuesta a Tafamidis. La presencia de un PND inicial=2, afectación de fibra gruesa, pérdida de peso, estenosis de canal y NT-proBNP inicial $>3000$  fueron factores predictores de no respuesta a Tafamidis.



15

## **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA FUNCIÓN SUDOMOTORA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ATTRV DE ÁREA NO ENDÉMICA**

**Dr. Laura Martínez Vicente**<sup>1</sup>, Dr. Vicente Gajate García<sup>1</sup>, Dr. Gerardo Gutiérrez Gutiérrez<sup>2</sup>, Dr. Ángel Luis Guerrero Peral<sup>3</sup>, Dr. Alejandro Horga<sup>1</sup>, Dr. Antonio Guerrero Sola<sup>1</sup>, Dr. Jorge Matías-Guiu<sup>1</sup>, Dra. Lucía Galán Dávila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Valladolid, Valladolid, España

**OBJETIVOS:** La cuantificación fiable de la función sudomotora es esencial para el diagnóstico precoz de los pacientes con amiloidosis hereditaria por transtirretina (ATTRv). Nuestro objetivo fue evaluar la evolución de la función sudomotora en una cohorte de pacientes con ATTRv de área no endémica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo de pacientes con ATTRv con  $\geq 1$  Sudoscan realizado entre Julio de 2018 y Abril de 2022. Los pacientes fueron clasificados en función de los valores de conductancia electroquímica (CE) cutánea. Los parámetros demográficos, clínicos y de laboratorio se correlacionaron con la CE media en manos y pies (CEM-MP).

**RESULTADOS:** 71 pacientes fueron evaluados, 30 mujeres y 41 hombres. En la última visita, 16 eran portadores asintomáticos (22,5%), 40 tenían un fenotipo mixto (57,1%), 12 neuropatía aislada (17,1%), 1 cardiomiopatía aislada (1,4%) y 1 oftalmopatía aislada (1,4%). La mutación Val50Met fue encontrada en 33 sujetos (46,5%). La edad media de inicio de la enfermedad fueron 61 años (SD 12,4).

El CEM-MP basal fue significativamente mayor en portadores que en pacientes sintomáticos, con diferencias significativas dependiendo del fenotipo clínico ( $p < 0,001$ ). 11 pacientes sintomáticos tenían una función sudomotora basal normal (37,9%). Una menor CEM-MP basal se asoció a la presencia de cardiopatía ( $p < 0,001$ ), neuropatía ( $p < 0,001$ ), pérdida de peso significativa ( $p < 0,001$ ), hipotensión ortostática ( $p = 0,005$  en manos y  $p = 0,038$  en pies), respuesta simpaticocutánea anormal (RSC,  $p < 0,001$ ) y variabilidad del intervalo RR alterada (VIRR,  $p = 0,047$  en manos y  $p = 0,015$  en pies). La CEM-MP se asoció de manera significativa con el estadio FAP/Coutinho ( $p < 0,001$ ), el estadio PND ( $p < 0,001$ ) y con el NIS ( $p < 0,001$ ) durante cualquier momento del seguimiento, pero no se asoció con la puntuación de la escala Compass-31.

Los pacientes tratados con Tafamidis en la última visita tenían una CEM-MP basal significativamente mayor que aquellos en tratamiento con otros fármacos ( $p < 0,001$ ). Una mayor CEM basal en manos se asoció con una buena respuesta a Tafamidis ( $p = 0,015$ ) y con menor frecuencia de cambio de tratamiento durante el seguimiento ( $p = 0,021$ ).

**CONCLUSIONES:** En este estudio se encontró una correlación significativa entre una alteración más grave de la función sudomotora basal y el fenotipo clínico, la presencia de neuropatía, afectación cardíaca, pérdida de peso, hipotensión ortostática y la alteración de la RSC y de la VIRR. Una función sudomotora basal normal se asoció con una mejor respuesta al tratamiento con Tafamidis y una menor frecuencia de cambio de tratamiento durante el seguimiento.

## ESTADO APOE-ε4 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON TRATADOS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO GENEPARK-DBS.

**Antonio Sánchez Soblechero**<sup>1</sup>, Gabriel Velilla Alonso<sup>1</sup>, Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Esther González Turiño<sup>1</sup>, Sergio Pérez Oliveira<sup>2</sup>, Miguel González Sánchez<sup>1</sup>, Francisco Javier Grandas Pérez<sup>1</sup>, Victoria Álvarez Martínez<sup>2</sup>, Beatriz De la Casa Fages<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Laboratorio de Genética. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Spain

**OBJETIVOS:** La presencia del gen APOE-ε4 se relaciona con demencia asociada a enfermedad de Parkinson (EP), pero está escasamente estudiado en pacientes tratados con Estimulación Cerebral Profunda (ECP). El objetivo es evaluar la presencia del gen APOE-ε4 en una muestra de pacientes con EP tratados con ECP y su correlación con variables clínicas, demográficas y desarrollo de deterioro cognitivo (MoCA<26).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes retrospectivo para pacientes con EP tratados con ECP en nuestro centro entre 1999 y 2020. Se recogen variables clínicas, demográficas y escalas UPDRS, FOG questionnaire y test MoCA en el momento de la extracción de sangre. El análisis del gen APOE-ε4 se realiza utilizando un método de discriminación alélica con sondas Taqman.

**RESULTADOS:** 21 pacientes, 12 mujeres (57.1%), con edad media (65.38±8.2) en el momento del estudio y 46,38±6,5 años al inicio de enfermedad. 7 pacientes (33.3%) son fumadores, 8 (38.1%) tenían al menos un familiar de primer o segundo grado con EP y 3 (14.2%) tenían antecedente de cáncer.

5 (23.1%) de pacientes pertenecen al grupo APOE-ε4+ ( 1 paciente (20%) presenta dos alelos ε4; y el resto sólo 1) mientras que 2 pacientes (9%) presentaron el alelo APOE-ε2.

La mediana del tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la ECP es de 134±60.8 meses. La presencia del gen APOE-ε4+ no influye en un menor tiempo en meses desde el inicio de la enfermedad hasta el tratamiento con ECP (190 vs 132; p=0.647).

Tres de los pacientes APOE-ε4+ (60%) presentaron deterioro cognitivo, aunque no hubo diferencias con el grupo APOE-ε4- (60%vs40%; p=0.33). La presencia del gen APOE-ε4+ no está relacionada con una menor puntuación en el test MoCA (Rho=0.028; p=0.905), ni en el desarrollo de deterioro cognitivo precoz (mediana de 45 meses vs 49 meses; p=0.178).

Los pacientes del grupo APOE-ε4+ no recibieron diferente puntuación en FOG questionnaire que el grupo APOE-ε4 (Rho=0.056; p=0.811).

Tampoco existen diferencias en el número de pacientes del grupo APOE-ε4+ y APOE-ε4- según el género (3vs6;p=0.375), antecedente de cáncer (2vs1;p=0.06) , tabaquismo (1v6;p=0.49) o antecedentes familiares de EP (2vs6;p=0.92) entre grupos.

**CONCLUSIONES:** 23.1% de los pacientes con EP y tratados con ECP presentan el gen APOE-ε4. La presencia del gen APOE-ε4+ no influye en un menor tiempo hasta la cirugía, ni en una mayor puntuación en el FOG questionnaire, ni mayor riesgo de deterioro cognitivo.

17

## ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN COVID-19 EN PACIENTES CON SÍNDROMES NEUROLÓGICOS DE ORIGEN DISINMUNE

Juan Granja López<sup>1</sup>, Carlos Estebas Armas<sup>1</sup>, Manuel Lorenzo Diéguez<sup>1</sup>, Elena De Celis Ruiz<sup>1</sup>, Ricardo Jaime Rigual Bobillo<sup>1</sup>, Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>, Mireya Fernández-Fournier Fernández<sup>1</sup>, Gabriel Torres Iglesias<sup>1</sup>, Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Elena Ramírez García<sup>1</sup>, Laura Lacruz Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Conocer la frecuencia y las características de las manifestaciones neurológicas de probable origen autoinmune que ocurren tras la exposición a vacunación COVID19.

**MÉTODOS:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo, de pacientes con síndromes neurológicos de probable etiología autoinmune, ingresados en Neurología desde enero del 2021 a mayo del 2022. Se recogen datos demográficos, clínicos y de vacunación COVID19 a partir de las historias clínicas.

**RESULTADOS:** De un total de 108 pacientes, se excluyeron 30 por diagnóstico final diferente al inflamatorio-autoinmune. Treinta y seis pacientes (46.2%) habían recibido una dosis de vacuna COVID19 en los 3 meses previos (21.8% durante el mes previo). La vacuna Biontech-Pfizer fue la más frecuente (63.9%). Un 63.9% eran mujeres y la edad media 51.19 años (DE 22.59), sin diferencia significativa con no vacunados (U-Mann Whitney  $p=0.256$ ). Los síndromes neurológicos encontrados (vacunados/total) fueron: polirradiculoneuropatía (8/16), encefalitis (5/11), brote de esclerosis múltiple (5/16), neuritis óptica (¼), mielitis (3/6), neuropatía craneal (6/10), meningitis asépticas (1/3), síndrome confusional (1/3) y otros (6/8). Habían sufrido una infección por COVID19 previa un 25% de pacientes vacunados (vs 21.4% en no vacunados). Se administró tratamiento inmunosupresor agudo en el 61.1% de los casos y el 66.7% presentó mejoría clínica completa, sin diferencias significativas con no vacunados (chi cuadrado  $p=0.643$  y chi cuadrado  $p=0.451$ ). De ellos, seis casos (6/36) se estudiaron en la consulta de Farmacovigilancia por posible reacción adversa a medicamento, la causalidad según el Algoritmo de causalidad del Sistema Español de Farmacovigilancia fue de "Relacionada" (puntuación  $\geq 4$ ) con la vacuna COVID-19 en 3 casos (2 casos de neuropatía craneal y un síndrome de Guillen Barré) con estudio in vitro (test de transformación linfocitaria) positivo a polietilenglicol-2000 y polisorbato-80 en un caso (neuropatía craneal).

**CONCLUSIONES:** Los trastornos neurológicos de origen inflamatorio que aparecen tras la administración de vacuna COVID19 no parecen presentar características clínicas y/o evolutivas diferenciadoras. Se necesitan más estudios para conocer la implicación de la vacuna en el desarrollo de estos síndromes.

18

## SEGURIDAD DE TENECTEPLASA VS ALTEPLASA EN IMPLANTE DE STENT EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS ISQUÉMICO

**Sr Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>**, Dr. Sebastián García Madrona<sup>1</sup>, Dr. Pablo Lorenzo Bareto<sup>1</sup>, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, Dra. María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Dra. Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Dra. Alicia De Felipe Mimbres<sup>1</sup>, Dra. Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Dr. Jaime Masjuan<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** El uso de fibrinólisis intravenosa en pacientes que requirieron colocación de stent en la fase aguda del ictus asociando antiagregantes podría aumentar el riesgo de sangrado. El objetivo de nuestro estudio es comparar la seguridad del empleo de tenecteplasa (TNK) vs alteplasa (rTPA) previo a la implantación de stent.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes entre enero de 2021 y junio de 2022 tratados mediante trombectomía mecánica y colocación de stent en fase aguda. Se subdividieron en 3 grupos en función de si recibieron fibrinólisis intravenosa con TNK, rTPA o sin fibrinólisis.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 30 pacientes con edad media de 66,81 años (DE=18,14), 40% mujeres. Al 33,3% (10/30) se le administró TNK, al 20% (6/30) rTPA y al 46,67% (14/30) no se realizó fibrinólisis. La media de NIHSS previo al tratamiento fue 13 y la media de ASPECTS de 8, sin existir diferencias significativas entre los grupos. En 29/30 se consiguió recanalización satisfactoria con TICI mayor o igual 2b y en 19/30 se colocó un stent extracraneal. 3 pacientes tratados con TNK y 1 con rTPA presentaron hemorragia intracraneal (OR=2,14, p=0,56), siendo sintomática en el paciente que recibió rTPA (OR=0,17, p=0,31). Entre los tratados con TNK vs los que no recibieron fibrinólisis no existieron diferencias en transformación hemorrágica asintomática (OR=1,57, p=0,63) ni en hemorragia sintomática (OR=0,24, p=0,37).

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie el uso de TNK previo a la trombectomía mecánica con implante de stent en la fase aguda del ictus se mostró seguro y no aumentó significativamente el riesgo de hemorragia intracraneal sintomática.

19

**ENFERMEDAD DE PEQUEÑO VASO HEREDITARIA EN UNA FAMILIA CON MUTACIÓN EN HETEROCIGOSIS EN EL GEN HTRA1 SEMEJANDO LA ARTERIOPATÍA CEREBRAL AUTOSÓMICA DOMINANTE CON INFARTOS SUBCORTICALES Y LEUCOENCEFALOPATÍA (CADASIL TIPO 2).**

**Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>**, Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>, Irene Hidalgo Mayoral<sup>1</sup>, Antonio Martínez Salio<sup>1</sup>, Sara Llamas Velasco<sup>1</sup>, Irene Gómez Manjón<sup>1</sup>, Ana Rosa Arteche López<sup>1</sup>, Juan Francisco Quesada Espinosa<sup>1</sup>, Carmen Palma Milla<sup>1</sup>, Jose Miguel Lezana Rosales<sup>1</sup>, Ruben Pérez de la Fuente<sup>1</sup>, Alexandra Juárez Rufian<sup>1</sup>, Olalla Sierra Tomillo<sup>1</sup>, María Teresa Sánchez Calvin<sup>1</sup>, María José Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, Patricia Ramos Gómez<sup>1</sup>, Alberto Villarejo Galende<sup>1</sup>, Jaime Díaz Guzmán<sup>1</sup>, María de los Ángeles Ortega Casarrubios<sup>1</sup>, Patricia Calleja Castaño<sup>1</sup>, Marta Moreno García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Recientemente se ha descrito que las mutaciones en heterocigosis en el gen HRTA1, causante de CARASIL en homocigosis, pueden asociarse también a mayor riesgo de ictus y lesiones de sustancia blanca. Describimos las características clínicas y radiológicas de una familia con 4 integrantes afectados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de cuatro pacientes emparentados portadores en heterocigosis de una nueva variante en el gen HTRA1(c.820C>G (p.R274G)).

**RESULTADOS:** De los cuatro pacientes revisados se identificaron un varón (42 años) y tres mujeres (65, 63 y 42 años) pertenecientes a dos generaciones dentro de una misma familia.

Las dos mujeres de mayor edad (primas) debutaron clínicamente con ictus isquémicos subcorticales a los 50 y 55 años, desarrollando posteriormente un deterioro cognitivo leve. Ambas presentaban hipertensión arterial como factor de riesgo clásico de vasculopatía cerebral, y una de ellas era exfumadora. Característicamente ninguna presentó migraña.

Los otros dos, hijos de las dos pacientes sintomáticas, se calificaron de portadores asintomáticos.

En la resonancia magnética las dos pacientes sintomáticas presentaron leucoencefalopatía difusa con afectación asimétrica de polos temporales y, en las secuencias de susceptibilidad magnética, microhemorragias (10-20) de localización preferencial en ganglios basales. Una de ellas presentó una hemorragia intraventricular asintomática bajo anticoagulación por fibrilación auricular, que se atribuyó a la apertura de una hemorragia de localización subependimaria a ventrículos.

De los portadores asintomáticos sólo el varón presentó lesiones de sustancia blanca (no confluentes y localizadas a nivel subcortical y periventricular) y factores de riesgo cardiovascular clásicos (dislipemia, antiguo consumo tabaco).

**CONCLUSIÓN:** Las mutaciones en heterocigosis en el gen HRTA1 pueden producir un cuadro clínico y radiológico similar al de las mutaciones en NOTCH3 (CADASIL), ampliando el espectro de la enfermedad cerebrovascular genéticamente determinada.

## FACTORES ASOCIADOS A UNA RESPUESTA FAVORABLE A RECAMBIO PLASMÁTICO EN BROTES GRAVES DE ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES AUTOINMUNES: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA

**Sr Juan Luis Chico García<sup>1</sup>**, Sr Moisés Morales de la Prida<sup>2</sup>, Sr José María Cabrera Maqueda<sup>3</sup>, Sr Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, Sra Raquel Sainz Amo<sup>1</sup>, Sra Susana Sainz de la Maza<sup>1</sup>, Sr Enric Monreal Laguillo<sup>1</sup>, Sr Gabriel Valero López<sup>2</sup>, Sr Jorge Millán Pascual<sup>2</sup>, Dra María Sepúlveda<sup>3</sup>, Dra Elisabeth Solana<sup>3</sup>, E Martínez Heras<sup>3</sup>, Dr Eloy López Soley<sup>3</sup>, Dra Elianet Gisell Fonseca<sup>3</sup>, Dra Eugenia Martínez Hernández<sup>3</sup>, Sra Lucienne Costa-Frossard França<sup>1</sup>, Dr José Meca Lallana<sup>2</sup>, Dra Yolanda Blanco<sup>3</sup>, Dr Albert Saiz<sup>3</sup>, Dra Sara Llufríu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal. IRYCIS, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain, <sup>3</sup>Hospital Clinic de Barcelona. IDIBAPS, Barcelona, Spain

**OBJETIVOS:** El recambio plasmático (RP) ha demostrado ser una terapia eficaz para recuperar a los pacientes con brotes graves de enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (ED-SNC) que no han respondido a dosis altas de metilprednisolona (MTP). Nuestro objetivo fue describir una cohorte multicéntrica de pacientes tratados con RP, describir la tasa de recuperación, e identificar predictores de respuesta favorable.

**MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes de 3 hospitales tratados con RP entre 2012-2021, que cumplieran los siguientes criterios: 1) haber presentado un brote grave de ED-SNC, que no hubiera respondido a un ciclo de MTP (1gr x 3-5 días); 2) un tiempo máximo entre MTP y RP de 3 meses; y 3) haber recibido entre 5-10 sesiones de RP.

La respuesta favorable se definió como recuperación a los 6 meses del EDSS basal, o bien reducción  $\geq 1$  o 1.5 puntos del EDSS en brote si era  $\leq 7.5$  o  $\geq 8$ , respectivamente, y en caso de neuritis ópticas (NO), mejoría  $\geq 2$  líneas de agudeza visual. Se realizaron modelos de regresión logística uni y multivariantes para detectar variables asociadas a la mejoría.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 90 pacientes [65.6% mujeres; edad mediana 42 (rango inter-cuartil, 32-51.75) años; EDSS previo al brote 1.5 (0-3.0)]. Los diagnósticos más frecuentes fueron esclerosis múltiple (44, 5%), ED-SNC idiopática (25, 3%) y espectro de la neuromielitis óptica-IgG-AQ4+ (14, 2%). La clínica del brote incluyó mielitis (36%), NO (23%), multifocal/diseminado (22%), fosa posterior (10%), y lesiones pseudotumorales (8.9%). La mediana de EDSS al inicio de los RP era 5.0 (4.0-7.0). En un centro, 32 pacientes recibieron 200 mg de rituximab pre- y post-RP.

La mediana de tiempo entre MTP y RP fue de 18 (7-34) días, y del número de sesiones 7 (6-7). El 30% requirió alguna línea de tratamiento adicional (nuevas tandas de MTP, 70%). 69 (77%) pacientes mejoraron (40% mejoría completa), y el EDSS final fue de 3.0 (2.0-4.0). Tanto una menor edad ( $p=0.04$ ) como un menor EDSS previo al brote ( $p=0.01$ ) se asociaron independientemente con la mejoría. Otras variables (etiología, tipo de brote, número de sesiones de RP o la adición de rituximab) no se asociaron a la respuesta.

**CONCLUSIÓN:** En este estudio, un alto porcentaje de pacientes con un brote grave de ED-SNC ha presentado una respuesta clínica favorable a los RP. Los pacientes más jóvenes, y con menor discapacidad previa al brote, son los que mostraron un mayor beneficio.



## **ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA LA PREDICCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CRÍTICA: ESCALA VENTISCA.**

**Dr. Jaime Alonso Maroto<sup>1</sup>**, Dra. Elisa Huertas<sup>2</sup>, Dr. Carlos Gómez Escalonilla<sup>3</sup>, Dra. Alicia de Felipe Mimbrera<sup>4</sup>, Dra. Patricia Simal Hernández<sup>3</sup>, Dra. Maria Consuelo Matute Lozano<sup>3</sup>, Dra. Marta Guillán Rodríguez<sup>5</sup>, Dra. Elisa De la Fuente Sanz<sup>1</sup>, Dra. Maria del Carmen Ramos Martín<sup>1</sup>, Dr. Jose Antonio Egido Herrero<sup>3</sup>, Dr. Sebastián García Madrona<sup>4</sup>, Dr. Juan Vega Villar<sup>1</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo Rico<sup>1</sup>, Dr. José Aurelio Vivancos Mora<sup>1</sup>, Dr. Santiago Trillo Senin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España, <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>4</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España, <sup>5</sup>Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La trombosis venosa cerebral supone una situación de potencial extrema gravedad. El objetivo de este estudio es determinar el perfil de riesgo clínico y radiológico de trombosis venosa cerebral crítica y validar la utilidad de una escala que desarrollamos en un estudio piloto previo para predecir su evolución, denominada VENTISCA (VENous siNus Thrombosis multImodal riSk SCALE).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos de 2008 a 2022 en 4 centros de ictus de Madrid con diagnóstico de TVC. Se estudió su perfil clínico, radiológico, evolución y posibles factores pronósticos. 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 3 meses. Puntuamos VENTISCA sobre 10 puntos según disminución de GCS, puntuación NIHSS, encefalopatía, estatus epiléptico, edema cerebral e infarto hemorrágico, y se estudió su valor predictor de TVC-C.

**RESULTADOS:** N=141 TVC. Edad 52,21 años(DE20,06), 52,5% mujeres. GCS 15(14-15), NIHSS 1(0-4), encefalopatía 27%, estatus epiléptico 9,2%, edema 39%, infarto hemorrágico 37,6%. IOT 17%, TEV 9,9%, mortalidad intrahospitalaria 5,7%, mRS>2 a 3 meses 22%. TVC-C definida 28,4%. La puntuación VENTISCA>2 predijo TVC-C con OR 15,94(6,53-38,93, p<0,001) y AUC 0,8 (0,71-0,88, p<0,001), y se asoció con dependencia a 3 meses, necesidad de IOT y TEV(p<0,001), no encontrando significación para predecir mortalidad intrahospitalaria(p=0,075). Existió correlación moderada entre puntuación VENTISCA y mRS a 3 meses (rs=0,49, p<0,001).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio la escala clínico-radiológica VENTISCA parece ser un factor pronóstico de TVC-C prometedor. Futuros estudios valorarán su aplicabilidad clínica

# POSTERS

## ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

1

### **EFFECTIVIDAD DE LA METILPREDNISOLONA A DOSIS ELEVADAS VÍA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE BROTES DESMIELINIZANTES: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.**

**Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>**, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, Dr. Enric Monreal Laguillo<sup>1</sup>, Dra. Susana Sainz de La Maza<sup>1</sup>, Dra. Lucienne Costa Frossard<sup>1</sup>, Dr. Juan Luis Chico García<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Estudios previos muestran que metilprednisolona a dosis elevadas (1000mg durante 3-5 días) vía oral (MTPo) es no inferior a vía intravenosa (MTPiv) en pacientes que sufren brote de Esclerosis Múltiple (EM). Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con MTPo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Registro prospectivo de pacientes con neuritis óptica o brote agudo de EM conocida tratados con MTPo entre julio de 2021-marzo del 2022, comparados con una cohorte histórica de pacientes tratados con MTPiv. Se definió como mejoría un descenso  $\geq 1$  punto en el sistema funcional más afectado por el brote y como recuperación completa la resolución de sintomatología. Se realizó una regresión logística para estudiar asociación entre diferentes variables (demográficas, gravedad del brote o relacionadas con el tratamiento) y la mejoría o recuperación.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 28 pacientes con MTPo y 24 con MTPiv. No hubo diferencia entre grupos en relación a género (75% vs 71% mujeres), mediana (IQR) de edad (42 (36-52) vs 38 (32.75-49)), EDSS durante el brote (3.0 (2.0-6.0) vs 3.0 (2.4-3.6)) o días hasta tratamiento (7 (4-13) vs 6 (2.75-13.25)). No hubo diferencias en la proporción de pacientes que recibieron MTPo y MTPiv que cumplieron criterios de mejoría (69% vs 75%,  $p=0.8578$ ) o recuperación (51.7% vs 41.7%,  $p=0.65$ ); ninguna variable de las analizadas se asoció a mejoría o recuperación. La frecuencia de efectos adversos fue similar ( $p=0.44$ ).

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de los brotes con MTPo parece igual de efectivo y seguro que con MTPiv.



2

## EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON CLADRIBINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LOS AÑOS 3 Y 4 DE TRATAMIENTO

**Dra Virginia Meca Lallana**<sup>1</sup>, Dra Carolina Díaz Perez<sup>1</sup>, Dra Clara Aguirre Fernandez<sup>1</sup>, Doña Beatriz del Rio<sup>1</sup>, Dr Jose Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Cladribina oral es eficaz para tratar esclerosis múltiple(EM).Es fundamental la evolución de los pacientes los años3 y 4 post tratamiento.Evaluamos efectividad y seguridad de Cladribina hasta 4años post tratamiento.Evaluamos en subgrupos el perfil de paciente más favorable.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y longitudinal.Evaluamos seguridad y efectividad(actividad clínica y radiológica).Medimos tasa de brotes,Escala de Estado de Discapacidad Expandida (EDSS)y nuevas lesiones en la resonancia magnética durante 4 años.

**RESULTADOS:** 75 pacientes:25 con menos de 1 año de tratamiento,50pacientes con 2 ciclos de tratamiento,32 pacientes con más de 3 años de tratamiento.Edad media43,4(D10,1)Iduración de EM 9,5(DE7,4)años.EDSS media 2,5.92%eran naïve o provenían de tratamientos plataforma. Reducción de la tasa de brotes del75%tras inicio de cladribina.Tasa de recaídas disminuyó a lo largo de los años hasta llegar a 0 el 4ºaño.Estudiamos la tasa de brotes en función del DMT previo.La reducción de la tasa de brotes fue mayor en los pacientes naïve(90%)EDSS fue estable en pacientes naïve y de primer cambio.Observamos un aumento deEDSS en los que venian de alta eficacia.40%presentaban actividad en RMN basal,después de la primera dosis la reducción fue del 50%.En los años 2 y 3presentaban escasas o ninguna lesión captante.Mayor reducción de lesiones captantes en pacientes naïve.75% de pacientes no necesitaron tratamientos adicionales en los años3 y 4.Número reducido de efectos adversos, la mayoría leves.

**CONCLUSIONES:** Cladribina muestra importante reducción en tasa de brotes y de actividad de RM.EDSS estable en la mayoría de los pacientes.El tratamiento precoz parece mostrar más beneficio.Un pequeño número de pacientes que necesitan un nuevo tratamiento después de cladribina.

### **VESÍCULAS EXTRACELULARES SANGUÍNEAS COMO BIOMARCADOR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿ES UN BIOMARCADOR ESPECÍFICO DE ESTA ENFERMEDAD?**

**Gabriel Torres Iglesias<sup>1</sup>**, Mireya Fernández-Fournier<sup>1</sup>, María Gutiérrez-Fernández<sup>1</sup>, Lucía Botella<sup>1</sup>, Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>, Fernando Laso-García<sup>1</sup>, MariCarmen Gómez-de Frutos<sup>1</sup>, Dolores Piniella-Alcaide<sup>1</sup>, Elisa Alonso-López<sup>1</sup>, Ana Montero-Calle<sup>2</sup>, Beatriz Chamorro<sup>1</sup>, Maria Eugenia Miranda-Carús<sup>3</sup>, Susana Belén Bravo<sup>4</sup>, María Alonso-de Leciñana<sup>1</sup>, Blanca Fuentes<sup>1</sup>, Exuperio Díez-Tejedor<sup>1</sup>, Laura Otero-Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Grupo de Investigación en Neurología y Enfermedades Cerebrovasculares, Departamento de Neurología, Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España., Madrid, Spain,* <sup>2</sup>*Unidad de Proteómica Funcional, Programa de Enfermedades Crónicas, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España, Madrid, Spain,* <sup>3</sup>*Departamento de Reumatología, Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España., Madrid, Spain,* <sup>4</sup>*Unidad de Proteómica, Instituto de Investigaciones Sanitarias-IDIS, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España, Madrid, Spain*

**OBJETIVO:** Analizar la especificidad de las características de las vesículas extracelulares (VE) originadas en células del sistema nervioso e inmune en la Esclerosis Múltiple (EM). Estudiar las funciones moleculares específicas en las que participan estas VE en esta enfermedad.

**MÉTODOS:** Estudio clínico, observacional y prospectivo en el que se incluyeron pacientes con EM, controles con enfermedad inmunomediada no neurológica [artritis reumatoide (AR)], controles con lesiones de sustancia blanca no desencadenadas por el sistema inmunitario [infarto subcortical (ISc)] y controles sanos (CS). En todos los pacientes se aíslan VEs sanguíneas derivadas de neuronas, VEs de linfocitos T y B por inmunoprecipitación. Se analizaron los niveles de las VE por Nanosight y se analizó su contenido proteico por proteómica usando el Triple TOF 6600.

**RESULTADOS:** Se reclutaron 86 pacientes con EM, 46 pacientes con AR, 23 pacientes con ISc y 29 CS. Al analizar las vesículas sanguíneas procedentes de neurona, se encontraron diferencias significativas en los niveles de estas vesículas sanguíneas entre los pacientes de EM comparados con ISc y diferencias en pacientes con EM comparados con pacientes con AR ( $p=0,017$ ). Estas últimas presentaban un menor contenido de PCR y componentes del complemento en su interior, proteínas que participan en procesos de inflamación y activación del sistema inmune innato. Cuando analizamos las VE procedentes de linfocitos B, encontramos sus niveles más bajos en pacientes de EM comparados con CS ( $p=0,004$ ) y niveles más altos en pacientes de EM al compararlos con los de ISc ( $p=0,001$ ). Estas vesículas contenían mayor cantidad de las proteínas lectina, C4BP y factores del complemento, que participan en la regulación del sistema inmune. Finalmente, analizamos las VE derivadas de linfocitos T y se hallaron niveles mayores de estas vesículas en pacientes de EM que en pacientes con ISc ( $p=0,001$ ) y menores niveles que en controles sanos ( $p=0,004$ ). Se registró mayor expresión de properdina y AMBP en el interior de estas últimas vesículas que participan en la activación del sistema del complemento, desempeñan un papel regulador en la angiogénesis y previenen el daño celular inducido por especies reactivas de oxígeno.

**CONCLUSIONES:** Los niveles y el contenido de las VE podrían constituir un panel de biomarcadores específico de EM. Las subpoblaciones de VEs derivadas de neuronas podrían estar reflejando la afectación de la sustancia blanca de la EM, mientras que los VEs de sistema inmune podrían resaltar la función y participación del sistema inmunitario en la enfermedad.

4

## USO DE SIPONIMOD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA

**Irene Gómez Estévez<sup>1</sup>**, Judit Diaz Diaz<sup>1</sup>, Celia Oreja-Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** Siponimod, es el primer tratamiento oral aprobado para la esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) activa en Europa y se comercializa en España desde abril de 2021.

**OBJETIVO:** El objetivo principal de este estudio ha sido analizar la seguridad y eficacia del tratamiento con siponimod en nuestra cohorte de pacientes EMSP en la práctica clínica real.

**MÉTODOS:** Se describieron las características clínicas y demográficas de los pacientes que habían iniciado el tratamiento con siponimod. Además, se evaluó la eficacia clínica, la seguridad y los cambios analíticos durante el tratamiento en el primer año de uso.

**RESULTADOS:** Se analizaron un total de 29 pacientes con EMSP. El 81,14% eran mujeres. El 48% de los pacientes procedían de tratamientos de segunda línea (9 de fingolimod, 4 de alemtuzumab y 6 de rituximab). No se observaron recaídas ni rebotes durante el cambio ni en el primer año.

La edad media era de 55 (41-73) años y la EDSS era de 6,2 (3-8). La duración media de la enfermedad fue de 28.4 años (8-38) con una fase progresiva de 12,7 años.

La media del recuento basal de linfocitos fue de  $1,4 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  (0,8-2,2), después de tres meses todos los pacientes mostraron una disminución media de  $0,45 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  (0,19-1) y 6 meses después se observó un leve aumento  $0,52 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  (0,27-1.56).

El 78,2% de los pacientes no presentaron efectos adversos. Un paciente tuvo linfopenia grado 4, un paciente sufrió un edema macular quístico bilateral con resolución completa y 3 pacientes presentaron una crisis epiléptica, dos de ellos estaban en tratamiento concomitante con fampridina.

**CONCLUSIONES:** Siponimod es un fármaco bien tolerado por los pacientes. La eficacia y seguridad es similar a la descrita en los ensayos pivotales. Hemos observado mayor incidencia de linfopenia que la descrita en los ensayos clínicos.

5

## NEUTROPENIA TARDÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS ANTI-CD20. EVOLUCIÓN TRAS RETRATAMIENTO

**Clara Aguirre Hernández<sup>1</sup>**, Virginia Meca-Lallana<sup>1</sup>, Carolina Díaz-Pérez<sup>1</sup>, Beatriz del Río<sup>1</sup>, Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** La neutropenia tardía (NT) es un efecto adverso (EA) que, aunque raro, debe ser contemplado en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) tratados con terapias anti-CD20 (Ocrelizumab o Rituximab). Una vez se ha producido, el riesgo de recurrencia no está bien establecido. Presentamos 3 casos de EM tratados con anti-CD20 que desarrollaron NT y su evolución tras retratamiento guiado por repoblación de células-B-CD19.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de historias clínicas y bibliografía.

**RESULTADOS:** Caso 1. Mujer, 31 años. Inicia interferón-pegilado (2016), sustituido por cladribina (2018) por ineficacia. En septiembre 2020, por empeoramiento clínico, inicia Ocrelizumab (segundo ciclo: abril 2021). En junio 2021 presenta fiebre y proctalgia. En analítica: neutropenia grave [0.01 miles/mm<sup>3</sup> (1.50-8.00)]. Recibió meropenem, vancomicina y valganciclovir 7 días. Estudio de médula ósea: promielocitos normales. Se administró factor estimulante de colonias (G-CSF) 3 días con recuperación de neutropenia.

Caso 2. Varón, 39 años, EMPP. Inicia Ocrelizumab (noviembre 2018). En diciembre ingresa por neutropenia febril (0.14 miles/mm<sup>3</sup>) e ileitis, tratada con imipenem, y una dosis de G-CSF, con recuperación.

Caso 3. Mujer, 35 años. Inicia acetato-glatiramero (2013), sustituido por rituximab por ineficacia (enero 2019: 500 mg x2). 3 meses después: neutropenia febril (0.14 miles/mm<sup>3</sup>), tratada con piperacilina-tazobactam, aciclovir, fluconazol y G-CSF (x2), con recuperación.

En los 3 casos, para disminuir el riesgo de recaídas, se administró de nuevo terapia anti-CD20 según repoblación de células-B-CD19, realizándose a los 9, 10 y 9 meses respectivamente, sin nuevas complicaciones, habiéndose administrado 1 (caso 1), 3 (caso 2) y 3 ciclos (caso 3).

**CONCLUSIONES:** La NT es un EA raro de terapias anti-CD20. Como muestra nuestra serie, pese a presentar generalmente rápida resolución, suelen necesitar G-CSF y antibioterapia empírica para evitar complicaciones. Nuestros pacientes repoblaron células B-CD19 según lo esperado y no hubo recurrencias de la neutropenia tras retratamiento. Aunque sería necesario individualizar cada caso, planteamos la posibilidad de programar retratamiento según repoblación de células-B-CD19 para minimizar el riesgo de EAs.

6

**DISTRIBUCIÓN DEL CURSO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE FAMILIAR ENTRE PAREJAS DE HERMANOS: SERIE DE CASOS**

**Carolina Díaz-Pérez<sup>1</sup>**, Virginia Meca-Lallana<sup>1</sup>, Clara Aguirre<sup>1</sup>, Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Beatriz Del Río<sup>1</sup>, Rosalía Martín<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La distribución del curso de la esclerosis múltiple(EM) esporádica es conocida, pero existen pocos datos sobre la evolución en casos familiares de EM. Describimos el curso de enfermedad entre parejas de hermanos con EM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo: serie de casos de parejas de hermanos con EM seguidos en nuestro centro(2010-2022). Describimos características clínico-epidemiológicas.

**RESULTADOS:** 7 parejas de hermanos con EM: 2 parejas varón-varón(V-V) y 5 parejas mujer-varón(M-V). La edad de inicio fue menor en varones frente a mujeres en 3 de 5 parejas M-V. 6 parejas EM recurrente-remitente(EMRR) inicial y 1 pareja con varón con EM primaria progresiva y mujer con síndrome radiológico aislado. En 2 parejas M-V, los varones convirtieron a EM secundaria progresiva(EMSP) con estabilidad EMRR en mujeres. Las mujeres eran la menor de los hermanos en 3 de 5 parejas M-V. La discapacidad a 10 años tras el diagnóstico fue menor en mujeres frente a sus hermanos varones (EDSS en parejas M-V: 2-4, 0-3, 3-7'5, 1'5-7'5, 0-4'5). En 4 de 5 parejas M-V, los varones estaban con tratamientos de alta eficacia frente a tratamientos de primera línea/sin tratamiento en mujeres (tratamiento M-V: teriflunomida-ocrelizumab, sin tratamiento-ocrelizumab, glatirámero-sin tratamiento, teriflunomida-fingolimod, glatirámero-fingolimod).

**CONCLUSIONES:** La EMRR fue la forma más frecuente de EM familiar en nuestra serie. Los varones eran con más frecuencia el mayor de los hermanos y presentaban una enfermedad más agresiva, de inicio más precoz y peor evolución que las mujeres, con mayor discapacidad a largo plazo y tendencia a la progresión, precisando con más frecuencia tratamientos de alta eficacia.

## USO DEL MOCA Y SDMT EN EM COMO TESTS DE DETECCIÓN PRECOZ DE DETERIORO COGNITIVO

**Dra. Judit Díaz-Díaz<sup>1</sup>**, Dra. Saioa Lejarreta Andres<sup>2</sup>, Dra. Elena Miñano<sup>3</sup>, Dra. Irene Gómez-Estevez<sup>1</sup>, Dra. Elda Alba-Suarez<sup>1</sup>, Dra. Celia Oreja-Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Pain Relif, Madrid, Spain, <sup>3</sup>Quirón Pozuelo, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Estudiar la utilidad del test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y del Symbol Digit Modalities Test (SDMT) como herramientas de detección precoz de deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Evaluar factores de la EM que podrían influir en los resultados de estos dos test.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 50 controles sanos y 50 pacientes con EM (PwMS) pareados por edad, género y nivel de estudios, completaron el SDMT y el MoCA. Además, se les realizó el Beck Depression Inventory(BDI), Hamilton Anxiety Rating Scale(HAM-A) y Fatigue Severity Scale(FSS).

También se recogieron: EDSS, edad de inicio de la EM, duración de la enfermedad y empleo.

Se consideró patológico un SDMT con Z-score  $\leq -1$  y un MoCA  $< 26$ .

**RESULTADOS:** No hubo diferencias entre controles y PwMS en cuanto a la edad, educación, sexo y empleo.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre controles y PwMS en el SDMT (z-score: mediana 0 vs -0,7; p 0,001), BDI (mediana 3 vs 8; p 0,000), HAM-A (mediana 7 vs 15; p 0,003) y FSS (mediana 22 vs 44; p 0,000). Sin embargo, no hubo diferencias en el MoCA entre ambos grupos (mediana 28,5 vs 28 (p 0,062)).

En un subanálisis en los PwMS, el SDMT fue patológico en el 48%. Comparando pacientes con SDMT patológico y normal se encontró una asociación estadísticamente significativa entre peores resultados en SDMT y mayores puntuaciones en BDI (6 vs 14; p 0,001) y HAM-A (13 vs 20; p 0,027).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con quejas cognitivas y sin quejas en SDMT (puntuación z -0,85 vs -0,56; p0,237) ni MoCA (puntuación 27,4 vs 27,7; p0,741). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de quejas cognitivas y la EDSS, con mayores quejas en pacientes con mayor EDSS (2,7 SD 1,6 1 vs 1,59 SD 1,6; p 0,025) pero sin relación con peores resultados en SDMT.

**CONCLUSIONES:** Parece que el MoCA no sirve como test de detección precoz de deterioro cognitivo en EM. Sin embargo, El SDMT parece ser una herramienta válida y sensible para el cribado del deterioro cognitivo en pacientes con EM.

Las quejas cognitivas no se asociaron con los resultados del SDMT ni MoCA. Sin embargo, casi el 50% de los pacientes sin quejas cognitivas presentaron resultados alterados en el SDMT. Por tanto, sería aconsejable realizar un test de screening de deterioro cognitivo en todos los pacientes con EM al menos 1 vez al año.

## INTERVALO EXTENDIDO DE DOSIS DE NATALIZUMAB: EXPERIENCIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES

**Irene Gómez Estévez<sup>1</sup>**, Judit Díaz Díaz<sup>1</sup>, Celia Oreja Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** Natalizumab, es un anticuerpo monoclonal indicado para esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) de alta actividad. Se administra por perfusión intravenosa cada 4 semanas según ficha técnica. Su uso asocia a riesgo de padecer leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en pacientes con presencia de virus JC en sangre.

Se han llevado a cabo estudios, que muestran que el intervalo extendido de dosis (IED) de aproximadamente 6 semanas, reduce el riesgo de LMP sin aparentemente comprometer la eficacia

**OBJETIVO:** Analizar una cohorte de pacientes que han recibido tratamiento con natalizumab en el intervalo estándar de dosis (ISD) frente a los que lo han recibido en el IED.

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo. Se analizan las características clínicas y demográficas de la cohorte y el tiempo que llevan con natalizumab. Se analizan el número de brotes y/ o nuevas lesiones en la RM.

**RESULTADOS:** 80 pacientes han recibido tratamiento con natalizumab. La edad media al inicio de natalizumab fue de 36,5 años (15-68) y la EDSS de 2,87. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 7,7 años (0-24).

El 82,4% de los pacientes realizaban cambio desde otro tratamiento y el 17,6% eran naïve.

71 pacientes iniciaron tratamiento con ISD, de los cuales 16 han cambiado a IED, y llevan esta nueva pauta 26 meses (3-47) sin nuevos brotes ni lesiones en T2. El tiempo medio de tratamiento antes del cambio del intervalo de dosis fue de 65,4 meses (rango 15-112) meses.

8 pacientes iniciaron tratamiento con IED con un tiempo medio de 20,6 (1-45). No se han producido recaídas ni nuevas lesiones durante este tiempo.

47 pacientes están actualmente en tratamiento con ISD. La mediana del tiempo de tratamiento es de 69,2 (4-152). El 4% ha tenido una nueva recaída en este tiempo y 6 pacientes han tenido que cambiar de tratamiento por tener un índice VJC muy alto.

Ningún paciente ha tenido efectos adversos moderados o graves.

**CONCLUSIONES:** No hemos observado un aumento de actividad clínica o radiológica en aquellos pacientes con intervalo extendido de dosis (IED) independientemente del número de infusiones previas o datos demográficos.

El IED ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro en nuestra cohorte.



## ¿PUEDE SERVIR LA EVALUACIÓN DEL CAMPO VISUAL COMO MÉTODO DE SCREENING EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

**Sr. Johnny Quezada-Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Elda Alba Suárez<sup>1</sup>, Dra. Judit Díaz Díaz, Dra. Irene Gómez Estévez<sup>1</sup>, Sr. José Rouco Maseda<sup>2</sup>, Dra. Celia Oreja Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos.CSUR Esclerosis Múltiple, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Universidad de Coruña. Grupo VARPA, La Coruña, Spain

**INTRODUCCIÓN:** La neuritis óptica (NO) suele ser un síntoma habitual al inicio de la Esclerosis Múltiple (EM) y puede dejar secuelas en la función visual. Este trabajo tiene como objetivos analizar el campo visual (CV) en pacientes de EM con y sin NO previa y correlacionar el CV con la Agudeza Visual de 2.50% de contraste (AV 2.50) y con la Sensibilidad al Contraste (SC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron 43 pacientes de EM con más de seis meses de seguimiento y clínicamente estables en los últimos seis meses.

Se hizo un examen ocular completo. El CV se evaluó con el protocolo 24-2 SITA Fast del campímetro Humphrey, que mide los 24º temporales y 30º nasales.

La AV 2.50 se midió con el test ETDRS de bajo contraste y la SC se evaluó con el test de Pelli-Robson. Comparamos ojos con y sin NO previa.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 28 mujeres con edad media de 46 años y 15 hombres con edad media de 45. De los 86 ojos que examinamos, 26 presentaron NO previas y 60 no.

Al comparar ojos con y sin NO únicamente los falsos negativos mostraron diferencias significativas, sin embargo los otros índices confiabilidad del campo visual (perdidas de fijación, falsos positivos y el tiempo) eran similares entre ambos grupos.

Por otra parte los índices globales (Desviación media (DM) y Desviación estándar modelo (DSM)) mostraron alteraciones significativas en DM (p-valor=0.009) y DSM (p-valor=0.04) con valores más elevados para las neuritis ópticas.

La DSM muestra una asociación negativa marcada con la agudeza visual de 2.50% de contraste solo en los ojos con NO previa( $r=-0.54$ ), es decir, a menor agudeza visual de 2.50% de contraste mayor presencia de defectos profundos localizados en el CV.

Pasó lo mismo al correlacionar la DSM con la sensibilidad al contraste en ojos con NO previa, a menor sensibilidad al contraste mayor defecto de CV ( $r=0.73$ )

**CONCLUSIONES:** El análisis del campo visual permite identificar la gravedad de las alteraciones visuales en pacientes de esclerosis múltiple con neuritis óptica, por lo que podría servir como protocolo de screening en estos pacientes.



10

## UN CASO DE ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA POST TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

**Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>**, Dra. Mirian Rosón González<sup>1</sup>, Dra. Estela Martínez López<sup>1</sup>, Dra. Silvina Espada Rubio<sup>1</sup>, Dra. Verónica López de Diego<sup>1</sup>, Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dra. Nora De la Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** la encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad desmielinizante del SNC. Es más frecuente en la infancia y ocurre ocasionalmente tras una infección viral/vacunación. Presentamos un paciente que desarrolló ADEM tras un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (autoTPH).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

**RESULTADOS:** varón de 69 años, con un linfoma no Hodgkin T, recibe un autoTPH. Cuatro semanas después comienza con cuadro de cefalea y visión borrosa por el ojo derecho (OD), con edema de papila y AV de 0.3 en ese mismo ojo. Se realiza TC de cráneo normal. En el LCR se objetivan 6 leucocitos y leve hiperproteíorraquia, siendo el resto normal (PCR multiarray, BOC, PCR virus JC y BK, población linfocítica y citología). No se encontró proceso infeccioso subyacente. Posteriormente presentó un empeoramiento neurológico cursando como disminución del nivel de consciencia, pérdida completa de AV en OD y afectación del ojo izquierdo. En la RM craneal se objetivó una extensa afectación de la sustancia blanca supratentorial (temporooccipital bilateral de predominio izquierdo, frontal parasagital bilateral), afectación infratentorial (mesencéfalo, pedúnculos cerebelosos superiores y medios) y hallazgos compatibles con neuritis óptica derecha, con aumento de la perfusión, espectro metabólico alterado y escasas áreas de realce tras administración de contraste en fase tardía. Los anticuerpos antiNMO y antiMOG fueron negativos.

El cuadro agudo/subagudo rápidamente progresivo de neuritis óptica bilateral, cefalea occipital izquierda y bajo nivel de consciencia y la evolución clínica, junto con los hallazgos radiológicos, llevaron al diagnóstico de ADEM post-TPH. Recibió bolos de metilprednisolona, 5 dosis de inmunoglobulinas intravenosas y 3 sesiones plasmaféresis, presentando mejoría clínico-radiológica.

**CONCLUSIONES:** ADEM es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del SNC, con un inicio agudo/subagudo de afectación neurológica multifocal. En la patogenia juega un papel la respuesta autoinmune contra la mielina, desencadenada por una infección viral o una inmunización. Se han descrito casos de ADEM después del trasplante de órganos (incluyendo autoTPH). Aunque es una enfermedad



inmunomediada, puede ocurrir en pacientes inmunodeprimidos. El diagnóstico depende del curso clínico, la neuroimagen y los hallazgos del LCR. ADEM debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes postrasplante que desarrollen síntomas neurológicos multifocales.

11

### ¿Es útil el test de Ishihara para identificar alteraciones cromáticas en pacientes con Esclerosis Múltiple?

**Sr. Johnny Quezada-Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Elda Alba Suárez<sup>1</sup>, Dra. Irene Gómez Estévez<sup>1</sup>, Dra. Judit Díaz Díaz<sup>1</sup>, Sr. José Rouco Maseda<sup>2</sup>, Dra. Celia Oreja Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. CSUR Esclerosis Múltiple, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Universidad de Coruña. Grupo VARPA, La Coruña, Spain

**INTRODUCCIÓN:** La neuritis óptica (NO) es una manifestación frecuente en el inicio y transcurso de la esclerosis múltiple (EM). Esta condición puede originar alteraciones en la función visual. El principal objetivo de este estudio ha sido analizar si el test de Ishihara es útil para medir la percepción cromática en pacientes de EM con y sin neuritis óptica previa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se exploraron 42 pacientes de EM con más de seis meses de seguimiento y clínicamente estables en los últimos seis meses.

La percepción cromática se evaluó con el test de Ishihara y también con el Farnsworth-Munsell D28 (FM-D28). La AV 2.50 con test ETDRS de bajo contraste. Comparamos pacientes con neuritis óptica y sin neuritis óptica previa.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 28 mujeres con edad media de 45.86 y 14 hombres con edad media de 44.43. De los 84 ojos evaluados, 26 presentaron NO en el pasado y 58 no.

En el test de Ishihara, al presentar las 25 láminas, el 52% de los pacientes acertaron 19 o más láminas, el 43% acertaron las 25 láminas y solamente un 5% acertaron menos de 19 láminas indicando una percepción cromática alterada.

Al analizar los resultados del test de FM-D28 el 73% de los 84 ojos fueron normales, un 1% afección del verde, un 9% alteración en el eje azul-amarillo y un 17% presentaron un patrón no definido. Al comparar ojos con y sin neuritis óptica obtuvimos diferencias estadísticamente significativas (p-valor=0.002).

La AV 2.50 fue significativamente menor en pacientes que habían tenido NO previa (p-valor=0.001), como era de esperar.

**CONCLUSIONES:** Las alteraciones cromáticas en pacientes de esclerosis múltiple se pueden evaluar de forma más específica y precisa con el test de Farnsworth-Munsell D28 que con el test de Ishihara y además permite diferenciar ojos con y sin neuritis óptica.

No hay una alteración cromática claramente definida para pacientes de EM pero parece ser que suele haber mayor preferencia en el eje azul-amarillo.

12

#### A PROPÓSITO DE UN CASO: PRIMOIINFECCIÓN VIH Y DESMIELINIZACIÓN

**Ainhoa Lorenzo Montilla<sup>1</sup>**, Francisco José Valenzuela Rojas<sup>1</sup>, Bárbara Gutiérrez Ruano<sup>1</sup>, Sergio López Anguita<sup>1</sup>, Cristina Alarcón Morcillo<sup>1</sup>, Rosario Antón Barca<sup>1</sup>, Nuria Olmedilla González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Central De La Defensa Gómez Ulla, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Las lesiones desmielinizantes secundarias a primoinfección VIH son poco frecuentes, con muy pocos casos descritos en la literatura. Es preciso descartar lesiones más frecuentes en este contexto (leucoencefalopatía multifocal progresiva, infoma cerebral primario, encefalomiелitis aguda diseminada, toxoplasmosis cerebral, citomegalovirus, criptococosis cerebral, esclerosis múltiple). Se presenta un caso clínico que ilustra esta entidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 38 años, fumador activo e hipertenso sin tratamiento, que presenta un episodio de visión borrosa junto a crisis hipertensiva; había presentado un suceso similar el mes anterior, autolimitado. A la exploración se objetiva una hemianopsia temporal derecha, sin alteración del nivel de consciencia ni otras alteraciones neurológicas.

**RESULTADOS:** La RM cerebral presenta lesión en cuerpo calloso y lóbulo frontal izquierdo, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y FLAIR, con escasa restricción (de predominio periférico) en la difusión y sin realce tras la administración de gadolinio; estable en pruebas de imagen sucesivas. La biopsia cerebral es compatible con enfermedad desmielinizante. En la analítica presenta: VIH positivo; VHC, sífilis, toxoplasma y Ag criptococo negativos; IgM CMV negativo, IgG CMV positivo; CD4 428. El LCR cursa con hiperproteínorraquia, BOC IgG con patrón en espejo y citología negativa. Con terapia TAR se ha conseguido estabilidad clínica, sin nuevas lesiones.

**CONCLUSIONES:** Con este caso se destaca la importancia de un diagnóstico exhaustivo en el paciente VIH con lesiones desmielinizantes, teniendo en cuenta que la primoinfección puede ser causa de las mismas per se.

13

# **VESÍCULAS EXTRACELULARES DERIVADAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO Y NERVIOSO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ¿PUEDEN ACTUAR COMO BIOMARCADORES SANGUÍNEOS DE DIAGNÓSTICO Y DE ESTADO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD?**

**Gabriel Torres Iglesias<sup>1</sup>**, Mireya Fernández-Fournier<sup>1</sup>, María Gutiérrez-Fernández<sup>1</sup>, Lucía Botella<sup>1</sup>, Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>, Fernando Laso-García<sup>1</sup>, MariCarmen Gómez-de Frutos<sup>1</sup>, Dolores Piniella-Alcaide<sup>1</sup>, Beatriz Chamorro<sup>1</sup>, Susana Belén Bravo<sup>2</sup>, Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Exuperio Díez-Tejedor<sup>1</sup>, Dr Laura Otero Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Grupo de Investigación en Neurología y Enfermedades Cerebrovasculares. Departamento de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España., Madrid, Spain,* <sup>2</sup>*Unidad de Proteómica, Instituto de Investigaciones Sanitarias-IDIS, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España., ,*

**OBJETIVO:** Analizar la posible correlación entre las características de las vesículas extracelulares (VE) sanguíneas del sistema inmunológico y nervioso con el diagnóstico de la enfermedad y de actividad en Esclerosis Múltiple (EM).

**MÉTODOS:** Estudio clínico, observacional y prospectivo en el que se incluyen pacientes con EM y controles sanos (CS). De la sangre de todos los participantes se aislaron VE sanguíneas de neuronas, oligodendrocitos y linfocitos por inmunoprecipitación. Se analizaron sus niveles y tamaño por Nanosight, su contenido de proteínas por proteómica usando el Triple TOF 6600 y su contenido de anticuerpos por ELISA. Se estudió la correlación entre los niveles y el tamaño de las VE con la clínica de la enfermedad y se analizó la posible eficacia diagnóstica de su contenido de anticuerpos.

**RESULTADOS:** En este estudio se reclutaron 86 pacientes con EM y en 29 CS. Los pacientes en recaída mostraron un mayor tamaño de VE de linfocitos B que aquellos pacientes con enfermedad estable. Pacientes con nuevas lesiones de RM mostraron mayor tamaño de VE neuronales ( $p=0.05$ ). El tamaño de VE de oligodendrocitos se correlacionó con el volumen de lesión y la disfunción neurológica cognitiva y motora ( $p=0.002$ ,  $p=0.001$ ). Además, se encontraron niveles más altos de anticuerpos anti-MBP en VE de linfocitos B en pacientes con EM que en CS, identificando un punto de corte con valor diagnóstico de 2,94ug/ml (sensibilidad: 96,3 %,especificidad: 88%). Al analizar su contenido proteico, se encontraron niveles más altos de C1q, AMBP, Attractin y LRG1 en las VE de pacientes con enfermedad activa en comparación con las de aquellos con enfermedad estable. Estas proteínas están implicadas en el sistema del complemento, la activación de los macrófagos, la remielinización y la angiogénesis, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Las VE del sistema inmunitario pueden reflejar la actividad de la enfermedad, mientras que las del sistema nervioso podrían informar sobre el daño cerebral y la disfunción neurológica. Las proteínas de estas VE parecen jugar un papel en la activación del sistema inmune y en procesos de reparación cerebral. Los anticuerpos anti-MBP de las VE de linfocitos B podrían ser un potencial biomarcador diagnóstico en EM.

14

## MONITORIZACIÓN INMUNOLÓGICA COMO PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN TRATAMIENTO CON OCRELIZUMAB.

**Dr. Gabriel Torres Iglesias<sup>1</sup>**, Dra. Ana Martínez Feito<sup>2</sup>, Dr. Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Sra. Beatriz Chamorro Hernández<sup>1</sup>, Dra. Laura Otero-Ortega<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Lopez-Granados<sup>2</sup>, Dra Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Instituto de investigación IdiPAz, Madrid, Spain,*

<sup>2</sup>*Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Instituto de investigación IdiPAz., Madrid, Spain*

**OBJETIVO:** Ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que disminuye de forma selectiva linfocitos B CD20+. Estudiamos los efectos en el sistema inmune originados tras el tratamiento prolongado con Ocrelizumab en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM), así como, evaluar las posibles complicaciones infecciosas.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo de pacientes con EM tratados con Ocrelizumab entre enero 2016 y mayo 2022 en la Unidad de Esclerosis Múltiple de un Centro de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con EM Remitente Recurrente (EMRR), Secundaria Progresiva (EMSP) y Primaria Progresiva (EMPP). Se evaluó la respuesta al tratamiento y se analizaron los linfocitos totales, CD4, CD8, CD20 e inmunoglobulinas cada 6 meses. Se comparan las medias de dichos valores en varios períodos y las posibles complicaciones infecciosas.

**RESULTADOS:** 30 pacientes (50% EMRR, 33% EMSP y 33% EMPP, 4% no registrado), edad media 36 (DS 8,4) años, 56,7% mujeres. 26 (86,7%) pacientes habían recibido tratamiento previamente. Los motivos para cambiar el tratamiento en la mayoría de los casos fueron nuevos brotes (36,7%), nuevas lesiones en RNM (16,7%) o ambos (20%). Tiempo medio de evolución de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento con Ocrelizumab 7,5 (DS 2,3) años. La media de infusiones de ocrelizumab fue 4,6 (DS 2). Solo en 6 (20%) pacientes se registró progresión. Al evaluar la capacidad funcional (escala EDSS) no hubo diferencias significativas en la mediana antes del tratamiento [4,5 (2-6)] y durante el seguimiento [3,75 (2-6)]. Se constató disminución en la media de linfocitos CD20 ( $p = 0,00$ ) a los 6 meses y se mantuvo a los dos años de seguimiento ( $p = 0,00$ ). Se observó una ligera disminución en la media de linfocitos totales, CD4, CD8, IgG e IgM a los 6 meses de tratamiento con respecto al basal. Estos valores permanecieron disminuidos a los dos años, pero solo la disminución de IgM [62 mg/dl (DS 46)] fue estadísticamente significativa ( $p=0,03$ ). 6 pacientes presentaron infecciones; 4 infección leve, 1 neutropenia febril y 1 neumonía con niveles bajos de IgG que precisó tratamiento sustitutivo. En tres pacientes se registró infección COVID siendo uno de ellos grave.

### CONCLUSIONES:

Además de la esperada reducción de linfocitos CD20, el tratamiento con Ocrelizumab puede inducir disminución linfocitos T e Inmunoglobulinas y complicaciones infecciosas, la mayoría leves. La monitorización inmunológica puede prevenir complicaciones infecciosas a largo plazo.

15

## LA VELOCIDAD DE TECLEO MEDIDA EN SMARTPHONE PUEDE SER ÚTIL PARA DETECTAR ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON PROGRESIÓN

**Sr Juan Luis Chico García<sup>1</sup>**, Sr Enric Monreal<sup>1</sup>, Sra Susana Sainz de la Maza<sup>1</sup>, Sr Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, Sra Raquel Sainz Amo<sup>1</sup>, Dra Luisa María Villar<sup>1</sup>, Dr Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Sra Lucienne Costa-Frossard França<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal. IRYCIS, Madrid, Spain

### OBJETIVOS:

Las variables continuas de dinámica de tecleo obtenidas mediante smartphone han mostrado potencial para monitorizar algunas enfermedades neurodegenerativas y podrían ser útiles en la esclerosis múltiple (EM). Nuestro objetivo fue estudiar esta estrategia en pacientes con EM en nuestro centro.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo en pacientes con EM atendidos en nuestra Unidad. Se midió la velocidad de tecleo (VT) medida de manera pasiva durante una semana mediante una aplicación propia. Se realizó una regresión lineal para comparar la mediana del valor obtenido durante esta primera semana con variables basales: EDSS, 9HPT, T25FWT y la puntuación absoluta y Zscore en el Processing Speed Test (PST) CogEval®.

### RESULTADOS:

Incluimos 50 pacientes, 62% mujeres, mediana (RIC) de edad 44.5 (39.3-52.4) y EDSS 2.0 (1.5-4.5). Los fenotipos de EM fueron: 80% EM remitente recidivante, 12% secundariamente progresiva (EMSP) y 8 % primariamente progresiva.

La VT se correlacionó con el EDSS basal ( $p=0.0003$ ), 9HPT ( $p=0.002$ ), T25FWT ( $p=0.0007$ ), el valor absoluto ( $p<0.00001$ ) y el Z score del PST ( $p=0.0003$ ) y el tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta el estudio ( $p=0.003$ ). La VT fue menor en pacientes con un diagnóstico de EMSP que en aquellos con EMRR ( $p=0.008$ ).

### CONCLUSIONES:

La VT puede ser una herramienta útil para la monitorización de la EM y puede ayudar a detectar los fenotipos progresivos de la enfermedad.

16

## **CLADRIBINA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID**

**Soraya de la Fuente**<sup>1</sup>, Aida Orviz García<sup>1</sup>, Irene Moreno Torres<sup>1</sup>, Lidia Yébenes Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Cladribina es un fármaco oral que ha demostrado eficacia y seguridad en ensayos clínicos de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR). Presentamos una serie local de práctica clínica real en pacientes con EMRR tratados con Cladribina analizando eficacia y seguridad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo de pacientes tratados con Cladribina en nuestro centro durante el periodo de agosto de 2018 a mayo de 2022.

**RESULTADOS:** Registramos 65 pacientes, 75.4% mujeres. Se completó 1 año de seguimiento en 21 pacientes, 2 años en 9 pacientes y 3 años en 3 pacientes. El 16.9% de los pacientes eran naïve. Tras el tratamiento la tasa anualizada de brotes (TAB) disminuyó de 0.34 a 0.14, 0.07 y 0.11 en los años 1, 2 y 3 respectivamente. Se registraron 4 brotes en 3 pacientes. Se observó actividad T2 en 8, 3 y 1 pacientes en los años 1, 2 y 3 respectivamente. 18 pacientes tenían actividad gadolinio positiva (Gd+) en el año previo y tras el tratamiento disminuyó a 4 pacientes el primer año, 0 en el segundo año y 1 en el tercer año. No se detectaron efectos adversos graves y 60 pacientes continúan con el tratamiento.

**CONCLUSIONES:** En nuestra muestra, el tratamiento con Cladribina reduce la TAB, la actividad radiológica T2 y las lesiones captantes de contraste. A su vez, presenta un buen perfil de seguridad, lo que concuerda con los datos presentados en los estudios del fármaco.



17

## ESCLEROSIS MÚLTIPLE INFANTO JUVENIL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS

**Marta Prieto Señarís<sup>1</sup>**, Borja Cabal Paz<sup>1</sup>, Ana Royuela Vicente<sup>1</sup>, Juan Antonio García Merino<sup>1</sup>, Julia Sabin Muñoz<sup>1</sup>, María Rosario Blasco Quílez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Analizar características clínicas y radiológicas, así como factores que influyen en progresión de la esclerosis múltiple (EM) infanto juvenil.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de 43 pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel entre 1985-2020. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y terapéuticos. Se realizaron análisis univariantes de regresión lineal para valorar asociación entre las diferentes variables y discapacidad, según la Expanded Disability Status Scale (EDSS) a los 5, 10, 15 y 20 años de enfermedad.

**RESULTADOS:** La edad media de inicio fue 15,6 años. La afectación inicial más frecuente fue medular y el tiempo mediano hasta el primer tratamiento fue 1,7 años. Ninguno de estos factores se asoció a mayor discapacidad. La EDSS mediana a los 10 y 20 años del inicio fue de 1. Solamente el 9,5% de los pacientes alcanzaron progresión secundaria, en un tiempo mediano de 23,5 años. El número total de brotes y el número de tratamientos modificadores de enfermedad (TME) se asociaron a una mayor discapacidad a los 15 y 20 años. El tabaquismo también se asoció a una mayor discapacidad, a los 5 años del debut de la enfermedad.

**CONCLUSIONES:** La EM infanto juvenil difiere en clínica, neuroimagen y evolución de la EM en adultos. En nuestra muestra se evidenció poca progresión de la enfermedad durante el seguimiento y una posible asociación de la misma con el número total de brotes, número de TME y tabaquismo. Se requieren nuevos estudios que profundicen en estos hallazgos y evalúen impacto a largo plazo de TME en esta entidad.

18

## **NO TODO ES ESCLEROSIS MÚLTIPLE: MIELITIS SENSITIVA AISLADA COMO MANIFESTACION INICIAL DE UN CUADRO LUPUS-LIKE**

**Srta. Estefania Pulido Martinez<sup>1</sup>**, Dr. Iñigo Esain Gonzalez<sup>1</sup>, Dr Phillipp Huiman<sup>1</sup>, Dra. Julia Sabin<sup>1</sup>, Dra. Rosario Blasco Quilez<sup>1</sup>, Sra. Eva Blanco<sup>1</sup>, Dr. Juan Antonio Garcia Merino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta De Hierro De Majadahonda, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Presentamos el caso de una paciente con cuadro de mielitis sensitiva aislada y estudio completo normal, con progresión en RM con lesiones atípicas tras años de estabilidad clínico-radiológica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 36 años sin antecedentes. En el 2013 cuadro de instauración progresiva de acorchamiento en piernas con nivel sensitivo abdominal, sin afectación motora ni esfinteriana. RM con lesión única postero-lateral C2-C3 con captación de gadolinio. Se trató con corticoides quedando asintomática. No otras lesiones en estudio de todo el neuroeje, estudio inmunológico extenso normal, LCR con BOC negativas. Seguimiento clínico-radiológico durante 5 años sin evolución

**RESULTADOS:** En RM de control a 5 años de seguimiento, aparición de múltiples nuevas lesiones, (supratentoriales distribuidas en sustancia blanca frontal derecha, núcleo sublenticular derecho y rodete de cuerpo calloso), todas con realce de gadolinio. Se repite punción lumbar con índice IgG negativo y BOC negativas. Ante distribución atípica de lesiones se completa estudio analítico destacando positividad de ANA e hipocomplementemia. Diagnóstico final de posible Lupus-like, se inicia tratamiento con Rituximab.

**CONCLUSIONES:** Presentación atípica de un cuadro lupus-like con debut en forma de mielitis corta aislada con estudio inmunológico normal sin manifestaciones sistémicas ni neurológicas durante más de 5 años, con progresión radiológica llamativa que plantea un diagnóstico alternativo a una enfermedad desmielinizante típica.

## AVANZANDO EN BIOMARCADORES SANGUÍNEOS: VESÍCULAS EXTRACELULARES COMO BIOMARCADOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

**Gabriel Torres Iglesias**, Mireya Fernández-Fournier<sup>1</sup>, María Gutiérrez-Fernández<sup>1</sup>, Lucía Botella<sup>1</sup>, Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>, Fernando Laso-García<sup>1</sup>, MariCarmen Gómez-de Frutos<sup>1</sup>, Dolores Piniella-Alcaide<sup>1</sup>, Beatriz Chamorro<sup>1</sup>, Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Exuperio Díez-Tejedor<sup>1</sup>, Dr Laura Otero Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Grupo de Investigación en Neurología y Enfermedades Cerebrovasculares. Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ. Departamento de Neurología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** En las dos últimas décadas se han desarrollado 16 tratamientos modificadores de la enfermedad (FAME) basadas en la modulación del sistema inmune para Esclerosis Múltiple (EM). Sin embargo, se desconoce el beneficio de cada uno de los tratamientos en cada paciente y las decisiones clínicas son complicadas. Un biomarcador que pueda predecir la respuesta o fracaso al tratamiento ayudaría con estas decisiones terapéuticas. En este sentido, las vesículas extracelulares (VE) liberadas de linfocitos B y T podrían reflejar el estado del sistema inmunológico en la EM. Por lo tanto, proponemos analizar el papel de las VE circulantes como biomarcador de respuesta al tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio clínico, observacional y prospectivo en el que se incluyeron pacientes de EM tratados con diferentes FAME y pacientes control sin tratamiento previo. En todos los pacientes se aislaron VE en sangre derivadas específicamente de linfocitos B y T por inmunoprecipitación utilizando los marcadores de superficie CD20 y CD3, y sus niveles y diámetro fueron estudiados usando Nanosight. Analizamos los efectos del tratamiento en las VE.

**RESULTADOS:** En este estudio se reclutaron 86 pacientes con EM, 42 tratados y 44 pacientes sin tratamiento previo. Los pacientes tratados con FAME mostraron niveles más altos de VE derivadas de linfocitos T que los pacientes no tratados ( $p=0,001$ ). Las VE derivadas de linfocitos B y T fueron más grandes en los pacientes tratados ( $p = 0,001$  y  $p=0,046$ , respectivamente). Las VE liberadas de los linfocitos B se correlacionaron con los diferentes mecanismos de acción de los FAME ( $p=0,001$ ).

**CONCLUSIONES:** Los tratamientos para la EM modifican los niveles y el tamaño de las VE derivadas del sistema inmunológico, lo que sugiere que estas vesículas podrían jugar un papel importante como marcador de respuesta al tratamiento.

20

## **ASOCIACIÓN DE CEFALÉAS Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTORIA NATURAL DE UNA COHORTE**

**Irene Gómez Estévez<sup>1</sup>**, Luca Palliotti<sup>2</sup>, Judit Díaz Díaz<sup>1</sup>, María Luz Cuadrado Pérez<sup>2</sup>, Celia Oreja Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Es sabido que los pacientes con esclerosis múltiple (EM) padecen cefaleas con mayor frecuencia que la población general, pero la relación temporal y los mecanismos que justifican esta asociación no están bien establecidos. Nuestro objetivo fue analizar las características demográficas y clínicas de una muestra de pacientes con EM y cefaleas, y perfilar la historia natural de esta asociación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Cincuenta y cuatro pacientes diagnosticados de EM (38 mujeres, 15 hombres; edad 46,5 ) se evaluaron mediante una historia neurológica completa, una entrevista estructurada sobre cefaleas y el cuestionario diagnóstico de migraña CATI. En los que habían presentado cefaleas en el último año, se determinó el tipo de cefalea según los criterios diagnósticos de la 3ª edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, se registró el momento de inicio de la cefalea y su evolución en el tiempo, y se midió el impacto de la cefalea mediante la escala HIT-6.

### **RESULTADOS:**

Treinta y ocho de los 54 pacientes con EM que participaron en el estudio (70%; 8 hombres, 30 mujeres; edad 46,9) refirieron cefaleas. El grupo con cefaleas comprendió 31 de 45 pacientes diagnosticados de EM remitente recurrente, 6 de 7 pacientes con EM secundaria progresiva y 1 de 2 pacientes con EM primaria progresiva. Hubo 22 casos de migraña (17 sin aura, 4 con aura, 1 crónica), 11 de cefalea tensional (10 episódica, 1 crónica) y 5 de cefalea secundaria al tratamiento modificador de la enfermedad (TME). En el grupo con cefalea, la edad media del diagnóstico de la EM fue de (29,8) y la de inicio de las cefaleas de 22,6 años. Diecinueve pacientes tenían cefalea antes del diagnóstico de la EM; uno de ellos presentó exacerbaciones con los brotes de EM, y otro con el TME. Trece pacientes relacionaron el inicio de las cefaleas con el diagnóstico de la EM; tres de ellos tuvieron exacerbaciones con los brotes, y otros tres con el TME. En 5 pacientes el inicio de las cefaleas coincidió con la administración de TME, y dos de ellos tuvieron, además, exacerbaciones con los brotes. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la HIT-6 entre los pacientes con cefaleas previas al diagnóstico de EM y los de inicio posterior.

### **CONCLUSIONES:**

Los pacientes con EM tienen una alta prevalencia de cefaleas. El patrón temporal de esta asociación es heterogéneo, lo que sugiere un origen multifactorial.

21

## PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA CON UN SOLO BROTE (SAP) EN UNA COHORTE DE PACIENTES

**Carolina Díaz-Pérez<sup>1</sup>**, Virginia Meca-Lallana<sup>1</sup>, Clara Aguirre<sup>1</sup>, Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Beatriz Del Río<sup>1</sup>, Rosalía Martín<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La esclerosis múltiple progresiva con un solo brote(SAP) es un fenotipo de esclerosis múltiple primaria progresiva(EMPP) que se diagnostica en ocasiones retrospectivamente en pacientes con síndrome clínico aislado previo que desarrollan posteriormente empeoramiento sintomático. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de SAP en una cohorte de pacientes con esclerosis múltiple(EM) progresiva y analizar posibles diferencias basales con la EMPP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y longitudinal de pacientes con EM progresiva (EMPP/SAP) seguidos en nuestro centro (2007-2022). Describimos características clínicas y radiológicas de los pacientes y las comparamos entre ambos grupos (EMPP y SAP).

**RESULTADOS:** 74 pacientes con EM progresiva (56,8% EMPP, 43,2% SAP). La edad de inicio fue menor en los pacientes con SAP (SAP:36,2años(DE:9,3); EMPP:42,6años(DE:8,5);  $p=0,03$ ). La discapacidad (EDSS) al inicio fue menor en SAP (SAP:2[2-3];EMPP:3[3-5]; $p<0,05$ ). La clínica medular inicial fue más frecuente en EMPP (EMPP:82,9%;SAP:56,3%; $p=0,012$ ). La carga lesional T2 en resonancia magnética(RM) al diagnóstico fue mayor en EMPP (EMPP:83%>10 lesiones T2;SAP:50%>10 lesiones T2; $p=0,004$ ). No hubo diferencias entre grupos en sexo, tiempo desde inicio al diagnóstico, otras formas de debut clínico, deterioro cognitivo o síntomas esfinterianos al diagnóstico. No encontramos diferencias entre grupos en la presencia de lesiones medulares, en fosa posterior o captantes de gadolinio en RM basal, y tampoco en el patrón de bandas oligoclonales.

**CONCLUSIONES:** El SAP es una forma frecuente de EM progresiva. Aunque comparte características basales con la EMPP, en nuestra cohorte los pacientes con SAP comenzaron con síntomas a una edad más temprana, con menos discapacidad y clínica medular de inicio y menor carga lesional en RM basal.

## **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**

22

### **PREVENCIÓN DE ICTUS RECURRENTES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE FILTROS CAROTÍDEOS**

**Alicia De Felipe Mimbrera<sup>1</sup>**, Enrique Aracil Sanus<sup>1</sup>, Sebastián García-Madrona<sup>1</sup>, Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Rocio Vera<sup>1</sup>, Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, Mehdi El-Amrani Joutey<sup>1</sup>, Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>  
*<sup>1</sup>hospital Ramón Y Cajal, Madrid, Spain*

**INTRODUCCIÓN:** La prevención de ictus recurrentes en pacientes con fibrilación auricular, a pesar de uso adecuado de anticoagulación, persiste incierta. El ensayo clínico CAPTURE-2 evalúa la seguridad de la implantación de filtros carotídeos (Vine™) en estos pacientes. Su objetivo es atrapar posibles émbolos >1.2 mm que puedan producir una oclusión de gran vaso en territorio anterior. Presentamos la experiencia en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODO:** El ensayo clínico CAPTURE-2 (NCT03892824) es un estudio multicéntrico fase 2, no randomizado, en pacientes con FA con CHA2DS2-VASc  $\geq 4$  y antecedentes de ictus isquémico a pesar de anticoagulación. El dispositivo se implanta mediante punción carotídea transcutánea ecoguiada. Los pacientes reciben anticoagulantes indefinidamente y clopidogrel durante 6 meses. El objetivo primario es el porcentaje de éxito y la ausencia de complicaciones durante el procedimiento, y durante el seguimiento de 2 años. Estudio descriptivo de los pacientes incluidos en nuestro centro.

**RESULTADOS:** Se han incluido 11 pacientes con una edad  $72.5 \pm 9.4$  años, 55% mujeres, CHA2DS2VASc 5 y HASBLED 3 (mediana). Cuatro pacientes tenían FA no valvular y 7 FA valvular (4 válvulas metálicas). La mediana de ictus previos fue de 3 (1-4), 8 pacientes habían precisado al menos una trombectomía. La implantación se consiguió en el 100% sin complicaciones. Durante el seguimiento mediana 6 meses (0.25-13m) hubo un ictus menor sin secuelas, no hubo complicaciones con el dispositivo, ni hemorrágicas.

**CONCLUSIÓN:** La implantación de los filtros carotídeos bilaterales es una técnica segura y factible y pudiera ser eficaz en la prevención de ictus recurrentes por FA.

## LOCALIZACIÓN DE LA ISQUEMIA EN FASE AGUDA EN TC MULTIMODAL COMO FACTOR DE RIESGO DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA SINTOMÁTICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO DE CIRCULACIÓN ANTERIOR TRATADOS CON TROMBECTOMÍA

**Clara Aguirre Hernández<sup>1</sup>**, Santiago Trillo-Senín<sup>1</sup>, Carmen Ramos<sup>1</sup>, Gustavo Zapata-Wainberg<sup>1</sup>, Ancor Sanz-García<sup>1</sup>, Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Antonio Barbosa del Olmo<sup>1</sup>, José Luis Caniego<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** La topografía de la isquemia en TC-multimodal se postula como factor predictor de evolución de pacientes con ictus isquémico. Su valor predictor de transformación hemorrágica sintomática (HSTX) está menos definido. Planteamos evaluar la relación entre la afectación de los territorios ASPECTS en las imágenes de TC-multimodal [TC basal, mapas de volumen de TC-perfusión (CBV) e imágenes fuente de angioTC (CTASI)] en pacientes tratados con trombectomía y el riesgo de HSTX.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes consecutivos con ictus isquémico de arteria cerebral media tratados con trombectomía en nuestro centro.

**RESULTADOS:** N= 177.78 (44%) mujeres, mediana edad 70 (60-77), mediana NIHSS 18(13-23). 89(50%): rTPA previo, 40 pacientes (23%) recibían anticoagulación y 42(24%) antiagregación. TICI $\geq$ 2b postprocedimiento: 156 (88.1%). 24 (13.6%) desarrollaron HSTX. Las variables relacionadas con mayor riesgo de HSTX en el análisis bivalente ( $p<0.05$ ) fueron: NIHSS, plaquetas, antiagregación, ASPECTS, volumen de infarto CBV, rTPA, TICI  $<2b$ , duración del procedimiento, número de pases y afectación de M2 en las tres técnicas de imagen, M1 en TC basal y CBV y lenticular en TC basal. En el análisis multivariante, el número de plaquetas, la antiagregación previa, administración de rTPA y afectación de lenticular, M1 y M2 en TC basal se relacionaron de manera independiente con el riesgo de HSTX tras trombectomía.

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio, la afectación de lenticular, M1 y M2 en TC basal se relacionó de manera independiente con mayor riesgo de HSTX, así como el número de plaquetas, la antiagregación y rTPA previo. Es posible que la pérdida de significación de la topografía de la isquemia medida por las otras técnicas de imagen que conforman TC multimodal (TC perfusión y CTASI) se deba a la correlación entre las mediciones de las tres técnicas. En pacientes con los factores descritos presentes, habría que ser especialmente exquisitos en el control de parámetros que pudieran influir en la aparición de la temida HSXT.



## INFARTOS CEREBRALES MÚLTIPLES COMO DEBUT DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

**Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>**, María Teresa Montalvo Moraleda<sup>1</sup>, Carmen Ribacoba Díaz<sup>1</sup>, Patricia Simal Hernández<sup>1</sup>, José Manuel Alcalá Ramírez del Puerto<sup>1</sup>, Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>, Marina Lara González<sup>1</sup>, José Egido<sup>1</sup>, Carlos Ignacio Gómez-Escalonilla Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más habitual. La ACG es una causa poco frecuente de ictus, con afectación predominantemente en territorio vertebrobasilar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un caso de ACG que debuta con ictus isquémicos secundarios a estenosis bilateral de arterias carótidas y vertebrales extracraneales.

**RESULTADOS:** Varón de 66 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial, que consulta por cuadro subagudo de fiebre, desorientación y alteración del lenguaje. En la exploración destaca afasia, déficit campimétrico bilateral y hemiparesia derecha de predominio faciobraquial. La analítica muestra elevación de PCR (proteína C reactiva) y VSG (velocidad de sedimentación globular). En las pruebas de neuroimagen (TC craneal) se identifican infartos de cronología subaguda en múltiples territorios vasculares (frontotemporales izquierdos, parietooccipitales bilaterales y hemisferio cerebeloso derecho). Se solicita una angio-resonancia magnética cerebral que muestra estenosis graves en la porción dural de ambas arterias vertebrales y carótidas internas. Tras la administración de gadolinio se visualiza engrosamiento mural con captación de contraste en la pared de los vasos, sugestivo de vasculitis. Estos hallazgos se confirman mediante arteriografía. Como parte del estudio etiológico, se solicita serología, inmunología, estudio de coagulación y análisis de líquido cefalorraquídeo, que no muestran alteraciones relevantes. La biopsia de la arteria temporal es compatible con arteritis. Ante la sospecha clínica de ACG se inicia tratamiento precoz con corticoides y tocilizumab.

**CONCLUSIONES:** El ictus isquémico es una complicación rara pero grave en la ACG y requiere tratamiento inmunosupresor agresivo. La presencia de síntomas sistémicos, aumento de parámetros inflamatorios y estenosis vasculares múltiples que predominan en arterias de gran calibre (generalmente sin vasculitis intracraneal) pueden orientar a su diagnóstico.

## NO TODO ICTUS GRAVE ES UNA OCLUSIÓN DE GRAN VASO, ¿CÓMO INFLUYE LA ESCALA MADRID-DIRECT EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA CEREBRAL?

**Carlos Estebas Armas<sup>1</sup>**, Dr Nicolás Riera López<sup>2</sup>, Dra Blanca Fuentes Gimeno<sup>1</sup>, Dra María Alonso De Leciñana Cases<sup>1</sup>, Dr Joaquín Carneado Ruíz<sup>3</sup>, Dra Laura Casado Fernández<sup>1</sup>, Dra Elena De Celis Ruiz<sup>1</sup>, Dr Jaime Díaz Guzmán<sup>4</sup>, Dr Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Dr José Egido Herrero<sup>5</sup>, Dr Sebastián García Madrona<sup>6</sup>, Dr Andrés García Pastor<sup>7</sup>, Dr Antonio Gil Núñez<sup>7</sup>, Dra Ana Iglesias Mohedano<sup>7</sup>, Hospital Ramón y Cajal Consuelo Matute Lozano<sup>6</sup>, Dr Ricardo Rigual Bobillo<sup>1</sup>, Sr Fernando Rodríguez Jorge<sup>6</sup>, Dr Gerardo Ruiz Ares<sup>1</sup>, Dr José Vivancos Mora<sup>8</sup>, Dr Jorge Rodríguez Pardo de Donlebún<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain, <sup>2</sup>SUMMA 112, MADRID, Spain, <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, MADRID, Spain, <sup>4</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, MADRID, Spain, <sup>5</sup>Hospital Clínico San Carlos, MADRID, Spain, <sup>6</sup>Hospital Ramón y Cajal, MADRID, Spain, <sup>7</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, MADRID, Spain, <sup>8</sup>Hospital Universitario de la Princesa, MADRID, Spain

**OBJETIVO:** Evaluar el impacto del triaje prehospitalario mediante la escala Madrid-DIRECT de los pacientes con hemorragia cerebral, especialmente en aquellos con síntomas compatibles con oclusión de gran vaso.

**MÉTODOS:** se ha realizado un subanálisis de la cohorte original del estudio Madrid-DIRECT, consistente en pacientes con código ictus activado por SUMMA en la Comunidad de Madrid entre marzo y junio de 2017. Se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico final de hemorragia cerebral y se analizaron sus características demográficas, su gravedad al diagnóstico según la escala NIHSS y su evolución (Escala de Rankin modificada -ERm) a los 3 meses y al año. Se compararon dichas características en función del modelo de derivación: mothership (traslado al centro más cercano que además se encontrara de guardia de trombectomía) o Madrid-DIRECT (traslado al centro más cercano sin trombectomía para puntuaciones  $\leq 2$  y al centro de trombectomía más cercano para  $\geq 2$ ). Se realizó también un análisis de la evolución funcional en el subgrupo de pacientes con hemorragia cerebral grave (definida por un NIHSS  $\geq 10$ ).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 73 pacientes (66% mujeres, edad media  $68 \pm 15$  años), 31 en el grupo mothership y 42 en el Madrid-DIRECT. No se encontraron diferencias en las características basales ni en la gravedad al ingreso en ambos grupos. Cincuenta (68%) pacientes presentaban hemorragia cerebral grave (NIHSS  $\geq 10$ ), 27 en el grupo Madrid-DIRECT, de los cuales solo 16 (59%) fueron trasladados al centro de trombectomía por puntuación  $\geq 2$ . Entre los pacientes con hemorragia cerebral grave tampoco se encontraron diferencias significativas en las características basales o la distribución de ERm a los 3 meses ni al año independientemente del modelo de derivación y el hospital de destino.

**CONCLUSIONES:** La escala Madrid-DIRECT ayuda a discriminar los ictus hemorrágicos graves de las oclusiones de gran vaso. En la Comunidad de Madrid, el traslado de los pacientes con hemorragia cerebral a unidades de ictus sin disponibilidad de trombectomía no influye significativamente en su evolución.

## SATISFACCIÓN DEL USUARIO UTILIZANDO UN SOFTWARE PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE PACIENTES CON AFASIA POST-ICTUS

**Dr. Gerardo Ruiz-Ares<sup>1</sup>**, Marta Martín Alonso<sup>1</sup>, David Zambrano Cruz<sup>2</sup>, David García Folguera<sup>2</sup>, Miguel Pérez Martínez<sup>2</sup>, Carlos Cañado Moya<sup>2</sup>, Xiaoyang Peng<sup>2</sup>, Daniel Gutiérrez Adán<sup>2</sup>, Aida Valiño Álvarez<sup>2</sup>, Dra. Jenny Carvajal Muñoz<sup>1</sup>, Dr. Ricardo Rigual Bobillo<sup>1</sup>, Dra. Blanca Fuentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz - Idipaz, MADRID, España, <sup>2</sup>Kairos DS (Equipo de Innovación), MADRID, España

**INTRODUCCIÓN:** La afasia afecta al 15-42% de los pacientes con ictus generando importantes limitaciones. Nuestro objetivo fue analizar la factibilidad de un software diseñado para mejorar la comunicación en pacientes con afasia post-ictus.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo realizado entre mayo/2021 a mayo/2022. Se incluyeron pacientes con afasia, independientemente del tipo de afectación, como consecuencia de un ictus que ingresaron en el Servicio de Neurología de un hospital de tercer nivel, quienes aceptaron participar del estudio de validación del software "VerbalizAPP", que se instaló en su dispositivo digital. Siguiendo recomendaciones básicas, los pacientes interactuaron con VerbalizAPP con la ayuda de un familiar diariamente. Entre 1-3 meses de uso se realizó un Test de satisfacción del usuario y factibilidad. El estudio fue aprobado por el CEIC y todos firmaron CI.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 21 pacientes, 15 (71%) varones. Mediana de edad 62 (RIC 56-73) años. Los tipos de afasia se clasificaron como motora (19,1%), sensitiva (23,1%) y global/mixta (57,1%); fluente (33,3%) y no fluente (66,7%); leve (23,8%), moderada (33,3%) y grave (42,9%). La comodidad de uso se valoró con 8,5/10 y la complejidad con 2,1/10. En cuanto a las expectativas, fueron superadas en el 52,4% de los casos y el 67% refirió mejoría relevante del lenguaje con la utilización de la APP. Ningún paciente describió efectos adversos y el 100% la recomendaría para otros pacientes.

**CONCLUSIONES:** El software VerbalizAPP, como herramienta para mejorar la afasia post-ictus, ha presentado gran aceptación por pacientes y familiares, sugiriendo un efecto beneficioso en los pacientes.

## SOFTWARE AUTOMATIZADO DE TC PERFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE STROKE MIMICS

**Dra. Esther Valiente<sup>1</sup>**, Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>, Dra. Cristina Sanabria<sup>1</sup>, Dra. Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Dra. Celia Alonso Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Carmen Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Carmen Ramos<sup>1</sup>, Dra. Donna Zhan<sup>1</sup>, Dr. Juan Vega<sup>1</sup>, Dra. Elisa de la Fuente<sup>1</sup>, Dr. Jaime Alonso<sup>1</sup>, Dra. Gemma Reig<sup>1</sup>, Dr. Florentino Nombela<sup>1</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** Los stroke mimic (SM) pueden diagnosticarse con TC perfusión (TCP), sus alteraciones han sido estudiadas mediante software convencional (Software-C), pero no automatizado. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad del software automatizado RAPID (RAPID-TCP) para el diagnóstico de SM que podría cuantificar alteraciones en mapas de TCP.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro centro como código ictus entre agosto/2020 y diciembre/2021 con diagnóstico de SM y TCP procesada mediante software-C y RAPID-TCP. Se recogieron variables clínicas, diagnóstico, patrones de alteración en software-C, mapas alterados y magnitud de alteración en RAPID-TCP.

**RESULTADOS:** De 1058 códigos ictus se identificaron 133 SM (12,6%), en 28 casos no se dispuso de ambos procesamientos de TCP. N=105. Edad media 68,25 (DE 16,02). Mujeres 64 (53,8 %). El diagnóstico más frecuente fue crisis epilépticas en 48 (45,7%). En 3 (2,8%) se inició tratamiento trombolítico y en 55 (51,9%) tratamiento antiepiléptico urgente. En 50 (47,2%) se diagnosticó TCP alterada con software-C vs 77 (72,6%) con RAPID-TCP. En 48 (45,5%) se diagnosticaron alteraciones en ambos sistemas, en 2 (1,9%) las alteraciones solo se observaron en software-C vs 29 (27,6%) en RAPID-TCP. RAPID-TCP logró definir un patrón de alteración en 41 (39%) vs 50 (47,6%) en software-C. Los mapas más alterados y su cuantificación con RAPID-TCP fueron Tmax>4s (media 81,3ml;DE 139), CBV<42% (media 1,21ml;DE 5,6) y CBF<38% (media 0,91 ml;DE 5,98).

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio la utilización de RAPID-TCP permitió diagnosticar alteraciones cuantitativas en mapas de TCP en la mayoría de los SM, mostrando una capacidad diagnóstica superior al software-C pero definiendo peor su patrón de alteración. El significado de estas alteraciones cuantitativas será objetivo de futuros estudios.

## EL ICTUS NO ES SOLO FOCALIDAD: SÍNDROME CONFUSIONAL Y COMA EN ICTUS ISQUÉMICO BITALÁMICO

**Carlos Piquero Fernández<sup>1</sup>**, Jaime Medranda Corral<sup>1</sup>, María García García<sup>1</sup>, Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, María Díaz del Valle<sup>1</sup>, Clara Romero Plaza<sup>1</sup>, Guillermo Martín Ávila<sup>1</sup>, Alejandro Méndez Burgos<sup>1</sup>, Belén Pilo de la Fuente<sup>1</sup>, Yolanda Aladro Benito<sup>1</sup>, Almudena Rueda Marcos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De Getafe, Getafe, Spain

**OBJETIVOS:** Ocasionalmente nos encontramos con casos de ictus que debutan con síntomas no localizadores como confusión, alteración de la consciencia, amnesia o alteraciones conductuales. Una de las localizaciones en las que esto es frecuente es el tálamo. Presentamos el caso de un paciente con un cuadro confusional y coma de origen cerebrovascular.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Varón de 86 años con antecedentes de diabetes mellitus y leucemia linfocítica crónica controlada, atendido por cuadro de hemianopsia, heminegligencia y hemiextinción sensitiva y visual izquierdas. El angioTC objetiva una oclusión de la arteria cerebral posterior (ACP) derecha en segmento P3, con infarto establecido parahipocampal y parietooccipital. En RM craneal se observa la lesión mencionada con transformación hemorrágica petequiral y una pequeña lesión en territorio córtico-subcortical de ACP izquierda. Tras una buena evolución inicial, en la segunda noche de ingreso presenta un cuadro de gran agitación (que precisa de contención y administración de neurolépticos a las dosis habituales). A la mañana siguiente esto se sigue de depresión de nivel de consciencia hasta el coma, precisando intubación e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

**RESULTADOS:** Se realiza en ese momento un TC craneal que no presenta nuevos hallazgos, se descartan otras causas de coma (cardiológica, farmacológica, metabólica) y en 24 horas recupera el nivel de consciencia y puede ser extubado. En los días siguientes se realiza un TC craneal de control que muestra lesiones isquémicas tálamo-mediales bilaterales. Su evolución es tórpida, añadiéndose nivel de consciencia fluctuante, tendencia al mutismo y trastorno de la marcha. Se detectan rachas de FA durante la monitorización, por lo que se inicia anticoagulación con apixabán tras resolución del hematoma.

**CONCLUSIONES:** Aunque infrecuente, está bien descrita la alteración del nivel de consciencia y el coma en el infarto uni y bilateral del tálamo medial (tributario de las arterias paramedianas). También se han descrito en esta localización diversas alteraciones de memoria y conductuales. El mecanismo más habitual del infarto tálamo-medial bilateral es la existencia de una variante Percherón, con ambas paramedianas con origen en una ACP. Nuestro caso presenta la particularidad de presentarse secuencialmente como un episodio de delirium seguido de un coma, lo que actúa como importante factor de confusión con otras patologías.

## **MICROHEMORRAGIAS CEREBRALES DEL ENFERMO CRÍTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

**Eduardo Mariño Trillo**<sup>1</sup>, Manuel Lorenzo Diéguez<sup>1</sup>, Dra. Blanca Fuentes Gimeno<sup>1</sup>, Dr. Jorge Rodríguez Pardo De Donlebún<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

**OBJETIVO:** Realizar una revisión sistemática de la literatura de las microhemorragias cerebrales asociadas al enfermo crítico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión sistemática mediante criterios PRISMA, utilizando PubMed y Embase. Se realiza un análisis descriptivo de los casos descritos en la literatura que incluyan datos clínicos, analíticos y de neuroimagen.

**RESULTADOS:** De un total de 230 artículos, 23 de ellos cumplen nuestros criterios de inclusión, con una muestra de 143 pacientes. La edad media es de 57,10 años (DE 12,516) y un 72,7% de varones. Un 73,4% tienen un diagnóstico de neumonía COVID-19, si bien el 26,6% restante presentan diagnóstico de neumonía por otros agentes, enfermedades hematológicas, digestivas u otras como vasculitis. Hasta un 89,5% ingresan en UCI debido a una insuficiencia respiratoria que precisa ventilación mecánica (VM), y los restantes por otras causas como shock. Un total de 97,02% precisan VM y un 17,1% ECMO. La estancia media en la UCI es de 32,72 días (DE 14,346), con 24,23 días de ventilación mecánica invasiva y/o ECMO (DE 17,773). Las microhemorragias se localizan en la sustancia blanca yuxtacortical y en el cuerpo calloso hasta en un 79% y 74,8% de los pacientes, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Las microhemorragias cerebrales de pacientes críticos presentan una localización típica en la sustancia blanca yuxtacortical y el esplenio del cuerpo calloso. No solo se ha descrito en pacientes con COVID-19 grave, sino en pacientes con patologías que precisen ventilación mecánica y/o ECMO de manera prolongada.

## OSTEOMIELITIS DE BASE DE CRÁNEO ATÍPICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTUS BIHEMISFÉRICOS

**Dra. Carmen Ribacoba Díaz<sup>1</sup>**, Dr. José Manuel Alcalá Ramírez del Puerto<sup>1</sup>, Dra. Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>, Dra. Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>, Dra. Marina Lara Gonzalez<sup>1</sup>, Dr. Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Dr. José Antonio Egido<sup>1</sup>, Dra. Patricia Simal Hernández<sup>1</sup>, Dra. María Teresa Montalvo Moraleda<sup>1</sup>, Dr. Carlos Ignacio Gómez-Escalonilla Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La osteomielitis de base de cráneo (OBC) es una entidad clínica grave y de difícil diagnóstico. La OBC atípica o central es una variante poco frecuente que afecta a hueso esfenoidal y occipital. Se caracteriza por la ausencia de cefalea y de antecedentes de infección otorrinolaringológica. La extensión inferomedial de la OBC atípica puede producir afectación de arteria carótida interna (ACI) intracraneal. Se presenta el caso de un paciente con ictus isquémicos de repetición secundario a una OBC atípica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 con mal control que acude a urgencias por cuadro brusco de disartria y paresia facio-braquial derecha. En la exploración presenta una NIHSS de 4.

**RESULTADOS:** En TC craneal basal se objetiva infarto parietal derecho crónico y frontal izquierdo agudo con disección de ACI izquierda. Es dado de alta con tratamiento antiagregante. Reingresa a los dos meses por empeoramiento clínico. La neuroimagen muestra nuevas lesiones isquémicas, así como lesión inflamatoria en la base de cráneo con erosión ósea que afecta a clivus, esfenoides y ambos senos cavernosos, con oclusión de ACI intracraneal bilateral. La biopsia de seno esfenoidal demostró la existencia de osteomielitis y osteonecrosis por *S. aureus* y *H. haemolyticus*. Se inició antibioterapia con trimetoprim, sulfametoxazol y rifampicina con buena evolución clínica y estabilidad radiológica en los controles posteriores.

**CONCLUSIONES:** La OBC central es una causa excepcional de ictus isquémico, cuyo diagnóstico requiere confirmación histológica y microbiológica. La instauración precoz de tratamiento antibiótico disminuye la morbimortalidad.



## ICTUS MULTITERRITORIO COMO MANIFESTACION DE SAF CATASTROFICO

**Lucía Zaballa Pérez<sup>1</sup>**, Iñigo Esaín<sup>1</sup>, Estefanía Pulido<sup>1</sup>, Julia Sabin, Joaquín Carneado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta de Hierro, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis venosas y arteriales. Existe un subtipo infrecuente denominado SAF catastrófico caracterizado por complicaciones trombóticas microvasculares que ocasionan fracaso multiorgánico. Tiene una mortalidad del 50% a pesar del tratamiento.

**MATERIALES Y METODOS:** Presentamos el caso de una mujer que comienza de forma brusca con trombosis arteriales y venosas múltiples en forma TVP, TEP e ictus isquémicos recurrentes en múltiples localizaciones secundarios a endocarditis de Libman sacks sobre válvula aórtica, con destrucción valvular, insuficiencia aórtica grave y necesidad de recambio valvular urgente. Tras realizar pruebas de autoinmunidad, AC B2GP y ACL negativos y AC Lúpico positivo, cuadro compatible con SAF catastrófico, se comienza tratamiento inmunosupresor (Corticoterapia, Inmunoglobulinas, Plasmaféresis, Rituximab) sin obtener los resultados esperados.

**RESULTADOS:** Mujer 62 años ingresada por TVP y TEP subsegmentario bilateral en tratamiento anticoagulante. Una semana después, comienza con dolor torácico y cortejo vegetativo, asociado a elevación del ST y aumento de enzimas cardíacas; coronariografía sin lesiones. Se diagnostica una insuficiencia aórtica moderada no conocida. En este contexto, inicia con pérdida de visión campimétrica con restricción de la mirada a levoversión por apraxia visual, bradipsiquia, torpeza y claudicación de brazo izquierdo de días de evolución. TC basal con múltiples lesiones hipodensas bihemisféricas y en diferentes territorios vasculares, sugestivas de isquémicas agudas con datos de transformación hemorrágica y subaracnoidea. FOP negativo. En analítica destaca mínima transaminasemia, linfopenia, trombopenia progresiva y elevación del dímero D. En ETE aparecen signos de endocarditis e insuficiencia valvular con criterios de intervención quirúrgica urgente. Los cultivos de la válvula aórtica resultan negativos. Tras la cirugía, existe una transformación hemorrágica del infarto parietal derecho. Se decide retirar la anticoagulación. Posteriormente, mala evolución neurológica y TC con nuevas lesiones isquémicas en hemisferio izquierdo. En las pruebas de autoinmunidad, Ac. Lúpico positivo, compatible son SAF catastrófico. Se inicia inmunosupresión intensiva (bolos de Metilprednisolona 500mg durante 3 días, Plasmaféresis, Inmunoglobulinas y Rituximab) con evolución tórpida que conduce al fallecimiento de la paciente.

**CONCLUSIONES:** Un estado de hipercoagulabilidad con fracaso multiorgánico de rápida evolución (cerebro, cardíaco, pulmonar...) y cultivos negativos debe hacernos sospechar un Síndrome Antifosfolípido catastrófico. En estos pacientes valorar beneficio/riesgo en el manejo de la anticoagulación es un reto terapéutico. A pesar de tratamiento con inmunoterapia intensiva, la mayoría de los pacientes suelen tener mal pronóstico.

32

## PARÉNQUIMA CEREBRAL DEPENDIENTE DE LOS SEGMENTOS DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: UN ESTUDIO CON SOFTWARE AUTOMATIZADO

**Carmen Ramos<sup>1</sup>**, Miguel Ángel Olmos<sup>1</sup>, Juan Vega<sup>1</sup>, Santiago Trillo<sup>1</sup>, Elisa de La Fuente<sup>1</sup>, Jose Luis Caniego<sup>1</sup>, Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** No existe en la literatura ningún valor de referencia del volumen cerebral perfundido para cada segmento arterial de arteria cerebral media (ACM) y por lo tanto en riesgo ante una oclusión aguda. El objetivo de nuestro estudio es identificar el volumen cerebral correspondiente a la afectación de cada segmento arterial de ACM utilizando software automatizado de TCP perfusión (TCP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, con recogida prospectiva de datos de pacientes con ictus isquémico agudo de circulación anterior tratados endovascularmente entre junio 2020-febrero 2022 y estudio de perfusión disponible procesado con software automatizado RAPID de TCP. Se recogieron las características basales, segmento de ACM ocluido, así como el volumen de tejido cerebral vascularizado por el segmento arterial afectado, identificado por el volumen de parénquima cerebral con tiempo al pico superior a 6 segundos en TCP.

**RESULTADOS:** N= 129 pacientes. La mediana del volumen cerebral isquémico clasificado según el sitio de oclusión fue M3-4 66ml (47-74), M2 62ml (39-109), M1 distal 129ml (87-166), M1 proximal 148ml (105-178), arteria carótida interna terminal 188ml (150-264). La localización más proximal se asoció a un mayor volumen de tejido cerebral en riesgo ( $p=0,001$ ). De manera global no se relacionó la puntuación en la NIHSS con la localización de la oclusión, pero sí en oclusiones de hemisferio dominante ( $p<0.001$ ).

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio describe el volumen del tejido cerebral dependiente de la oclusión de cada segmento de ACM, siendo mayor cuanto más proximal es la oclusión. Conocer estos valores de referencia para cada segmento podría ser clínicamente útil y de interés para futuros estudios.

## ESTUDIO DEL NÚCLEO DE INFARTO CEREBRAL CON SOFTWARE DE TC PERFUSIÓN RAPID: RELEVANCIA CLÍNICA DEL “GHOST INFARCTION CORE” Y CORE EXPANSIVO

**Marta Domínguez Gallego<sup>1</sup>**, Santiago Trillo<sup>1</sup>, Pablo Iriarte<sup>1</sup>, Alba Somovilla<sup>1</sup>, Juan Vega<sup>1</sup>, Esther Valiente<sup>1</sup>, Jaime Alonso<sup>1</sup>, Carmen Ramos<sup>1</sup>, Ines Muro<sup>1</sup>, Carlos Hervas<sup>1</sup>, Alvaro Ximénez-carrillo<sup>1</sup>, Jose Vivancos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital La Princesa, Madrid, España

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** El ghost infarction core (GIC) se define como la sobrestimación del core del infarto (ci) en TC perfusión (TCP) respecto al infarto final. Aunque su frecuencia es significativa no está definida su relevancia clínica. Nuestro objetivo es valorar el GIC mediante software automatizado de TCP RAPID® (TCP-RAPID) y si su impacto es mayor que la infraestimación del ci.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con ictus agudo en circulación anterior (tándem, T carotídea, M1, M2) tratados mediante trombectomía mecánica en el periodo comprendido entre agosto 2020 y febrero 2022 y con imágenes procesadas mediante TCP-RAPID. Se estudió la correlación del ci estimado mediante TCP-RAPID con infarto a las 24h (INF-24h) y la frecuencia de GIC (definido como sobreestimación de ci>10mL [GIC]) y de core expansivo (definido como infraestimación de ci>10mL [ci-EXP]). Se definió disociación ci en TCP y ASPECTS basal (ci/ASPECTSb) como los casos de ASPECTSb>9 con ci>10mL.

**RESULTADOS:** N=115, edad media 72,67 (DE 13,65), 51/115 mujeres (44,3%). Media de tiempo evolución a TC 132 min (DE 110), media INF-24h 20,86 mL (DE 36,7). Mortalidad 23/115 (20%).

La correlación del ci con INF-24h fue mayor con ci-CBV<42%, rho-spearman=0,55 (p<0,001) vs ci-CBF<30% rho-spearman=0,49 (p<0,001). Mediana ci-CBV<42% 4mL(0-23).

24 casos (20,9%) presentaron GIC. Pacientes con GIC presentaron con más frecuencia tiempo de evolución<2h (p=0,02) y mayor disociación ci-CBV<42%/ASPECTSb (p<0,001). No se identificó asociación del GIC con INF-24h ni pronóstico según mRS-3meses, dependencia y mortalidad.

El ci-EXP se presentó en 24/115 (20,9%) y se asoció a DM (p=0,035), glucemia elevada (p=0,033) y estenosis intracraneal ipsilateral (p=0,041). Entre variables pronósticas los pacientes con ci-EXP presentaron mayor INF-24h (p<0,001), mRS-3meses (p<0,001), dependencia (p=0,015) y mortalidad (p<0,001).

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio el GIC fue relativamente frecuente utilizando TCP-RAPID, especialmente en pacientes con <2h de evolución, pudiendo reducir su interpretación conjunta con el ASPECTSb el impacto clínico. El ci-EXP se dio con la misma frecuencia, pero asoció peor pronóstico.

## ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR E ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS EN FASE AGUDA CON STENT INTRACRANEAL.

Daniel Pérez Gil<sup>1</sup>, Patricia Garay Albízuri<sup>1</sup>, Beatriz Eva Martínez García<sup>1</sup>, Ana Llanes Ferrer<sup>1</sup>, Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Antonio Cruz Culbras<sup>1</sup>, María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Alicia de Felipe Mimbrera<sup>1</sup>, Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Sebastián García Madrona<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** El tratamiento de la estenosis intracraneal en pacientes con fibrilación auricular (FA) presenta incógnitas en el manejo antitrombótico a largo plazo. No existe suficiente evidencia científica que confirme que la estrategia demostrada por el ensayo AUGUSTUS (FA y síndrome coronario agudo) sea aplicable a pacientes con FA y stents intracraneales. Presentamos nuestra experiencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de pacientes con ictus isquémicos tratados con stent intracraneal en nuestro centro entre 2017-2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas. Se comparan resultados de seguridad y eficacia con pacientes sin FA.

**RESULTADOS:** Se incluyen 27 pacientes con stent intracraneal (74.1% varones, edad media  $67.18 \pm 16.85$  años, 59.2% hipertensos, 44.4% con dislipemia, 25.9% diabéticos). El 33.33% presentaba FA, un 55.5% de novo. 18 presentaban stent permeable en el control precoz (88.8% en el grupo FA vs 62.5% en el grupo no FA). Siete pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas durante el ingreso (33.3% en el grupo FA vs 22.2% en el grupo no FA) y fallecieron 6 pacientes (33.3% en el grupo FA vs 16.6% en el grupo no FA). En el grupo FA, la estrategia más empleada a largo plazo fue monoantiagregación y anticoagulación (44.4%). En el seguimiento dos pacientes presentaron oclusión del stent, ambos del grupo sin FA. Un paciente del grupo FA presentó una complicación hemorrágica mayor. Ningún paciente presentó nuevos eventos isquémicos.

**CONCLUSIÓN:** En nuestra serie, la combinación de antiagregación y anticoagulación como estrategia de prevención secundaria en pacientes con FA y stent intracraneal resultó efectiva con buen perfil de seguridad.

## IMPLANTACIÓN URGENTE DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y COMPLICACIONES.

**Elena De Celis Ruiz<sup>1</sup>**, Jorge Rodríguez Pardo de Donlebun<sup>1</sup>, Ricardo Rigual Bobillo<sup>1</sup>, Gerardo Ruiz Ares<sup>1</sup>, Laura Casado Fernández<sup>1</sup>, Andrés Fernández Prieto<sup>2</sup>, Alberto Álvarez Muelas<sup>2</sup>, Remedios Frutos Martínez<sup>2</sup>, Andrés J Barrios López<sup>2</sup>, María Alonso de Leciñana Cases<sup>1</sup>, Blanca Fuentes Gimeno<sup>1</sup>, Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Pedro Navia Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Neurología y Centro de Ictus, Laboratorio de Ciencias Neurológicas y Cerebrovascular, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz – IdiPAZ (Hospital Universitario La Paz – Universidad Autónoma de Madrid), Madrid, Spain,* <sup>2</sup>*Sección de Neurorradiología, Servicio de Radiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** El manejo óptimo de los pacientes con lesiones carotídeas estenóticas u oclusivas durante la trombectomía mecánica no está claro durante el código ictus. Descripción de evolución y complicaciones derivadas del tratamiento urgente con stent carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con ictus isquémico agudo y estenosis/oclusión de la arteria carótida interna extracraneal tratados mediante TM entre enero 2019 y diciembre 2021 en nuestro centro. Se compararon características clínicas, tratamiento antitrombótico, evolución al alta y a 3 meses y complicaciones de pacientes tratados con o sin stent carotídeo.

**RESULTADOS:** 33 de 45 pacientes fueron tratados con stent durante la TM (73,3%). No se encontraron diferencias en características basales entre ambos grupos. La tasa de trombolisis iv (TIV) fue similar entre pacientes tratados con stent (51,5%) y sin stent (50%). No hubo diferencias en transformación hemorrágica (TH) entre ambos grupos, tampoco en los pacientes tratados con TIV. La puntuación en la ERM y la mortalidad al alta y a los 3 meses fue similar en los pacientes con y sin implantación de stent. Tampoco hubo diferencias en TH dependiendo del tratamiento antitrombótico al alta o a los 3 meses. En el grupo tratado con stent no hubo diferencias en la tasa de TH ni de oclusión del stent en función del tratamiento antitrombótico usado durante la TM.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento urgente con implantación de stent carotídeo durante la TM no parece relacionado con mayor frecuencia de complicaciones, independientemente del uso de TIV o del tratamiento antitrombótico empleado.

## EVOLUCIÓN RADIOLÓGICA DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL DURANTE LA FASE AGUDA Y SUBAGUDA: ESTUDIO V-POSITIVE

**Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>**, Dra. Elisa Huertas<sup>1</sup>, Dr. Jaime Alonso<sup>1</sup>, Dr. Carlos Gómez-Escalonilla<sup>2</sup>, Dra. Alicia de Felipe<sup>3</sup>, Dra. Marta Guillán<sup>4</sup>, Dra. Patricia Simal<sup>2</sup>, Dr. Sebastián García-Madróna<sup>3</sup>, Dra. Elisa de La Fuente<sup>1</sup>, Dra. Esther Valiente<sup>1</sup>, Dra. Carmen Ramos<sup>1</sup>, Dr. Juan Vega<sup>1</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>H.U. Clínico San Carlos, Madrid, Spain, <sup>3</sup>H.U. Ramón y Cajal, Madrid, Spain, <sup>4</sup>H.U. Rey Juan Carlos, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** La evolución radiológica de la trombosis venosa cerebral (TVC) ha sido escasamente estudiada durante su fase aguda/subaguda, su conocimiento podría tener utilidad clínica. El objetivo del estudio V-POSITIVE (Valoración de PrOgreSIón en Trombosis Venosa cErebral) es estudiar la evolución radiológica de la TVC y explorar su valor pronóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, con recogida prospectiva de datos. Se incluyeron pacientes con TVC atendidos en 4 centros de Ictus desde Enero/2008 a Enero/2022 con control radiológico y angiográfico en primeros 14 días. Se recogieron las características clínicas y pronóstico, estimado por mRS-3m. La evolución radiológica se definió como mejoría (MR) en el caso de mejoría angiográfica, empeoramiento (PR) si progresión de trombosis o lesiones parenquimatosas, y estabilidad (ER) si ausencia de cambios.

**RESULTADOS:** N=80. Edad media 47,5 años (DE 19,3); 55% mujeres. El tiempo hasta el control fue 4,9 días (DE 3,6). Se identificó MR en 20%, ER en 43,8% y PR en 36,3%. La MR se asoció a mejor mRS-3m ( $p=0,015$ ) y edad <30 años ( $p=0,032$ ). En los caso de MR el control fue más tardío ( $p=0,002$ ), mediana 7 días (5-8) vs. PR con 3 días (2-5) y ER con 3 días (1-7). La ER/PR se asoció a infarto venoso ( $p=0,032$ ) y edema ( $p=0,002$ ). En 36 casos el control fue en  $\leq 72$ h, con 1 MR (2,8%), 16 casos PR (44,4%) y 19 ER (52,8%).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio la mejoría radiológica de la TVC se identificó entorno a la semana de evolución, asociándose a mejor pronóstico y menor edad. La estabilidad o empeoramiento se asoció a infarto y edema, apreciándose en un margen temporal más amplio, incluso primeras 72 horas.

# **MIXOMA AURICULAR: ANALISIS ANATOMOPATOLÓGICO DE MATERIAL DE TROMBECTOMÍA MECÁNICA COMO ESTUDIO ETIOLÓGICO COMPLEMENTARIO.**

**Patricia Garay Albízuri<sup>1</sup>**, Dra. Ana Llanes Ferrer<sup>1</sup>, Beatriz Eva Martínez García<sup>1</sup>, Daniel Pérez Gil<sup>1</sup>, Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Alicia de Felipe Mimblera<sup>1</sup>, Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Sebastian García Madrona<sup>1</sup>, Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El mixoma auricular benigno es el tumor cardíaco más frecuente en la aurícula izquierda. La presentación clínica más habitual es por obstrucción al flujo, simulando una estenosis mitral. Sin embargo, en torno a un 10% puede manifestarse inicialmente como ictus isquémico. La principal hipótesis fisiopatológica se basa en la liberación de fragmentos. No obstante, existen pocos casos en la bibliografía que confirmen este hallazgo. Presentamos un caso clínico con estudio anatomopatológico del trombo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentación de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 50 años con antecedentes de tabaquismo, que acude al servicio de urgencias por un cuadro de inicio brusco de afasia y paresia del hemicuerpo derecho. En el TC craneal multimodal se observa una oclusión del segmento M2 proximal de la ACM izquierda. Se realiza trombólisis intravenosa con Alteplasa (rTPA) y trombectomía mecánica mediante stent retriever con repermeabilización parcial (TICI 2b) y aspiración completa del trombo. Se completa estudio con ecocardiograma transtorácico y ecocardiograma transesofágico que muestra una masa en la aurícula izquierda, compatible con mixoma auricular versus trombo intracavitario. El análisis anatomopatológico del material extraído mediante trombectomía mecánica es compatible con tejido mixoide, confirmando el diagnóstico de mixoma auricular. Por volumen de infarto establecido, se difiere tratamiento quirúrgico con exéresis completa de la lesión.

**CONCLUSIONES:** El mixoma auricular es causa infrecuente de ictus isquémico con etiología cardioembólica inhabitual. En nuestro caso, se demuestra la importancia del estudio anatomopatológico como estrategia complementaria para el estudio etiológico del ictus, herramienta para evitar la biopsia del mixoma e instrumento para evitar la anticoagulación precoz



## PRUEBA PILOTO DE UN SISTEMA DE ENTRENAMIENTO DE ICTUS PEDIÁTRICO CON REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA.

**Paula Carmona Sánchez<sup>1</sup>**, Dra Cristina Verdú-Sánchez<sup>2</sup>, Dra Blanca Fuentes-Gimeno<sup>3</sup>, Sr Javier Rubio-Bolivar<sup>4,5</sup>, Dr Enrique J. Gómez-Aguilera<sup>1</sup>, Dr Manuel Quintana<sup>4,5</sup>, Dra Patricia Sánchez-González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Bioingeniería y Telemedicina, Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, <sup>3</sup>Servicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, <sup>4</sup>Centro Avanzado de Simulación y Entrenamiento Clínico, Hospital Universitario de la Paz, Madrid, España, <sup>5</sup>IdiPaz Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Creación de un sistema de entrenamiento mediante realidad virtual que permita aprender, de forma realista e inmersiva, el protocolo de actuación ante un paciente pediátrico con ictus.

**METODOLOGÍA:** Desarrollo y validación de un escenario de realidad virtual que permite aprender y practicar un caso de ictus pediátrico. La realidad virtual ha demostrado buenos resultados para el aprendizaje y el ensayo de situaciones críticas en entornos clínicos, donde la inmersión sirve para crear experiencias para algunos procesos poco frecuentes. Para ello, se han implementado los diferentes pasos que se explican en el Código Ictus pediátrico, protocolo desarrollado desde la Comunidad de Madrid para el diagnóstico, transporte y tratamiento de este tipo de pacientes. La activación del protocolo se apoya en la escala NIHSS pediátrica que permite la evaluación del ictus agudo. En el escenario desarrollado el médico evalúa una paciente de 5 años mediante la realización de las distintas preguntas del formulario, que incluye la realización de la escala NIHSS pediátrica, para posteriormente decidir si activar, o no, el código ictus. En un segundo paso se ha realizado una validación de usabilidad con facultativos pertenecientes a los Servicios de Neurología, Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencia Pediátrica del Hospital Universitario de la Paz.

**RESULTADOS:** Un total de 50 facultativos participaron en la fase de validación, 25 del servicio de Neurología, 19 profesionales de UCI pediátrica, y 6 de Urgencias, verificándose tanto el realismo que caracteriza a este tipo de herramientas como la inmersividad que éstas permiten a los distintos profesionales de la salud. Tras completar la prueba los participantes otorgaron 86 puntos (grado excelente) en el cuestionario de usabilidad del sistema (SUS). El 94% de los participantes valoraron positivamente el realismo de la simulación, el 98% respondieron que utilizarían simulaciones con realidad virtual con objetivos formativos, y el 100% usarían este programa de simulación para la formación en la activación del código ictus pediátrico.

**CONCLUSIONES:** El sistema de entrenamiento desarrollado permite aprender el protocolo de atención del ictus pediátrico de forma inmersiva y realista, con una valoración de usabilidad excelente.

## TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS EL CIERRE DE OREJUELA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y HEMORRAGIA CEREBRAL

**Jesús García Castro**<sup>1</sup>, Guillermo Galeote García<sup>1</sup>, Gerardo Ruiz Ares<sup>1</sup>, Jorge Rodríguez Pardo de Donlebún<sup>1</sup>, Elena De Celis Ruiz<sup>1</sup>, Laura Casado Fernández<sup>1</sup>, María Alonso de Leciñana Cases<sup>1</sup>, Carlos Hervás Testal<sup>1</sup>, Alfonso Jurado Román<sup>1</sup>, Santiago Jiménez Valero<sup>1</sup>, Raúl Moreno Gómez<sup>1</sup>, Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Blanca Fuentes Gimeno<sup>1</sup>, Ricardo Rigual Bobillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** En los pacientes con fibrilación auricular (FA) y hemorragia cerebral (HC) en los que iniciar o retomar el tratamiento anticoagulante aumenta el riesgo hemorrágico, el cierre de la orejuela izquierda es una alternativa terapéutica. Nuestro objetivo es describir el tratamiento antitrombótico durante el seguimiento de pacientes con fibrilación auricular y antecedentes de HC a los que se realizó cierre de orejuela izquierda y analizar la incidencia en el seguimiento de infarto cerebral (IC) y HC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes con antecedentes de FA y HC a los que se realizó cierre percutáneo de orejuela izquierda entre 2010 y 2021. Se clasificaron según tratamiento antitrombótico: ninguno, antiagregación simple, doble antiagregación, anticoagulación a dosis baja o anticoagulación a dosis plena al alta tras el procedimiento, a los 3 meses y en la última visita de seguimiento. Se recogió la incidencia de IC y HC durante el seguimiento.

**RESULTADOS:** Se registraron 41 pacientes, edad media 76,7±7,4 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 3,0±2,7 años, durante el cual 3 pacientes (7,3%) presentaron IC y 2 pacientes (4,9%) HC, con un tiempo medio hasta el evento de 2,6±1,5 años y 4,1±1,7 años, respectivamente. El tratamiento antitrombótico más utilizado al alta fue la anticoagulación a dosis bajas (51,2%), a los 3 meses la antiagregación simple (41,5%) y en la última consulta ningún tratamiento antitrombótico (41,5%). Todos los pacientes que presentaron IC o HC durante el seguimiento se encontraban en tratamiento con antiagregación simple.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio, los pacientes con FA y antecedentes de HC a los que se les realizó cierre de orejuela izquierda presentaron pocas complicaciones isquémicas o hemorrágicas durante el seguimiento, principalmente en la fase tardía y todas ellas estando en tratamiento con antiagregación simple.

## ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS ETIOLÓGICOS Y PRONÓSTICO DE LAS DISECCIONES ARTERIALES EN EL ADULTO JOVEN. "OJO AL GIMNASIO".

**Dra Laura Del Pino Tejado**<sup>1</sup>, Dr Fernando Díaz Otero<sup>2</sup>, Dr Rafael Leal Hidalgo<sup>1</sup>, Dra Paula Salgado Cámara, Dr Antonio Sánchez Soblecher<sup>1</sup>, Dr Andrés García Pastor<sup>2</sup>, Dra Pilar Vázquez Alén<sup>2</sup>, Dra Ana María Iglesias Mohedano<sup>2</sup>, Dra Marta Vales Montero<sup>2</sup>, Dra Yolanda Fernández Bullido<sup>2</sup>, Dr Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>, Dr Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Dra Elena Díaz Fernández<sup>1</sup>, Dr Antonio Gil Núñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Sección de Neurología Vascular y Centro de Ictus, Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón-IISGM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón., Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Las disecciones arteriales (DA) representan la causa identificada más frecuente de ictus en joven. Se conocen múltiples factores implicados en su patogénesis, entre ellas la etiología traumática. Describimos las características de los ictus causados por DA en un registro de adultos jóvenes atendidos en un hospital terciario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo sobre un registro prospectivo de pacientes admitidos en nuestra Unidad de Ictus desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Se incluyeron un total de 730 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 55 años (se realizaron comparaciones entre subgrupos de <45 años y 46-55 años).

**RESULTADOS:** Se identificaron 78 pacientes con ictus causado por DA, representando un 11% del total de ictus en joven (17% en subgrupo <45 años frente a 6,4% en 46-55 años)( $p < 0.001$ ).

El pronóstico mostró peor puntuación en la escala Rankin ( $>2$ ) a los 6 meses (12% en grupo no DA frente a 21% en grupo DA)( $p = 0.047$ ).

Presentaron DA por mecanismo traumático 27 pacientes (35%), de los cuales 7 (9%) fueron por deportes (CrossFit, BodyPump). Las disecciones traumáticas son más frecuentes en <45 años (78% frente a 22% en 46-55 años).

Existe un retraso significativo entre aparición de dolor cervical tras el evento traumático y comienzo de focalidad neurológica mayor en DA traumáticas que en espontáneas (12 días frente a 1,04 días respectivamente)( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIONES:** Las disecciones representan el 17% de ictus en <45 años. A pesar de la gravedad es frecuente el retraso diagnóstico en las DA traumáticas debido a la carencia de síntomas al inicio.

Las DA traumáticas son una etiología frecuente de ictus en joven, y las causas por trauma cervical en el gimnasio no son despreciables.

Sensibilizar a la población y a los clínicos sobre estos mecanismos emergentes puede ayudar en un futuro a identificar este tipo de disecciones y orientar el diagnóstico en este grupo de pacientes de cara a mejorar la práctica clínica.

41

#### ICTUS DE ETIOLOGÍA INUSUAL: DISPLASIA FIBROMUSCULAR INTRACRANEAL AISLADA

**Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>**, Marina Lara González<sup>1</sup>, Miguel Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Alfonso López-Frías López-Jurado<sup>1</sup>, Teresa Montalvo Moraleda<sup>1</sup>, José Egido<sup>1</sup>, Patricia Simal Hernández<sup>1</sup>, Carlos Gómez-Escalonilla Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** La displasia fibromuscular (DFM) es una etiología inhabitual de ictus isquémico. Esta entidad puede asociarse a otras anomalías cardíacas o arteriales.

Presentamos un paciente con un ictus isquémico secundario a una DFM intracraneal aislada, asociada a una comunicación interventricular (CIV) con un foramen oval permeable (FOP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 20 años con antecedentes de hipercolesterolemia familiar y CIV no tratada, que acude a urgencias con una afasia mixta no comunicativa de inicio brusco, puntuando 7 en la NIHSS.

**RESULTADOS:** La TC craneal mostró una isquemia aguda temporal izquierda sin oclusión vascular en el angioTC. Recibió fibrinólisis intravenosa con alteplasa. El estudio Doppler transcraneal mostró velocidades de flujo congruentes con una estenosis >50% del segmento proximal de la arteria cerebral media (ACM) izquierda. La RM craneal evidenció un infarto insular y temporal izquierdo con una pequeña lesión isquémica cortical temporal derecha, así como una estenosis irregular en ACM izquierda en la angioRM, congruente con una DFM. Este hallazgo fue confirmado con arteriografía, sin existir afectación de otras arterias.

Los estudios de trombofilia, autoinmunidad, microbiológicos sanguíneos y de líquido cefalorraquídeo no evidenciaron alteraciones. El estudio cardiológico mostró un FOP y una CIV membranosa.

A pesar de los datos de DFM intracraneal en ACM izquierda, tras los hallazgos del estudio cardiológico y los infartos bilaterales en la RM craneal, se decidió iniciar anticoagulación oral.

#### CONCLUSIÓN:

La displasia fibromuscular intracraneal aislada es una etiología inhabitual de ictus que puede asociarse a otras etiologías como la CIV. Es necesaria una evaluación multidisciplinar para determinar el tratamiento óptimo.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ALTERACIONES EN TC DE PERFUSIÓN Y EVOLUCIÓN DE 2 PACIENTES CON SÍNDROME DE LA ARTERIA DE PERCHERON (SAP) TRATADO MEDIANTE RTPA.**

**Paula Paños Bastera**<sup>1</sup>, Alicia Gonzalez-Martinez<sup>1</sup>, Santiago Trillo-Senín<sup>1</sup>, Carlos Hervás Testal<sup>1</sup>, Antonio Barbosa Del Olmo<sup>2</sup>, Celia Romero Del Rincón<sup>1</sup>, Pablo Iriarte Uribe-Echeverría<sup>1</sup>, Alba Somovilla<sup>1</sup>, Jose Vivancos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de la Princesa, ,

**INTRODUCCIÓN:** el síndrome de la arteria de Percheron (SAP) es un ictus isquémico poco frecuente debido a la oclusión de una variante anatómica arterial que irriga el tálamo medial y mesencéfalo rostral. La triada clínica clásica incluye fluctuación del nivel de consciencia y alteraciones mnésicas y oculomotoras. Sin embargo, el diagnóstico de SAP en la urgencia es difícil y rara vez se administra el tratamiento recomendado con fibrinolisis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos las características basales, forma de presentación clínica y las alteraciones en imagen de Tomografía Computarizada de Perfusión cerebral (TCP), así como la evolución neurológica de 2 pacientes con SAP tratados mediante rt-PA.

**RESULTADOS:** Paciente 1: varón de 56 años sin antecedentes médicos con inicio brusco de diplopía, oftalmoplejia internuclear bilateral y asimetría facial derecha de <4,5h de evolución, seguido de coma que requiere intubación orotraqueal. TCP muestra alteraciones en la región talámica. El TC cerebral a las 24h tras rt-PA evidencia un infarto talámico derecho. Paciente 2: mujer de 78 años hipertensa y con fibrilación auricular tratada con acenocumarol, acude por disminución del nivel de consciencia súbito de <4,5h de evolución. TCP objetiva Tmax prolongado en lóbulo occipital izquierdo y ambos tálamos, con infarto talámico bilateral en TC de control. Ambos pacientes presentaron una recuperación completa en < 72h.

**CONCLUSIÓN:** la alteración brusca del nivel de consciencia debe hacernos sospechar SAP, especialmente en presencia de alteraciones de la TCP en regiones talámicas. El tratamiento con rTPA es seguro y podría mejorar los resultados neurológicos en estos pacientes.

# **CAROTIDITIS INFECCIOSA TRATADA MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA COMO CAUSA INHABITUAL DE ICTUS ISQUÉMICO.**

**Beatriz Martínez García<sup>1</sup>**, Sebastián García Madrona<sup>1</sup>, Daniel Pérez Gil<sup>1</sup>, Patricia Garay Albízuri<sup>1</sup>, Ana Llanes Ferrer<sup>1</sup>, Alicia De Felipe Mimbrera<sup>1</sup>, María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Esther María García Casado<sup>1</sup>, María del Carmen Campos Ferrer<sup>1</sup>, Isabel Bermúdez-Coronel Prats<sup>1</sup>, José Carlos Méndez Cendón<sup>1</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La endocarditis infecciosa (EI) frecuentemente asocia complicaciones neurológicas, como el infarto cerebral (IC). Infrecuentemente, se produce una afectación inflamatoria e infecciosa de la arteria carótida común (ACC), denominada carotiditis. Su tratamiento mediante trombectomía mecánica alberga amplias dudas por el riesgo de lesión de pared arterial, por lo que existe incertidumbre respecto al manejo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentación de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 79 años, con fibrilación auricular anticoagulada e implantación de válvula aórtica biológica. Presenta, a los dos meses tras procedimiento, un cuadro de EI por *S. epidermidis*. A las 48 horas, presentó un IC hemisférico izquierdo con afectación de territorio carotideo (NIHSS 20).

En angioTC se objetivó carotiditis, con marcados cambios inflamatorios en tejidos adyacentes y trombo extenso con afectación de la ACC izquierda desde su origen y hasta bifurcación. Se realiza trombectomía mecánica mediante técnica combinada, con recanalización completa y que transcurre sin incidencias. La paciente no presentó mejoría de la clínica y se objetivó reoclusión de la arteria carótida interna izquierda en las primeras 24 horas. Un ecocardiograma transesofágico certificó un absceso periaórtico, y una resonancia magnética craneal mostró infartos multiterritoriales. Dada la situación neurológica, se difirió intervención quirúrgica, con posterior desistimiento. Una semana después del ingreso, presentó un fallo cardíaco agudo y se certificó el éxito.

**CONCLUSIONES:** La EI asocia una elevada morbimortalidad y complicaciones. De manera infrecuente se puede presentar en forma de carotiditis. En nuestro caso, el tratamiento endovascular del trombo intraluminal fue seguro y se logró la recanalización completa del vaso, pero hubo una reoclusión precoz.

## ESTUDIO CORMORAN (CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS HORMONAL CONTRACEPTIVES). TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL ASOCIADA A ANTICONCEPTIVOS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES

**Dra. Celia Romero Del Rincón<sup>1</sup>**, Dra. María Rodríguez Sabilla<sup>2</sup>, Dra. Carmen Ramos<sup>1</sup>, Dra. Alicia de Felipe<sup>3</sup>, Dr. Herbert Tejada Meza<sup>4</sup>, Dr. Carlos Gomez-Escalonilla Escobar<sup>5</sup>, Dr Sergio Calleja<sup>6</sup>, Dr. Antonio Arjona<sup>7</sup>, Dra. Patricia de la Riva<sup>8</sup>, Dra. Saima Bashir<sup>9</sup>, Dra. Cristina Pérez Lázaro<sup>10</sup>, Dr. Carlos Tejero<sup>11</sup>, Dra. Laura Llul<sup>12</sup>, Dra. Carmen Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, Dr. Arturo González Castellary<sup>2</sup>, Dra. Raquel Sanjurjo Navarro<sup>2</sup>, Dr. Sebastián García-Madrona<sup>3</sup>, Dra. Marta Serrano Ponz<sup>4</sup>, Dra. Patricia Simal<sup>5</sup>, Dra. Lorena Benavente Fernandez<sup>6</sup>, Dr. Jaime Alonso Maroto<sup>1</sup>, Dra. Alba López-Bravo<sup>13</sup>, Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, España, <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Jardín, Madrid, España, <sup>3</sup>Servicio de Neurología, Hospital de Ramón y Cajal, Madrid, España, <sup>4</sup>Servicio de Neurología, Hospital de Miguel Servet, Zaragoza, España, <sup>5</sup>Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, <sup>6</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España, <sup>7</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España, <sup>8</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Donosti, San Sebastián, España, <sup>9</sup>Servicio de Neurología, Hospital Josep Trueta, Girona, España, <sup>10</sup>Servicio de Neurología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España, <sup>11</sup>Servicio de Neurología, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España, <sup>12</sup>Servicio de Neurología, Hospital Clínic, Barcelona, España, <sup>13</sup>Servicio de Neurología, Hospital Reina Sofía, Tudela, España

**INTRODUCCIÓN:** Los anticonceptivos hormonales (AH) suponen un factor de riesgo para desarrollar trombosis venosa cerebral (TVC). El objetivo de nuestro estudio es identificar si este riesgo es distinto en función del tipo de AH y si existen factores individuales que asociados a mayor predisposición.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo multicéntrico de casos y controles. Se seleccionaron los casos de mujeres con TVC y toma AH atendidas en 11 centros de España durante el periodo 2008-2021. Los controles fueron mujeres tomando AH sanas de un centro de salud. Los AH se clasificaron según composición, tipo de gestágeno y dosis de estrógeno.

**RESULTADOS:** N total=155. 59 casos: edad mediana 32 años (24–41), 37.3% fumadoras. En 41/59 (69%) se identificó el AH. 96 controles: edad mediana 25 años (23-27), 14.6% fumadoras. Se encontró una asociación entre TVC e incremento de edad especialmente >28.5 años [AUC 0,72;IC95% 0,626 – 0,819;p<0.001] con OR=21,88 (IC95% 8,20-58,05;p<0,001). El tabaco fue factor de riesgo OR=3,48 (IC95% 1,60-7,55;p=0,002). Relacionado con el tipo de AH, se encontró un mayor porcentaje de TVC en derivados de la progesterona (0% vs. 100%;p<0,001), un menor porcentaje en derivados de testosterona de segunda generación (70,80% vs. 34,10%;p<0,001) e incremento del riesgo en dosis de etinilestradiol 35 mcg OR=5,32 (IC95% 1,04-27,30;p=0,045).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio, en mujeres que toman AH el tabaco y una mayor edad fueron más frecuentes en el grupo de TVC. Respecto al tipo de AH, en el grupo de TVC se identificó una mayor presencia de derivados de la progesterona y dosis de 35 mcg de etinilestradiol siendo menos frecuente los derivados de la testosterona de segunda generación.



## TERAPIA HIPOLIPEMIANTE INTENSIVA PRECOZ EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ICTUS EN MADRID. ¿SE CONSIGUEN LOS OBJETIVOS?

**Dra. Ana Llanes Ferrer<sup>1</sup>**, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Dr. Daniel Pérez Gil<sup>1</sup>, Dra. Patricia Garay Albízuri<sup>1</sup>, Dra. Beatriz Martínez García<sup>1</sup>, Dr. Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Dra. Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Dra. Alicia de Felipe Mimbrera<sup>1</sup>, Dra. Arantxa Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Dra. Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Dr. Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, Dr. Sebastián García Madrona<sup>1</sup>, Dr. Jaime Masjuan Vallejo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La elevación del colesterol LDL es uno de los principales factores de riesgo modificables para la recurrencia de ictus isquémicos (IS). Las nuevas guías de prevención de enfermedad cardiovascular establecen objetivos estrictos. Presentamos la experiencia en su adecuación con terapia intensiva precoz en un hospital terciario de Madrid.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se revisan historias clínicas de 200 pacientes ingresados en una Unidad de Ictus entre julio 2020 - octubre 2020. Se analizan variables epidemiológicas, diagnóstico final, características del ictus, tratamiento hipolipemiante, LDL al ingreso y LDL a 3 meses. Se establecieron objetivos de LDL < 55 mg/dl para IS aterotrombóticos y < 70 mg/dl para el resto de subtipos de IS.

**RESULTADOS:** Se incluyen 152 pacientes (44,1% mujeres) con edad  $70,90 \pm 13,97$  años. Cuarenta y dos pacientes (27,6%) presentaron un AIT, 104 (68,4%) IS, y 6 (3,9%) hemorrágico. Entre los IS, 28 fueron aterotrombóticos, 40 cardioembólicos y 58 de origen indeterminado. Al ingreso presentaron un LDL promedio de  $97,1 \pm 38,0$  mg/dl. Sesenta y cinco (42,8%) tomaban estatina previamente (10 de baja intensidad, 35 moderada, 4 alta) y 16 (10,6%) combinaciones con Ezetimibe. Al alta, 116 pacientes (76,3%) precisaron optimización del tratamiento (5 estatinas de baja intensidad, 57 moderada, 24 alta y 30 combinaciones), incluyendo a todos los aterotrombóticos, con un 46,4% de combinaciones con Ezetimibe y 28,6% de estatinas de alta intensidad. A los 3 meses, el LDL promedio fue  $68,4 \pm 25,3$  mg/dl con una reducción media de  $28,8 \pm 40,2$  mg/dl. Un 85,6% de pacientes alcanzaron su objetivo de LDL < 70 mg/dl. De los aterotrombóticos, un 89,3% consiguió control de LDL < 55 mg/dl en una media de  $20,5 \pm 25,0$  semanas. Hubo un 5,3% de mala adherencia y un 9,8% de efectos adversos (3,3% mialgias y 2,6% hepatopatía).

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, el empleo de estatinas de alta intensidad y combinaciones con Ezetimibe de manera precoz mejora la adecuación a los objetivos de control de LDL, con bajas tasas de abandono y efectos adversos.

## VALOR DE LA PERMEABILIDAD DEL TROMBO EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA

**Pablo Iriarte Uribe-Echeverría<sup>1</sup>**, Santiago Trillo<sup>1</sup>, Esther Valiente<sup>1</sup>, Marta Domínguez<sup>1</sup>, Juan Vega, Carlos Molina<sup>1</sup>, Celia Romero<sup>1</sup>, Paula Paños<sup>1</sup>, Alba Somovilla<sup>1</sup>, Carmen Ramos<sup>1</sup>, Elisa De La Fuente<sup>1</sup>, Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hu La Princesa, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** La permeabilidad del trombo al contraste (PT) es un factor que se puede asociar a mejores resultados con tratamientos de perfusión en el ictus con oclusión de gran vaso (IOV). El objetivo de nuestro estudio es evaluar las variables clínicas asociadas con la PT y su asociación con la trombectomía mecánica (TM) en IOV.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Se incluyeron pacientes con IOV de ACM (T Carotídea/M1) atendidos en nuestro centro entre 01-01-2019 y 30-04-2022 tratados mediante TM. La PT se calculó obteniendo el promedio de Unidades Hounsfield (HU) a partir de 3 esferas de 1mm en la hiperdensidad de ACM en TC basal y en angio-TC y realizando la sustracción de ambas (permeable si >10HU).

**RESULTADOS:** N=95; 48.4% mujeres. Media edad 72años (DE=13.6). 25(26.3%) oclusión en T carotídea y 70 (73.7%) en M1. La PT fue >10HU en 63 (66.3%) casos. Una mayor cifra de leucocitos ( $p=0.006$ ), plaquetas ( $p=0.042$ ) y creatinina sérica ( $p=0.043$ ) se asociaron significativamente con mayor PT. Se identificó tendencia no significativa con la cifra de hematocrito ( $p=0.06$ ). Una alta PT se asoció mayor duración del procedimiento (promedio 63min; DE=46min;  $p=0.017$ ). No se encontró una asociación estadísticamente significativa con el pronóstico(mRS y mortalidad).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio la PT se asoció a niveles de elementos formes sanguíneos y a la función renal alterada. Los trombos con mayor PT podrían conducir a una mayor dificultad técnica de extracción en TM.

# **Vesículas extracelulares derivadas de la sangre como tratamiento innovador en un modelo de hemorragia cerebral en rata**

**Sr. Fernando Laso García<sup>1</sup>**, Sra. Laura Casado Fernández<sup>1</sup>, Dra. Dolores Piniella Alcalde<sup>1</sup>, Dra. Mari Carmen Gómez de Frutos<sup>1</sup>, Dra. María Pérez Mato<sup>1</sup>, Dra. Laura Otero Ortega<sup>1</sup>, Dra. Susana Belén Bravo<sup>2</sup>, Sra. María del Pilar Chantada Vázquez<sup>2</sup>, Dra. Blanca Fuentes<sup>1</sup>, Dra. Elisa Alonso López<sup>1</sup>, Prof. Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Dra. María Gutiérrez Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Alonso de Leciñana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto para la Investigación Sanitaria del Hospital la Paz – IdiPAZ , Madrid, España, <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España

**OBJETIVOS:** 1) Profundizar en los mecanismos implicados en el efecto beneficioso de las vesículas extracelulares (VEs), derivadas de la sangre, como tratamiento en un modelo de hemorragia intracerebral (HIC) en rata, analizando marcadores de integridad del tejido y el contenido proteico de las VEs circulantes y 2) Evaluar la seguridad del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han comparado animales control con animales tratados con 1) VEs alogénicas (VEAs) y 2) VEs xenogénicas (VEXs) (humanas) procedentes de la sangre de sujetos con buena evolución espontánea tras una HIC administradas a las 24h tras HIC. A los 28 días se analizaron marcadores de preservación tisular (MOG, OLIG-2, GFAP, VEGF) por inmunohistoquímica, integridad de sustancia blanca en resonancia (DTI-FA) y contenido proteico de las VEs por espectrometría de masas (DIA-SWATH). Para el estudio de seguridad se analizaron 13 citoquinas plasmáticas y tumorigénesis en tejidos.

**RESULTADOS:** Ambos tratamientos mejoraron la integridad tisular, expresión de marcadores de sustancia blanca y modulación de la astrogliosis en comparación con los controles ( $p < 0,05$ ). El tratamiento con VEAs se asoció a mayor expresión de proteínas relacionadas con función sináptica (STX1A, ZDH17, AOFB) y el tratamiento con VEXs con expresión de proteínas relacionadas con vías de regulación neuronal (PCSK9). No se observó respuesta inmune ni formación de tumores tras el tratamiento con VEs.

**CONCLUSIONES:** La administración de VEs, tanto alogénica como xenogénica en ratas, es segura. La mejor preservación tisular en animales tratados se relaciona con mayor expresión de proteínas implicadas en procesos biológicos potencialmente relacionados con la reparación cerebral.

#### WEB CAROTÍDEO COMO CAUSA DE ICTUS ISQUÉMICO RECURRENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Dr. Leonardo Portocarrero Sánchez<sup>1</sup>**, Dr. Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Dr. Moisés Fernández García<sup>1</sup>, Dra. Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>, Dr. Carlos Ignacio Gómez-Escalonilla Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Se considera el web carotídeo como una variante focal de la displasia fibromuscular, localizada en la pared posterior del bulbo carotídeo. Está presente en el 9-37% de los pacientes jóvenes con ictus criptogénicos. En la actualidad no está definido el mejor tratamiento en prevención secundaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 23 años natural de Guinea Ecuatorial, sin antecedentes relevantes, que acude como código ictus por un déficit hemisférico izquierdo puntuando 18 en la escala NIHSS. En el estudio mediante angioCT se objetiva oclusión de ACM izquierda en segmento M1 distal. Se realiza tratamiento con fibrinólisis iv y trombectomía mecánica, consiguiendo un buen resultado angiográfico (TICI 3) y clínico (NIHSS 1 a las 24h).

**RESULTADOS:** A las 48h del ingreso, habiendo recibiendo tratamiento antiagregante con AAS, presenta nuevo episodio de afasia global (NIHSS 5) con datos de trombo suboclusivo en M1 distal izquierda en angioCT. Se desestima para tratamiento endovascular por la rápida mejoría y tipo de oclusión vascular. Se realiza un amplio estudio etiológico sin hallazgos relevantes, evidenciándose como único hallazgo la existencia de un web carotídeo bilateral, siendo de mayor tamaño en el lado izquierdo.

Tras presentar el caso en sesión con cirugía vascular y radiología intervencionista, se opta por el abordaje quirúrgico.

El paciente ha presentado buena evolución, sin recidivas durante el seguimiento (1 año y medio).

**CONCLUSIONES:** En pacientes jóvenes con ictus criptogénicos debemos descartar como posibilidad etiológica el web carotídeo, siendo el angioCT una prueba rápida con alta sensibilidad.

Debemos considerar la posibilidad quirúrgica como opción terapéutica, máxime en los pacientes con recurrencias.

## ESTUDIO METHAS: MACHINE LEARNING PARA LA PREDICCIÓN DE INCIDENCIA DE ICTUS EN BASE A FACTORES AMBIENTALES

**Dra. Esther Valiente<sup>1</sup>**, Dra. Elisa De la Fuente<sup>1</sup>, Sr. Manuel Vilacorta<sup>2</sup>, Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>, Dra. Celia Romero<sup>1</sup>, Sr. Ignacio Zabala<sup>2</sup>, Dr. Gustavo Zapata<sup>1</sup>, Dra. Carmen Ramos<sup>1</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Human Analytics S.L, Oviedo, Spain

**OBJETIVO:** Los factores meteorológicos y de contaminación ambiental podrían tener un papel determinante en la incidencia de ictus. Aplicamos técnicas de “machine learning” (ML) como herramienta de predicción de atención de pacientes con ictus utilizando variables ambientales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro centro desde enero-2014 a diciembre-2019 con diagnóstico de infarto cerebral, atendidos en semanas con disponibilidad de tratamiento endovascular. Se recogieron variables meteorológicas de las estaciones de Retiro y Torrejón y se incluyeron los pacientes que sufrieron el ictus en estas áreas. Se analizó la capacidad para predecir la atención de pacientes con ictus mediante ML provisto por la empresa Human Anytics (software R 3.5.1; Human-Analytics. S.L) en base a los valores de estas variables el día anterior al ictus.

**RESULTADOS:** N=819 pacientes con infarto cerebral. Variables meteorológicas recogidas: presión atmosférica, humedad relativa, temperatura (máxima, mínima y media), NO, NO<sub>2</sub> y ozono. Se introdujeron estas variables en un modelo de ML con el objetivo de predecir la atención de pacientes con ictus, obteniendo un área bajo la curva (AUC) del 60%.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio los factores meteorológicos y de contaminación ambiental tuvieron influencia en la predicción de la atención de pacientes con ictus, aunque por sí solos no fueron unas variables de predicción óptimas. Las técnicas de “machine learning” pueden suponer una herramienta útil de predicción en estos casos.

## LESIONES DE REALCE TARDÍAS TRAS EMBOLIZACIÓN ANEURISMA CEREBRAL.

**Gemma Reig Roselló<sup>1</sup>**, Carlos Hervás<sup>1</sup>, María Angeles Llosa Sanz<sup>2</sup>, Dr. Álvaro Ximénez-Carrillo<sup>1</sup>, Dr. Santiago Trillo<sup>1</sup>, Elena Casas<sup>1</sup>, Marta Domínguez<sup>1</sup>, Dr. Antonio Barbosa<sup>1</sup>, Dr. Florentino Nombela Merchán<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Las lesiones de realce tardías (“delayed enhancing lesions”) o leucoencefalopatía tardía tras la embolización con coils de un aneurisma cerebral es una complicación poco frecuente, pero puede ser grave. Se define por la aparición de lesiones realce leptomeníngeo e inflamatorias en sustancia blanca a distancia del material de embolización, pero habitualmente en el mismo territorio vascular del procedimiento. Se relaciona con microembolias y/o reacción de hipersensibilidad a cuerpo extraño. La presentación clínica suele ser cefalea, focalidad neurológica o crisis epilépticas. Suelen seguir una buena evolución a medio plazo y buena respuesta a corticoides. En los casos con mala evolución hay poca experiencia con otro tipo de inmunosupresores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de una mujer de 71 años que presenta lesiones de realce tardío tras la embolización de un aneurisma cerebral de AcoP roto.

**RESULTADOS:** Se realiza embolización con coils sin complicaciones. 6 meses más tarde presenta mareo, torpeza motora en mano derecha y crisis epilépticas que ceden con levetiracetam. RM cerebral muestra realce leptomeníngeo en surcos frontales izquierdos y lesiones nodulares en la superficie piel cerebral con edema cerebral subyacente. Se relacionan con posible reacción inflamatoria a cuerpo extraño. LCR con leve hiperprotenorraquia. Se desestima biopsia valorando riesgo/beneficio (áreas elocuentes). Se realiza seguimiento clínico y radiológico con buena respuesta a corticoides, pero con empeoramiento al intentar retirada. Presenta fractura vertebral espontánea por lo que se decide cambio a azatioprina, siendo necesaria su retirada por hepatotoxicidad. Se inicia tratamiento con micofenolato con mejoría clínica. actualmente asintomática, pendiente el control radiológico.

**CONCLUSIONES:** Las lesiones de realce tardías tras embolización con coils de un aneurisma cerebral son una rara complicación que puede requerir tratamiento inmunomodulador. Los corticoides son el tratamiento de primera línea en casos sintomáticos y el micofenolato puede ser una buena alternativa.

51

## REVISIÓN DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS TIPO ESUS DE REPETICIÓN EN TRATAMIENTO CON DABIGATRÁN

**Doctor Daniel Pérez Gil<sup>1</sup>**, Dra. Patricia Garay Albízuri<sup>1</sup>, Dra. Beatriz Eva Martínez García<sup>1</sup>, Dra. Ana Llanes Ferrer<sup>1</sup>, Dr. Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Dr. Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Consuelo Matute Lozano<sup>1</sup>, Dra. Alicia De Felipe Mimbrera<sup>1</sup>, Dra. Rocío Vera Lechuga<sup>1</sup>, Dr. Sebastián García Madrona<sup>1</sup>, Dr. Antonio Cruz Culebras<sup>1</sup>, Dr. Jaime Masjuan Vallejo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El tratamiento en prevención secundaria de los pacientes con ictus recurrentes tipo ESUS no está aclarado. Recientemente el ensayo clínico RESPECT-ESUS demostró que dabigatrán puede ser una alternativa con complicaciones hemorrágicas similares a las que presentan los pacientes con antiagregación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** registro prospectivo de pacientes con ictus isquémico tipo ESUS que recurren a pesar de antiagregación desde 2018 hasta la actualidad. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra. Se recogen datos demográficos, factores de riesgo vascular, NIHSS al ingreso, escala de Rankin modificada al alta, dosis de dabigatrán, complicaciones del tratamiento y recurrencias.

**RESULTADOS:** Incluimos 15 pacientes (62.5% mujeres). La edad media fue de  $60.03 \pm 12.12$  años. El 47% eran hipertensos, 93% dislipémicos, 27% diabéticos tipo 2 y 27% fumadores. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con un antiagregante debido a ictus isquémico previo. El 68.5% inició dabigatrán a dosis de 150 mg cada 12 horas. El tiempo medio de seguimiento fue de  $1.84 \pm 1.31$  años. No ha habido recurrencias de ictus en ningún paciente ni complicaciones hemorrágicas graves durante este periodo. En un caso se suspendió el tratamiento debido a reacción adversa leve (dispepsia). En ningún paciente se ha detectado arritmias embolígenas durante el seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** el tratamiento con dabigatrán en prevención secundaria de ictus recurrentes tipo ESUS puede ser una alternativa segura y eficaz.



## UNIDAD DE ICTUS Y GUARDIA ESPECIALIZADA DE NEUROLOGÍA: PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO DE MADRID.

**Carlos Piquero Fernández<sup>1</sup>**, Jaime Medranda Corral<sup>1</sup>, María García García<sup>1</sup>, Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, Eduardo Escolar Escamilla<sup>1</sup>, Guillermo Martín Ávila<sup>1</sup>, Ana Pinel González<sup>1</sup>, Belén Pilo de la Fuente<sup>1</sup>, Carolina Saenz Lafourcade<sup>1</sup>, Alba Cárcamo Fonfría<sup>1</sup>, Alejandro Méndez Burgos<sup>1</sup>, Laura Lillo Triguero<sup>1</sup>, Rodrigo Terrero Carpio<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario De Getafe, Getafe, Spain

**OBJETIVOS:** La atención a pacientes en Unidades de Ictus (UI) ha demostrado en numerosos estudios una reducción en mortalidad y morbilidad. Presentamos nuestros resultados tras el primer año de UI en un hospital secundario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Registro sistematizado de los pacientes en que se activó Código Ictus (CI), que ingresaron en UI, y en los que se indicó terapia de reperusión. Se compararon los resultados con los indicadores de calidad recogidos en el Plan Ictus de la Comunidad de Madrid para hospitales con equipo de ictus.

**RESULTADOS:** Se registraron 135 CI. 89 de ellos ingresaron en UI, con 168 ingresos totales en UI (ingresaron más pacientes sin activarse CI). El 62.2% llegó por medios propios. El tiempo medio puerta-TC fue de 36,64 minutos. La presentación más frecuente fue el ictus isquémico (57%), y la localización más frecuente la circulación anterior (72,6%). La estancia media en UI fue de 2.2 días ( $\pm 0.9$  DE) y la de ingreso de 8.73 días ( $\pm 8.01$  DE). 27 pacientes presentaron infecciones, y solamente 2 presentaron úlceras por presión. Presentaron mRS  $\leq 2$  un 81.3% de los pacientes al alta y un 74% a los 90 días. Se realizaron 28 fibrinólisis: 19 ingresaron en UI y 9 fueron trasladados a centro de TM. El tiempo medio puerta-aguja fue 75.89 minutos.

**CONCLUSIONES:** Las tasas de complicaciones, mortalidad intrahospitalarias e independencia funcional al alta y a los 3 meses se ajustaron a los estándares de calidad. No obstante, los tiempos puerta-TC y puerta-FIV se encontraron por encima de los indicadores establecidos para Hospitales con UI. Probablemente la entrada en el sistema de CI extrahospitalario permitiría reducir estos tiempos.

53

# **PRESENTACIÓN DE LA PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA COMO CÓDIGO ICTUS.**

**Dr. David Seoane Fernández<sup>1</sup>**, Dr. Daniel Gil Alós, Dra. Maialen González Arbizu, Dra. Mariana Muñoz García, Dr. Juan Alcalá Torres, Dr. Lucas Roca Rodríguez, Dra. Paloma Martín Jiménez, Dr. Rodrigo Gil Manso, Dr. Fernando Ostos Moliz, Dr. Antonio Martínez Salio

<sup>1</sup>Hospital 12 De Octubre. Servicio De Neurología., Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Destacar la importancia de la PTT en Neurología.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Serie unicéntrica de 3 pacientes atendidos como Código Ictus en los últimos 5 años, en la era del Rituximab y Caplacizumab.

**RESULTADOS:** Presentamos tres adultos que consultan por un cuadro neurológico agudo: (1) astenia, cefalea intensa, vómitos, afasia global, encefalopatía y dudosas hemianopsia homónima derecha (HHD) y hemiparesia derecha leve; (2) ictericia y petequias, astenia, afasia global y dudosa HHD; (3) cefalea subaguda intensa seguida de episodios transitorios de afasia global. Ninguno asoció fiebre ni fracaso renal.

La TC y angioTC cerebral urgentes y la RM posterior resultaron normales en los tres.

Ninguno recibió fibrinólisis.

En todos, la detección de plaquetopenia severa sin coagulopatía y anemia hemolítica hizo sospechar precozmente la PTT y posteriormente se confirmó una etiología adquirida inmune (actividad ADAMTS-13 0%, anticuerpos anti-ADAMTS-13 positivos), sin desencadenante identificado (infecciones, autoinmunidad, SAF, embarazo, drogas o tumores).

En las primeras horas ingresaron en UCI y recibieron “cuádruple terapia” con recambio plasmático diario, glucocorticoides a dosis altas, Rituximab y Caplacizumab. El pronóstico global y neurológico fue excelente (ninguna focalidad residual) y no experimentaron rebotes.

**CONCLUSIONES:** La PTT constituye una causa inhabitual de Código Ictus y requiere un alto grado de sospecha porque la atención multidisciplinar precoz cambia radicalmente el pronóstico (~100% mortalidad sin tratamiento, por microtrombosis cerebral, miocárdica y renal). Representa un enfermo crítico. Nuestros resultados son congruentes con los de la literatura. La presencia de manifestaciones atípicas para un ictus isquémico, ictericia o petequias puede hacer aconsejable demorar la fibrinólisis hasta recibir los resultados analíticos.

## TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE ¿RIESGO O MITO?

**Paula Paños Basterra<sup>1</sup>**, Santiago Trillo Senín<sup>1</sup>, Ignacio Casanova Peño<sup>2</sup>, Javier Cuesta Cuesta<sup>3</sup>, Darío Gomez Diaz<sup>3</sup>, Juan Antonio Sanchez Giralt<sup>4</sup>, Alicia Delgado Arroyo<sup>4</sup>, Pablo Iriarte Uribe-Echeverría<sup>1</sup>, Celia Romero Del Rincón<sup>1</sup>, Jose Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Servicio Neurología, Hospital de Torrejón, , <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, , <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de la Princesa, ,

**INTRODUCCIÓN:** La evidencia de seguridad del tratamiento con trombolisis iv del ictus isquémico en pacientes con antecedente de infarto de miocardio reciente es escasa, pero las guías internacionales recomiendan considerarlo incluso en casos de infarto extenso. La asociación de rotura cardíaca se ha descrito de manera excepcional.

**MÉTODOS:** Presentamos el caso de un paciente con ictus isquémico e IAMCEST anterior evolucionado tratado con tenecteplasa, con posterior rotura de pared ventricular y taponamiento cardíaco.

**RESULTADOS:** Varón de 73 hipertenso en tratamiento que acude a urgencias por síndrome hemisférico izquierdo con NIHSS 16 de 2h de evolución. El ECG evidencia IAMCEST anterior con datos de infarto evolucionado (onda Q) y clínica compatible de >24h. Se realiza ecocardiografía(ETT) y angioTC-aorta urgente sin identificar alteraciones estructurales. La TC-multimodal objetiva oclusión de segmento M2 distal de la ACM izquierda sin infarto establecido. Dada la estabilidad hemodinámica, se prioriza tratamiento neurológico y solicitan valorar tratamiento endovascular. Previo al traslado se administra tenecteplasa iv 0.25mg/kg. A su llegada se encuentra en shock hemodinámico con NIHSS 25. ETT evidencia taponamiento cardíaco con rotura de la pared libre de ventrículo que requiere reparación quirúrgica emergente con ingreso en UCI. La TC de control muestra infarto establecido en todo el territorio de la ACM izquierda, quizá en relación con administración de ácido tranexámico para reversión del fibrinolítico . El paciente fallece a las 96h.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento fibrinolítico en IAMCEST extensos no está exento de riesgos. Al igual que en nuestro paciente, se describe mayor riesgo de esta complicación en infartos transmurales, de cara anterior y con evolución subaguda (>12h – 7 días).

55

## FOCALIDAD NEUROLÓGICA RECURRENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL

**Doctora Rebeca Fernandez Rodriguez<sup>1</sup>**, Dra Maria Asuncion De la Morena Vicente<sup>1</sup>, dR Ana Isabel Puente Muñoz<sup>1</sup>, Dr Mariano Ruiz Ortiz<sup>1</sup>, Dr Mario Martinez Galdamez<sup>1</sup>, Dr David Andres Perez Martinez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Luz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de spell amiloide por su escasa incidencia pero sobre todo por la importancia de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial ante un cuadro focalidad neurológica transitoria por las implicaciones que puede conllevar un tratamiento erróneo

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer 87 años, hipertensa con buen control, presenta un cuadro de inicio brusco de parestesias en segundo dedo de mano derecha que va ascendiendo progresivamente hasta raíz del miembro, asociado a sensación de desviación de comisura bucal leve y lenguaje ininteligible, el cuadro duró 15 minutos, sin alteración del nivel de conciencia, ni movimientos anormales, tac craneal normal, se inició antiagregación, en los días posteriores dos episodios de parestesias, restringidos a mano derecha de unos 5 minutos de duración sin otros síntomas asociados.

**RESULTADOS:** RM craneal con angio rmn: en la secuencia ecogradiente se observan imágenes de aspecto giriforme de alteración de la susceptibilidad magnética en el margen mas craneal del surco precentral derecho y del surco central izquierdo que estarían en relación con el depósito de hemosiderina en dichas localizaciones así como presencia de microhemorragias antiguas que obligan a descartar angiopatía amiloide. Electroencefalograma con actividad bioeléctrica cerebral de base dentro de límites normales, sin alteraciones epileptiformes. Estudio cardiológico normal. Se inicia tratamiento con levetiracetam, presentando persistencia de síntomas y mala tolerancia y se modifica a lamotrigina con ausencia de síntomas; se retira antiagregación.

**CONCLUSIONES:** La manifestación menos común de la angiopatía amiloide es el episodio neurológico focal transitorio, también conocido como " amyloid spell". Es importante incluirlo en los diagnósticos diferenciales de accidentes isquémico transitorios por riesgo de antiagregación y sangrado, así como de episodios paroxísticos comiciales o de origen psicógeno. Es preciso realizar estudios de neuroimagen adecuados que permitan objetivar a característica radiológica que apoya el diagnóstico es imagen compatible con hemorragia subaracnoidea e imagen de siderosis cortical superficial. Los episodios pueden recurrir pero que generalmente cede en pocas semanas

## BAJO LA PISTA DEL REALCE MENÍNGEO: ANGEITIS RELACIONADA CON BETA-AMILOIDE (ARBA)

**Andrés Enrique Suárez Plaza<sup>1</sup>**, Ignacio Eguilior Caffarena<sup>1</sup>, María José Arias Villarán<sup>1</sup>, Anna Lena Nyström Hernández<sup>1</sup>, Daniel López de Mota Sánchez<sup>1</sup>, Lucía Maure Blesa<sup>1</sup>, María de la Paloma Ibáñez de la Cadinere<sup>1</sup>, Manuel de la Calle Cuevas<sup>2</sup>, Julia Montoya Bordón<sup>1</sup>, Aurora Bolívar Puente<sup>1</sup>, María Teresa Montojo Villasanta<sup>1</sup>, Soraya de la Fuente Batista<sup>1</sup>, Antonio Herranz Bárcenas<sup>1</sup>, Marta Osés Lara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

**INTRODUCCIÓN:** La angiopatía amiloide cerebral abarca un espectro de entidades caracterizadas por el depósito de beta-amiloide en la pared de arterias cerebrales y menígeas. Dentro de estas, la angeitis relacionada con beta-amiloide (ARBA) se ha descrito como una variante inflamatoria angiodestructiva en la que existe lesión transmural o intramural de los vasos afectados, y que puede cursar con cefalea, déficit neurológico focal, disfunción cognitiva o crisis. Se presenta un caso clínico de una paciente atendida en nuestro servicio.

### MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 71 años con antecedente de cáncer de mama en tratamiento con Anastrozol acude a Urgencias por episodios bruscos, autolimitados y recurrentes de alteración del lenguaje y de la sensibilidad ascendente y progresiva. Inicialmente el realce leptomeníngeo que presentaba en la resonancia, sugirió carcinomatosis leptomeníngea dados sus antecedentes; no obstante, el análisis de líquido cefalorraquídeo en tres ocasiones y el seguimiento clínico a posteriori descartó la recidiva tumoral. Se inició tratamiento con corticoides y antiepilépticos, con control de los episodios. La evolución radiológica consistente en microsangrados, siderosis superficial y realce meníngeo migratorio, nos sugirió ARBA como posibilidad diagnóstica.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de angeitis relacionada con beta amiloide supone un reto diagnóstico dentro del espectro de angiopatía amiloide cerebral. El seguimiento radiológico evolutivo en el contexto clínico adecuado es de alta utilidad para el diagnóstico y manejo de esta entidad.

### UN SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE ATÍPICO

**Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>**, Dra. Pilar Sobrino García<sup>1</sup>, Dra Mirian Rosón González<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>, Dra. Nora De La Cruz Fernández<sup>1</sup>, Dr. Manuel Barón Rubio<sup>1</sup>, Dr. David González Antón<sup>1</sup>, Dra. Beatriz Arribas Ballesteros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) engloba un grupo de entidades con estenosis multifocal y reversible de las arterias cerebrales, que se presenta clínicamente como cefalea en trueno y a veces asocia focalidad neurológica. El diagnóstico se basa en la clínica, la neuroimagen y las características angiográficas. Exponemos un caso atípico de SVCR por su presentación y hallazgos del LCR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

**RESULTADOS:** Mujer de 38 años, presenta preeclampsia severa en el postparto. A las 24 horas inicia cuadro de cefalea continua, de predominio izquierdo, de intensidad progresiva y de carácter pulsátil, que se mantiene durante varias semanas, con empeoramiento al tumbarse, acompañado de náuseas y vómitos, sin asociar focalidad neurológica en ningún momento. Se realiza RM craneal, angioRM arterial y venosa, objetivándose una hiperintensidad de señal en surcos de la convexidad cerebral frontal y occipital derechas y una mínima imagen hiperintensa en asta occipital derecha con múltiples estenosis cortas en estructuras vasculares del polígono de Willis. También se realizó una punción lumbar objetivando presión de apertura normal y pleocitosis (27 leucocitos con 80% linfocitos) y proteínas elevadas levemente, siendo el resto normal (cultivo, PCR multiarray, BOC, citología y poblaciones linfocitarias). La arteriografía confirmaba la presencia de estenosis de segmento corto y largo, con afectación concéntrica de la pared vascular y de contorno liso, en múltiples arterias intracraneales (en territorios anterior y posterior) y extracraneales. Se realizaron RM y angioRM a los 3 meses, con resolución completa de las alteraciones. Todos estos hallazgos sugieren un SVCR en el contexto del postparto.

**CONCLUSIONES:** El SVCR es una angiopatía cerebral, siendo una de sus características clínicas principales la cefalea en trueno. En menos del 10% se manifiesta como una cefalea subaguda. Otra característica es la reversibilidad de las anomalías a las 12 semanas. Generalmente el LCR suele ser normal, a diferencia de la vasculitis del SNC. En un 3-10% de los casos puede objetivarse leve pleocitosis en el LCR. Aquellos con pleocitosis tienen riesgo de un diagnóstico erróneo de vasculitis del SNC, que puede conllevar a un tratamiento inmunosupresor inadecuado. No se debería descartar un SVCR en pacientes con pleocitosis en el LCR ni con una presentación clínica atípica.

## TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

58

### **CALIGRAFÍA DOMICILIARIA Y DESTREZA MANUAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO PILOTO**

**Antonio Jose Mendez Guerrero<sup>1</sup>**, Carmen Romero Ferreiro<sup>2</sup>, Víctor Antonio Blanco Palmero<sup>1</sup>, Paloma Martín Jiménez<sup>1</sup>, David Andrés Pérez Martínez<sup>1</sup>, Sara Llamas Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Instituto de investigación i+12, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La destreza manual se afecta en la enfermedad de Parkinson idiopática (EPI) interfiriendo en la funcionalidad de los pacientes. Valorar la viabilidad, el efecto sobre la destreza manual y calidad de vida, de un programa de ejercicios caligráficos domiciliarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio piloto cuasi-experimental sin grupo control con pacientes con EPI procedentes de la consulta de Trastornos del Movimiento del Hospital 12 de Octubre. Realizarán un programa domiciliario de ejercicios caligráficos durante 12 semanas. La destreza manual se medirá mediante el Purdue Pegboard Test (PTT) al inicio del estudio y a las 24 semanas. Se aplicarán otras escalas de destreza manual relacionada con actividades de la vida diaria (Dext-24 y UPDRS-II), de calidad de vida (EuroQoL-5D y PDQ-39) y de valoración motora (UPDRS-III).

**RESULTADOS:** 30 pacientes con EPI, 43% mujeres con edad media 66,1 años ( $\pm 9.76$ ). Tasa de adherencia del 93%. Las puntuaciones del PPT mejoraron a las 24 semanas significativamente ( $p < 0.0001$ ), así como escalas de calidad de vida (EuroQoL-5D, PDQ-39 y PDQ-39 modificada). No hubo un cambio significativo en DextQ-24, UPDRS-II y UPDRS-III.

**CONCLUSIONES:** Este estudio demuestra la viabilidad de un programa de ejercicios caligráficos domiciliarios en pacientes con EPI, mostrando una mejoría en la destreza manual medida por el PPT, así como en calidad de vida. Es una intervención fácil de realizar y bajo coste, pudiendo aportar un importante beneficio en la EPI.



## EDEMA DIFERIDO TRAS ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**Dra. Paloma Ibáñez De La Cadinere<sup>1</sup>**, Dra. Cici Feliz Feliz<sup>1</sup>, Dr. Javier Del Val Fernández<sup>1</sup>, Dr. Pedro J. García Ruiz-Espiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La aparición de edema alrededor del electrodo de estimulación cerebral profunda (DBS por sus siglas en inglés) tras la cirugía es una complicación poco común que suele aparecer inmediatamente después o pocos días tras la cirugía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos dos pacientes intervenidos en nuestro hospital de DBS que cursaron con edema perielectrodo tres semanas después de la intervención.

**RESULTADOS:** Caso 1: Varón de 44 años al que colocaron estimuladores subtalámicos bilaterales por una Enfermedad de Parkinson (EPI).

Caso 2: Varón de 83 años se le realizó una estimulación talámica izquierda por un temblor esencial farmacorresistente e incapacitante.

Ambos respondieron inicialmente de forma muy positiva, reduciendo hasta un 90% el temblor en el segundo caso. Tras tres semanas desde la intervención, el paciente 1 presentó un empeoramiento consistente mayor inestabilidad, alteración de la marcha, dificultad para la coordinación de movimientos así como alteraciones cognitivas (pérdidas de memoria).

Tras tres semanas de la intervención, el paciente 2 acudió al servicio de Urgencias por presentar un cuadro de confusión, desorientación, una afasia mixta de predominio motor y dos crisis focales con alteración del nivel de conciencia.

A ambos pacientes se les realizó TC craneal mostrando hipodensidad frontotemporal izquierda en el caso 1 y una hipodensidad frontal izquierda circundante al trayecto del electrodo profundo en el caso 2. Ambos tenían un TC craneal realizado 24 horas tras la intervención que no mostraban datos de complicación.

Tras los hallazgos de los TC, se les realizó RM cerebral que mostraba en el caso 1 una imagen compatible con edema vasogénico circundante a la totalidad del trayecto del dispositivo izquierdo y en el caso 2 un importante edema vasogénico en el trayecto, afectando fundamentalmente giro frontal medio y sustancia blanca profunda.

Los dos pacientes presentaron una mejoría progresiva hasta la resolución de las complicaciones tanto clínicas como radiológicas (confirmados con nueva RM cerebral) tras un ciclo con dexametasona durante tres y dos semanas respectivamente.

## CONCLUSIONES:

El edema vasogénico tras la DBS es algo poco común y que suele ocurrir en los primeros días tras la intervención en forma de distintas manifestaciones clínicas. Se han descrito casos de aparición pasados varios meses desde la colocación del electrodo, no obstante la presentación subaguda es mucho menos frecuente que la aguda.

## **LATE-ONSET COREA GENERALIZADA SECUNDARIA A POLICITEMIA VERA DE NOVO**

**Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>**, Dr. Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Dra. Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>, Dra. Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Dr. Antonio Méndez Guerrero<sup>1</sup>, Dra. María Paz Guerrero Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain*

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias hematológicas pueden cursar con sintomatología neurológica variopinta. En particular, los síndromes mieloproliferativos con mutaciones en JAK2-V617F se han relacionado con el desarrollo de corea. El mecanismo fisiopatológico es desconocido. Suele presentarse en pacientes de edad media o avanzada. La distribución generalizada (orolingual y apendicular) es la más frecuente, y tiende a seguir un curso crónico fluctuante. El inicio de la misma refleja un empeoramiento de la policitemia vera previa o puede representar un diagnóstico de novo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Presentamos un varón de 88 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica revascularizada, fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxabán y deterioro cognitivo leve, entre otros. Ingresa por movimientos generalizados (orofaciales y 4 extremidades) de semanas de evolución, con empeoramiento en los días previos. Los movimientos no estaban presentes durante el sueño y empeoraban con el nerviosismo y la distractibilidad. Niegan episodios previos similares. No antecedentes de corea de Sydenham, historia familiar de enfermedades neurológicas, cambios recientes de medicación ni consumo previo de neurolépticos. Exploración congruente con corea generalizada asimétrica (mayor hemicuerpo derecho), con afectación orofacial e impersistencia motora, sin otra focalidad. El estudio analítico sanguíneo reveló una poliglobulia leve, sin otras alteraciones (incluyendo serologías, vitaminas, autoinmunidad, frotis y marcadores tumorales). Los análisis básicos de orina y LCR (citobioquímica, microbiología y citología) resultaron anodinos. El estudio genético molecular de enfermedad de Huntington fue negativo. La RM cerebral no mostró alteraciones significativas para la edad. El TC Body evidenció una tumoración de partes blandas, posiblemente maligna, a nivel escapular, compatible con un liposarcoma. El origen paraneoplásico de la corea fue razonablemente descartado por la negatividad de los anticuerpos onconeuronales y de superficie en LCR, así como su benigna evolución. Se solicitó un análisis de JAK2-V617F, que resultó mutado. Una biopsia-aspirado de médula ósea confirmó el diagnóstico de policitemia vera. Se instauró tratamiento con risperidona a bajas dosis, con un buen control de la corea al año del diagnóstico.

## **CONCLUSIONES:**

La corea generalizada puede ser la manifestación inicial de un síndrome mieloproliferativo generalizado, independientemente de la edad de presentación. Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de aquellas coreas que no se ajusten a un origen farmacológico o neurodegenerativo primario. La neuroimagen no presenta imágenes características. La respuesta terapéutica es variable, aunque en general suele ser benigna, a diferencia de otras causas de corea. Los neurolépticos a dosis bajas pueden ser una opción terapéutica válida.

## **DISTONÍA FOCAL DE INICIO EN EL ADULTO CON CAMBIOS TRÓFICOS LOCALES**

**Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>**, Dr. Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Dra. Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>, Dra. Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Dra. María Gutiérrez Sánchez de la Fuente<sup>1</sup>, Dr. Mariano Ruiz Ortiz<sup>1</sup>, Dr. Antonio Méndez Guerrero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Reportar la asociación entre la distonía focal funcional y el síndrome de dolor regional complejo (SDRC), considerándose este último como un criterio de apoyo no definitorio de distonía funcional. El SDRC es una enfermedad de origen traumático que afecta usualmente a extremidades. Se caracteriza por un dolor neuropático (hiperalgesia, alodinia, hiperestesia) no restringido a dermatomas concretos o territorios nerviosos. Suele asociar trastornos disautonómicos locales (edema, eritema, hipertermia local, sudoración) o cambios tróficos (alteraciones cutáneas o de anejos como pelos o uñas). Puede asociarse a diferentes trastornos del movimiento, como temblor, mioclonías, distonías o bradicinesia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, comienza con una distonía focal, fija, progresiva y dolorosa de los dedos y pie izquierdo en flexión e inversión. Asociaba alteraciones sensitivas positivas y negativas, así como cambios disautonómicos y tróficos locales (pérdida de vello corporal, edema). A la anamnesis dirigida comentaba un traumatismo local en cadera izquierda previo al inicio de los síntomas. El estudio analítico sanguíneo y de líquido cefalorraquídeo (incluyendo bioquímica general, autoinmunidad, anti-GAD, anticuerpos onconeuronales y de superficie) resultó negativo. Los estudios de neuroimagen (resonancia magnética de todo el neuroeje y DatScan) se encontraban dentro de la normalidad. Una resonancia magnética de pie izquierdo demostró cambios locales consistentes en tenosinovitis. A pesar del ensayo terapéutico con baclofeno y levodopa-carbidopa (300mg/día), la paciente persistió con la sintomatología mencionada. Dadas las características clínicas de la distonía, unido a la negatividad de los estudios complementarios, la paciente fue diagnosticada de una distonía focal funcional con SDRC asociado. Se inició tratamiento rehabilitador e infiltración local de toxina botulínica, con mejoría posterior.

**CONCLUSIONES:** La distonía focal del pie en adultos obliga a descartar, en primer lugar, una enfermedad de Parkinson idiopática. El diagnóstico de la distonía funcional se realiza en positivo, atendiendo a las características de la misma (dolor regional complejo, alteraciones sensitivas, posición fija desde el inicio, entre otros).

La respuesta a toxina botulínica es variable, siendo el tratamiento más efectivo la educación y la rehabilitación.

62

## UTILIDAD DE LA TECNOLOGIA STIMVIEW EN LA NEUROESTIMULACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

**Dra. Ana Rodríguez Sanz<sup>1</sup>**, Dra. Soledad Serrano López<sup>1</sup>, Dra. María Román<sup>1</sup>, Dra. Beatriz Mansilla<sup>1</sup>, Dr. José Francisco Paz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Tras la estimulación cerebral profunda (ECP) en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) es habitual realizar ajustes de los parámetros de estimulación para mejorar los síntomas parkinsonianos y reducir complicaciones asociadas a la estimulación. Estos ajustes suelen precisar tiempos prolongados en la consulta (no inferior a 30 minutos) y varias revisiones posteriores hasta alcanzar los parámetros deseados. Presentamos nuestra experiencia de la tecnología Stimview en la neuroestimulación de 5 pacientes con EP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 5 pacientes con EP de menos de 10 años de evolución a los que se trató con estimulación cerebral profunda de ambos núcleos subtalámicos. La primera activación del neuroestimulador se realizó en 3 pacientes utilizando la tecnología Stimview. Los otros 2 pacientes, operados hacía 2 años y con un control motor insuficiente, se aplicó la nueva tecnología en una de las revisiones rutinarias.

**RESULTADOS:** Los 3 pacientes a los que se aplicó la tecnología Stimview en la primera activación del neuroestimulador obtuvieron una mejoría clínica sin efectos adversos de forma más rápida (menos de 30 minutos) comparado con el método clásico de activación. Los 2 pacientes, ya operados previamente pero con un control motor subóptimo, recibieron un ajuste del neuroestimulador usando Stimview consiguiendo una clara mejoría de los síntomas motores.

**CONCLUSIÓN:** La nueva tecnología Stimview nos aporta una mayor precisión en estimular la diana terapéutica en los pacientes con EP y de una forma más rápida que el método clásico.

## COMPARACIÓN DE GRUPOS BASADA EN DURACIÓN DE TRATAMIENTO CON INFUSIÓN DE LEVODOPA DUODENAL EN PARKINSON AVANZADO: NUESTRA EXPERIENCIA.

**Dr. Jaime Alonso Maroto<sup>1</sup>**, Dra. Elena Casas Peña<sup>1</sup>, Dra. Inés Muro García<sup>1</sup>, Dra. Lydia López Manzanares<sup>1</sup>, Dr. Jose Vivancos Mora<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las fluctuaciones motoras en la enfermedad de Parkinson (EP) debidas a terapia dopaminérgica suponen la principal indicación de infusión de levodopa duodenal (ILD). Se necesita un seguimiento extendido para definir sus implicaciones a largo plazo. Buscamos comparar las características y complicaciones de pacientes con EP tratados con ILD.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes tratados con ILD en nuestro centro entre 2011 y 2022. Se recogieron datos epidemiológicos, tratamiento farmacológico y complicaciones derivadas de la ILD. Se compararon 3 grupos según la duración del tratamiento: 1 a 3 años (corto), 3 a 7 (largo) y 7 a 9 (muy largo).

**RESULTADOS:** N=24. No hubo diferencias en género (33% mujeres), edad de debut (57,3 DE9,3) o tiempo de evolución de enfermedad hasta ILD (15,4 años DE6,6). No encontramos diferencias en tratamiento con antidepresivos (79,1%), antipsicóticos (45,8%) o IACEs (29,1%). El uso previo de apomorfina (41,7%) y de estimulación del núcleo subtalámico (37,5%) fue similar. No hubo diferencias en déficit de vitamina B (25%, sin casos de polineuropatía). Los granulomas se produjeron en los primeros 2 años. Hubo diferencias en la infección del estoma dependiendo de la duración de ILD (8,3%, 14,3% y 60% respectivamente,  $p=0,02$ ).

**CONCLUSIONES:** No existieron diferencias en características de los pacientes, comorbilidad o complicaciones asociadas a ILD aparte de la infección de estoma, lo que subraya el papel de enfermería especializada. La ILD resulta un tratamiento efectivo y seguro a largo plazo, aunque es necesario un seguimiento más extendido y mayor muestra para establecer otras necesidades.

## SÍNDROME PANCEREBELOSO SECUNDARIO A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Dr. Leonardo Portocarrero Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Carmen Ricaboba Díaz<sup>1</sup>, Dra. Ana Fernández Revuelta<sup>1</sup>, Dra. María Rocío García-Ramos García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El síndrome de Sjögren es una patología autoinmune que se debe a producción de autoanticuerpos contra las ribonucleoproteínas SS-A/Ro y SS-B/La. Aunque afecta principalmente glándulas salivares y lacrimales, puede afectar también al SNC, con prevalencia variable y presentación heterogénea. En algunos casos se ha observado respuesta a tratamiento inmunosupresor.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 48 años (sin antecedentes familiares relevantes) que presenta un cuadro progresivo de 10 años de evolución de torpeza de extremidades e inestabilidad de la marcha, siendo en la actualidad de grado severo, impidiendo prácticamente la deambulación. Presenta también disartria y disfagia, así como posible polineuropatía de extremidades inferiores.

Además, fue diagnosticada de epilepsia focal, recibiendo tratamiento con lacosamida y brivaracetam.

**RESULTADOS:** Las pruebas de laboratorio (vitaminas, autoinmunidad, cobre, antiGAD, onconeuronales, punción lumbar), DATSCAN, EMG y PESS, estudio genético (mitocondrial, ataxias HAD y HAR; genes con expansión de tripletes (ATXN1, 2, 3 y 7; CACNA1A)) resultaron negativas. Sin embargo, la RM mostró atrofia cerebelosa severa y un PET-TC, un marcado hipometabolismo cerebeloso sin evidencia de neoplasia.

En analítica de control en diciembre de 2021, se objetivó una positividad para Ac. AntiRo, atribuyéndose el cuadro clínico por tanto, aunque de forma probable, a un síndrome de Sjögren primario. Se inició tratamiento con corticoides a pesar del tiempo de evolución, sin conseguir mejoría clínica.

**CONCLUSIONES:** El síndrome de Sjögren es una causa rara de afectación del SNC. Ante cuadros pancerebelosos de etiología no filiada, debe considerarse entre las opciones diagnósticas, puesto que puede presentar respuesta clínica a tratamiento inmunosupresor, aunque posiblemente en etapas más tempranas de la enfermedad.

## CEFALEAS

65

### TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA REFRACTARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA Y METAANÁLISIS

**Dr. Javier A. Membrilla<sup>1</sup>**, Dr. Javier Roa<sup>1</sup>, PhD Javier Díaz de Terán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>H. U. La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Estudiar el efecto y la evidencia de los tratamientos preventivos para la cefalea en racimos crónica refractaria (CRCr).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las recomendaciones de las guías PRISMA. El protocolo se registró en PROSPERO (ID CRD42021290983). La búsqueda (Pubmed, Embase, Cochrane) se realizó en septiembre del 2021. Se seleccionaron las publicaciones de tratamientos preventivos para la CRCr definida según la European Headache Federation. Para la revisión de sesgos se utilizaron el Chochrane-Handbook-Risk-Of-Bias-Tool para ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y el ROBINS-E para estudios observacionales (EO).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 43 artículos. La mayor parte estudiaban la estimulación de los nervios occipitales (ENO), con 1 ECA, 11 EO y un total de 436 pacientes. La estimulación cerebral profunda (ECP) fue la segunda terapia más investigada, con 1 ECA, 8 EO y 118 pacientes totales. Todos los estudios de ONS reportaban una reducción en la frecuencia de ataques significativa y una tasa de respondedores en el metaanálisis del 57.3% (95%CI 0.48-0.67). La tasa de respondedores de la ECP resultó del 71.6% (95%CI 0.45-0.98), con un perfil más serio de eventos adversos (EA). Los 24 artículos restantes (fármacos anti-CGRP/r, ketamina-magnesio iv, bloqueos anestésicos, clomifeno, onabotulinumtoxinA, dieta cetogénica, radiofrecuencia o estimulación del ganglio esfenopalatino, estimulación del nervio vago, estimulación bioeléctrica percutánea, estimulación medular cervical y neurectomía del vidiano) presentaban resultados más débiles o peor calidad de evidencia.

**CONCLUSIÓN:** En base a la evidencia actual, los resultados publicados y el perfil de EA, la ENO podría ser recomendada como la terapia de elección para pacientes con CRCr.



## ¿ES LA ALODINIA UN BUEN PREDICTOR DE LA RESPUESTA AL PARCHES DE CAPSAICINA?

**Dr. Antonio Martínez Salio<sup>1</sup>**, Dra. Alejandra Gil García<sup>1</sup>, Dr. Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>, Dra. Claudia Sarrais Polo<sup>1</sup>, Dr. Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Dra. Elena Murcia Sánchez<sup>1</sup>, Dra. María Paz Sanz Ayán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El parche de capsaicina al 8% es un tratamiento de segunda línea para el dolor neuropático periférico. A pesar de sus amplias indicaciones basadas en diagnósticos etiológicos, su eficacia en la práctica clínica habitual no supera el 50%, lo que apoyaría una selección individualizada de los pacientes buscando predictores de respuesta. La alodinia, uno de los síntomas y signos característicos del dolor neuropático, es un factor predictor controvertido, pues si bien, en los ensayos el fármaco mostró una disminución de la intensidad y el área de alodinia, en otros, su presencia se asocia a mala respuesta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan todos los pacientes tratados en la unidad y dentro de ellos los valorados en la consulta de Neurología de la unidad del dolor a lo largo de tres años. Se recogen variables demográficas, del dolor incluida la alodinia y la hipoestesia como síntomas, exploración, en particular de las distintas modalidades sensitivas, y respuesta previa a otras terapias. Se considera una respuesta favorable la reducción de un 30% en la intensidad del dolor a las 8 semanas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 94 aplicaciones, con una respuesta favorable en 27 sujetos (35,1%). Analizando los pacientes estudiados en la consulta de Neurología (35), no hubo relación alguna con edad o sexo. Respecto al dolor, tampoco lo fueron la etiología, la duración del dolor, la presencia de otro dolor crónico o de una patología psiquiátrica en tratamiento. Cuando se estudian tratamientos previos, el único predictor de respuesta favorable es la mejoría con parche de capsaicina, no así a fármacos (antidepresivos, antiepilépticos, opioides) ni a tratamientos intervencionistas. La hipoestesia como signo, la presencia de alodinia como síntoma junto a hipoestesia y sobre todo, la presencia de alodinia mecánica dinámica e hipoestesia en cualquier modalidad en la exploración, fueron predictores de buena respuesta al tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Una selección individualizada del paciente, con una exploración del dolor neuropático periférico, buscando los sujetos con alodinia junto a hipoestesia y una prueba diagnóstica con parche de capsaicina, en el momento actual, no posible en la mayoría de los pacientes, por su indicación exclusiva en neuralgia postherpética podría mejorar la probabilidad de buena respuesta con esta terapia.

## **ERENUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TRAS HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Dr. Leonardo Portocarrero Sánchez<sup>1</sup>**, Dr. Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Dra. Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>, Dr. Jesús Porta Etessam<sup>1</sup>, Dra. Maria Nuria González García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es una enfermedad cuya principal manifestación es la cefalea, siendo esta habitualmente de características migrañosas. En algunos casos, a pesar de su resolución, la cefalea puede persistir y ser muy discapacitante. En este contexto, se han estudiado pocas opciones terapéuticas y disponemos de escasa evidencia. Recientemente, se ha observado un efecto terapéutico de Erenumab en este tipo de cefalea tras HII, lo que podría sugerir una implicación del CGRP en su fisiopatología y un buen recurso para este grupo de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 35 años en seguimiento en unidad de cefaleas en hospital terciario por migraña crónica, que durante 2018 y 2019 fue diagnosticada de HII. Se logró una resolución completa tras tratamiento, con normalización de presión de apertura en PL y desaparición del papiledema. Sin embargo, continuaba con cefalea diaria con gran repercusión en su calidad de vida. Recibió hasta 6 tratamientos preventivos de primera línea en dosis y tiempo adecuados no siendo efectivos. Se decide inicio de tratamiento con Erenumab 140mg con inyección mensual.

**RESULTADOS:** Tras 3 meses de tratamiento, la paciente no refiere mejoría sintomática tras introducción de Erenumab, reportando sin embargo efectos secundarios (estreñimiento). Por otro lado, presentó un incremento de 5kg de peso (93), refiriendo además acúfenos y oscurecimientos visuales.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento con Erenumab puede resultar efectivo en pacientes con cefalea de características migrañosas tras HII resuelto. Sin embargo, se debe vigilar la reaparición de sintomatología compatible con HII (o papiledema sin sintomatología añadida) que pueda interferir con nuevos tratamientos, haciendo que estos no sean claramente ineficaces.

## NEURALGIA TRIGEMINAL SINTOMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE UN INFARTO BULBAR LATERAL (SÍNDROME DE WALLEMBERG).

**Dr. David Seoane Fernández<sup>1</sup>**, Dra. Mariana Muñoz García, Dra. Paloma Martín Jiménez, Dr. Lucas Roca Rodríguez, Dra. Sara Llamas Velasco, Dr. Antonio Martínez Salio, Dra. Patricia Calleja Castaño

<sup>1</sup>*Hospital 12 De Octubre. Servicio De Neurología., Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Resaltar la neuralgia craneal como síntoma del infarto bulbar lateral, dentro del amplio espectro de manifestaciones sensitivas y de tipos de cefalea que puede presentar este síndrome.

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

**RESULTADOS:** Varón de 54 años con antecedentes principales de sobrepeso y tabaquismo activo, sin cefaleas habituales. Consultó por un cuadro súbito de paroxismos de 1 minuto de duración de dolor punzante supraorbitario derecho (región trigeminal V1) muy intenso (EVA 9/10), con intervalos de minutos libre de dolor. Posteriormente asoció acorchamiento de la hemicara derecha y del miembro superior derecho, ataxia truncal con lateropulsión derecha, dismetría dedo-nariz derecha, disartria y disfagia con abolición del reflejo nauseoso derecho (NIHSS de 3 puntos). El dolor no asociaba signos trigémino-autonómicos. Mediante RM y angioRM se confirmó un infarto bulbar lateral derecho de etiología aterotrombótica. El dolor se desencadenaba con el tacto local, cumplía los criterios ICHD-3 para neuralgia trigeminal y se controló con lacosamida, apoyando su naturaleza neuralgiforme central por afectación del núcleo o tracto espinal inferior del trigémino.

**CONCLUSIONES:** La cefalea aguda ipsilateral es un síntoma frecuente del infarto bulbar lateral. Puede consistir en cefalea persistente a nivel posterior, dolor facial (habitualmente asociado a hipoestesia), neuralgia trigeminal sintomática (típicamente oftálmica, como nuestro caso) o cefalea de características trigémino-autonómicas (raramente). Puede ser continuo o intermitente, y aparecer en la fase aguda o de forma diferida. Ocasionalmente coexiste dolor “cruzado” en el hemicuerpo contralateral. Además, un dolor cervical persistente puede traducir una disección arterial vertebral subyacente.

## NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y SUNCT, ESPECTROS DEL MISMO PROCESO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

**Dr Alex Jaimes<sup>1</sup>**, Sra Olga Pajares<sup>1</sup>, Dr. Andrea Gómez García<sup>1</sup>, Dr. Jaime Rodríguez Vico<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Actualmente se debate si la neuralgia del trigémino (NT) y el SUNCT/SUNA son un continuum de la misma patología. Estudios recientes han encontrado una relación entre conflictos neurovasculares del trigémino (CNV-V) y SUNCT/SUNA. Presentamos un caso de NT y SUNCT con resolución completa de ambos tras cirugía de descompresión vascular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de una historia clínica

**RESULTADOS:** Mujer de 54 años que desde sep/19 presenta episodios de dolor tipo descarga eléctrica en V1 izquierdo, asociado a epífora, inyección conjuntival, ptosis y congestión nasal. Duración 10-15min, intensidad 10/10, en torno a 15 episodios/día, la mayoría espontáneos, sin claro período refractario, con dolor continuo concomitante, sin patrón circadiano, buena respuesta a O2. Adicionalmente presenta paroxismos de dolor tipo descarga eléctrica en V2 ipsilateral, segundos de duración, intensidad 5-7/10. Como desencadenantes identifica el tacto, lavado de dientes o masticación. Sin respuesta a preventivos. Empeora de forma progresiva. Cuando acude a la unidad de cefaleas (tras 16 meses del inicio) presenta más de 90 episodios/día, dolor continuo interictal, pésima calidad de vida, prácticamente no puede hablar, come con mucha dificultad y ha acudido a urgencias en múltiples ocasiones. Una angio-RM evidencia CNV-V izquierdo. Tras descompresión neurovascular presenta resolución completa de ambos cuadros en el post-operatorio inmediato. Tras 18 meses continúa asintomática.

**Conclusiones:** Es recomendable realizar un estudio RM dirigido a descartar CNV-V a los pacientes con SUNCT/SUNA. La resolución de ambos cuadros con la descompresión neurovascular apoya la noción de que pueden ser manifestaciones diferentes de la misma entidad.

70

## ¿ES POSIBLE PREDECIR UNA CRISIS DE MIGRAÑA? ESTUDIO PROSPECTIVO PARA VALORAR LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN EN TIEMPO REAL, A TRAVÉS DE VARIABLES HEMODINÁMICAS, MEDIANTE UN DISPOSITIVO PORTÁTIL DE MUÑECA

**Dra Ana Beatriz Gago-Veiga<sup>1</sup>**, Dra. Alicia González-Martínez<sup>1</sup>, Sr. Javier Gálvez-Goicuría<sup>2</sup>, Dr. Josué Pagán<sup>2</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>, Dra. Alba Vieira<sup>1</sup>, Sr. Carlos Andrés-Ramiro<sup>2</sup>, Dra. Mónica Sobrado<sup>1</sup>, Dr. Jose Luis Ayala<sup>3</sup>, Dr Jose Vivancos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España , <sup>2</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid , Madrid , España , <sup>3</sup>Departamento de Arquitectura de Computadores y Automática , Madrid , España

**OBJETIVOS:** Existen cambios en las variables hemodinámicas que sugieren una disfunción del sistema nervioso autónomo (SNA) en el paciente con migraña. En línea con estudios previos de nuestro grupo, en este proyecto hemos evaluado la capacidad de predicción, a través del registro continuo de: temperatura distal de la piel (T), frecuencia cardíaca (FC) y actividad electrodérmica (EDA) obtenido mediante un dispositivo de última tecnología y más portátil.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo, con recogida de datos en tiempo real, con los que se generaron modelos de predicción personalizados utilizando la memoria a corto plazo (LSTM) de redes neuronales recurrentes artificiales para calcular si el dolor aparecerá en los siguientes 120 minutos. Para entrenar los modelos, los datos se equilibraron en períodos de tiempo de dolor-sin dolor.

**RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 8 pacientes con migraña episódica y un total de 24 episodios registrados. La mayoría de los pacientes eran mujeres 7/8 (87,5%) y la mediana de edad fue de 46 (RIC: 34-48) años. Tenían diagnóstico de migraña con aura 3/8 (37,5%). El algoritmo fue capaz de predecir los ataques de migraña con una sensibilidad del 95% en toda la muestra (23/24). Todos los ataques de migraña fueron predichos, basados en un modelo de 60 minutos, en 7/8 (85,7%) de los pacientes y no hubo falsos negativos entre ellos.

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio de mayor tamaño muestral que el previo, utilizando los dispositivos portátiles actuales de muñeca, confirma la capacidad predictiva de las variables hemodinámicas para predecir el dolor de un ataque de migraña.

Además, abre las puertas a futuros estudios que evalúen el papel de la terapia farmacológica temprana.

## PRESENCIA DE SÍNDROME DE NIEVE VISUAL EN PACIENTES CON MIGRAÑA

**Carmen GONZÁLEZ ÁVILA<sup>1</sup>**, Dr. David García Azorín<sup>2</sup>, Dra. Ane Mínguez-Olaondo<sup>3</sup>, Dra. Laura Rubio Flores<sup>4</sup>, Dra. Raquel Lamas<sup>5</sup>, Dra. Candela Nieves-Castellanos<sup>6</sup>, Dra. Alba López Bravo<sup>7</sup>, Dr. Albert Muñoz Vendrell<sup>8</sup>, Dr. Sergio Campoy<sup>8</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid., Valladolid, Spain, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Donosti, San Sebastián, Spain, <sup>4</sup>Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, Spain, <sup>5</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Spain, <sup>6</sup>Hospital La Fe, Valencia, Spain, <sup>7</sup>Hospital Reina Sofía, Tudela, Spain, <sup>8</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Spain

**OBJETIVOS:** La semiología y fisiopatología del síndrome de nieve visual (SNV) es superponible a la migraña, por lo que se ha postulado que su prevalencia en estos pacientes podría estar aumentada frente a la población general (2%). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la presencia de SNV en una serie de pacientes con migraña y estudiar posibles diferencias sociodemográficas y clínicas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, analítico, realizado mediante encuesta autodiseñada en base a los criterios diagnósticos actuales para SNV, en pacientes en seguimiento por migraña en 8 hospitales nacionales durante febrero y marzo de 2022. Se recogieron sus características sociodemográficas y clínicas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 193 pacientes con migraña, 86% mujeres. Sesenta y tres pacientes (32,64%) presentaban nieve visual, de los cuales 16 (8,3% del total) cumplían criterios para SNV.

De los pacientes con SNV, 11 (68,75%) presentaban migraña crónica, 9 (56,3%) aura visual y 3 (18,8%) tinnitus. Nueve pacientes (56,3%) presentaban SNV desde que podían recordar: fotofobia en 16 (100%), fenómenos entópticos en 16 (100%), nictalopía en 13 (81,3%) y palinopsia en 9 (56,3%).

El aura visual y el tinnitus fueron más frecuentes en los pacientes con SNV,  $p=0,049$  y  $p=0,019$  respectivamente. Ninguna otra comorbilidad o característica de la migraña mostró diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin SNV.

## CONCLUSIONES:

La presencia del SNV en los pacientes con migraña incluidos en nuestro estudio fue mayor a la descrita en la población general. Los pacientes con SNV podrían tener características clínicas y comorbilidades diferenciales.

72

## **GRAN RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN NO INVASIVA DEL NERVIOS VAGO EN UNA PACIENTE CON HEMICRANIA PAROXÍSTICA CRÓNICA CON CONTRAINDICACIÓN A LA INDOMETACINA.**

**Dr Alex Jaimes<sup>1</sup>**, Dra. Andrea Gómez García<sup>1</sup>, Sra. Olga Pajares<sup>1</sup>, Dr. Jaime Rodríguez Vico<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** La hemicránea paroxística (HP) es una cefalea primaria infrecuente, caracterizada por ataques de dolor estrictamente unilateral de entre 2-30 minutos de duración asociados a síntomas trigémino-autonómicos. Aunque suele tener una respuesta completa a la indometacina, entre el 30-60% de los pacientes tienen efectos adversos y aproximadamente el 20% tienen que suspenderla. Aunque diversos fármacos han sido utilizados, ninguno ha demostrado la misma magnitud de respuesta. Algunos reportes sugieren que la estimulación no invasiva del nervio vago (nVNS) puede ser una opción terapéutica eficaz. En esta comunicación se describe una paciente con HP con contraindicación a la indometacina con muy buena respuesta a la nVNS.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de una historia clínica

**RESULTADOS:** Se trata de una mujer de 72 años con antecedente de HTA, dislipidemia y SAHS. Fue derivada a nuestro centro por cefalea de 6 años de evolución, tratada con carbamazepina y pregabalina sin beneficio. Describía episodios de dolor de intensidad 10/10, localizados a nivel facial y temporal, exclusivamente derechos, de 20min de duración que ocasionalmente se prolongaban hasta 80min, con una frecuencia de mas de 8/día. Durante los ataques presentaba epífora, congestión nasal y ocasionalmente ptosis ipsilateral. Desde el inicio de los síntomas no había tenido períodos de remisión. Ante la sospecha de HP crónica, se inicia indometacina 75mg/día con resolución completa del dolor.

Tras 8 meses presenta un síndrome hemolítico urémico con insuficiencia renal, obligándola a suspender la indometacina de forma permanente con lo cual la cefalea recidivó. Se probaron diversos fármacos sin respuesta. Se realizaron bloqueos del nervio occipital con anestésico y corticoides obteniendo mejoría parcial y transitoria durante 3 semanas, precisando nuevos bloqueos únicamente con anestésicos. Finalmente se hizo una prueba terapéutica con nVNS. Después de 2 semanas la duración de la cefalea pasó de 20 a 10min, la frecuencia de 8-4 episodios/día y la intensidad de 10 a 2/10. Después de 5 meses de seguimiento la paciente sigue mejorando, actualmente sus tiene 2 episodios/día de 8min de duración y de intensidad 2/10. Como efectos adversos ha notado parestesias y contracciones musculares en el sitio de aplicación.

**CONCLUSIONES:** La nVNS es una alternativa efectiva y bien tolerada para pacientes con HP crónica.



## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON EL USO DE FÁRMACOS ANTI-CGRP EN LA REGIÓN CENTRAL DE ESPAÑA

**Dra. Alicia González Martínez<sup>1</sup>**, Dr. Josué Pagán, Dr. Ancor Sanz-García, Dr. David García-Azorín, Dr. Jaime Rodríguez-Vico, Dr. Alex Jaimes<sup>5</sup>, Dra. Andrea Gómez García<sup>5</sup>, Dr. Javier Díaz de Terán, Dra. María Sastre-Real<sup>6</sup>, Dra. Nuria González García, Dr. Jesús Porta-Etessam<sup>7</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>, Sra. Patricia Heredia<sup>1</sup>, Dr. Javier Casas Limón, Dr. Germán Latorre, Dr. Carlos Calle de Miguel<sup>10</sup>, Sr. Álvaro Sierra<sup>4</sup>, Dr. Ángel Luis Guerrero-Peral<sup>4</sup>, Dra. Cristina Trevino-Peinado, Dra. Ana Beatriz Gago-Veiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa & Instituto De Investigación Sanitaria Princesa (iis-princesa), Madrid, España, <sup>2</sup>Universidad Politécnica de Madrid and Center for Computational Simulation of Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, Madrid, España, <sup>3</sup>Unidad de Análisis de Datos, Hospital Universitario de La Princesa & Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS), Madrid, España, <sup>4</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Universidad de Valladolid, Valladolid, España, <sup>5</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, <sup>6</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Madrid, España, <sup>7</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, , <sup>8</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Alcorcón, España, <sup>9</sup>Unidad de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España, <sup>10</sup>Consulta de Cefaleas, Departamento de Neurología, Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

**OBJETIVOS:** La mayoría de los ensayos clínicos con anticuerpos antiCGRP han demostrado su eficacia y seguridad en migraña crónica y episódica de alta frecuencia en pacientes de menos de 65 años. El principal objetivo del presente estudio es describir las características clínicas, efectividad y seguridad de antiCGRP en pacientes mayores de 65 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo anidado en una cohorte multicéntrica de recogida prospectiva de pacientes mayores de 65 años con migraña crónica o migraña episódica de alta frecuencia (CIC-3) en tratamiento con antiCGRP (erenumab, galcanezumab o fremanezumab). Se recogen variables demográficas y clínicas, respuesta como reducción en el número de días de cefalea (DCM) y/o migraña (DMM) mensual a los 3, 6 y 12 meses, y presencia de efectos adversos.

**RESULTADOS:** 43 pacientes, edad media 70(DE:3.6) años, 39/43(90,7%) mujeres, 29/43(67%) migraña crónica, tiempo de evolución de la migraña de 45(DE:15.2) años, años de cronicidad 14(10,4), 9,5(DE:3.8) tratamientos preventivos, 17/43(39,5%) comorbilidad psiquiátrica y 24/43(55,8%) uso excesivo de medicación. Se observó una reducción de 5 DCM a los 3 meses, 7 DCM a los 6 meses y 6 DCM a los 12 meses( $p<0.05$ ), y de 11 DMM a los 3 meses, 13 DMM a los 6 meses y 11 DMM a los 12 meses( $p<0.05$ ); encontramos que 11/43(25,6%) de los pacientes tuvo algún efecto adverso.

**CONCLUSIONES:** Según nuestra serie, el uso de fármacos antiCGRP parece efectivo y seguro en pacientes mayores de 65 años. Futuros estudios con un mayor número de pacientes y un periodo de seguimiento más largo son necesarios para corroborar estos hallazgos

## COMPARACIÓN DEL FENOTIPO DE CEFALEA PRIMARIA, CEFALEA POR COVID19 Y CEFALEA TRAS VACUNACIÓN DE COVID19 EN PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

**Paula Paños Basterra<sup>1</sup>**, Alicia González Martínez<sup>1,2</sup>, Marta Domínguez Gallego<sup>1</sup>, Alba Somovilla<sup>1</sup>, Carmen Martín Ramos<sup>1</sup>, Álvaro Morales Caballero<sup>3</sup>, Amparo López-Guerrero Almansa<sup>3</sup>, Manuela García Cebrián, José Vivancos<sup>1</sup>, Ana Beatriz Gago-Veiga<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología, Hospital Universitario de la Princesa, , <sup>3</sup>Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital de la Princesa, Madrid, ,

**INTRODUCCIÓN:** La cefalea es un síntoma frecuente durante la infección por SARS-CoV-2 y tras su vacunación. Nuestro objetivo es caracterizar la semiología de la cefalea por COVID19 y post-vacunal, y valorar la influencia de la cefalea primaria; cefalea-migraña (CM) o cefalea de tipo tensional (CT) en sus características.

**MÉTODOS:** Se trata de un estudio observacional con recogida de datos prospectiva mediante una encuesta online en profesionales sanitarios con PCR-SARS-CoV-2 positiva y que presentaron cefalea durante la infección por COVID19 entre 03/2020-10/2020, recogidos por Prevención de Riesgos Laborales de nuestro hospital terciario. Se recogieron variables clínicas, demográficas y de semiología de la cefalea durante la infección y la inmunización.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 109 participantes con cefalea por COVID19 siendo 94/109 (86,2%) mujeres con media de 45.1 (DE:12.45) años. 22/109 (20,8%) tenían migraña como cefalea primaria y 11/109(10,09%) cefalea tensional. La cefalea por COVID19 cumplía criterios de la ICHD-3 para CM en 11/109 pacientes y criterios de CT en 31/109 (28.4%). Esta fue persistente (> 3 meses) en 25/109 (22.95%). La cefalea tras vacunación de COVID19 apareció en 61/109 (55.96%) de los pacientes con cefalea por COVID19. Esta cefalea apareció en < 24h en 35/61 (59%) con una duración < 24h en 24/61(40%) y < 1 semana en 36/61(59%). El fenotipo de la cefalea tras vacunación de COVID19 era similar a la cefalea primaria en 15/61 (24.59) y similar a la cefalea por COVID19 en 41/61 (67,21%).

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio tanto la cefalea por COVID19 como la cefalea post-vacunal presentan más frecuentemente un fenotipo similar a la cefalea tensional. Además, la cefalea post-vacunal es más frecuentemente similar a la cefalea por infección COVID-19 que a la cefalea primaria

75

#### CEFALEA TROCLEAR: UNA SERIE DE 36 PACIENTES

**Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>**, Dr. Javier Casas Limón<sup>1</sup>, Dra. Verónica López de Diego<sup>1</sup>, Dra. Silvina Espada Rubio<sup>1</sup>, Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dra. Nora De la Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** la cefalea troclear (CT) es una entidad probablemente infradiagnosticada. El objetivo de este estudio es ampliar la información con nuestra experiencia, y contribuir a la caracterización de este tipo de cefalea.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo de 36 pacientes con CT en la consulta de cefaleas de nuestro centro, desde enero a diciembre de 2021.

**RESULTADOS:** la mayoría de los pacientes eran mujeres (86%). La edad media de inicio fue de 53 años. En el 100% de los casos eran CT primarias (sin trocleítis). La mitad de los pacientes asociaban otro tipo de cefalea, la más frecuente fue la migraña (22%) y en segundo lugar la neuralgia del supraorbitario (14%). El 44% de las CT fueron izquierdas, el 36% bilaterales y el 20% derechas. De todos los pacientes, 2 no quisieron infiltrarse. De los infiltrados, el 92% se trataron con corticoides y anestésico local. El 29.4% de los infiltrados presentaron una respuesta completa. El 38.2% presentaron una buena respuesta, entendida como la reducción de la intensidad y/o la frecuencia > 50% durante al menos tres meses. El 23.5% de los pacientes presentaron una respuesta parcial, definida como la reducción de la intensidad y/o la frecuencia < 50% y/o durante menos de 3 meses. Solo 3 pacientes no obtuvieron respuesta. De los pacientes infiltrados, 4 necesitaron una segunda dosis para conseguir la eficacia. El 14.7% de los pacientes presentaron algún efecto secundario, 2 de ellos un hematoma periorbitario autolimitado. La media de tratamientos preventivos recibidos previamente fue de 2.

**CONCLUSIONES:** La CT primaria es una causa de cefalea periorbitaria poco reconocida. Es más frecuente en mujeres y puede asociarse a otras cefaleas, la más frecuente la migraña. El tratamiento consiste en la infiltración de corticoides con anestésico local en la región troclear. La respuesta suele ser rápida y buena y los efectos secundarios suelen ser escasos y localizados.

Ocasionalmente, pueden requerirse varias infiltraciones para obtener respuesta.

## **BENEFICIO SOSTENIDO DE ERENUMAB MENSUAL VERSUS LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS ORALES DIARIOS EN PACIENTES CON MIGRAÑA EPISÓDICA: ESTUDIO APPRAISE**

**Javier Díaz De Terán**<sup>1</sup>, Raquel Gil-Gouveia<sup>2</sup>, David Dolezil<sup>3</sup>, Koen Paemeleire<sup>4</sup>, Adam Stepien<sup>5</sup>, Philipp Stude<sup>6</sup>, Cristina Lopez Lopez<sup>7</sup>, Tracy Stites<sup>8</sup>, Shannon Ritter<sup>8</sup>, Chaitali Babanrao Pisal<sup>9</sup>, Josefin Snellman<sup>10</sup>, Matias Ferraris<sup>10</sup>, Patricia Pozo-Rosich<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Investigador del estudio responsable de la presentación de los datos pero no autor del trabajo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital da Luz, Lisboa, Portugal, <sup>3</sup>Headache Center, DADO MEDICAL sro, Praga, República Checa, <sup>4</sup>Ghent University Hospital, Ghent, Bélgica, <sup>5</sup>WIM Warsaw, Warsaw, Polonia, <sup>6</sup>Praxis Dr. Stude, Bochum, Alemania, <sup>7</sup>Roche Biotechnology, Basilea, Suiza, <sup>8</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, EE.UU., <sup>9</sup>Novartis Healthcare Pvt Ltd., India, <sup>10</sup>Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza, <sup>11</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

**OBJETIVOS:** APPRAISE es un estudio global, prospectivo, aleatorizado y abierto que compara el beneficio sostenido de erenumab subcutáneo de administración mensual con los tratamientos preventivos orales administrados diariamente (tratamiento estándar) en pacientes con migraña episódica.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Pacientes adultos  $\geq 18$  años (N=621) con migraña episódica que habían fracasado a 1 o 2 tratamientos preventivos previos para la migraña debido a la falta de eficacia y/o tolerabilidad, fueron aleatorizados (2:1) a erenumab mensual (70 mg o 140 mg) o a un tratamiento preventivo oral diario. Se permitió el cambio dentro de cada brazo (cambio de dosis de erenumab o cambio de tratamientos preventivos orales aprobados localmente). La variable principal compuesta fue la proporción de pacientes que completaron el tratamiento asignado y lograron una reducción  $\geq 50\%$  desde la basal en los días de migraña mensuales (DMM) al Mes 12. Las variables secundarias fueron el cambio en la media acumulada de DMM desde la basal para los pacientes con el tratamiento asignado en la basal, la proporción de pacientes que completaron el estudio con el tratamiento asignado en la basal y la evaluación del cambio del estado clínico del paciente desde la basal medido mediante la escala Patient Global Impression of Change (PGIC) al Mes 12 con el tratamiento asignado en la basal.

**RESULTADOS:** Una proporción significativamente superior de pacientes permanecieron con el tratamiento asignado en la basal y alcanzaron una reducción  $\geq 50\%$  de los DMM desde la basal con erenumab versus los tratamientos preventivos orales (56,2% vs 16,8%;  $p < 0,0001$ ). En comparación con los tratamientos preventivos orales, el tratamiento con erenumab redujo significativamente la media de DMM en cada punto temporal hasta el Mes 12 ( $p < 0,001$ ), lo que también se reflejó en la retención de pacientes y los resultados de la escala PGIC.

**CONCLUSIONES:** Erenumab mostró una eficacia sostenida superior en comparación con los tratamientos preventivos orales en pacientes con migraña episódica que habían fracasado previamente a 1 o 2 tratamientos preventivos contra la migraña.

## NIEVE VISUAL TRANSITORIA EN PACIENTES CON MIGRAÑA: AMPLIANDO EL ESPECTRO CLÍNICO DEL SÍNDROME DE NIEVE VISUAL

**Carmen GONZÁLEZ ÁVILA<sup>1</sup>**, David García Azorín<sup>2</sup>, Ane Mínguez-Olaondo<sup>3</sup>, Laura Rubio Flores<sup>4</sup>, Raquel Lamas<sup>5</sup>, Candela Nieves-Castellanos<sup>6</sup>, Alba López Bravo<sup>7</sup>, Albert Muñoz Vendrell<sup>8</sup>, Sergio Campoy<sup>8</sup>, Sonia Quintas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>3</sup>Hospital Universitario de Donosti, San Sebastián, España, <sup>4</sup>Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España, <sup>5</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España, <sup>6</sup>Hospital La Fe, Valencia, España, <sup>7</sup>Hospital Reina Sofía, Tudela, España, <sup>8</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

**OBJETIVOS:** Los criterios diagnósticos del síndrome de nieve visual (SNV) incluyen la presencia continua de nieve visual durante más de tres meses y al menos otros dos síntomas visuales. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la presencia transitoria de esta sintomatología en pacientes con migraña y compararlos con los que la presentaban de forma persistente.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, analítico, realizado mediante encuesta autodiseñada en pacientes en seguimiento por migraña en 8 hospitales nacionales durante febrero y marzo de 2022. Se recogieron características sociodemográficas y clínicas. Se estudiaron diferencias entre pacientes que cumplían criterios de SNV y los que presentaban esta sintomatología transitoriamente.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 193 pacientes con migraña, 86% eran mujeres. Sesenta y tres pacientes (32,64%) presentaban nieve visual, de los cuales 47 (24,4%) la presentaban de forma transitoria.

En este subgrupo, 45 eran mujeres (95,7%), 19 (40,4%) presentaban aura visual y en 41 (87,2%) la nieve visual coincidía con las crisis de dolor. Veintitrés (48,9%) presentaban los síntomas desde que podían recordar. Asociaban fotofobia 47 (100%), fenómenos entópticos 45 (95,7%), nictalopía 30 (63,8%) y palinopsia 20 (42,6%).

La proporción de mujeres fue mayor en el SNV transitorio respecto al SNV ( $p=0,014$ ) y el aura visual menos frecuente ( $p=0,045$ ). La nictalopía ( $p=0,003$ ), las miodesopsias ( $p=0,024$ ), las fotopsias ( $p<0,001$ ) y los fosfenos ( $p<0,001$ ) fueron menos frecuentes en el SNV transitorio.

**CONCLUSIONES:** Existen pacientes con migraña que presentan síntomas compatibles con el síndrome de nieve visual de forma transitoria. Es posible que el espectro clínico de la nieve visual en pacientes con migraña sea más amplio de lo descrito, constituyendo un subtipo de aura visual y confirmando el solapamiento clínico entre ambas entidades.

78

**SEGURIDAD CARDIOVASCULAR DE GEPANTES Y DITANES, NUEVOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO AGUDO Y PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA.**

**Abigail Pérez Rodríguez<sup>1,2</sup>**, Carmen Terrón Cuadrado<sup>1,2</sup>, Carla Anciones<sup>1,2</sup>, Leonides Canuet Delis<sup>1,2</sup>, Francisco Gilo Arrojo<sup>1,2</sup>, Buenaventura Anciones Rodríguez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nuestra Señora Del Rosario, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital de la Zarzuela, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Evaluar la seguridad cardiovascular demostrada por gepantes y ditanes analizando la evidencia publicada.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Realizamos una búsqueda bibliográfica en Pubmed y una revisión de los ensayos clínicos publicados en clinicaltrial.gov.

Incluimos revisiones bibliográficas, ensayos clínicos y metaanálisis en español e inglés.

Las palabras clave seleccionadas han sido: migraña, gepantes, ubrogepant, rimegepant, atogepant, zavegepant, seguridad cardiovascular, ditanes, lasmiditan, CGRP.

**RESULTADOS:** La migraña es una patología neurológica prevalente. En las últimas décadas se han desarrollado nuevos fármacos específicos para el tratamiento agudo y preventivo de la migraña basados en el descubrimiento del rol del CGRP. Entre estos fármacos se encuentran los antagonistas del CGRP (gepantes) y los agonistas selectivos del receptor 5-HT<sub>1F</sub> (ditanes).

El CGRP es un neuropéptido liberado por los terminales trigeminales que actúa como vasodilatador, provoca inflamación neurogénica, y con ello la generación del dolor y la sensibilización en la migraña. Además de su papel en la migraña, posee una potente acción vasodilatadora y participa en la regulación cardiovascular. Por este motivo, la seguridad vascular de actuar contra el CGRP supone un motivo de preocupación y se están llevando a cabo numerosos estudios para evaluarlo.

Lasmiditan ha demostrado un perfil de seguridad cardiovascular favorable en varios ensayos clínicos de fase II y III. El porcentaje de efectos adversos cardiovasculares (EACVs) relacionados con el tratamiento fue < 1%, siendo las palpitaciones el más frecuente.

La ausencia de efecto vasoconstrictor le convierte en una nueva opción de tratamiento agudo para pacientes con riesgo cardiovascular que tienen contraindicado el uso de triptanes o con respuesta insuficiente a estos, mostrando una eficacia similar, pero sin problemas de seguridad cardiovascular.

Centrándonos en los gepantes, ubrogepant ha mostrado un porcentaje de EACVs menor al 2% en varios ensayos de fase II y III. Su seguridad cardiovascular no se modificó por la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCVs) previos según un análisis adicional post-hoc. El EACV relacionado con el tratamiento más frecuente fue la taquicardia sinusal.

En los ensayos de fase II y III de rimegepant, atogepant y zavegepant no se informan EACVs a destacar.

Estos datos convierten a los gepantes en una nueva opción de tratamiento agudo y preventivo para pacientes con riesgo cardiovascular.

**CONCLUSIONES:** En base a los resultados hasta ahora publicados podemos concluir que el perfil de seguridad cardiovascular de estos nuevos tratamientos es favorable. Para confirmar estos resultados son necesarios estudios de seguridad a más largo plazo.



## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES EN PRUEBAS DE NEUROIMAGEN REALIZADAS EN PACIENTES CON CEFALEA EN UN ÁMBITO AMBULATORIO

**Dr. Gabriel García Alcántara<sup>1</sup>**, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Rodrigo López Rebolledo<sup>1</sup>, Dra. Cristina Moreno López<sup>1</sup>, Dra. Ana Belén Moreno Valverde<sup>1</sup>, Dr. Diego Mayo Canalejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España

**OBJETIVOS:** los estudios disponibles ofrecen una guía limitada acerca del uso de la neuroimagen en pacientes con cefalea en el ámbito ambulatorio. Nuestro objetivo fue describir y analizar las alteraciones en neuroimagen en pacientes con cefalea en una consulta de Neurología, así como determinar qué datos de alarma clínicos se asocian con mayor frecuencia a estas alteraciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** realizamos un estudio transversal de una serie de pacientes consecutivos de la consulta de Neurología a los que se les realizó una prueba de neuroimagen.

**RESULTADOS:** se incluyeron 279 pacientes en el estudio (190 mujeres y 89 hombres). Los estudios de neuroimagen detectaron alteraciones significativas en 5 pacientes (1,8%). Ningún paciente sin datos de alarma clínicos presentó alteraciones graves en la prueba de neuroimagen, y de los que presentaban datos de alarma clínicos solo el 2,3% presentaron alteraciones graves. Los dos datos de alarma clínicos que se asociaron de forma significativa a una mayor probabilidad de alteraciones graves en la neuroimagen fueron la cefalea que se desencadena o empeora significativamente con cambios posturales o maniobras de Valsalva (VPP= 37,5%) y la cefalea crónica diaria desde su inicio (VPP= 5,8%).

**CONCLUSIONES:** la prevalencia de alteraciones significativas en neuroimagen en pacientes con cefalea en un ámbito ambulatorio fue baja, incluso en presencia de datos de alarma clínicos, por lo que la utilidad de estos datos de alarma parece ser menor en un contexto ambulatorio. Podría ser razonable intentar reducir el uso de la neuroimagen en pacientes con dolor de cabeza en el ámbito ambulatorio.



## EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RADIOFRECUENCIA PULSADA EN PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO CRÓNICAS Y REFRACTARIAS

**Marta Domínguez Gallego<sup>1</sup>**, Alicia Gonzalez-Martinez<sup>1</sup>, Sonia Quintas<sup>1</sup>, Carmen Montero<sup>2</sup>, Elena Rojo<sup>1</sup>, Manuel Muñoz<sup>1</sup>, Dolores Ochoa<sup>1</sup>, Concha Perez<sup>1</sup>, Jose Vivancos<sup>1</sup>, Ana Beatriz Gago-Veiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Princesa, Madrid, España, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Españ

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** La radiofrecuencia pulsada (RFP) es una técnica de neuromodulación, mínimamente invasiva, empleada en dolor crónico. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de esta técnica en casos de neuralgia del trigémino (NT) y cefalea en racimos crónica (CR) refractarios a tratamiento oral.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes con NT y CR según criterios CIC-3 (III edición de la Clasificación internacional de cefaleas), tratados con RFP en nuestra Unidad del Dolor (UDO) del 01/01/2013 al 31/12/2020. Para evaluar eficacia se analizó: reducción del número de ataques, tasa de respuesta del 50%, escala visual analógica (EVA) a los 3 meses e impresión de mejoría global del paciente (PGI).

**RESULTADOS:** De las 293 radiofrecuencias realizadas en la UDO cumplían criterios 25 pacientes: 19 NT y 6 CR. Se observó una reducción en el número de ataques en 14/19 (74%) pacientes con NT y en 5/6 (83%) con CR. Hubo una tasa de respuesta del 50% en 11/19 (58%) de los pacientes con NT y 4/6 (67%) con CR. Además, encontramos una reducción del EVA a los 3 meses en ambos grupos ( $p < 0,01$  en NT;  $p = 0,06$  en CR). PGI fue mejor o mucho mejor en 10/19 (53%) NT y 2/6 (33%) CR. Se determinó la recurrencia del dolor: 13/14 (93%) en NT y 5/5 (100%) en CR, la mitad pasado más de 1 año desde el primer procedimiento (7/13 NT y 2/5 CR). No hubo eventos adversos importantes.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie la RFP constituye un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con NT y CR refractarias. Dada su baja tasa de complicaciones, esta técnica podría considerarse una opción terapéutica en pacientes refractarios a tratamiento oral y no candidatos a procedimientos invasivos.

## SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

**Carlos Corral Quereda**<sup>1</sup>, Lucía Sánchez Casado<sup>1</sup>, Eduardo Mariño Trillo<sup>1</sup>, María José Ruiz Casrtillo<sup>1</sup>, Javier Membrilla Amos<sup>1</sup>, María Sastre Real, Dr. Javier Díaz de Terán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Analizar los efectos adversos (EA) referidos por pacientes con migraña tratados con anticuerpos monoclonales contra el CGRP o su receptor (AcM anti-CGRP) en la práctica clínica.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes con Migraña Crónica (MC) y Migraña Episódica de Alta Frecuencia (MEAF) tras tres meses de tratamiento con galcanezumab y erenumab en la Unidad de Cefaleas de un Hospital Universitario terciario, entre enero de 2020 y enero de 2021. Las variables incluidas fueron: sexo, edad, presencia y tipo de EA, uso concomitante de otras terapias contra la migraña y características de la migraña.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 133 pacientes, de los cuales 106 (79.7%) tenían diagnóstico de MC y 27 (20.3%) de MEAF. Se describieron EA en 69 pacientes (51.9%). El EA más frecuente fue el estreñimiento, referido por 45 pacientes (33.8%). Fueron EA menos frecuentes mareo (6 pacientes, 4.5%), mialgias (5 pacientes, 3.8%) y astenia (5 pacientes, 3.8%). No ocurrieron EA graves, sin embargo, un paciente finalizó el tratamiento por estreñimiento (<0.8%). No se encontraron asociaciones entre el estreñimiento y el AcM anti-CGRP usado, variables epidemiológicas, tratamiento concomitante con otros fármacos para la migraña o características de la migraña.

**Conclusiones:** Los AcM anti-CGRP son bien tolerados tras tres meses de tratamiento. Aproximadamente la mitad de los pacientes padecieron algún efecto secundario, sin embargo, en la mayoría fueron leves. El EA más frecuente fue el estreñimiento. No hubo diferencias en los EA entre los diferentes AcM anti-CGRP.

## **ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE VÉRTIGO RECURRENTE EN PACIENTES CON MIGRAÑA EN UNA CONSULTA DE NEUROLOGÍA GENERAL**

Bruno Winzer Meliá<sup>2</sup>, Juan Ignacio López Carbonero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, , <sup>2</sup>Universidad Europea de Madrid, Madrid,

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con migraña, analizando su asociación con sus peculiaridades clínicas o sociodemográficas; y explorar la prevalencia y las características del vértigo recurrente asociado a la migraña (VRAM), distinguiéndolo de otras formas de inestabilidad de acuerdo con unos criterios clínicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos realizado un estudio transversal con datos clínicos de 156 pacientes con diagnóstico de migraña según criterios de la ICHD-3. Se recogieron variables demográficas, clínicas, de tratamiento, así como comorbilidades psiquiátricas, uso de psicofármacos, y presencia de síntomas de VRAM. Se realizó un análisis estadístico tratando de asociar estas comorbilidades con otras variables clínicas de los pacientes.

**RESULTADOS:** Encontramos una prevalencia de ansiedad del 30% y de depresión del 9%. La depresión resultó más prevalente en el sexo femenino, entre los pacientes con migraña crónica y en aquellos pacientes con más años de evolución. En nuestra muestra la prevalencia de VRAM durante las crisis de migraña se sitúa en torno al 11%. No hemos hallado ninguna asociación entre las variables estudiadas y la prevalencia de trastornos de ansiedad, uso de psicofármacos o VRAM.

**CONCLUSIONES:** Los trastornos afectivos, y en especial la ansiedad, son especialmente prevalentes en las personas que sufren migraña, y deben ser tenidos en cuenta en la consulta para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, con el fin último y necesario de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Asimismo, el VRAM presenta una prevalencia no desdeñable, que creemos que debe ser conocida por todos los neurólogos generales para poder ser identificado en una consulta general y correctamente abordado, diagnosticado y tratado.

## **SON BUENOS LOS CAMBIOS? LOS EFECTOS DEL SWITCH DE ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-CGRP EN LA MIGRAÑA.**

**María García García**<sup>1</sup>, Alba Cárcamo Fonfría<sup>1</sup>, Sarai Urtiaga Valle<sup>2</sup>, Carlos Piquero Fernández<sup>1</sup>, Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, Jaime Antonio Medranda Corral<sup>1</sup>, María Díaz Del Valle<sup>1</sup>, Clara Romero Plaza

<sup>1</sup>Hopital Universitario De Getafe, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Disponemos de tres anticuerpos monoclonales (ACM) anti-CGRP comercializados para el tratamiento de la migraña, con mecanismos de acción similares, misma indicación y mismos criterios de financiación, sin que exista un consenso para realizar cambios entre ellos. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y la evolución de los pacientes que han precisado un cambio de ACM en una consulta monográfica de cefaleas y revisar la literatura disponible sobre los cambios entre ACM.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron los pacientes que realizaron un cambio de ACM anti-CGRP desde noviembre 2019 hasta marzo 2022 en nuestro centro.

**RESULTADOS:** 21 pacientes realizaron un total de 23 cambios de ACM, 81% eran mujeres, el 85.7% tenía migraña crónica. El motivo del cambio fue la falta de respuesta en todos los casos. La media de días de cefalea y de migraña al mes fue de 27 y 19 días antes del cambio y de 20 y 11 días después, respectivamente. Se consideraron respondedores aquellos pacientes que consiguieron una reducción de al menos un 30% en sus días de cefalea al mes o días de migraña al mes, lo que ocurrió en el 52.17% del total de cambios.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie de pacientes que cambiaron de ACM antiCGRP tras fracaso a uno previo, la tasa de respondedores fue similar o mejor a la esperada por otros estudios en vida real publicados, por lo que consideramos que el cambio de ACM debe considerarse ante una falta de respuesta.

# **MIGRAÑA Y CEFALEA POR USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN: EFECTOS A LARGO PLAZO DE GALCANEZUMAB SIN ESTRATEGIA DE DESHABITUACIÓN PREVIA**

**Dr. Javier A. Membrilla<sup>1</sup>**, Sra. Maria José Ruiz Castrillo<sup>1</sup>, Dra. Lucía Sánchez Casado<sup>1</sup>, Dr. Carlos Corral<sup>1</sup>, Dra. María Sastre-Real<sup>2</sup>, PhD Javier Díaz de Terán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>H. U. La Paz, Madrid, Spain, <sup>2</sup>H. U. Severo Ochoa, Leganés, Spain

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

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo 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 la terapia. Las variables objetivo fueron: días de migraña al mes (DMM), reducción de medicación sintomática y discapacidad asociada a migraña (HIT6 y MIDAS) tras 3, 6 y 12 meses.

**RESULTADOS:** 74 pacientes fueron tratados con Galcanezumab durante al menos 6 meses. El fármaco se suspendió en 5/74 (6.8%) por falta de efecto. 53/74 (71.6%) completaron 12 meses de tratamiento. La tasa de respondedores fue del 64.7%. La mediana (p25-75) de DDM previa al tratamiento fue 20.9 (14.0-30.0), se redujo a 7.0 (4.0-15.0) en 3 meses, a 6.0 (3.0-12.5) en 6 meses y a 10.0 (3.5-15.0) en 12 meses. El consumo mensual de AINE se redujo de 15.5 (1.5-30.5) a 4.0 (0.0-10.0) en 3 meses, a 3.0 (0.0-7.0) en 6 meses y a 4.0 (0.0-14.0) en 12 meses. El uso mensual de triptanes se redujo de 14.0 (8.0-20.0) a 4.0 (0.0-8.0) en 3 meses, a 4.5 (2.0-9.8) en 6 meses y a 5.0 (1.5-10.0) en 12 meses. Asimismo, se registró una reducción en MIDAS y HIT6. Todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIÓN:** Galcanezumab reduce la gravedad y discapacidad de la migraña en pacientes con CUEM sin necesidad de deshabituación previa.

## EL PAPEL DE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DE MIGRAÑA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ANTI-CGRP O SU RECEPTOR

**Dr. Javier A. Membrilla<sup>1</sup>**, Sra. Maria José Ruiz Castrillo<sup>1</sup>, Dra. María Sastre-Real<sup>2</sup>, Dra. Lucía Sánchez Casado<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Mariño<sup>2</sup>, Dr. Carlos Corral<sup>1</sup>, Dr. Carlos Estebas<sup>1</sup>, Dr. Ricardo González Sarmiento<sup>1</sup>, Dr. Manuel Lorenzo<sup>1</sup>, Dr. Manuel Lara<sup>1</sup>, PhD Javier Díaz de Terán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>H. U. La Paz, Madrid, España, <sup>2</sup>H. U. Severo Ochoa, Leganés, España

**OBJETIVO:** Estudiar el posible papel de la gravedad de los síntomas de migraña como predictor de respuesta al tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP o su receptor (anti-CGRP/r).

**MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes tratados con galcanezumab o erenumab durante 6 meses en la Unidad de Cefaleas de un hospital terciario. La gravedad de los síntomas se valoró sistemáticamente con la Migraine Symptom Severity Score (MSSS). MIDAS y HIT-6 se usaron para valorar la discapacidad. La identificación de predictores independientes de la tasa de respondedores (TR: reducción  $\geq 50\%$  de los días de migraña mensuales o DDM) se realizó con una regresión logística.

**RESULTADOS:** Se reclutaron 126 pacientes, 75.4% (95/126) con migraña crónica. La media (DE) de los DDM, MIDAS y HIT-6 fue de 20.2 (7.2), 74.7 (62.9) y 66.3 (6.1), respectivamente. Tras 6 meses se registró una TR del 61.1% (77/128), con una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) de DDM, MIDAS y HIT-6: 10.8 (7.1), 34.0 (40.8) y 56.6 (10.3), respectivamente. El estado de respondedor se asoció a la puntuación total de la MSSS (OR 0.87, error estándar 0.06,  $B = -0.613$ ,  $p = 0.015$ ) y a la gravedad del empeoramiento de la intensidad del dolor con las actividades habituales (OR 0.54, error estándar 0.24,  $B = -0.140$ ,  $p = 0.012$ ).

**CONCLUSIÓN:** La gravedad de los síntomas de migraña cuantificados con la MSSS, especialmente el empeoramiento del dolor con las actividades habituales, podría ser un predictor de la respuesta a anti-CGRP/r.

## UN CASO DE ATAQUE DE MIGRAÑA CON AURA ATÍPICA Y LIVEDO RETICULARIS

**Carlos Santos Martín<sup>1</sup>**, Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>, Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>, Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Mariano Ruiz Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La migraña es una enfermedad neurológica con una fisiopatología multifactorial, entre las que parece implicada la disfunción endotelial. Presentamos el caso de una paciente con cefalea migrañosa con aura atípica y manifestaciones cutáneas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 33 años con antecedente de migraña episódica con aura visual en tratamiento con AINEs a demanda y un posible fenómeno de Raynaud. Acude por un cuadro de inicio agudo de alteración sensitiva en hemicuerpo izquierdo de dos horas de duración, que se inició en los dedos del pie y fue ascendiendo en minutos hasta involucrar a todo el miembro inferior y el superior, inicialmente positiva tipo parestesias y posteriormente negativa. De forma paralela detectó alteraciones cutáneas en el miembro inferior izquierdo. Seguidamente la paciente comenzó con cefalea hemicraneal izquierda de alta intensidad, con náuseas, foto- y osmofobia; de características similares a sus migrañas previas. A su llegada a Urgencias no se hallaron otros datos de focalidad en la exploración física, objetivándose una marcada livedo reticularis en la pierna izquierda (autorresuelta en horas); se realizó un TC craneal con estudio vascular y analítica urgentes que resultaron normales. Dada la atipicidad del cuadro, se solicitó una RM cerebral con angioRM, sin hallazgos a excepción de tres meningiomas subcentiméticos incidentales. Los estudios de laboratorio, incluyendo VSG, autoinmunidad y anticuerpos antifosfolípidos, fueron normales.

**CONCLUSIONES:** La migraña se ha asociado con ictus y la presencia de livedo reticularis, manifestación dermatológica a su vez relacionada con la enfermedad cerebrovascular, denominándose la coexistencia de estas dos últimas síndrome de Sneddon. En una importante proporción de casos, bajo esta entidad subyacen enfermedades autoinmunes, como el síndrome antifosfolípido o trombofilias, hipotetizándose un mecanismo trombótico o inflamatorio, con disfunción endotelial. La cefalea, muchas veces de características migrañosas, puede ser una manifestación premonitória del síndrome, beneficiándose nuestra paciente de un seguimiento clínico estrecho.



#### SEGURIDAD EN EL CAMBIO DE ANTI-CGRP POR REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD

**Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>, Dra. Nora de la Cruz Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dr. David González Antón<sup>1</sup>, Dra. Beatriz María Arribas Ballesteros<sup>1</sup>, Dr. José Miguel Contreras Peña<sup>1</sup>, Dr. Casiano Ruiz López<sup>1</sup>, Dr. Javier Casas Limón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Spain

**OBJETIVOS:** Presentamos un caso de reacción adversa alérgica a erenumab en una paciente de nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 67 años con antecedentes de síndrome de Wolf-Parkinson-White, asma e hipotiroidismo, en seguimiento en consultas de neurología por migraña episódica de alta frecuencia no respondedora a 12 fármacos preventivos incluyendo toxina botulínica, por lo que se inicia tratamiento con erenumab 70mg. Presenta mejoría clínica significativa, pero, con la tercera dosis realiza una erupción cutánea severa junto con prurito durante varios días y descompensación asmática. Tras dicha reacción se vuelve a intentar controlar la clínica con otros preventivos orales no ensayados previamente, sin éxito, por lo que se contacta con el servicio de Alergología de nuestro centro para probar tolerancia a fremanezumab, con posterior inicio de dicho fármaco y ausencia de efectos secundarios tras 10 dosis.

**RESULTADOS:** Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina), actúan bloqueando el CGRP circulante (fremanezumab, galcanezumab y eptinezumab) o a su receptor (erenumab).

Erenumab es un fármaco con buena tolerancia en la mayoría de los casos, cuyos efectos adversos más frecuentes son reacciones en el lugar de inyección, estreñimiento, espasmos musculares y prurito; aunque postcomercialización se han notificado escasas reacciones de hipersensibilidad graves: erupción cutánea, angioedema y reacciones anafilácticas.

Actualmente hay poca evidencia bibliográfica sobre qué hacer ante situaciones de alergia a estos medicamentos, por lo que presentamos este caso como una opción a valorar.

**CONCLUSIONES:** La sustitución de un anti-CGRP por otro tras una reacción alérgica es una opción a tener en cuenta, con valoración previa de seguridad por parte del servicio de alergología.

## **EPILEPSIAS**

88

### **“DOCTORA, VEO BICHOS”: CRISIS VISUALES COMPLEJAS SINTOMÁTICAS A FÍSTULA DURAL, A PROPÓSITO DE UN CASO**

**María García García**<sup>1</sup>, Guillermo Martín Avila<sup>1</sup>, Carlos Piquero Fernández<sup>1</sup>, Jaime Antonio Medranda Corral, Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, Ana Belén Pinel González<sup>1</sup>, Eduardo Escolar Escamila<sup>1</sup>, Carolina Lafourcade Saenz<sup>1</sup>, Alejandro Méndez Burgos<sup>1</sup>, Rodrigo Terrero Carpio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hopital Universitario De Getafe, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Descripción de un caso clínico de un paciente con crisis epilépticas visuales de causa inhabitual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 74 años con antecedente de encefalomalacia hemisférica derecha secundaria a infarto en territorio de ACM hace más de 20 años y anticoagulado con apixaban por trombosis venosas profundas en miembros inferiores en el contexto de un cáncer renal. Acude a Urgencias por cefalea retroorbitaria opresiva y alucinaciones visuales complejas fluctuantes de tipo zoopsias de 2 días de evolución. Se realiza TC craneal donde se aprecia la encefalomalacia sin nuevas lesiones y un EEG que muestra actividad epiléptica electroclínica en región parieto-temporo-occipital derecha. Se inicia tratamiento con levetiracetam con mejoría sintomática inicial, pero persistencia de clínica.

**RESULTADOS:** Se solicita RM craneal que evidencia una trombosis crónica parcialmente recanalizada de senos trasverso y sigmoideo izquierdos y fistula dural secundaria con aneurismas venosos por hiperaflujo, que se confirma por angioRM y arteriografía cerebral completa. Por alteración conductual y falta de control de alucinaciones, se retira el tratamiento con levetiracetam y se inicia eslicarbacepina, con desaparición de la sintomatología visual.

**CONCLUSIONES:** a pesar del antecedente de una encefalomalacia extensa, ante la presencia de crisis comiciales no controladas parece recomendable descartar causas secundarias. Entre ellas figura la fístula dural, que por congestión venosa retrógrada puede causar edema cerebral e irritabilidad cerebral secundaria, como parece haber ocurrido en nuestro caso clínico. En los casos publicados en la literatura, el tratamiento quirúrgico de la fístula produce desaparición de la sintomatología.

#### **ANÁLISIS DE LA IMAGEN DE FUENTE ELÉCTRICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA**

**Paloma Parra-Díaz**<sup>1,2</sup>, Ángel Aledo Serrano<sup>2</sup>, Irene García Morales<sup>2,3</sup>, Álvaro Beltrán Corbellini<sup>2</sup>, Antonio Gil-Nagel<sup>2</sup>, Jaime Masjuan<sup>1</sup>, Rafael Toledano<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España, <sup>2</sup>Hospital Ruber Internacional, Madrid, España, <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**OBJETIVOS:** La imagen de fuente eléctrica (ESI) es una técnica de gran utilidad en la evaluación prequirúrgica de pacientes con epilepsia focal refractaria (EFR). Sin embargo, actualmente son pocos los centros que la emplean, siendo precisos un aprendizaje y validación previos a su aplicación. Presentamos un análisis intermedio de un estudio en marcha para la validación de la ESI en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de pacientes con al menos un año de seguimiento tras la cirugía de epilepsia, que cuenten con una RM craneal prequirúrgica y postquirúrgica, en los que realizamos ESI sobre el electroencefalograma intercrítico. Posteriormente, la localización marcada por la ESI se compara con la resección, definiendo un test positivo si coinciden, y verdadero si el paciente presenta Engel I al año.

**RESULTADOS:** Incluimos 10 pacientes, el 50% con epilepsia de origen temporal. Todos los casos se encontraban libres de crisis un año tras la cirugía. La media de electrodos de superficie con los que se adquirieron los estudios prequirúrgicos fue de 29 (27-37). Se promediaron una media de 86 puntas en cada paciente. El análisis de fuentes se realizó aplicando 6 modelos de solución inversa en el pico y en el punto medio de la curva de ascenso de las puntas promediadas. La localización marcada por la ESI, definida a nivel sublobar, coincidió con la resección realizada en todos los casos en al menos tres modelos diferentes.

**CONCLUSIONES:** La ESI es una técnica precisa, que aporta información útil en la evaluación prequirúrgica de pacientes con EFR.

## ESTATUS EPILÉPTICO DE AUSENCIA COMO DEBUT DE EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA EN LA EDAD ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Dra Marina Lara González<sup>1</sup>**, Dr Leonardo Portocarrero Sánchez<sup>1</sup>, Dra Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>, Dra Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>, Dra Carmen Ribacoba Díaz<sup>1</sup>, Dra María Romeral Jiménez<sup>1</sup>, Dra Beatriz Parejo Carbonell<sup>1</sup>, Dra Irene García Morales<sup>1</sup>, Dr Alberto Marcos Dolado<sup>1</sup>, Dra Eva López Valdés<sup>1</sup>, Dr Pablo Mayo Rodríguez<sup>1</sup>, Dr Ricardo Constantino Ginestal López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

1. **OBJETIVOS:** Las epilepsias generalizadas idiopáticas (EGIs) se caracterizan por cursar con diferentes combinaciones de crisis epilépticas generalizadas (ausencias, mioclonías, crisis generalizadas tónico-clónicas). El estatus epiléptico de ausencia es una entidad poco frecuente, siendo aún menos comunes los casos en los que supone el debut de una EGI en la edad adulta.

2. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un caso de estatus epiléptico de ausencia refractario como debut de una EGI en la edad adulta.

3. **RESULTADOS:** Varón de 45 años sin antecedentes de interés que desarrolla cuadro de confusión de horas de evolución. A su llegada a Urgencias presenta fiebre de 38°C. En la exploración neurológica destaca desorientación e inatención. Se realizan TC craneal y angio-TC de arterias cerebrales que no objetivan alteraciones significativas, y análisis de líquido cefalorraquídeo que muestra discreta hiperproteínorraquia (proteínas 46 mg/dL). Ante estos resultados, se realiza monitorización video-electroencefalográfica urgente, objetivándose descargas con morfología de punta y polipunta onda generalizada de predominio frontal bilateral a 3-4 Hz de forma prácticamente continua durante el registro, hallazgo diagnóstico de estatus epiléptico de ausencia típica. Es necesaria la administración de ácido valproico, levetiracetam, perampanel y perfusión de clonazepam para lograr el control del estatus. Posteriormente, se realiza RM cerebral que no muestra alteraciones significativas. Pudiendo tratarse con todo esto de un estatus epiléptico de ausencia típica posiblemente desencadenado por un cuadro febril.

4. **CONCLUSIONES:** El estatus epiléptico de ausencia como causa de cuadro de inatención en personas adultas es altamente infrecuente. Es importante la sospecha clínica para iniciar un tratamiento precoz y mejorar el pronóstico.

**ESTUDIO DEL GEN APOE- $\epsilon$ 4 EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO. TASA DE ACEPTACIÓN Y CORRELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LABORATORIO. RESULTADOS PRELIMINARES**

**Antonio Sánchez Soblechero<sup>1</sup>**, Rafael Leal Hidalgo<sup>1</sup>, Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Carlos de Miguel Sánchez de Puertas<sup>1</sup>, Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Alba Moral Ruiz<sup>2</sup>, Diana Navarro Calderón<sup>2</sup>, Carolina Puertas López<sup>2</sup>, Francisco Javier Olazarán Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

**OBJETIVOS:** La utilidad de la determinación del gen APOE- $\epsilon$ 4 en la práctica clínica habitual no está estandarizada. El objetivo es evaluar la aceptación e impacto de la determinación del APOE- $\epsilon$ 4 en el diagnóstico, tratamiento y bienestar psicológico de pacientes que consultan por deterioro cognitivo (DC), así como la relación del resultado del gen con variables clínicas y parámetros de laboratorio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal, observacional y prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que consultaron por primera vez por DC en la consulta de neurología general (NG) o en la consulta monográfica de demencias (DM) desde julio 2021. Dentro del abordaje diagnóstico del DC; en aquellos que desean participar, se realiza la determinación del gen APOE mediante la técnica e4Risk<sup>TM</sup> (Biocross, S.L.).

En la visita inicial se recogieron variables demográficas, resultados de test cognitivos (MMSE, Test del reloj, animales en 1 minuto) y de laboratorio y neuroimagen, así como escalas de depresión (GDS-Yesavage), ansiedad geriátrica (IAG) y para acompañantes (Functional Activities Questionnaire-FAQ).

En las visitas de seguimiento se recogerán los cambios en el diagnóstico etiológico tras el resultado del APOE- $\epsilon$ 4 y se administrarán cuestionarios ad-hoc para evaluar el impacto de la determinación del APOE- $\epsilon$ 4 en el bienestar psicológico del paciente.

**RESULTADOS:** 193 pacientes con edad media ( $74.03 \pm 11.8$ ) han sido valorados por DC entre julio 2021 y mayo 2022. La tasa de participación en el estudio es de 66.8%.

Hasta marzo 2022, cuando se hizo una primera determinación genética, se obtuvieron muestras de 68 pacientes (68.6%) y se dividió en dos grupos (APOE- $\epsilon$ 4+/APOE- $\epsilon$ 4-). 44 (64.7%) pacientes, se incluyeron en el grupo APOE- $\epsilon$ 4+. En contra de lo esperable, la edad no fue diferente entre ambos grupos ( $76.48 \pm 10.4$  vs  $74.21 \pm 9.06$ ;  $p=0.45$ ). Tampoco hubo diferencias en el sexo entre grupos (32(69.6%) mujeres y 11 (52.4%) varones en APOE- $\epsilon$ 4+;  $p=0.174$ ); ni en la consulta donde fueron atendidos (21(58.3%) pacientes APOE- $\epsilon$ 4+ en NG y 23 (71.9%) en DM; ( $p=0.243$ ).

Existe una correlación positiva esperable entre el grupo APOE- $\epsilon$ 4+ y los niveles de colesterol total elevados ( $Rho=0.299$ ;  $p<0.05$ ), y también LDL ( $Rho=0.298$ ;  $p=0.012$ ). No hay correlación entre el grupo APOE- $\epsilon$ 4+ y marcadores analíticos de inflamación Proteína-C-Reactiva ( $Rho=-0.019$ ;  $p=.878$ ).



**CONCLUSIONES:** La tasa de participación en el estudio del gen APOE- $\epsilon$ 4 es elevada. 64.7% de los pacientes estudiados por deterioro cognitivo presentan APOE- $\epsilon$ 4+ sin diferencias en edad, género o consulta en la que fueron valorados. No existe correlación entre APOE- $\epsilon$ 4+ y la Proteína-C- Reactiva.

## UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES PET EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

**Pablo Iriarte Uribe-Echeverría<sup>1</sup>**, Alba Vieira<sup>1</sup>, Maite Carreras<sup>1</sup>, Beatriz Echeveste<sup>2</sup>, Paula Paños<sup>1</sup>, Celia Romero<sup>1</sup>, Javier Arbizu<sup>2</sup>, Mario Riverol<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hu La Princesa, Donostia-san Sebastián, España, <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

**OBJETIVOS:** La enfermedad de Alzheimer(EA) es la principal causa de demencia en nuestro medio. Los últimos criterios para el diagnóstico de EA integran biomarcadores de neurodegeneración, como la PET-18FDG y fisiopatológicos, como la PET-Amiloide, a fin de establecer un diagnóstico temprano y fiable de la enfermedad. Evaluar el aporte individual y combinado de los biomarcadores PET en el diagnóstico de la EA especialmente en pacientes con presentación atípica o diagnóstico inicial incierto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó retrospectivamente la historia clínica de 67 pacientes con deterioro cognitivo(DC) a los que se realizó estudio neuropsicológico(NPS), PET-18FDG y PET-Amiloide. Se evaluó el diagnóstico inicial y posterior a ambas pruebas y el aumento de certeza diagnóstica tras las mismas.

**RESULTADOS:** N=67; 31(46.3%) mujeres. Media edad 71años(DE=7.5). Tras una evaluación clínica y neuropsicológica inicial, los pacientes se catalogaron como EA probable (25;37.3%), EA atípica/diagnóstico incierto (DI)(36;53.7%) y NO EA(6;9%). La PET-18FDG presentó distribución compatible con EA en el 47% de los pacientes con DI inicial y captación normal en el 30% de los pacientes con alta sospecha inicial de EA. El 93.3% de los pacientes con PET-18FDG sugestiva de EA y el 37% de aquéllos con PET-18FDG no sugestiva de EA presentaron PET-Amiloide positiva. La actitud terapéutica cambió en el 78% de los pacientes con PET-Amiloide positiva(iniciaron tratamiento) y el 40% con PET-amiloide negativa (cese tratamiento).

**CONCLUSIONES:** En esta muestra la PET-18FDG y la PET-Amiloide aportaron certeza diagnóstica y ayudaron en la toma de decisiones de cara al tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo.



93

# **NUEVA MUTACIÓN ASOCIADA AL GEN DE LA PROGRANULINA EN PACIENTE CON FENOTIPO DE AFASIA FLUENTE PROGRESIVA Y DEGENERACIÓN LOBAR FRONTOTEMPORAL**

**Doctora Rebeca Fernandez Rodriguez<sup>1</sup>**, Dra Maria Asuncion De la Morena Vicente<sup>1</sup>, Dra Ana Isabel Puente Muñoz<sup>1</sup>, Dr Mariano Ruiz Ortiz<sup>1</sup>, dra Sandra Del Mazo Sanchez<sup>1</sup>, Dr David Andres Perez Martinez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital La Luz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Presentamos un paciente con mutación no comunicada de delección en exon 12 del gen de progranulina ligado herencia autosómica dominante asociado a degeneración frontotemporal (DgFT).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón 55 años acudió a Neurología por cuadro progresivo de 2 años consistente trastorno del lenguaje con reducción paulatina de fluidez verbal y anomia creciente. No clara pérdida de memoria. Posteriormente apareció irritabilidad, moderada desinhibición, sin cambios en conducta alimentaria. Sin ideas obsesivas o delirantes. No alucinaciones. Antecedente personal solo Apnea de sueño en tratamiento con CPAP. Antecedentes Familiares: madre con demencia inicio a 48 años y falleció a los 58 años sin diagnóstico etiológico preciso. 3 hermanos sin problemas salvo varón 54 años con trastorno depresivo crónico. Sin hijos.

**RESULTADOS:** Se realizó análisis de genes ligados a DgFT: C9ORF72 (secuencia del hexanucleótido GGGGCC), GRN, APP, MAPT, PSEN1 y PSEN2. El paciente fue portador heterocigoto de la mutación c.1532del del gen GRN ligado a DgFT.

**CONCLUSIONES:** En los casos de DgFT las bases genéticas son heterogéneas: un 40% de los casos presenta antecedentes familiares y un 10-20% el patrón de herencia es autosómico dominante. Fundamentalmente, hay tres genes implicados; MAPT, GRN y expansión de hexanucleotidos en el gen C9ORF72. En nuestro caso se describe una nueva delección en el cromosoma 17q21,31 del gen GRN, no descrita previamente en enfermedad ni en portador sano. Es importante tener en cuenta dicha mutación asociada a un fenotipo de afasia no fluente.

## ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN FUNCIÓN DEL PERFIL SECRETOR DE BIOMARCADORES EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

**Jesús García Castro**<sup>1</sup>, Helena Méndez del Sol<sup>1</sup>, Olaia Rodríguez Fraga<sup>1</sup>, María Hernández Barral<sup>1</sup>, Soledad Serrano López<sup>1</sup>, Ana Frank García<sup>1</sup>, Ángel Martín Montes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Estudiar las diferencias en los síntomas de presentación de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) según el perfil de biomarcadores y niveles de A $\beta$ 40 en líquido cefalorraquídeo (LCR).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes con biomarcadores en LCR (TAU total, fosfoTAU, A $\beta$ 40, A $\beta$ 42 y proporción A $\beta$ 42/ A $\beta$ 40) compatibles con EA entre 2019-2022. Se clasificaron según criterios del International Working Group-2 en función del fenotipo clínico y biomarcadores (clasificación ATN). Los casos A+ se clasificaron en hiposecretores A $\beta$ 40<7755pg/ml, normosecretores A $\beta$ 40:7755-16715pg/ml e hipersecretores A $\beta$ 40>16715pg/ml y, a su vez, en T+ (fosfoTAU>59pg/ml) y T- (fosfoTAU≤59pg/ml). Se recogieron los síntomas iniciales, las puntuaciones en la Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y la Global Deterioration Scale (GDS) en las sucesivas consultas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 77 pacientes, con edad media de 77,21 años y un 62,3% de mujeres. El porcentaje de fenotipos no amnésicos fue del 44,2 %. LA distribución en grupos según el perfil de biomarcadores fue: A+T+ (78,9%), A+T-(21,1%), 24(31,2%) hiposecretores, 46(59,7%) normosecretores y 7(9,1%) hipersecretores. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la presencia de fenotipo no amnésico, MoCA inicial, evolución en MoCA ni en GDS. Se encontró un porcentaje significativamente mayor de hiposecretores en los pacientes T-(75%vs20%, p<0,001; coeficiente de correlación A $\beta$ 40/fosfo-TAU 0,64 , p<0.001).

**CONCLUSIONES:** En el presente estudio, el perfil secretor de A $\beta$ 40 no está relacionado con las características clínicas ni con la evolución de los pacientes con EA, si bien se relaciona con los niveles de fosfoTAU en LCR.

## **NEUROLOGÍA COGNITIVA Y DE LA CONDUCTA**

95

### **IMPLICACIÓN DEL DATSCAN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY INCIPIENTE EN CUATRO PACIENTES**

**Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>, Dra. Nora de la Cruz Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dr. David González Antón<sup>1</sup>, Dra. Beatriz María Arribas Ballesteros<sup>1</sup>, Dr. José Miguel Contreras Peña<sup>1</sup>, Dr. Casiano Ruiz López<sup>1</sup>, Dr. José Luis Dobato Ayuso<sup>1</sup>, Dra. Lydia Vela Desojo<sup>1</sup>, Dr. Luis Bañuelos Andrio<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Presentamos cuatro casos con DATSCAN patológico útil en el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy (DLB) incipiente, valorados en consulta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Exponemos los siguientes casos: Varón de 85 años estudiado desde hace 10 años por trastorno de conducta del sueño REM (TCSR), que posteriormente desarrolla deterioro cognitivo leve (DCL); varón de 79 años que presenta DCL, hipomimia facial y sueños vívidos; varón de 73 años con DCL e inestabilidad de la marcha; y varón de 93 años con deterioro cognitivo moderado, trastorno conductual y parkinsonismo de mitad inferior. Todos los pacientes presentan SPECT DATSCAN con degeneración estriato-nigral, lo que permitió el diagnóstico de enfermedad con cuerpos de Lewy incluso en etapa prodrómica.

**RESULTADOS:** La DLB es la segunda causa de demencia degenerativa y se caracteriza por demencia asociada a alucinaciones visuales, parkinsonismo, TCSR, fluctuaciones y sensibilidad a neurolepticos. Pertenece al espectro de las sinucleinopatías. Es importante distinguirlo de otras demencias para realizar un manejo adecuado. Los criterios diagnósticos basados en la clínica tienen una precisión limitada, por lo que en los últimos años están en estudio marcadores biológicos que permitan distinguir esta enfermedad in vivo, como las imágenes DAT (transportador de dopamina) que permiten diferenciar DLB de EA con sensibilidad del 78% y especificidad del 90%.

**CONCLUSIONES:** El DATSCAN ayuda a diferenciar DLB de otras demencias, permitiendo un manejo más adecuado.

# **DETERIORO COGNITIVO RAPIDAMENTE PROGRESIVO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB; UNA NUEVA ESPERANZA DE FIABILIDAD DIAGNOSTICA PREMORTEM. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

**Doctor Jaime Antonio Medranda Corral<sup>1</sup>**, Dr Carlos Piquero Fernandez<sup>1</sup>, **Dra María García García<sup>1</sup>**, Dra Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, Dr Guillermo Martín Ávila<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Escolar Escamilla<sup>1</sup>, Dra Carolina Saenz Lafourcade<sup>1</sup>, Dra Belén Pilo de La Fuente<sup>1</sup>, Dr. Rodrigo Terrero Carpio<sup>1</sup>, Dra Ana Pinel Gonzalez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario De Getafe, Getafe, Spain

**OBJETIVO:** Mediante la presentación de un caso clínico enfatizar sobre la utilidad del RtQuIC como nuevo marcador diagnostico con una buena sensibilidad para la enfermedad de Creutzfeldt Jakob (CJ)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 72 años con 2 meses de evolución de dificultad en la articulación de las palabras, así como inestabilidad de la marcha progresiva, ingresa para estudio siendo inicialmente diagnosticado de síndrome cerebeloso paraneoplásico o disímune siendo tratado como tal sin mejoría clara. El paciente continua empeoramiento gradual desde el alta. No pérdida de apetito, astenia, ni otro síntoma asociado. No antecedentes familiares relevantes. En exploración destaca marcada ataxia, dismetria y disartria. Progresivamente alteraciones cognitivas-conductuales. Se solicita analítica con bioquímica básica, vitaminas B12, ácido fólico, autoinmunidad, serologías anticuerpos antineuronales, RM craneal, TC craneal, EEG, PETbody, Proteína 14.3.3 en LCR

**RESULTADOS:** Anticuerpos AntiGAD positivos siendo tratado con corticoides más inmunoglobulinas sin presentar mejoría. RM craneal hiperseñal difusa-simétrica T2 en núcleos caudados y putamen. Proteína 14.3.3 positiva (indican que puede ser falso positivo por PL traumática). EEG actividad de fondo desincronizada, globalmente lentificada, de grado moderado-importante. Resto de estudio dentro de parámetros normales

**CONCLUSIONES:** Ante deterioro neurológico rápidamente progresivo, ausencia de respuesta a tratamiento autoinmune y otros hallazgos sugerentes en imagen, clínica y otras pruebas complementarias se diagnostica de posible enfermedad de CJ variante cerebelosa que aunque no la más frecuente dentro de la baja incidencia de esta enfermedad en general, hay que sospecharla y hacer el diferencial con la enfermedad por anticuerpos antiGAD. Se solicita RTQuIC que resulta positivo confirmando así la sospecha. Esta es una técnica relativamente nueva con una buena sensibilidad y que podría suponer un cambio en el diagnóstico más precoz de la enfermedad de CJ

## EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PET-FDG DE LA ATROFIA CORTICAL POSTERIOR

**Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>**, María Valles Salgado<sup>1</sup>, María Nieves Cabrera Martín<sup>1</sup>, Cristina Delgado Alonso<sup>1</sup>, Jorge Matías-Guiu Guía<sup>1</sup>, María José Gil Moreno<sup>1</sup>, Jordi Matías-Guiu Antem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**OBJETIVOS:** La atrofia cortical posterior (ACP) es un síndrome clínico-radiológico caracterizado por alteraciones progresivas y graduales en la percepción visual y en otros dominios cognitivos localizados en regiones cerebrales posteriores. Existen escasas publicaciones que describan su evolución. Recientemente se han descrito subtipos topográficos, cuyo valor clínico es incierto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 15 pacientes diagnosticados de ACP. Todos fueron evaluados mediante evaluación neuropsicológica, PET-FDG y PET amiloide o biomarcadores en LCR al diagnóstico. Ocho de ellos fueron evaluados mediante una segunda PET-FDG a los 2 años.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 15 pacientes (80% de mujeres, edad media al inicio de la sintomatología de  $58.5 \pm 6.5$  años,  $2,3 \pm 1,1$  años desde el inicio de síntomas). La media de MMSE al diagnóstico fue  $20,1 \pm 5,8$  y ACE-III  $49,3 \pm 14,4$ . A los 2 años desde el diagnóstico, el 60% requirió ayuda para el vestido y el 40% para comer. En el análisis semicuantitativo, se observó un hipometabolismo parieto-temporo-occipital, con diferencias a nivel individual en cuanto al predominio izquierdo o derecho, bilateral y la afectación de la corteza occipital primaria. En los casos con imagen de seguimiento, se observó una progresión parieto-temporo-occipital bilateral y frontal. Todos los pacientes mostraron depósito significativo en PET amiloide o un patrón de LCR compatible con enfermedad de Alzheimer.

**CONCLUSIONES:** Los resultados de esta serie de casos sugieren que la ACP es una variante de enfermedad de Alzheimer con una elevada repercusión funcional a medio plazo tras el diagnóstico y con una progresión de la neurodegeneración.

### ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

98

#### **DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO NEUROFISIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR: A LA TERCERA VA LA VENCIDA.**

**Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>**, Dr. Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Dr. Rodrigo Álvarez Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Describir las potenciales dificultades diagnósticas del síndrome de Lambert-Eaton (SLE) con un caso ilustrativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una paciente de 18 años con un cuadro de debilidad proximal fluctuante en brazos y piernas, de un mes de evolución, con aparición posterior de ptosis, diplopía y disfagia ocasional.

**RESULTADOS:** La exploración objetiva ptosis bilateral fatigable, sin diplopía, debilidad cervical (4/5) y de psoas (4/5) con fatigabilidad y reflejos hipoactivos que facilitan tras esfuerzo. Se solicita estudio neurofisiológico (ENF) que muestra decremento en estimulación repetitiva a 3 Hz, sin fenómeno de facilitación a altas frecuencias. Se obtienen anticuerpos anti-AChR y anti-MUSK negativos, otorgándole diagnóstico inicial de miastenia gravis seronegativa. Se inicia piridostigmina y prednisona con mejoría parcial. Se repite un segundo EMG idéntico al primero. Tras un tercer EMG esta vez con estimulación pre- y postesfuerzo se objetiva una facilitación > 100% del potencial de acción motor, confirmándose el diagnóstico de SLE 2 años tras el inicio de los síntomas. Se solicitan anticuerpos anti-canales de calcio, que resultan positivos y TAC toracoabdominopélvico sin neoplasia subyacente. Se pauta 3,4-diaminopiridina con mejoría notable.

**CONCLUSIONES:** El SLE es una entidad rara frecuentemente infradiagnosticada. Ante la sospecha clínica se debe realizar ENF con estimulación post-esfuerzo o a altas frecuencias. A pesar de que no hay evidencia de que una de las técnicas sea superior a la otra se prefiere la estimulación post-esfuerzo al ser mejor tolerada. Este caso sugiere que cambiar de técnica puede aumentar la sensibilidad.

## **NEUROPATÍA CIÁTICA COMPRESIVA. UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE LA MIOSITIS AGUDA POR COVID-19.**

**Lucas Roca Rodríguez<sup>1</sup>**, Paloma Martín Jiménez<sup>1</sup>, Mariana Isabel Muñoz García<sup>1</sup>, David Seoane Fernández<sup>1</sup>, Dra. Noemí Nuñez Enamorado, Dr. Luis Manuel Prieto<sup>1</sup>, Dr. David Coca Robinot<sup>1</sup>, Dra. Ana Camacho Salas<sup>1</sup>, Dr. Rogelio Simón de las Heras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La neuropatía ciática es una entidad infrecuente en la población pediátrica, y puede deberse a causas traumáticas o compresivas, y con menos frecuencia vasculares, tumorales, postvirales o idiopáticas. Puede ser una complicación excepcional de las miositis agudas por mecanismos compresivos, y su pronóstico no está adecuadamente documentado. Comunicamos el caso clínico de una niña de 10 años con el diagnóstico de esta entidad, documentado radiológicamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Niña sana de 10 años con enfermedad por Coronavirus (COVID-19) activa, que sufre un shock hemodinámico secundario a miocardiopericarditis aguda fulminante, siendo tratada con metilprednisona, inmunoglobulinas, circulación extracorpórea y atrioseptomía. Entre otras complicaciones, sufre una rabdomiolisis. Tras recibir el alta de Cuidados Intensivos (UCI) inicia un cuadro de debilidad en miembros inferiores (MMII), asimétrico, de predominio derecho. A la exploración, presenta debilidad bilateral en la musculatura proximal de MMII, debilidad para flexión plantar, dorsiflexión, eversion e inversión del pie derecho, abolición del reflejo aquileo e hipoestesia en pierna y planta del pie derechos.

**RESULTADOS:** Se realizan las siguientes pruebas: Resonancia Magnética de cintura pélvica que muestra miositis bilateral en grupos musculares proximales, destacando hiperintensidad en cuadrado femoral derecho, y edema en el nervio ciático adyacente. El electromiograma presenta una lesión del nervio ciático derecho en sus dos porciones con degeneración axonal sensitiva y motora, sin hallazgos de actividad espontánea por denervación (probablemente por ser demasiado temprano). El estudio de autoinmunidad muestra anticuerpos positivos para miositis anti-SSA/Ro52, que se consideraron inespecíficos. En la evolución, la paciente presentó una mejoría clínico-radiológica casi completa, manteniendo debilidad para la dorsiflexión sin limitación funcional, arreflexia aquilea e hipoestesia en cara lateral del pie.

**CONCLUSIONES:** La miositis aguda viral se ha documentado en infecciones por influenza A/B, enterovirus, virus de Epstein-Barr y SARS-CoV-2. Se ha sugerido una mayor susceptibilidad en niños a estas entidades, por la inmadurez de sus miocitos. La biopsia muscular no es indispensable, ya que no existen hallazgos patognomónicos. La rabdomiolisis asociada es muy frecuente, sobre todo en miopatías del enfermo crítico; puede producir edema muscular, síndrome compartimental, y de forma excepcional, una neuropatía compresiva. Se han documentado casos similares de neuropatías ciáticas unilaterales o bilaterales en enfermos críticos tras estancias prolongadas en cuidados intensivos. El uso de la RM permite un diagnóstico diferencial de las múltiples entidades que producen neuropatía en los enfermos con COVID-19.



## ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO JUVENIL. SUBANÁLISIS DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE ENFERMEDAD DE POMPE

**Sr Rafael Jenaro Martínez Marín<sup>1</sup>**, Sr Juan María Sánchez Caro, Sr David Reyes Leiva, Dr. Andrés Nascimento, Dra. Nuria Muelas Gómez, Dra. Cristina Domínguez González, Dra. Carmen Paradas López, Dra. Montse Olivé Plana, Dr. Samuel Ignacio Pascual Pascual, Dr. Josep María Grau Junyent, Dr. Miguel Ángel Barba Romero, Sra. Maria Teresa Gomez Caravaca, Dr Javier De las Heras Montero, Dra. Pilar Casquero Subias, Dra. Maria Dolores Mendoza Grimon, Dr. Juan Carlos De León, Dr. Antonio Gutiérrez Martínez, Dr. Germán Morís de la Tassa, Dra. Raquel Blanco Lago, Dra. Alba Ramos Fransi, Dr. Guillem Pintós Morell, Dra. Maria José García Antelo, Dra. Maria Rabasa Pérez, Dra. Yolanda Morgado Linares, Dra. Mercedes Usón Martín, Dr. Francisco Javier Miralles Morell, Dr Jose Eulalio Bárcena Llona, Dr. Ana Belén Gómez Belda, Dra. Maria Isabel Pedraza Hueso, Dra. Miryam Hortelano López, Dr. Antoni Colomé Argemí, Dra. Guillermina García Martín, Dr. Adolfo López de Munuain Arregui, Dra. Ivonne Jericó, Dra. Lucía Galán Dávila, Dr. Julio Pardo Fernández, Sr. Jorge Alonso Pérez, Sr. Francesc Pla Junca, Sra. Sonia Segovia Simón, Dr. Jordi Díaz Manera

<sup>1</sup>*Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Describir las características de los pacientes con Enfermedad de Pompe de inicio Juvenil (EPIJ), subgrupo de los pacientes con Enfermedad de Pompe de Inicio Tardío (EPIT), que comienzan con clínica entre los 2 y los 18 años de edad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Describimos las características demográficas, clínicas y genéticas de todos los pacientes con EPIJ y su progresión (utilizando el Test de Caminata de 6 Minutos -TC6M-, la capacidad Vital Forzada -CVF- y los valores de Creatina Kinasa -CK-), en comparación con el resto de pacientes EPIT que se encuentran en el Registro Español de Enfermedad de Pompe (REEP) con 122 pacientes actualmente.

**RESULTS:** Identificamos 28 pacientes EPIJ (22.9%) en el REEP con 16 hombres (57%), mediana de edad de inicio de 8.5 años. La mutación más frecuente fue c.32-13T>G en 19 pacientes (68%). La hiperCK fue la razón de diagnóstico más común en 17 pacientes (61%). 19 pacientes (68%) desarrollaron síntomas musculares siendo la debilidad en miembros inferiores la más frecuente (13). 9 (34.6%) desarrollaron síntomas respiratorios, 2 de ellos antes de los 18 años. Todos los pacientes EPIJ recibieron Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE). Los pacientes EPIJ mostraron niveles de CK mayores en comparación con los EPIT, tendiéndose a disminuir con el tiempo, sin claras diferencias de CVF o TC6M (Test Mann-Whitney).

**CONCLUSION:** La mayoría de los pacientes EPIJ fueron diagnosticados por hiperCK y debilidad en miembros inferiores antes de los 18 años. No hemos identificado diferencias en la progresión claras entre los pacientes EPIJ y los EPIT.

101

#### **NUEVA MUTACIÓN EN TITINA ASOCIADA A MIOPATÍA CON FALLO RESPIRATORIO PRECOZ**

**Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>**, Dra. Esther Barbero<sup>1</sup>, Dr. Ignacio Ruz Caracuel<sup>1</sup>, Dr. Jorge Gómez Corral<sup>1</sup>, Dr. Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Dr. Rodrigo Álvarez Velasco<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Describir a una paciente con fenotipo HMERF (Hereditary Myopathy with Early Respiratory Failure) con una mutación en titina no descrita previamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una mujer sin antecedentes personales ni familiares de interés que con 39 años ingresa por un cuadro de insuficiencia respiratoria que requiere VMNI. Refería dificultad para realizar deporte por disnea desde 5 años antes.

**RESULTADOS:** Tras estabilización respiratoria, se explora debilidad cervical en flexión (2/5) y extensión (4/5), en deltoides (izquierdo 2/5, derecho 4/5), en tibial anterior (4/5), y en extensión del dedo gordo (2/5), y escápula alada. Se realiza EMG con patrón miopático proximal. La CK es normal y el perfil de autoinmunidad es negativo. Se realiza biopsia de cuádriceps, observándose variabilidad en el tamaño de las fibras, frecuentes fibras apolilladas con técnicas oxidativas, y escasas vacuolas ribeteadas. Se solicita panel genético de miopatías en el que se encuentra la mutación missense en titina c.95350G>A (p.Ala31784Thr) en heterocigosis. Esta mutación, no descrita previamente, se encuentra en el exón 344 en la misma región que todas las mutaciones descritas causantes de HMERF. Se realiza estudio genético a los padres sanos que resulta negativo. Actualmente se encuentra pendiente de realización de RM muscular.

**CONCLUSIONES:** Consideramos que esta mutación de novo no descrita previamente es la causante del cuadro, dada la clínica característica con anatomía patológica compatible, y dada la localización en la zona caliente de mutaciones implicadas en HMERF, con estudio negativo en ambos progenitores sanos.

## ESTUDIO DE VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

**Juan Ignacio López Carbonero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Pozuelo de Alarcón, España, <sup>2</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

**OBJETIVO:** Analizar los hallazgos electroclínicos de pacientes con sospecha de síndrome del túnel carpiano (STC), y estudiar la validez diagnóstica de las técnicas habitualmente empleadas.

**MÉTODOS:** Se registraron 139 neurografías de nervio mediano correspondientes a 81 pacientes con sospecha de STC. Se recogieron los principales síntomas, signos y parámetros electrofisiológicos, incluyendo dos técnicas comparativas mediano-cubital (motora en 2º lumbrical-interóseo, sensitiva en 4º dedo), realizadas en caso de normalidad de técnicas convencionales. No se estudiaron respuestas mixtas palmares. Se recogieron variables demográficas y severidad según clasificación de Bland.

**RESULTADOS:** El electromiograma (EMG) llevó al diagnóstico de STC en un 80,6% de casos, la mayoría de ellos de grado leve o muy leve (77,3%). Las parestesias en manos fueron el síntoma más sensible (90%), pero son muy poco específicas (11%). La debilidad subjetiva en manos fue el síntoma más específico (74,1%), pero resultó muy poco sensible (20%). Los signos de Tinel y Phallen mostraron baja sensibilidad (50,8% y 10,9%), pero razonable especificidad (73,9% y 88,2%). El hallazgo electromiográfico más sensible fue la caída de la velocidad de conducción sensitiva a nivel de la muñeca (75,9%). Las pruebas comparativas detectaron alteraciones en un 73,8% de pacientes que habrían sido ignoradas con las técnicas básicas, modificando en ocasiones la clasificación de severidad, y lograron por sí solas el diagnóstico de STC incipiente en 6 pacientes (un 5,3% adicional) que habrían recibido un informe de EMG normal de no haberse realizado.

**CONCLUSIONES:** El EMG es una técnica sensible en el diagnóstico del STC, especialmente la neurografía sensitiva a nivel de la muñeca.

Las técnicas comparativas mediano-cubital, sencillas y rápidas, aumentan ligeramente la sensibilidad del EMG y pueden modificar el diagnóstico de severidad, recomendándose su uso para un diagnóstico más exacto.

# **PLEXOPATÍA BRAQUIAL TRAUMÁTICA EN EL TÚNEL DE VIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**Juan Ignacio López Carbonero<sup>1</sup>**, Dra. María Elena Novillo López<sup>1</sup>, Dr. Javier Casas Limón<sup>1</sup>, Dra. Clara María Nevado Jiménez<sup>1</sup>, Dra. Emilia Petrica<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón,*

**OBJETIVO:** Describir un caso de plexopatía braquial de causa infrecuente, debida al vuelo en caída libre simulada en un túnel de viento recreativo. Entre las lesiones traumáticas del plexo braquial se encuentran aquellas causadas por tracción directa o elongación del miembro superior, y la práctica del paracaidismo, militar o recreativo, es un factor conocido causal de plexopatía traumática por este mecanismo.

**PACIENTE Y MÉTODOS:** Varón de 36 años sano, experimentado en paracaidismo, que acudió a Urgencias por hipoestesia aguda, ascendente, en cara lateral de ambos miembros superiores, con paresia distal del izquierdo, iniciada tras pocos minutos de iniciar vuelo en un túnel de viento. La clínica remitía al salir del mismo y reaparecía al volver a entrar. Tras un tercer vuelo, los síntomas resultaron persistentes. En la exploración neurológica presenta paresia del miembro superior izquierdo de predominio distal, ambos reflejos bicipitales y estilorradales abolidos con reflejos patelares y aquíleos normales, e hipoestesia en todo el miembro superior izquierdo, especialmente en cara anterolateral de la mano.

**RESULTADOS:** El electromiograma (EMG) confirmó denervación activa en territorios C5-C6 izquierdos, sugerente de lesión parcial del tronco superior del plexo braquial izquierdo. Los potenciales evocados somatosensoriales (PESS) de nervio mediano izquierdo estaban retrasados. La RM craneocervical fue normal. No se hizo RM de plexo braquial. Se inició tratamiento con metilprednisolona 1000 mg/día durante 5 días, de forma empírica, sin mejoría clínica. Los síntomas mejoraron progresivamente hasta resolverse completamente en 2-3 meses, con EMG y PESS posteriormente normales.

**CONCLUSIONES:** Se debe conocer la plexopatía braquial traumática como una complicación poco frecuente del vuelo en caída libre, tanto en la práctica del paracaidismo en exterior como en instalaciones recreativas, adoptarse las medidas preventivas de seguridad necesarias en las instalaciones que ofrezcan este servicio al público general (especialmente a los usuarios no experimentados), y tener en consideración esta complicación en el diagnóstico diferencial de síndromes neurológicos agudos en pacientes que practiquen estas actividades. Los corticoides no resultaron eficaces en este caso. La recuperación depende de la severidad del daño producido; y, en los casos leves, como el que se presenta, puede tener un curso reversible.

104

# **DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO POR ECOGRAFÍA. EXPERIENCIA PILOTO EN UNA UNIDAD DE NEUROSONOLOGÍA.**

**Manuel Lorenzo Diéguez<sup>1</sup>**, Dr. Eduardo Mariño Trillo<sup>1</sup>, Dr. Cristián Rizea<sup>1</sup>, Dr. Jorge Rodríguez Pardo de Donlebun<sup>1</sup>, Dra. María Alonso de Leciñana Cases<sup>1</sup>, Dr. Rafael Jenaro Martínez Marín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** Evaluar la fiabilidad de la ecografía de nervio mediano en la muñeca en el diagnóstico de síndrome del túnel del carpo (STC)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionaron los pacientes a los que se realizó electromiograma (EMG) de miembros superiores (MMSS) entre todos los estudios EMG realizados en un hospital terciario entre marzo y mayo de 2022. Se ofreció completar estudio con ecografía de nervio (EN) mediano obteniendo como variable el Área Seccional (AS) en la región del túnel del carpo proximal y distal y en antebrazo distal. Se consideró como criterio de afectación del nervio el valor de 11 mm<sup>2</sup> de AS y borderline 9 mm<sup>2</sup>, de acuerdo con datos validados en la población europea. Así, se realizó análisis de sensibilidad y especificidad de la ecografía tomando como gold Standard el EMG. Se revisó también la presencia de variantes anatómicas de riesgo para túnel del carpo.

**RESULTADOS:** Se analizaron 31 pacientes (5 varones), con edad media 37.54 (SD 29.19), obteniéndose estudio de conducción nerviosa en 61 nervios medianos. Se analizaron los datos de EMG, con diagnóstico de STC de 32 nervios. Mediante la determinación de valores de AS, se observaron 27 patológicos (mayor de 11 mm<sup>2</sup>) y 13 borderline (más de 9 mm<sup>2</sup> para túnel del carpo, obteniendo una sensibilidad de un 71,8% y una especificidad del 86.2%. Por otra parte, 4 pacientes sintomáticos resultaron negativos por EMG pero positivos mediante ecografía. La ecografía fue capaz de detectar 4 pacientes con nervio mediano bífido.

**CONCLUSIONES:** La EN muestra una fiabilidad importante en el diagnóstico del síndrome de túnel del carpo pudiendo resultar de utilidad como prueba de cribado. Además, la valoración ecográfica del nervio permite la observación anomalías morfológicas que pueden estar en relación con las manifestaciones clínicas.

## NEUROINMUNOLOGÍA-NEUROONCOLOGÍA

105

### **LINFOMATOSIS MENÍNGEA POR LINFOMAS T CUTÁNEOS: DESCRIPCIÓN DEL ESPECTRO CLÍNICO EN BASE A DOS CASOS**

**Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>**, Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>, Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Antonio Méndez Guerrero<sup>1</sup>, Juan Francisco Gonzalo Martínez<sup>1</sup>, Mariano Ruiz Ortiz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Hospital Nuestra Señora La Luz, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** Describir dos ejemplos de afectación neurológica secundaria a linfomas T cutáneos (LTC), representados principalmente por la micosis fungoide, y resaltar su baja esperanza de vida asociada. Reseñar la excepcionalidad de la afectación del sistema nervioso periférico (SNP) por este tipo de neoplasias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de dos casos entre los años 2011 y 2021 de nuestro centro.

**RESULTADOS:** El primer caso consistió en un varón de 84 años, con antecedente de micosis fungoide (MF) con diseminación periférica (síndrome de Sézary), tratada con radioterapia local, poliquimioterapia (bexaroteno y romidepsina) e inmunoterapia (mogamulizumab). Ingresó para estudio de una paraparesia flácida arrefléctica progresiva de 3 meses de evolución, sumada a una hipoacusia neurosensorial bilateral iniciada 6 meses antes. No se demostraron alteraciones en neuroimagen. El electromiograma evidenció una polirradiculoneuropatía sensitivo-motora axonal. El estudio de LCR demostró una pleocitosis mononuclear estéril con hipoglucorraquia e hiperproteíorraquia, y el hallazgo en la citometría de flujo (CF) de linfocitos T atípicos. Se decidió tratamiento paliativo domiciliario debido a la fragilidad del paciente, y finalmente falleció al cabo de 6 semanas. El segundo caso se trató de una mujer de 61 años con historia previa de MF sin diseminación ganglionar, controlada con doxorrubicina. Acudió por un cuadro de multineuropatía craneal subaguda (VI derecho y parálisis facial bilateral). La RM cerebral mostró realce leptomeníngeo a nivel occipital izquierdo. El frotis sanguíneo demostró diseminación en sangre periférica. El estudio de LCR fue similar al caso anterior, y la CF nuevamente evidenció presencia de linfocitos T atípicos a nivel intratecal. Se inició un régimen intensivo de poliquimioterapia (CHOP) con 4 ciclos de quimioterapia intratecal. A pesar del tratamiento, la paciente desarrolló un estatus epiléptico hemisférico izquierdo refractario, falleciendo a las 11 semanas del diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** La presentación clínica de la linfomatosis meníngea secundaria a LTC es heterogénea, (neuropatías craneales, encefalopatía y cefalea son los principales síntomas). La neurolinfomatosis o afectación del SNP es excepcional en los LTC (solo 4 casos descritos en la literatura); suele cursar como una polirradiculoneuropatía sensitivo-motora axonal. La CF puede establecer el diagnóstico en aquellos casos con afectación intratecal, siendo menos invasiva que la biopsia neural (gold standard para el diagnóstico de neurolinfomatosis). A pesar del tratamiento multidisciplinar implementado (quimioterapia intravenosa o intratecal, radioterapia, inmunoterapia), la supervivencia mediana no supera los 6 meses.

106

#### HIPOFISITIS AUTOINMUNE POR INHIBIDOR DE CHECKPOINT: A PROPÓSITO DE UN CASO

**María García García**<sup>1</sup>, Guillermo Martín Ávila<sup>1</sup>, Carlos Piquero Fernández<sup>1</sup>, Belén Salvador Saenz<sup>1</sup>, Jaime Antonio Medranda Corral<sup>1</sup>, Ana Belén Pinel González<sup>1</sup>, Laura Lillo Triguero<sup>1</sup>, Eduardo Escolar Escamilla<sup>1</sup>, Carolina Saenz Lafourcade<sup>1</sup>, Rodrigo Terrero Carpio<sup>1</sup>, Alejandro Méndez Burgos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hopital Universitario De Getafe, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** presentación de un caso clínico de un efecto adverso de la inmunoterapia poco frecuente pero descrito.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 73 años con antecedente de melanoma acral plantar izquierdo, que tras dos recaídas locorregionales y una ganglionar comienza inmunoterapia con pembrolizumab e ipilimumab. Acude a Urgencias por cefalea holocraneal de gran intensidad que no cede con analgesia, habiendo comenzado el 2º ciclo de inmunoterapia 48h antes. Durante el 1º ciclo presentó la misma sintomatología, pero no había consultado. La exploración neurológica fue normal. El TAC craneal no evidenció patología intracraneal. Dada la persistencia de cefalea pese a pauta de AINES, analgésicos opioides a altas dosis e incluso bloqueo anestésico se decide ingreso para completar estudio.

**RESULTADOS:** Se solicita RM craneal que muestra una hipófisis aumentada de tamaño, con realce intenso fino y homogéneo, sin lesiones focales, sugerente de una hipofisitis anterior. También se realiza punción lumbar con leve hiperproteinorraquia con resto de estudio citobioquímico, serológico, microbiológico y BOC normal. En una analítica completa se evidenció déficit de TSH y ACTH compatibles con un hipotiroidismo y una insuficiencia suprarrenal centrales secundarias a hipofisitis. Se suspendió la inmunoterapia y se inició tratamiento con corticoides a dosis de mg/kg peso, con desaparición de la cefalea y normalización de la neuroimagen 1 mes después.

**CONCLUSIONES:** la hipofisitis secundaria a pembrolizumab es un efecto adverso muy poco frecuente pero descrito en la literatura, siendo más usual con ipilimumab. Presentamos el caso de una paciente con este diagnóstico que mejoró tras tratamiento corticoideo y suspensión de inmunoterapia.



## NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UNA UNIDAD DE NEUROLOGÍA DE HOSPITAL TERCIARIO. ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, FACTORES DE MAL PRONÓSTICO AL DIAGNÓSTICO Y RELACIÓN CON INFECCIÓN / VACUNACIÓN COVID. ¿ESTAMOS ANTE UN CAMBIO DE PARÁMETROS?

Carlos Estebas Armas<sup>1</sup>, Dr Raul García Yu<sup>1</sup>, Dr Juan Granja Lopez<sup>1</sup>, **Dr Manuel Lorenzo Dieguez<sup>1</sup>**, Dr Ricardo Gonzalez Sarmiento<sup>1</sup>, Dra Inmaculada Puertas Muñoz<sup>1</sup>, Dr Gabriel Torres Iglesias<sup>1</sup>, Dr Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La Esclerosis Múltiple (EM) es la enfermedad neurológica crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa, con incidencia de 4,2 casos/100.000 habitantes y Prevalencia de 100casos/100.000 habitantes, más frecuente en mujeres con edad media de inicio de 20-40 años. Es conocido que tanto la incidencia como prevalencia están aumentando, siendo España en la actualidad una zona de riesgo medio-alto. Está mediada por una respuesta autoinmune anómala en individuos genéticamente predispuestos, sobre quienes varios factores ambientales (infección vírica, vacunación, tabaco, déficit de vitamina D, etc), podrían influir en el desarrollo y la progresión de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de los pacientes de nuevo diagnóstico de EM en una Unidad de EM de un hospital terciario en los últimos dos años. Estudio epidemiológico y análisis de factores predisponentes. Analizar la infección y vacunación Covid recientes como posibles factores desencadenante.

**RESULTADOS:** 50 pacientes diagnosticados de EM, 37 Mujeres (74%), 13 Hombres (26%), edad 37,04 años (DS 8,98), 50 (100%) EMRR. La incidencia es de 9.32 pacientes / 100000 hab.

Forma de inicio de la enfermedad: 30 (60%) síntomas sensitivos, 8 (16%) síntomas motores, 10 (20%) neuritis óptica, 8 (16 %) mielitis, 1 (2%) crisis epiléptica.

41 pacientes (82%) tenían Bandas Oligoclonales en Líquido Cefalorraquídeo en el momento del diagnóstico.

Hallazgos en Resonancia Magnética: 30 (60%) mielitis, 28 (56%) lesiones infratentoriales, 12 (24%) con más de 10 lesiones supratentoriales, 3(6%) pacientes presentaron patología autoinmune asociada: 1 paciente Espondilitis Anquilosante, 2 pacientes Diabetes Mellitus tipo I. 6 pacientes ( 12%) tuvieron Anticuerpos Antinucleares Positivos (ANAs) en el momento del diagnóstico.

3 (6%) pacientes habían pasado infección Covid el mes previo al diagnóstico.

2 (4%) pacientes habían recibido vacunación Covid el mes previo al diagnóstico.

### CONCLUSIÓN:

La incidencia de EM y la edad media de inicio de la enfermedad en nuestro área ( 37,4 años) ha sido superior a la descrita en la literatura previa. (25 y los 29 años).

La mayoría de pacientes ya presentaban lesiones medulares e infratentoriales en el momento del diagnóstico, indicador de mal pronóstico.

Es importante estudio global en el momento del diagnóstico ( estudio epidemiológicos, pruebas complementarias, realizar diagnóstico diferencial, valorar la presencia de enfermedades asociadas) para estratificar el riesgo inicial y personalizar el plan de tratamiento.

108

## SÍNDROME MEDULAR AGUDO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN EL CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN

**Ainhoa Lorenzo Montilla<sup>1</sup>**, Sergio López Anguita<sup>1</sup>, Bárbara Gutiérrez Ruano<sup>1</sup>, Patricia Garrido Jiménez<sup>1</sup>, Gema Aguado Orihuela<sup>1</sup>, Federica Cordido Henríquez<sup>1</sup>, Nuria Olmedilla González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central De La Defensa Gómez Ulla, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Las metástasis intramedulares son entidades muy poco frecuentes (<2% de tumores intramedulares), siendo forma de presentación únicamente 22.5-39%, representando los tumores pulmonares microcíticos la mitad de los casos. Se presenta un caso de cáncer microcítico de pulmón que debuta como metástasis intramedular dorsal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 76 años, hipertenso, que acude a Urgencias con cuadro de 48h de evolución de dolor lumbar, pérdida de fuerza y sensibilidad en ambas extremidades inferiores de predominio derecho, y retención urinaria y fecal. A la exploración presenta un síndrome sensitivo-motor bilateral y asimétrico en ambos miembros inferiores, de predominio derecho y con hiperreflexia, además de nivel sensitivo T10.

**RESULTADOS:** Analítica con hemograma, bioquímica y proteinograma sin alteraciones; serologías negativas. En RM medular se objetiva una metástasis intramedular a la altura de D1-D2 con extenso edema / mielitis del cordón medular, secundaria a neoplasia pulmonar que también condiciona afectación ganglionar, ósea y cerebral. El TC body y cerebral evidencia una masa en el LSI, sugestiva de tumor primario que correspondería a un T4 N3 M1b y múltiples lesiones nodulares hipervasculares supra e infratentoriales sugestivas de depósitos secundarios. El resultado de la anatomía patológica (fibrobroncoscopia) es un carcinoma microcítico de pulmón. El paciente recibió tratamiento con radioterapia externa con intención paliativa y quimioterapia basada en carboplatino-etopósido.

**CONCLUSIONES:** Con este caso clínico se evidencia la importancia de una alta sospecha diagnóstica de metástasis intramedular en pacientes con síndrome medular agudo dada su infrecuencia, especialmente como forma de debut de tumor primario.

### ATAXIA POR ANTICUERPOS ANTI-GAD, MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME CEREBELOSO

Álvaro Bonelli Franco<sup>1</sup>, Alejandro Rodríguez Sáenz de Urturi<sup>2</sup>, Javier Villacieros Álvarez<sup>3</sup>, Pablo Nieto González<sup>1</sup>, María Ruggiero García<sup>4</sup>, Beatriz Álvarez Mariño<sup>1</sup>, Juana Catalina Martínez Ramos<sup>1</sup>, Laura Rubio Flores<sup>1</sup>, Raquel Téllez Pérez<sup>5</sup>, Carlos Manuel Ordás Bandera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España, <sup>2</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España, <sup>3</sup>Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat), Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona, Barcelona, España, <sup>4</sup>Neurología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, <sup>5</sup>Inmunología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Los síndromes neurológicos anti-GAD comprenden: síndrome cerebeloso, stiff person, encefalitis límbica y epilepsia refractaria. Dentro del primero, los síntomas más comunes son ataxia de la marcha, disartria y nistagmo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos 3 casos de ataxia cerebelosa anti-GAD con síntomas/signos más allá de los mencionados.

**RESULTADOS:** Mujer de 67 años, con antecedentes de anemia perniciosa y vitíligo que debuta con vértigo recurrente no posicional seguido de mareo e inestabilidad de la marcha de meses de evolución. Presenta ataxia de la marcha, diplopía binocular, nistagmo vertical, piramidalismo global y temblor postural. Fue tratada con inmunoglobulinas, azatioprina y ciclofosfamida, con estabilidad clínica.

Mujer de 71 años que inicia cuadro agudo de 1 semana de mareo, diplopía binocular e inestabilidad de la marcha. Se observa mononeuropatía VI izquierdo, skew, nistagmo vertical, ataxia truncal y apendicular y temblor mixto. El curso es estable con ciclos de inmunoglobulinas cada 2 meses.

Varón de 53 años, con antecedente de esquizofrenia paranoide y anemia perniciosa que presenta cuadro subagudo de inestabilidad de la marcha y torpeza hemicorporal izquierda. Presenta síndrome sensitivo-motor izquierdo y deterioro cognitivo a lo que se añade disfagia leve y ataxia axial y apendicular. A pesar del tratamiento, el paciente fallece 2 años después.

En todos los casos, la RM cerebral y el LCR fueron normales, con título de antiGAD>2000 en LCR y en suero.

**CONCLUSIONES:** El síndrome cerebeloso anti-GAD puede presentarse además con sintomatología extracerebelosa que debe ser integrada en el espectro clínico para conseguir una orientación etiológica adecuada y evitar la demora terapéutica.

110

## ENFERMEDAD NEUROLÓGICA AUTOINMUNE MEDIADA POR ANTICUERPOS ANTINEURONALES: ANÁLISIS DE CASOS Y COSTE

**Dra. Mireya Fernandez-Fournier Fernandez<sup>1</sup>**, Dr Iñigo de Lorenzo<sup>1</sup>, Dra. Sofía González García<sup>1</sup>, Dra. Pilar Nozal<sup>2</sup>, Dra. Laura Lacruz<sup>1</sup>, Dr. Francisco Javier Rodríguez de Rivera<sup>1</sup>, Dra. Inmaculada Puertas<sup>1</sup>, Dra. Laura Otero Ortega<sup>1</sup>, Dr. Antonio Tallón Barranco<sup>1</sup>, Prof. Exuperio Díez Tejedor<sup>1</sup>, Prof. Ana Frank García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Neuroinmunología y Esclerosis Múltiple, Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz; Laboratorio de Ciencias Neurológicas, Grupo de Neurología y Enfermedades Cerebrovasculares, Área de Neurociencias del Instituto para la Investigación Sanitaria del Hospital la Paz – IdiPAZ; Universidad Autónoma de Madrid), Madrid, España, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Universitario La Paz, ,

**OBJETIVOS:** Estudiar las manifestaciones de enfermedad neurológica mediada por anticuerpos contra proteínas intraneuronales (Ac.Int) y anticuerpos de superficie (Ac.Sup). Analizar el coste asociado a estas determinaciones en la práctica clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico analizando las determinaciones de AcInt o AcSup realizadas (ene2010-dic2019) y su evolución histórica. Análisis de características clínicas de casos seropositivos (antecedentes, presentación sindrómica, diagnóstico, tratamiento). Estudio del coste y demora diagnóstica.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 666 pacientes con un total de 924 determinaciones (680 de AC.Int y 244 AC.Sup). Sólo un 5,9% pacientes (n=39) tenían anticuerpos (70,2% mujeres, edad media 53,5 años). El 41,0% de los casos presentó síntomas de disfunción encefálica, un 28,2% clínica del sistema nervioso periférico y un 12,8% síndrome cerebeloso. El grupo más frecuente de anticuerpos encontrados fueron los Ac.Int (71,8%), mayoritariamente anti-Hu y anti-ZIC4, pero el anticuerpo más frecuentemente encontrado (20,5%) fue el anti-NMDA. El intervalo entre el inicio sintomático y la detección de anticuerpo fue de 6,1 años disminuyendo en 2016-2019 a 1,6 años. Se utilizaron en total 53.800euros.

**CONCLUSIONES:** La sospecha de enfermedad mediada por anticuerpos antineuronales, y la solicitud de los mismos, es muy frecuente en la asistencia a pacientes neurológicos. Sería conveniente mejorar la selección de los casos a los que pedir estas pruebas.

111

## LOS EFECTOS ADVERSOS INMUNOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE LOS INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNOLÓGICO NO SE ASOCIAN A UN AUMENTO DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN SUERO

**Sr Juan Luis Chico García<sup>1</sup>**, Sra Cristina Saavedra<sup>1</sup>, Sr Álvaro Beltrán Corbellini<sup>1</sup>, Sr Fernando Rodríguez Jorge<sup>1</sup>, Sra Raquel Sainz Amo<sup>1</sup>, Sr Roberto Gil Pariente<sup>1</sup>, Dra Ainara Soria<sup>1</sup>, Sr Francisco Javier Buisán Catevilla<sup>1</sup>, Dra Ángela Carrasco Sayalero<sup>1</sup>, Dra Luisa María Villar<sup>1</sup>, Dr Guillermo García Ribas<sup>1</sup>, Dr Íñigo Corral Corral<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal. IRYCIS, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Nuestro objetivo es comparar los niveles de citocinas en suero en pacientes con efectos adversos inmunológicos que afectan al sistema nervioso central (SNC-iAE) en pacientes tratados con inhibidores del punto de control inmunológico (ICI) respecto pacientes con ICI sin estos eventos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en pacientes con (8/1092, 0.7%) y sin SNC-iEA atendidos en nuestro centro entre 2017-2021. Se realizó el análisis en suero recogido en el momento del diagnóstico (casos) o bien basal y a las 2 y 6 semanas tras el inicio del ICI (controles). Se analizaron: TIM3, IL1b, IL6, IL8, IL10, IL12, IL17, IL18, IFNg, TNFa.

**RESULTADOS:** Se analizaron muestras de suero de 7 pacientes con SNC-iEA (28.6% mujeres, mediana de edad (RIC) 63.4 (54.5-70.7) y tiempo desde ICI hasta inicio de sintomatología de 29 (18-174) días). El 71.4% cumplía criterios de Graus de encefalitis autoinmune posible, con un caso de encefalopatía relacionada con ICI y otro de meningoencefalitis.

Se analizaron 12 controles (sin diferencias significativas respecto los casos en género o edad). La IL17 fue significativamente menor en el grupo de SNC-iEA que en controles tanto basal (0.06 vs 0.55, p=0.013), como a las 2 (0.06 vs 1.02, p=0.022) y a las 6 semanas (0.06 vs 0.7, p=0.017). La IL8 también mostró niveles menores en el grupo de SNC-iAE a las 2 (9.95 vs 38.9, p=0.036) y 6 semanas (9.95 vs 36.5, p=0.036). El resto de citocinas analizadas fueron similares.

**CONCLUSIONES:** Los SNC-iEA se asociaron con niveles bajos de IL-17 e IL-8 en suero. Hacen falta estudios con más pacientes e incluyendo LCR para entender mejor la fisiopatología de estas complicaciones.

## COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS TRAS EL USO DE INHIBIDORES DEL CHECKPOINT. UNA ENTIDAD EMERGENTE POR CONOCER.

**Dra Laura Del Pino Tejado<sup>1</sup>**, Dra Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Dra Ana Gómez Roldós<sup>1</sup>, Dr Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>, Dra Elena Díaz Fernández<sup>1</sup>, Dr Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Dra Yolanda Fernández Bullido<sup>1</sup>, Dra María Luisa Martínez Ginés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Los inhibidores de puntos de control inmunológico (ICI) son agentes terapéuticos contra el cáncer que han supuesto un novedoso paradigma.

Las complicaciones neurológicas son raras pero potencialmente graves y presentan un amplio espectro clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Describimos una serie retrospectiva de 8 pacientes que presentaron estas complicaciones incluyendo características demográficas, clínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

**RESULTADOS:** La edad media fue 63 años y el 75% fueron sexo femenino. El tumor más frecuente identificado fue el adenocarcinoma de pulmón y el tipo de ICI fundamentalmente antiPD1. El 37,5% recibió combinación de 2 ICIs, mientras el resto monoterapia. Todos los pacientes presentaron EA graves según criterios terminológicos comunes (grados 3 y 4). El tiempo medio desde el inicio de la terapia hasta la presentación de síntomas fueron 8,38 meses. Se observaron valores elevados de IL6 en 3 pacientes como parte del estudio ampliado.

Todos se beneficiaron del tratamiento con corticoides y 2 recibieron inmunoglobulinas intravenosas de manera adicional. El tratamiento con ICI se interrumpió en todos los pacientes, al considerar todos los EA de grado severo.

**CONCLUSIONES:** Las complicaciones neurológicas por ICI pueden ser particularmente graves, requiriendo un diagnóstico precoz y estrategias terapéuticas agresivas para reducir la mortalidad y la morbilidad asociada. Se debe sospechar EA en todo paciente con ICIs que desarrolle síntomas neurológicos, una vez descartadas otras causas más comunes como infiltración metastásica y síndromes paraneoplásicos.

El aumento de IL-6 después del tratamiento con ICIs podría ser un biomarcador eficaz. Aquellos pacientes tratados con biterapia parecen tener cuadros más graves. La mayor gravedad del EA parece otorgar un resultado clínico favorable de su enfermedad tumoral de base.

## **NEUROLOGÍA GENERAL**

113

### **¿FRONTERAS DIFUSAS ENTRE ENCEFALOPATÍA Y ENCEFALITIS? ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA A PROPÓSITO UN CASO**

**Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>**, Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Laura Del Pino Tejado<sup>1</sup>, Elena Diaz Fernández<sup>1</sup>, Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Pedro Castro de Castro, Almudena Chacón Pascual<sup>1</sup>, Maria Concepción Miranda Herrero<sup>1</sup>, Maria Vázquez López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La ENA (Encefalopatía Necrotizante aguda), es una entidad infrecuente, secundaria principalmente a una disregulación de citoquinas en respuesta a una infección sistémica, principalmente Influenza A. Existe un cuadro clínico-radiológico típico, aunque la mortalidad es mayor al 30%. Presentamos un paciente con diagnóstico de ENA esporádico con buena evolución clínica.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Paciente de 5 años sin antecedentes, inicia cuadro febril y sintomatología respiratoria de 36 horas de evolución seguida de una CTCG y bajo nivel de conciencia persistente. A la exploración destaca inestabilidad hemodinámica con Glasgow 7 (O1 V2 M3) y RCP extensor bilateral.

#### **RESULTADOS:**

Análíticamente destaca leucocitosis 18.00 10E3/ $\mu$ L, hipertransaminasemia y datos de CID con Dímero D de 10.000  $\mu$ g/ml. El exudado nasal objetivó Influenza A. La IL-6 en suero se encontró levemente elevada de manera persistente.

En la RM destacan lesiones talámicas bilaterales, hiperintensas en T2 y FLAIR con restricción en DWI y zonas hemorrágicas en su interior. Además, lesiones troncoencefálicas y cerebelosas compatibles con encefalopatía necrotizante. El análisis bioquímico y microbiológico de LCR fue anodino. El estudio genético para RANBP2 fue negativo. Se diagnosticó ENA y se inició tratamiento empírico con corticoides e inmunoglobulinas en las primeras 36 horas asociando Tocilizumab al 4º día de evolución. Se consiguió mejoría clínica progresiva, aunque lenta, con recuperación progresiva de ítems del psicodesarrollo perdidos previamente. Actualmente persisten alteraciones cognitivas de predominio en lenguaje y leve ataxia.

#### **CONCLUSIONES:**

La ENA es una patología infradiagnosticada, en la cual la RM craneal urgente es indispensable. Existe limitada evidencia respecto al manejo farmacológico sin embargo existen alguna evidencia que apoyan un abordaje intensivo y precoz en las primeras 48 horas. Casos como el de nuestro paciente, con una evolución favorable a pesar de los factores de mal pronóstico inicial, aportan más información al conocimiento y manejo adecuado de esta entidad.



114

# **UN VARÓN JOVEN CON LESIONES CEREBRALES EVANESCENTES: UN “IMITADOR” POCO CONOCIDO.**

**Dr. David Seoane Fernández<sup>1</sup>**, Dr. Lucas Roca Rodriguez, Dr. Aurelio Hernández Laín, Dr. Alejandro Octavio Herrero San Martín

<sup>1</sup>Hospital 12 De Octubre. Servicio De Neurología., Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Resaltar el diagnóstico diferencial y aproximación a esta presentación y desafío clínico.

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

**RESULTADOS:** Un varón de 23 años con migrañas presenta un primer episodio de diplopía binocular con oftalmoparesia compleja del ojo derecho, autolimitada en 15 días.

La RM con Gd mostraba una captación leptomenígea difusa, varias lesiones cerebrales y una cervical expansivas, con leve edema y realce parcheado.

El extenso estudio diagnóstico resultó normal (autoinmunidad, ECA, serologías, LCR con anti-MOG y anti-AQP4, microbiología, PET-TC body). Se practicó una biopsia cerebral informada como inconcluyente en su centro de origen y se trató empíricamente con corticoides, con espectacular mejoría clínica y radiológica.

La revisión de la biopsia en nuestro centro encontró un infiltrado linfocítico B atípico de predominio perivascular de bajo grado con reordenamiento monoclonal de células plasmáticas para Ig Kappa. Se estableció el diagnóstico de linfoma marginal extranodal primario del SNC (LMSNC) (médula ósea normal). Por encontrarse asintomático, el plan inicial fue vigilancia estrecha sin tratamiento.

**CONCLUSIONES:** En la literatura, la mayoría de “tumores evanescentes” cerebrales corresponden a linfomas primarios del SNC, seguidos de esclerosis múltiple y ADEM, sarcoidosis, infartos venosos, o metástasis regresivas de neoplasias renales, melanoma o neuroblastoma.

El LMSNC es un linfoma de bajo grado, indolente y radiosensible. Suele presentarse como masas extraxiales dures, confundiendo con meningiomas, schwannomas o colecciones peridurales. Raramente aparece como lesiones parenquimatosas y puede asociar afectación leptomenígea, como nuestro caso. Presenta buen pronóstico, sobre todo en las formas dures tratables mediante cirugía o radioterapia focal.

115

#### **SÍNDROME DEL SENO SILENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE PTOSIS PALPEBRAL.**

**Dra. Carmen Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**, Dr. Santiago Trillo Senín<sup>1</sup>, Dra. Inés Muro García<sup>1</sup>, Dra. Alba Vieira Campos<sup>1</sup>, Dr. Diego Celadrán Vivancos<sup>2</sup>, Dra. Celia Romero del Rincón<sup>1</sup>, Dra. Cristina Sanabria Gago<sup>1</sup>, Dra. Alba Somovilla García-Vaquero<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España, <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

#### **OBJETIVOS:**

El síndrome del seno silente consiste en la atelectasia unilateral del seno maxilar secundaria a la obstrucción del infundíbulo maxilar que ocasiona una presión negativa en su interior y el colapso del seno. Se considera una causa infrecuente de ptosis palpebral, a menudo poco conocida, y en la que la imagen es diagnóstica.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se presentan las historias clínicas, fotografías y hallazgos de neuroimagen de dos pacientes con ptosis palpebral secundaria a síndrome del seno silente.

#### **RESULTADOS:**

El primer caso es una mujer de 29 años con ptosis palpebral izquierda de dos meses de evolución. A la exploración, asociaba enoftalmos ipsilateral y diplopía en la supravversión sin oftalmoparesias asociadas y con isocoria normorreactiva.

El segundo caso es un varón de 44 años que consultó por cuadro de ptosis palpebral izquierda e hipotropía ipsilateral. A la exploración, asociaba una limitación para la supravversión.

En ambos casos se solicitó resonancia magnética cerebral en la que se objetivó ocupación del seno maxilar izquierdo. En la tomografía computarizada de senos paranasales se apreció una disminución del tamaño del seno maxilar izquierdo con retracción de sus paredes e incremento del diámetro vertical orbitario asociado a un engrosamiento muco-perióstico, sugestivo de síndrome del seno silente.

#### **CONCLUSIONES:**

Nuestros casos reflejan que el síndrome del seno silente carece de hallazgos exploratorios específicos que faciliten la sospecha clínica. Es recomendable la obtención de una tomografía computarizada cerebral en paciente con ptosis palpebral para valorar la integridad orbitaria.

116

## ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 CON AFECTACIÓN NASOSINUSAL AISLADA, UNA INUSUAL CAUSA DE DIPLOPIA PROGRESIVA

**Dra Marina Lara González<sup>1</sup>**, Dra Blanca Hidalgo Valverde<sup>1</sup>, Dr Manuel García Ruiz<sup>1</sup>, Dr Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Dr Jose Pierre Otazu Moudelle<sup>1</sup>, Dr Jesús Gimeno Hernández<sup>1</sup>, Dr Jose Carlos Plaza Hernández<sup>1</sup>, Dr Vicente Gajate García<sup>1</sup>, Dr Alberto Marcos Dolado<sup>1</sup>, Dra Eva López Valdés<sup>1</sup>, Dr Ricardo Constantino Ginestal López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**OBJETIVOS:** La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) de senos paranasales sin afectación sistémica es altamente infrecuente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos a una paciente con oftalmoparesia compleja bilateral causada por ER-IgG4 con afectación exclusivamente nasosinusal.

**RESULTADOS:** Mujer de 75 años, con antecedentes de epistaxis y dificultad para respirar por la nariz que requirió cirugía de pólipos nasales en dos ocasiones, ingresa en nuestro hospital por diplopia progresiva. En la exploración neurológica destaca limitación bilateral para la supraducción y abducción de los ojos y ptosis palpebral izquierda. La RM cerebral y TC de órbitas muestran cambios postquirúrgicos extensos en fosas nasales y en senos paranasales. También se evidencia una lesión exofítica polipoide dependiente de la lámina cribosa con realce postcontraste y una discontinuidad de la pared orbitaria medial que determina un amplio contacto de la lesión de partes blandas con los músculos rectos mediales y recto inferior izquierdo. Los análisis de sangre muestran elevación leve de proteína C reactiva. ANAs, ANCAs y anticuerpos antitiroideos son negativos. La biopsia de la lesión muestra abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocítico, fibrosis estromal estoriforme y presencia de flebitis obliterante. El estudio inmunohistoquímico revela > 100 células plasmáticas IgG4+ por campo de gran aumento. Se realiza un body FDG-PET/TC sin signos de afectación de otros órganos. Dados los hallazgos, se inicia tratamiento con corticoides y rituximab, disminuyendo el tamaño de la lesión posteriormente.

**CONCLUSIONES:** La ER-IgG4 con afectación nasosinusal, debido a la extensión de la enfermedad a través de la pared orbitaria e infiltración de músculos extraoculares, puede constituir una etiología infrecuente de oftalmoparesia restrictiva. Un diagnóstico y tratamiento precoces pueden mejorar el pronóstico.

## ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD? EL DESENCADENANTE MISTERIOSO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

**Rafael Leal Hidalgo<sup>1</sup>**, Gabriel Velilla Alonso<sup>1</sup>, Antonio Sánchez Soblechero<sup>1</sup>, Sofía Portela Sánchez<sup>1</sup>, Alberto Lozano Ros<sup>1</sup>, Irene Catalina Álvarez<sup>1</sup>, Jose Luis Muñoz Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El síndrome de Guillain Barré (SGB) se asocia con frecuencia a desencadenantes infecciosos; sin embargo, existen numerosos casos descritos de SGB desencadenados por eventos traumáticos. Presentamos un caso de SGB tras un accidente de tráfico, que presentó una infección intercurrente y positividad para anticuerpos anti-gangliósidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 49 años sin antecedentes relevantes. Tras accidente de tráfico sufre una fractura vertebral L1 con mielopatía asociada (nivel sensitivo L1, paraplejía y pérdida del control de esfínteres). 10 días tras el accidente desarrolla síndrome febril, y 16 días después del accidente debuta con diparesia braquial subaguda con hiporreflexia.

**RESULTADOS:** Se realizan TC craneal, angioTC y RM cráneo-cervical urgentes, sin alteraciones. Sufre empeoramiento progresivo en días hasta presentar diplejía braquial con debilidad cervical y clínica bulbar, requiriendo intubación. La punción lumbar muestra líquido xantocrómico con disociación albumino-citológica. Un EMG realizado dos semanas tras el debut muestra denervación activa facial y braquial, datos de polineuropatía sensitivo-motora mixta y ausencia de ondas F en miembros superiores. Se diagnostica de SGB variante AMSAN vs faringo-cervico-braquial. En estudios complementarios se demuestra primoinfección por citomegalovirus y positividad para anticuerpos IgM anti-GM3. Recibió 8 sesiones de plasmaféresis seguido de inmunoglobulinas 5 días, con mejoría progresiva hasta basal en 6 semanas.

**Discusión y conclusión:** Este caso, donde coexisten dos posibles desencadenantes, representó un reto diagnóstico ya que las secuelas de la mielopatía pudieron enmascarar síntomas en miembros inferiores. Recuerda la importancia de sospechar un SGB así como diagnosticarlo correctamente para dirigir el tratamiento. Aporta además una descripción clínica de un caso con positividad para anti-GM3.

118

## **SÍNDROME DE COLA DE CABALLO Y CONO MEDULAR TRAS ANESTESIA EPIDURAL POR CESÁREA**

**María Barcenilla López<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain*

La neurotoxicidad por anestesia neuroaxial es una realidad conocida aunque no bien identificada. Se desconoce la frecuencia real de las complicaciones neurológicas más graves, como la aracnoiditis o los déficits neurológicos. También se encuentra poco descrito el manejo diagnóstico-terapéutico de las mismas. Nuestro objetivo es presentar el caso de un síndrome de cola de caballo tras una anestesia epidural.

Mujer 38 años que tras anestesia epidural para cesárea por no progresión del parto, manteniendo el catéter epidural 24 horas por mal control del dolor, presenta plejía de miembros inferiores con nivel sensitivo D10 y reflejos abolidos con anestesia en silla de montar y ausencia de control de esfínteres. RM dorsolumbar que descarta complicaciones hemorrágicas, isquémicas o inflamatorias; punción lumbar normal. Estudio neurofisiológico: signos de lesión de vía cordonal posterior pierna derecha, ausencia de potenciales desde T10 y datos de afectación severa de segunda motoneurona de L1 a S2 de tipo mixto, predominio desmielinizante. RM lumbar de control datos de meningopolirradiculitis en cono medular y raíces de cola de caballo. Se realiza tratamiento empírico con metilprednisolona, inmunoglobulinas y plasmaféresis con escasa respuesta y tratamiento rehabilitador intensivo. Además cuadro de intenso dolor lumbar irradiado con mala respuesta al tratamiento analgésico.

Se desconoce el mecanismo exacto de la neurotoxicidad de la anestesia neuroaxial, aunque se plantean hipótesis basadas en sus propiedades detergentes, la activación de la vía de las caspasa o por mediación del p38-mitógeno-activado. Es importante conocer las posibles complicaciones neurológicas para un diagnóstico y tratamiento precoces lo cual mejora el pronóstico.

### **MENINGOENCEFALITIS POR MYCOBACTERIUM LENTIFLAVUM: UN SOSPECHOSO POCO HABITUAL**

**Álvaro Bonelli Franco**<sup>1</sup>, Ana Isabel Saldaña Díaz<sup>1</sup>, José Cebrián Escudero<sup>1</sup>, Laura Santos Sánchez De Las Matas<sup>1</sup>, Leticia Martín Gil<sup>1</sup>, José Carlos Fernández Ferro<sup>1</sup>, Javier Martínez-Poles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

**OBJETIVOS:** Las meningitis por micobacterias son una causa frecuente de meningitis crónicas. Las infecciones por micobacterias no tuberculosas suelen tener un curso atípico y son un reto diagnóstico. Mycobacterium lentiflavum es una micobacteria no tuberculosa que produce linfadenitis cervical e infecciones pulmonares. Presentamos el primer caso de meningoencefalitis por M. lentiflavum.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 55 años con antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor (prednisona, metotrexate -y previamente infliximab y tocilizumab) que ingresa en Enero-2021 por cuadro subagudo de debilidad en extremidades inferiores, crisis focales acinéticas y alteración conductual -alucinaciones e ideación delirante-. En la RM se observa un realce leptomeníngeo más marcado en la convexidad cerebral con edema en ambos lóbulos frontales. Se realiza punción lumbar que muestra una pleocitosis mononuclear, con ADA normal en LCR y cultivo negativo (para bacterias, hongos y micobacterias). Se inicia tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro a lo que se añaden antifúngicos e inmunomoduladores (corticoides e inmunoglobulinas), sin mejoría.

Ante empeoramiento clínico se realiza una biopsia cerebral en la que se observa un infiltrado linfocítico inespecífico, sin granulomas. En el cultivo de la biopsia crece M. lentiflavum por lo que se inicia tratamiento dirigido con moxifloxacino 400mg/24h, rifampicina 600mg/24h y claritromicina 500mg/12h durante 12 meses. La paciente presenta mejoría clínica y del LCR precoz hasta quedar asintomática y progresiva mejoría de la imagen radiológica.

**CONCLUSIONES:** Presentamos el primer caso de meningoencefalitis por M. lentiflavum. El tratamiento prolongado con claritromicina, rifampicina y moxifloxacino parece eficaz para el tratamiento de este microorganismo.

120

## LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO Y LEUCOPATÍA EN RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL EN VARÓN JOVEN PREVIAMENTE SANO

**Dra. Judit Díaz-Díaz<sup>1</sup>**, Dra. Irene Gómez-Estevez<sup>1</sup>, Dra. Ana Fernández Revuelta<sup>1</sup>, Dr. Vicente Gajate<sup>1</sup>, Dra. Elda Alba-Suarez<sup>1</sup>, Dr. Vicente Estrada-Pérez<sup>1</sup>, Dra. Celia Oreja-Guevara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Analizar las posibles patologías con lesiones ocupantes de espacio y leucopatía en paciente joven previamente sano.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 44 años sin antecedentes de interés con cuadro progresivo de 4 meses de evolución de dolor lumbar, debilidad en miembros inferiores, alteración de la marcha y síntomas urinarios. Un mes más tarde comenzó con enlentecimiento en la expresión del lenguaje y fluencia del pensamiento. Además, pérdida de peso de 4 kg, negando fiebre o relaciones sexuales de riesgo. Se realizó una resonancia magnética (RM) cerebral sin contraste que objetivó lesiones subcorticales multifocales confluentes, en cuerpo calloso y sustancia blanca del tronco, sugestivas de leucopatía. El paciente fue derivado a la consulta de enfermedades desmielinizantes.

**RESULTADOS:** A la exploración presentaba signos de encefalopatía y una paraparesia motora asimétrica. Se realizó una punción lumbar con leve elevación celular y proteinorraquia. Como parte del screening inicial de posibles causas infecciosas de encefalopatía se determinaron anticuerpos contra VIH y antígeno p24 que fueron positivos, siendo diagnosticado de SIDA.

Se realizó un estudio microbiológico para descartar otras infecciones, siendo sólo positiva la PCR para el virus de Epstein Barr y el VIH en LCR. Se realizó una RM cerebral con contraste que mostró una leucopatía difusa sugestiva de encefalopatía por VIH y una lesión focal con realce postcontraste en hemisferio cerebral derecho, compatible con toxoplasmosis.

A pesar de serología y PCR negativa para toxoplasma gondii en el LCR, se diagnosticó de probable toxoplasmosis cerebral por clínica compatible, identificación de una lesión cerebral focal expansiva y respuesta radiológica clara a los 10-14 días de iniciar tratamiento específico. Se inició tratamiento con pirimetamina y sulfonamida y TARGA con muy buena respuesta clínica y radiológica confirmando el diagnóstico de sospecha, con resolución casi completa del cuadro en 3 meses.

**CONCLUSIONES:** La toxoplasmosis cerebral presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas y neurorradiológicas, por lo que es vital un alto índice de sospecha precoz ya que su tratamiento produce remisión parcial o total de los síntomas.

El riesgo de toxoplasmosis cerebral aumenta notablemente en los seropositivos para el anticuerpo IgG de T gondii, con un recuento de linfocitos CD4 <100células/mm<sup>3</sup> y que no reciben profilaxis. Sin embargo, la ausencia de cualquiera de estas variables no descarta la posibilidad de toxoplasmosis cerebral porque el 3-15% de los casos son seronegativos para el anticuerpo IgG y el 10-25% de los casos tienen un recuento de linfocitos CD4 >100células/mm<sup>3</sup>.



121

#### PARÁLISIS FACIAL COMPLETA DE ORIGEN CENTRAL

**Dr. Alberto Rodríguez López<sup>1</sup>**, Dr. Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Dr. Eduardo San Pedro Murillo<sup>1</sup>, Dra. María Gutiérrez Sánchez de la Fuente<sup>1</sup>, Dra. Patricia Calleja Castaño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** Las motoneuronas que inervan la musculatura facial superior presentan más aferencias corticonucleares bilaterales que las de la musculatura inferior. Sin embargo, la representación facial superior en regiones corticales más anteriores explica la variabilidad fenotípica que pueden producir distintas lesiones vasculares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** descripción de un caso clínico (con imágenes clínicas y radiológicas)

**RESULTADOS:** Varón de 52 años hipertenso y fumador, que debuta con un episodio brusco y autolimitado de disartria y torpeza en mano derecha, ingresando para monitorización. Al día siguiente, presenta la clínica previa y además una paresia facial derecha, que incluye músculos orbicularis oculi y oris así como músculo frontalis, puntuando 4 en la escala National institute of Health Stroke Scale (NIHSS). En la exploración destaca la normalidad de movimientos faciales con la risa espontánea, y se descarta además afectación gustativa en la hemilengua derecha. El estudio analítico incluye autoinmunidad y tóxicos en orina negativos, destacando una hemoglobina glicada de 7.5% como debut de una diabetes mellitus tipo 2. Se realiza una resonancia magnética craneal que constata un infarto agudo lacunar en territorio capsulotalámico izquierdo. No se identificaron placas de ateroma en dúplex ni angiografía por tomografía computarizada de troncos supraórticos. El estudio cardiológico con monitorización en unidad de ictus y holter de 24 horas no mostró arritmias embolígenas, y la ecocardiografía transtorácica no mostró alteraciones relevantes ni signos de shunt intracardiaco. Con el diagnóstico de un ictus isquémico menor de morfología lacunar por enfermedad esclerohipertensiva de pequeño vaso, se pauta doble antiagregación doble las tres primeras semanas y simple posterior, permaneciendo con el déficit estable en la revaloración tres meses después.

**CONCLUSIÓN:** En ictus extensos o estratégicos se puede afectar el músculo orbicularis oculi o incluso frontalis, raramente de modo paucisintomático. La disociación entre musculatura voluntaria e involuntaria, así como la conservación del gusto, pueden ayudar en el diagnóstico diferencial en casos de parálisis facial con datos atípicos.

122

## **SÍNDROME DE SUSAC: UN RETO TERAPÉUTICO. TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DE ALTA INTENSIDAD Y SEGUIMIENTO CLÍNICO-RADIOLÓGICO**

**Dra. Carmen Ribacoba Díaz<sup>1</sup>**, Dra. Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>, Dr. José Manuel Alcalá Ramírez del Puerto<sup>1</sup>, Dr. Leonardo Portocarrero Sánchez<sup>1</sup>, Dr. Miguel Jesús Sánchez Boyero<sup>1</sup>, Dr. Luca Palliotti<sup>1</sup>, Dr. Vicente Gajate García<sup>1</sup>, Dr. Alberto Marcos Dolado<sup>1</sup>, Dra. Eva López Valdés<sup>1</sup>, Dr. Ricardo Constantino Ginestal López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain*

**OBJETIVOS:** El síndrome de Susac (SSu) es una enfermedad autoinmune que afecta a la microvasculatura del sistema nervioso central, retina y oído interno. Clínicamente se caracteriza por la tríada de encefalopatía, oclusión de ramas de la arteria central de la retina (ORACR) e hipoacusia neurosensorial en frecuencias graves. Su baja incidencia y prevalencia hacen que el tratamiento sea un desafío médico. Evaluamos la efectividad del tratamiento inmunosupresor en tres pacientes con SSu grave.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos tres pacientes mujeres de entre 31 a 47 años con SSu (dos con diagnóstico definitivo y una con diagnóstico probable) diagnosticadas entre 2018 y 2021. La duración media del seguimiento fue de 23 meses (rango 12-45 meses). Todos los casos comenzaron con alteraciones conductuales y encefalopatía. Se encontraron lesiones típicas de SSu en la resonancia magnética craneal y ORACR en la angiografía con fluoresceína en todas las pacientes. Dos presentaron hipoacusia neurosensorial en frecuencias graves en la audiometría. Las tres recibieron tratamiento inmunosupresor de alta intensidad.

**RESULTADOS:** Los tres casos fueron formas graves de SSu y presentaron una excelente respuesta, tanto clínica como radiológica, al tratamiento inmunosupresor de alta intensidad. En una paciente el tratamiento inmunosupresor tuvo que ser retirado temporalmente debido a infección por COVID-19 potencialmente mortal.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento precoz de SSu es eficaz para mejoría clínica y prevención de secuelas. Se necesitan más datos para decidir cómo reducir el tratamiento inmunosupresor, equilibrando el riesgo de padecer una enfermedad inadecuadamente suprimida con el de los posibles efectos secundarios de la inmunosupresión crónica agresiva.

123

# **MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINALMENTE EXTENSA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A HTLV1 CON RESPUESTA A TRATAMIENTO CORTICOIDEO Y PLASMAFÉRESIS**

**Dra. Celia Romero Del Rincón<sup>1</sup>**, Dra. Carmen Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>, Dr. Javier Pérez Serrano<sup>2</sup>, Dr. Antonio Barbosa-Del Olmo<sup>3</sup>, Dra. Azucena Bautista<sup>2</sup>, Dra. Paula Paños<sup>1</sup>, Dr. Pablo Iriarte<sup>1</sup>, Dr. José Vivancos<sup>1</sup>, Dra. Sonia Quintas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Neurología, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, Spain*, <sup>2</sup>*Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, España*, <sup>3</sup>*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario De La Princesa, Madrid, España*

**OBJETIVOS:** La mielopatía por HTLV1 es una causa clásica de paraparesia aunque infrecuente en zonas no endémicas. El retraso diagnóstico es habitual, realizándose en fases crónicas con atrofia medular en neuroimagen y con respuesta terapéutica errática. Su diagnóstico en fases más tempranas con inflamación activa podría permitir observar mejoría con tratamiento inmunosupresor.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta un caso de mielopatía subaguda por HTLV1, y se revisan los hallazgos en la neuroimagen y su evolución clínica.

**RESULTADOS:** Mujer de 54 años, natural de Perú y residente en España desde hace 15 años, con cuadro progresivo de 4 meses de paraparesia grave, alteración sensitiva en miembros inferiores y afectación esfinteriana. La resonancia magnética mostró una hiperintensidad en secuencias T2 en la totalidad de la médula cervicodorsal sin captación de contraste. En líquido cefalorraquídeo presentaba pleocitosis linfocitaria con hiperproteínorraquia. El estudio de autoinmunidad resultó negativo para antiAQP4, antiMOG, ANA, ANCA y anticuerpos onconeuronales. La PCR de HTLV1 en suero y LCR fue positiva. Se inició tratamiento con metilprednisolona 1g al día durante 5 días y 5 recambios plasmáticos además de terapia rehabilitadora con mejoría clínica parcial.

**CONCLUSIONES:** En nuestro caso, el tiempo de evolución de la mielopatía por HTLV1 fue inferior a lo habitualmente descrito. El diagnóstico se realizó en una fase subaguda, con presencia de signos inflamatorios en la neuroimagen, y observamos una respuesta parcial a corticoides y plasmaféresis. Es importante mantener una alta sospecha clínica especialmente en pacientes originarios de zonas endémicas con clínica compatible para iniciar un tratamiento precoz en fases tempranas y todavía inflamatorias.

## SÍNDROME DE MOYAMOYA SECUNDARIO A HIPERTIROIDISMO GRAVE

**Miguel Enguñanos Parra<sup>1</sup>**, Dr. Jesús González de la Aleja<sup>1</sup>, Dr. Juan Romero Coronado<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Bárcena Ruiz<sup>1</sup>, Dra. Nagore Sanzo Esnaola<sup>1</sup>, Dr. Daniel Pérez Rangel<sup>1</sup>, Dr. Jesús Ramírez Sánchez-Ajofrín<sup>1</sup>, Dra. Noemí Jiménez López<sup>1</sup>, Dr. Javier Bernad Andreu<sup>1</sup>, Dr. Carlos Pablo de Fuenmayor Fernández de la Hoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La angiopatía de Moyamoya es un trastorno neurovascular crónico caracterizado por una estenosis progresiva de las arterias carótidas internas a nivel intracraneal que condiciona el desarrollo de una vasculatura colateral compensadora. El aspecto angiográfico de esta circulación colateral es similar a una “bocanada de humo”, traducción aproximada del término japonés Moyamoya.

La enfermedad de Moyamoya es una entidad idiopática, mientras que el síndrome de Moyamoya es secundario a otros procesos asociados incluyendo la radioterapia craneal, la drepanocitosis o la neurofibromatosis tipo 1. Se presenta un caso de una causa rara de síndrome de Moyamoya: hipertiroidismo descompensado en una paciente con enfermedad de Graves-Basedow.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentación de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 23 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad de Graves-Basedow con escasa adherencia terapéutica, que presenta debilidad facio-braquio-crural derecha de instauración abrupta en varios tiempos a lo largo de 2 semanas junto con somnolencia, febrícula, taquicardia sinusal, hipertensión arterial, exoftalmos y bocio.

Entre las pruebas complementarias destaca un perfil tiroideo muy alterado (TSH <0,05µUI/ml, T4 27,7pg/ml) con anticuerpos anti-TPO, anti-TSI y anti-TSH positivos. Mediante TC y RM se objetivan áreas de isquemia cerebral en territorio frontera entre superficial y profundo de arteria cerebral media izquierda. Se realizan Angio-TC, Angio-RM y, finalmente, arteriografía que muestra hallazgos compatibles con angiopatía de Moyamoya. Además, se realiza EEG en el que, tras maniobras de hiperventilación, la paciente presenta un episodio de desconexión del medio en probable relación con fenómeno de “re-build up” característico de esta angiopatía.

Durante su ingreso, se inicia tratamiento antiagregante (ácido acetilsalicílico 300mg/24h) y antitiroideo (carbimazol 15mg/8h, propranolol 20mg/8h y prednisona 30mg/24h), mejorando el perfil tiroideo y la debilidad (balance muscular en hemicuerpo derecho 4+/5). Al alta se mantiene tratamiento con ácido acetilsalicílico, carbimazol y propranolol.

La paciente presenta un nuevo ictus isquémico un mes después del alta, en territorio de arteria cerebral media derecha, en contexto de nueva descompensación tiroidea, tras lo que se decide realización de tiroidectomía total quirúrgica para control hormonal definitivo. Sin nueva clínica neurológica en posterior seguimiento.

**CONCLUSIONES:** El hipertiroidismo mantenido es una posible causa de síndrome de Moyamoya. En el caso presentado el tratamiento ha consistido en antiagregación y control de la patología tiroidea. La evidencia disponible actualmente, basada en series de casos, apoya dicho tratamiento como primera línea, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos casos en los que existe empeoramiento neurológico pese al tratamiento óptimo del hipertiroidismo.

125

## CRISIS Y AGITACIÓN POR SOBREINGESTA DE BUPROPION

**Dra. Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>**, Dra. Lucía Fabiá Polo<sup>1</sup>, Dra. Nora de la Cruz Fernández<sup>1</sup>, Dra. María Barcenilla López<sup>1</sup>, Dr. David González Antón<sup>1</sup>, Dra. Beatriz María Arribas Ballesteros<sup>1</sup>, Dr. José Miguel Contreras Peña<sup>1</sup>, Dra. Mirian Rosón González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Presentamos un caso de una paciente valorada en urgencias que presenta síndrome serotoninérgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 47 años con antecedentes personales de trastorno ansioso-depresivo, llevada a urgencias por bajo nivel de consciencia tras traumatismo craneoencefálico. A su llegada presenta dos crisis tonicoclónicas generalizadas y posteriormente importante agitación psicomotriz. Se realiza analítica sanguínea con resultado anodino, TC craneal sin hallazgos; y tóxicos en orina positivos para benzodiacepinas. Inicialmente se pensó en postcrítico agitado, se descartó infección de sistema nervioso central con punción lumbar y se cubrió con ácido valproico por si se tratara de estatus epileptico. Descubrimos la ingesta de 10 comprimidos de bupropión y 10 comprimidos de tranxilium (medicación habitual). Posteriormente comienza con vómitos y febrícula, presentando a la exploración neurológica: clonus ocular, reflejos musculares vivos con gran aumento de área y clonus aquileo de 20 batidas bilateral; por lo que sospechamos síndrome serotoninérgico y comenzamos tratamiento con diazepam e hidratación, resolviendo el cuadro clínico a las horas.

**RESULTADOS:** El síndrome serotoninérgico es potencialmente mortal, causado por un aumento de actividad del sistema nervioso central, generalmente relacionado con fármacos. Se caracteriza por cambios en el estado mental, hipertermia e hiperactividad autonómica y neuromuscular. El diagnóstico es clínico (criterios de Hunter) y el tratamiento es sintomático.

El bupropión inhibe la recaptación de norepinefrina y dopamina, aunque a dosis altas puede producir reactividad cruzada con el receptor de serotonina, pudiendo ocasionar toxicidad grave.

**CONCLUSIONES:** Es importante conocer la toxicidad serotoninérgica del bupropión de cara a su manejo terapéutico y potencial letalidad.

126

# **SÍNDROME DE PARKINSONISMO-HIPERPIREXIA TRAS INICIO DE PERFUSIÓN DE DUODOPA**

**Blanca Hidalgo Valverde**<sup>1</sup>, Carmen Ribacoba Díaz<sup>1</sup>, Marina Lara González<sup>1</sup>, José Manuel Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>1</sup>, Verónica Cid Izquierdo<sup>1</sup>, Alberto Marcos Dolado<sup>1</sup>, Ricardo Ginestal López<sup>1</sup>, Rocío García-Ramos García<sup>1</sup>, Eva López Valdés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

**OBJETIVO:** El síndrome parkinsonismo-hiperpirexia (SPH) es una complicación poco frecuente y potencialmente mortal de la enfermedad de Parkinson (EP). Presentamos el caso de una paciente con EP avanzada que debuta con SPH tras inicio de perfusión de dudodopa por sonda nasoyeyunal (SNY).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 73 años con EP que presenta fluctuaciones motoras, discinesias y alteraciones neuropsiquiátricas, diagnosticada en 2007, en tratamiento con levodopa/benserazida, entacapona y amantadina. A los 6 días de iniciar perfusión por SNY con duodopa ,ajustada a la baja por discinesias severas y tras suspender toda la medicación oral, presenta somnolencia, fiebre de 39°C, aumento del temblor de reposo en las cuatro extremidades y mandibular, hipotensión arterial, taquicardia y diaforesis de difícil control, sin rigidez.

**RESULTADOS:** La analítica muestra leucocitosis (12100/ul), elevación de CK (6027 U/L), afectación grave de la función renal (filtrado glomerular 9 mL/min) e hipernatremia (157 mmol/L). Se realiza radiografía de abdomen que objetiva mala colocación de la SNY.

Ante inestabilidad clínica y hemodinámica, la paciente ingresa en UCI requiriendo intubación orotraqueal y se reinicia medicación con levodopa/benserazida. Tras 48 horas presenta estabilidad con mejoría de los parámetros analíticos.

**CONCLUSIONES:** El SHP es una complicación grave de la EP que puede estar causado por la retirada o modificación de fármacos dopaminérgicos. En nuestro caso la mala colocación de la SNY además podría haber causado la menor absorción de duodopa.

La detección precoz, la titulación lenta de los cambios, la reintroducción de medicación dopaminérgica y el manejo multidisciplinar son esenciales para mejorar el pronóstico.

## ENCEFALOPATÍA COMO COMPLICACION INFRECIENTE DE GRIPE EN POBLACION ADULTA

**Nora De La Cruz Fernández<sup>1</sup>**, María Barcenilla López<sup>1</sup>, Cristina Cordero Sánchez<sup>1</sup>, Lucia Fabiá Polo<sup>1</sup>, María Elena Novillo López<sup>1</sup>, David González Antón<sup>1</sup>, Beatriz María Arribas Ballesteros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Spain

**OBJETIVOS:** La gripe es una infección viral que puede causar gran variedad de manifestaciones clínicas, incluyendo diversas complicaciones, entre las que se encuentran aquellas que afectan al SNC. Estas complicaciones se observan con más frecuencia en población pediátrica, pero también se reconocen cada vez más en adultos. Las más frecuentes son la encefalopatía y las crisis epilépticas.

**MATERIAL Y METODOS:** Se presenta el caso de una mujer de 28 años, gestante de 21 semanas, con cuadro de desorientación y alteración en la comprensión del lenguaje, en contexto de fiebre. En la exploración presentaba afasia mixta. Se realizó RM craneal, sin alteraciones destacables, así como punción lumbar, con LCR sin datos de infección, cultivo negativo y PCR múltiple negativa para patógenos del sistema nervioso. Además, se realizó EEG con actividad epileptiforme en áreas frontales bilaterales, y signos de afectación cortico-subcortical difusa de grado severo. El estudio del cuadro febril arrojó una PCR positiva para gripe A en exudado nasofaríngeo; se realizó PCR de gripe en LCR, que resultó negativa.

La paciente se diagnosticó de Probable Encefalopatía por Gripe. Durante el ingreso recibió tratamiento con oseltamivir.

**RESULTADOS:** No existen criterios claros para el diagnóstico de la Encefalopatía asociada a Gripe. Los principales síntomas son cefalea, somnolencia, y crisis epilépticas; también se han reportado casos con alteraciones del lenguaje y ataxia.

En la mayoría de casos, no se detecta el virus en la PCR de LCR. Se llega al diagnóstico con la ayuda del EEG y la neuroimagen. El tratamiento es esencialmente la terapia antirretroviral precoz.

**CONCLUSIONES:** La gripe debe ser incluida dentro del diagnóstico diferencial en casos de síntomas neurológicos no explicados, especialmente en épocas de mayor incidencia de esta infección



128

**PLEXITIS LUMBOSACRA POR VIRUS VARICELLA-ZOSTER. PUNTOS CLAVE EN EL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO.**

**Dr. Erik Sturla Stiauren Fernández<sup>1</sup>**, Dr. Francisco Javier Buisan Catevila<sup>1</sup>, Dr. Pablo Lorenzo Barreto<sup>1</sup>, Dr. Fernando Pérez Trapote<sup>1</sup>, Dr. Alberto Sáez Marín<sup>1</sup>, Dra. Nuria García Barragán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** El VVZ es una causa de plexitis que se diagnostica habitualmente por técnica PCR viral en LCR. Proponemos para casos con PCR negativa y alta sospecha clínica su diagnóstico por medio de títulos comparativos de anticuerpos en LCR y suero y PCR de muestras cutáneas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una mujer de 72 años que aqueja dolor ascendente, hipoestesia y pérdida de fuerza progresiva en la pierna derecha de un mes de evolución. Dos semanas antes presentó lesiones pruriginosas desde tobillo hasta glúteo.

**RESULTADOS:** La exploración objetiva déficit sensitivo-motor global en la pierna derecha (2-3/5), arreflexia, y deambulación y estática imposibles. En región antetibial se observan lesiones costrosas. La punción lumbar muestra LCR inflamatorio (proteínorreaquia 91, leucocitos 13). El estudio neurofisiológico registra conducciones motoras y sensitivas de amplitud disminuida. Una RM lumbosacra evidencia hiperintensidad y realce de raíces L4-S2 derechas. Se inicia Metilprednisolona oral a dosis de 60mg/día, presentando mejoría, aunque persiste incapaz de deambular. Tras obtener PCR para VVZ en LCR negativa, se comparan los títulos IgG en LCR y suero, observando títulos compatibles con infección aguda. Se solicita PCR del raspado de las lesiones costrosas, que resulta positiva. Se trata con Valaciclovir oral a dosis de 1000mg/8h durante 10 días. A los 4 meses ha mejorado, siendo capaz de caminar con doble apoyo 100 metros y bajar escaleras.

**CONCLUSIONES:** El VVZ es una etiología conocida y tratable de plexitis lumbosacra. Ante PCR inicial negativa, es obligado determinar los títulos IgG en LCR y suero. Una elevación significativamente mayor en LCR ofrece buena sensibilidad para identificar infección e iniciar tratamiento. Si hay elevada sospecha, es razonable valorar PCR de lesiones cutáneas aún en fase costrosa.

129

# **A FALTA DE PRECISIÓN, BUENA ES LA SOSPECHA. NEUROSARCOIDOSIS A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**

**Srta Belen SALVADOR<sup>1</sup>**, Sra María García, Sr. Carlos Piquero, Sr. Jaime Medranda, Sr Guillermo Martín, Sr. Alejandro Méndez, Sr. Rodrigo Terrero, Sra Almudena Rueda, Sra Ana Belén Pinel, Sr Eduardo Escolar

<sup>1</sup>*Hospital Universitario De Getafe, Madrid, Spain*

**OBJETIVO:** presentar caso de sarcoidosis con afectación exclusiva medular.

**MATERIAL:** Varón de 78 años con antecedente de laminectomía L4-L5 y pie caído derecho, diabético de control irregular y fibrilación auricular anticoagulada, que ingresó por un cuadro de paraparesia proximal asimétrica de predominio derecho de 4 meses de evolución, alteración sensitiva en miembros inferiores, compromiso de esfínteres y pérdida de peso. En la exploración, paraparesia proximal, arreflexia global, RCP indiferentes, hipoestesia tactoalgésica en territorio L5-S1 en miembro inferior derecho e abolición de sensibilidad profunda en ambos miembros inferiores.

**RESULTADOS:** Se realizó análisis con marcadores tumorales, anticuerpos antineuronales, serologías que fueron normales. La electroforesis de proteínas en suero mostró un patrón inflamatorio y la ECA fue normal. Se realizaron RM craneal, RM cervical y dorsal. En la RM de columna dorsal se apreció lesión centromedular T5-T6 con captación de contraste, que respetaba cordones posteriores compatible con mielopatía inflamatoria/desmielinizante. Se completa estudio con PET-TC que muestra adenopatías hipermetabólicas patológicas mediastínicas e hiliares pulmonares bilaterales por lo que se realiza PAAF que muestra linfadenitis granulomatosa no necrotizante.

**CONCLUSIONES:** La neurosarcoidosis ocurre en un 5-10% de los pacientes con sarcoidosis, siendo la multineuropatía craneal y la afectación intraparenquimatosa las afectaciones del SNC más frecuentes. El 50 % de los pacientes con afectación neurológica presentan clínica en el momento del diagnóstico inicial si bien la afectación medular exclusiva es rara. De los patrones clínicos, la mielopatía anterior de menos de 2 segmentos espinales ocurre en torno a un 10% de los que tiene daño medular.

130

## REACCIONES PARADÓJICAS EN LA TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN PACIENTES VIH NEGATIVOS: UNA SERIE DE CASOS

**Eduardo Mariño Trillo**<sup>1</sup>, Sra. Alicia García Leal<sup>1</sup>, Dra. Beatriz Díaz Pollán<sup>1</sup>, Dra. Laura Lacruz Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

**OBJETIVOS:** Presentación de una serie de casos clínicos de tuberculosis meníngica (TBM), VIH negativos, con reacción paradójica al tratamiento en el sistema nervioso central (SNC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional con selección de pacientes tratados por TBM entre 2020 y 2022 en un hospital de tercer nivel. Se recogen datos clínicos, analíticos y de neuroimagen.

**RESULTADOS:** Caso 1: Varón de 29 años con tuberculosis pulmonar, TBM y tuberculomas cerebrales bilaterales, que tras dos meses de tratamiento, sufre un incremento de la carga lesional y una lesión isquémica cerebral secundaria. Caso 2: Mujer de 29 años con TBM que desarrolla a los 3 meses de tratamiento una hidrocefalia comunicante secundaria a un aumento de los exudados en las cisternas basales. Caso 3: Varón de 38 años con artritis tuberculosa y TBM por *Mycobacterium Bovis* donde se observa un infiltrado leptomeníngeo parietotemporal izquierdo, con incremento lesional tras 3 meses de tratamiento, sin repercusión clínica. Caso 4: Varón de 45 años, con diagnóstico de tuberculosis miliar, que presenta tras dos meses de tratamiento cefalea y parestesias en miembros superiores con hallazgo de tuberculomas cerebrales múltiples en RMN cerebral y mielitis tuberculosa en RMN de columna. Todos ellos presentan buena evolución posterior con aumento de la dosis y mantenimiento del tratamiento corticoideo.

**CONCLUSIONES:** Las reacciones paradójicas al tratamiento en pacientes con TBM VIH-negativos son frecuentes y se manifiestan de forma muy variable, tanto clínica como radiológicamente. Es importante el seguimiento estrecho de estos pacientes para la detección y el manejo precoz de dicha complicación.

131

## MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A LA VACUNA CONTRA COVID-19

Dra Rocío Alonso Castillo, Juan Carlos Martinez Castrillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se ha propagado de forma rápida, dando lugar a una situación de pandemia, con importante morbilidad y mortalidad. En este contexto, han surgido un amplio número de vacunas para tratar de hacer frente a esta enfermedad.

**OBJETIVO:** El objetivo de este estudio fue revisar los casos reportados de manifestaciones neurológicas tras la aplicación de las vacunas contra COVID-19, describiendo los hallazgos clínicos, analíticos, de neuroimagen y los resultados de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo una revisión de acuerdo con las pautas de la declaración PRISMA. Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed entre el 08/01/2022 y el 21/01/2022, utilizando los términos de búsqueda: "COVID-19 vaccine," "COVID-19 vaccines", "SARS-Cov-2 vaccine", "SARS-CoV-2 vaccines", "neurological manifestations", "neurologic manifestations", "neurological symptoms", "neurologic symptoms" y "neurology".

**RESULTADOS:** Encontramos 82 artículos, que notificaron 13.805 pacientes. La mayoría ocurrieron en mujeres (63,9%), con una mediana de edad de 50 años. Los eventos adversos notificados con más frecuencia fueron parálisis facial de Bell 4954/13805 (35,9%), eventos vasculares cerebrales 2410/13805 (17,45%), síndrome de Guillain-Barré 865/13805 (6,2%), desmielinización del sistema nervioso central 249/13805 (1%) y trastorno neurológico funcional 398/13805 (2,8%). La vacuna de Pfizer (BNT162b2) fue la más frecuentemente informada, seguida de la vacuna de AstraZeneca (ChAdOX1 nCoV-19).

Conclusiones. 1) La frecuencia de complicaciones neurológicas asociadas a las vacunas COVID-19 parece ser muy baja si se compara con el impacto de la propia enfermedad. Los beneficios de la vacunación parecen superar los potenciales riesgos. 2) Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con estas complicaciones raras pero potencialmente graves, ya que su diagnóstico temprano y el inicio rápido del tratamiento pueden lograr un resultado más favorable. 3) Son necesarios grandes estudios epidemiológicos controlados para demostrar una asociación causal entre estas vacunas y los eventos adversos neurológicos. Es fundamental contextualizar el riesgo en caso de que se confirme la asociación.

132

# **PUPILA EN RENACUAJO PERSISTENTE EN PACIENTE CON LINFOMA METASTÁSICO**

**Carlos Hervás Testal<sup>1</sup>**, Diego Celdrán Vivancos<sup>1</sup>, Africa Aizpún Armendariz<sup>1</sup>, Carmen González Ávila<sup>1</sup>, Sonia Quintas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina pupila en renacuajo a un tipo de corectopia caracterizada por la desviación de un segmento del iris hacia la periferia. Su fisiopatología es desconocida, aunque casi la mitad de los casos asocian síndrome de Horner. Hasta ahora su escasa descripción se ha realizado en formas paroxísticas, pero daños permanentes de la vía simpática podrían favorecer su persistencia.

**OBJETIVO, MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta historia clínica, fotografía y hallazgos de pruebas complementarias de un paciente con pupila en renacuajo persistente.

**RESULTADOS:** Varón de 30 años con antecedentes de linfoma no Hodgkin de células B y afectación ganglionar extensa, en tratamiento con esquema R-CHOP y quimioterapia intratecal, que consulta un año tras el diagnóstico por aparición aguda de anisocoria fija y no fluctuante, sin otra sintomatología. A la exploración corectopia en ojo izquierdo hacia las XI horas, con reflejo pupilar normal y sin afectación de nervios oculomotores. La exploración oftalmológica, incluyendo agudeza visual, fondo de ojo, biomicroscopia y tomografía de coherencia óptica, no objetivó patología ocular. El test de colirios no fue concluyente para síndrome de Horner. Se realizó resonancia magnética cerebral y de columna con afectación de partes blandas a nivel T1-T2, sin lesión en sistema nervioso, y punción lumbar sin hallazgos en citobioquímica, microbiología ni citología.

**CONCLUSIONES:** Nuestro caso plantea la posibilidad de que la pupila en renacuajo pueda ser permanente y no cursar de forma paroxística. En estos pacientes, como causa más probable, resultaría especialmente importante descartar una lesión en algún nivel de la vía simpática, independientemente de que asocien síndrome de Horner.

133

**ENCEFALITIS PARANEoplÁSICA POR ANTICUERPOS SOX-1 Y ZIC-4 EN PACIENTE CON CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN. ¿LA INMUNOTERAPIA PRECOZ E INTENSIVA DEBERÍA SER UNA NORMA A PESAR DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO?**

**Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>**, Laura Del Pino Tejado<sup>1</sup>, Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Elena Díaz Fernández<sup>1</sup>, Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Ana Contreras Chicote<sup>1</sup>, Dra. Maria Luisa Martínez Ginés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** En los últimos años los casos descritos de deterioro cognitivo en contexto de encefalitis límbica autoinmune han aumentado. La investigación de esta entidad ha hecho que cada vez conozcamos más anticuerpos en su etiopatogenia e incluso la coexistencia de varios. Presentamos un caso de encefalitis límbica paraneoplásica por anticuerpos SOX-1 y Zic-4 en paciente con cáncer microcítico de pulmón (SCLC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 56 años, fumadora, consulta por cuadro de amnesia anterógrada, bloqueos del lenguaje y episodios de desorientación temporoespacial autolimitados. En anamnesis dirigida asocia síndrome constitucional de 4 meses de evolución.

**RESULTADOS:** A la exploración destaca apatía y amnesia anterógrada grave y episodios sugestivos de desconexión del medio. La RM craneal mostró hallazgos compatibles con encefalitis límbica bilateral y EEG con actividad crítica hemisférica derecha. El análisis bioquímico de LCR fue anodino. Se detectaron anticuerpos SOX-1 y ZIC4 en suero y LCR. Se realizó despistaje de neoplasias objetivándose adenopatías mediastínicas cuyo estudio anatomopatológico confirmó metástasis de SCLC. Se inició tratamiento con bolos de corticoides y levetiracetam que logra una disminución de la frecuencia de crisis epilépticas pero sin lograr mejora del deterioro cognitivo de predominio mnésico. La paciente recibe tratamiento concomitante con radioterapia y quimioterapia en la actualidad, 6 meses posterior al inicio del cuadro clínico.

**CONCLUSIONES:** La encefalitis límbica autoinmune debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con deterioro cognitivo de reciente aparición. Es importante recordar que algunas de ellas pueden ser paraneoplásicas y en ocasiones preceden a la detección del cáncer. Por tanto planteamos que la inmunoterapia agresiva con inclusive varias líneas de tratamiento y precoz es fundamental para mejorar el pronóstico global de estos pacientes en especial si existe demora en el abordaje oncológico.

134

# **SÍ, ERA TÓXICO: CEREBELOPATIA POR METRONIDAZOL, UN CASO INFRECLENTE**

**Dr. Daniel Pérez Rangel<sup>1</sup>**, Dr. Jesús Ramírez Sánchez-Ajofrín<sup>1</sup>, Dra. Mariana I. Muñoz García<sup>1</sup>, Dra. Nagore Sanzo Esnaola<sup>1</sup>, Dr. Miguel Enguidanos Parra<sup>1</sup>, Dr. Fernando Ostos Moliz<sup>1</sup>, Dra. María Paz Guerrero Molina<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Doce De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La toxicidad cerebelosa por metronidazol es un cuadro poco frecuente y un diagnóstico de exclusión en el síndrome cerebeloso agudo/subagudo. Por esta razón puede pasar desapercibida en la búsqueda etiológica pero es importante reconocerla pues se asocia a un buen pronóstico tras la retirada, con imagen característica en la RM con hiperintensidad de ambos núcleos dentados cerebelosos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de un caso y revisión de la bibliografía reciente.

**RESULTADOS:** Mujer de 67 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus II, dislipemia y obesidad, además de ingreso reciente por absceso hepático tratado con metronidazol y ceftriaxona desde hace 6 semanas. Consulta por cuadro de instauración aguda de inestabilidad de la marcha, alteración del habla en forma de disartria e incoordinación de miembros superiores que empeora significativamente en las 48h siguientes, tras lo que consulta. La paciente niega diplopia, debilidad o alteración sensitiva, fiebre o sensación distérmica, cefalea, u otra clínica sistémica. En la exploración se objetiva: disartria moderada-severa, nistagmo horizonte-rotatorio conjugado de predominio a la levoversión con la fase rápida en dirección de la mirada, disimetría apendicular bilateral y marcha con ataxia cerebelosa. No presenta alteración de MOEs ni pupilares, debilidad, alteración sensitiva, con reflejos normales. La analítica no muestra alteraciones reseñables y Angio-TC es anodino. Se suspende Metronidazol ante sospecha de causante del cuadro por no disponer de otra hipótesis más factible tras lo cual la paciente mejora rápidamente en 4 días quedando únicamente un muy leve nistagmo horizonte-rotatorio agotable desencadenado por la levoversión con disimetría muy leve, sin ataxia ni disartria. La RM cerebral objetiva una hiperintensidad simétrica de ambos núcleos dentados en secuencias FLAIR, sin alteraciones en la difusión, compatible con edema transitorio por el tratamiento con el fármaco mencionado.

**CONCLUSIONES:** La cerebelopatía por metronidazol es una causa rara de cuadro cerebeloso agudo/subagudo rápidamente progresivo, con una RM muy característica y, aunque no está claro si es dosis dependiente, parece ser más frecuente a partir de una dosis acumulada de 42 g o en tratamientos más largos de 4 semanas. La evolución de este cuadro es muy favorable con la retirada del fármaco causante.



# **REACCIÓN PARADÓJICA CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) EN EL SENO DE UN SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE TRAS EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN PACIENTE NO VIH DIAGNOSTICADO DE TUBERCULOSIS MILIAR.**

**Carla Amarante Cuadrado<sup>1</sup>**, Maialen González Arbizu<sup>1</sup>, Juan Alcalá Torres<sup>1</sup>, Carlos Santos Martín<sup>1</sup>, Mariano Ruiz Ortiz<sup>1</sup>, Antonio Méndez Guerrero, Alejandro O. Herrero San Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** Las reacciones paradójicas (RP) durante el tratamiento de la tuberculosis son más conocidas en coinfección por VIH. Su diagnóstico, especialmente en el paciente no VIH o cuando la afectación es inhabitual (el caso del sistema nervioso central (SNC)), supone un reto para los no especialistas en infecciosas, pudiendo confundirse con un fracaso de la terapia antituberculosa. Presentamos un caso de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) en tuberculosis tratada con compromiso del SNC en paciente no-VIH.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Caso clínico y revisión de la literatura.

**RESULTADOS:** Se trata de un varón de 62 años con serologías de VIH negativas, exconsumidor de tabaco y alcohol y diabetico tipo 2, con enfermedad renal crónica y arteriopatía periférica como complicaciones metadiabéticas. Es diagnosticado en mayo de 2021 de tuberculosis miliar (pulmonar, hepática y renal) a raíz de síndrome constitucional, identificándose un M.tuberculosis multisensible. Dos meses tras el inicio de antituberculosos con buen cumplimiento presenta un cuadro subagudo de paraparesia proximal asimétrica, con afectación esfinteriana, hipoestesia táctil y alodinia con nivel T7, sugerente de compresión medular. En la RM del neuroeje se identifican imágenes compatibles con tuberculomas intramedulares (el principal a nivel de T9, con edema hasta T2), dures torácicos y supra e infratentoriales. La hipótesis inicial de un fracaso terapéutico por desarrollo de resistencias fue sustituida por la de una RP como parte de un SIRI. Se instauró corticoterapia a dosis altas y rehabilitación, con mejoría progresiva hasta la resolución completa del cuadro a los 5 meses.

**CONCLUSIONES:** La causa de la RP no es bien conocida. Se caracteriza por un empeoramiento no explicable de la clínica tras el inicio de antituberculosos, típicamente a los 2-3 meses, siendo más frecuente en casos de afectación extrapulmonar. La ganglionar es la localización más frecuentemente afectada en RP, siendo rara a nivel del SNC, donde aparece como tuberculomas, fundamentalmente supratentoriales. Los cultivos son estériles o positivos para el microorganismo previamente identificado (con idéntico antibiograma). La anemia, la linfopenia y la afectación ganglionar al diagnóstico se han propuesto como factores predictores de RP. Si la clínica es grave se recomienda corticoterapia a dosis altas, y no deben detenerse los antituberculosos. El pronóstico de la enfermedad tuberculosa subyacente en los pacientes que desarrollan RP no se afecta necesariamente por esta última. Aunque los datos de RP con afectación del SNC son escasos para sacar conclusiones, nuestro paciente es ejemplo de la posibilidad de una buena evolución.

136

## TERAPIA EXPERIMENTAL DE INFUSIÓN DE LINFOCITOS T DIRIGIDOS EN LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA

**María Barcenilla López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain*

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es causada por la reactivación del virus JC, en mayor medida en pacientes inmunosuprimidos, siendo el SIDA, los trastornos hematológicos o los fármacos inmunosupresores los principales factores de riesgo. No existe un tratamiento curativo; habiendo aumentado en los últimos años los tratamientos experimentales. El objetivo es presentar un caso clínico en donde se usó la terapia dirigida con células T.

Mujer de 59 años con Linfoma B difuso de célula grande Estadio IV-B con cuadro progresivo de alteración del lenguaje cursando como afasia sensitiva de un mes de evolución. Se realiza RM craneal con hallazgo de lesión intraparenquimatosa temporal izquierda sin realce tras contraste y espectro metabólico que sugería infiltración por linfoma como primera posibilidad. Se realiza biopsia cerebral que sugiere encefalitis infecciosa vírica y en el LCR detección del virus JC. Se inicia tratamiento con metilprednisolona a dosis elevadas sin mejoría. Posteriormente tratamiento compasivo con mirtazapina y maraviroc. Ante progresión con empeoramiento motor se prueba con Pembrolizumab 2 mg/Kg sin respuesta. Ante ausencia de mejoría se realiza infusión de linfocitos T alogénicos de familiar compatible seleccionados frente a virus JC y CMV. Finalmente la paciente fallece por complicaciones infecciosas respiratorias.

El tratamiento de la LMP es principalmente sintomático, aunque existen tratamientos experimentales, como inhibidores de check-points, cidofovir, mefloquina, mirtazapina o terapia dirigida con células T. La progresión gradual e incesante culmina en la muerte, habitualmente de 1 a 9 meses después del comienzo de los síntomas.

137

#### **SORDERA SUBITA SECUNDARIA A MENINGOENCEFALITIS POR E. COLI. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>**, Gemma Lafuente Gómez<sup>1</sup>, Laura Del Pino Tejado<sup>1</sup>, Marta Vales Montero, José García Domínguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Spain*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las meningoencefalitis por E.coli son excepcionales en el adulto. Generalmente se producen por diseminación a SNC del patógeno en pacientes con infección por este microorganismo a otro nivel. Presentamos un caso de meningoencefalitis por E.coli en un adulto a priori inmunocompetente en tratamiento con metotrexato.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 61 años, con antecedente de psoriasis en tratamiento con metotrexato, que consulta por cuadro de cefalea progresiva, fiebre y vómitos de 12 horas de evolución. En la exploración cuadro de agitación con signos meníngeos positivos y desarrollo cefosis bilateral en las primeras 24 horas.

**RESULTADOS:** El TAC craneal no mostró alteraciones, en la analítica de sangre destaca elevación de reactantes de fase aguda y el estudio de LCR mostró pleocitosis (7360 leucocitos/mL 77% polimorfonucleares) con consumo de glucosa. La PCR y el posterior cultivo de LCR resultó positivo para E. Coli, por lo que se realizó estudio de foco infeccioso oculto con urocultivos, hemocultivos, ecocardiograma transtorácico, TAC de peñascos y toraco-abdomino-pélvico que fueron negativos. En la RM craneal no se evidenciaron alteraciones. Se trató con ceftriaxona IV con buena evolución. Dada la ausencia de foco infeccioso conocido, se considera que el tratamiento inmunosupresor con metotrexato haya sido un factor de riesgo para el desarrollo de este cuadro.

**CONCLUSIONES:** Los casos de meningoencefalitis por E.Coli en el adulto son poco frecuentes y conllevan un peor pronóstico. Es importante realizar su determinación también en pacientes adultos, ya que su infradiagnóstico conlleva una mayor mortalidad. Dado el aumento del tratamiento inmunosupresores es necesario recordar la posibilidad de que las infecciones de SNC se produzcan por patógenos inhabituales.

## **SOSPECHA DE CUADRO FUNCIONAL DIAGNOSTICADO DE PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA TIPO 2. LA IMPORTANCIA DE PEDIR EL POTASIO.**

**Dra Laura Del Pino Tejado<sup>1</sup>**, Dr Carlos de Miguel Sánchez de Puerta<sup>1</sup>, Dra Sofía Portela Sánchez<sup>1</sup>, Dr Carlos Serra Smith<sup>1</sup>, Dr Carlos Alberto López Reyes<sup>1</sup>, Dra Elena Díaz Fernández<sup>1</sup>, Dra Marina Pérez-Chirinos<sup>2</sup>, Dra Aiala Sáez Ansotegui<sup>2</sup>, Dr Alberto Lozano Ros<sup>1</sup>, Dr Antonio Sánchez Soblechero<sup>1</sup>, Dra Irene Catalina Álvarez<sup>1</sup>, Dr José Luis Muñoz Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

**OBJETIVOS:** La parálisis periódica hipopotasémica tipo 2 (PPH2) es una enfermedad rara de herencia autosómica dominante caracterizada por episodios de tetraplejía flácida aguda autolimitados asociados a hipopotasemia.

Presentamos un caso de PPH2 por mutación del SCN4A con sospecha inicial de cuadro funcional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 22 años, natural de Ecuador y sin antecedentes, acude tras presentar tres episodios de tetraparesia brusca autolimitados de horas de duración (desde 4 a 15 horas), acompañados de calambres en ambas piernas. Diez días antes había recibido segunda dosis de la vacuna frente a SARS-CoV-2. Previamente había presentado dos episodios similares por los que había consultado en Urgencias donde fue diagnosticado de posible cuadro funcional. Su padre presentó un cuadro similar en su juventud de causa no aclarada.

**RESULTADOS:** En la analítica durante el episodio presentaba hipopotasemia de 3.1mmol/L y aumento de creatin-kinasa (CK) hasta 673U/L. Tras la resolución presentaba normalización del potasio y leve aumento de CK, con descenso posterior.

El electromiograma mostró cambios miopáticos proximales leves-moderados y actividad de inserción incrementada. El test de ejercicio corto y test de frío fueron normales.

Se solicita estudio genético de canalopatías musculares que muestra una variante patogénica en SCN4A (2015G>A, p.Arg672His) en heterocigosis, confirmando el diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Se presenta un caso de PPH2 por mutación en el gen SCN4A. En cuadros de tetraplejía aguda, en ausencia de otras causas, la realización de una analítica con determinación de potasio y CK durante fase sintomática puede ayudar a guiar el diagnóstico de las parálisis periódicas favoreciendo una identificación precoz y evitando la progresión de los cambios miopáticos a largo plazo