

(FCRST-RL media (SD) basal 4,84 - 6m 6,36; $p < 0,008$) y con ayudas (FCRST-RT media (DE) basal 5,05 - 6m 7,79; $p < 0,002$) para el material verbal, así como para la información visual (ROCF-MCP media (SD) basal 7,40 - 6m 9,45; $p < 0,011$), manteniéndose el resto de las funciones cognitivas valoradas estables.

Conclusión: La introducción de este nuevo fármaco mantiene el rendimiento cognitivo de manera generalizada, mejorando la memoria inmediata y los procesos de codificación y retención de la información, tanto para material verbal como visual. Dichos hallazgos pueden atribuirse a la disminución propia de las crisis, así como a la disminución de fármacos concomitantes.

18697. COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS EN ESTATUS EPILEPTICO, ENTRE PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS ANESTÉSICOS Y LOS QUE SOLO RECIBIERON FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Rivero Rodríguez, D.¹; Pernas Sánchez, Y.²; DiCapua Sacoto, D.³; Corral San José, Á.⁴; Scherle Matamoros, C.⁵; Morales Casado, M.⁶; Pérez Nellar, J.⁷; Cabezas Álvarez, C.¹; Marsal Alonso, C.¹; Pluck, G.⁸

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ³Servicio de Neurología. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo; ⁴Servicio de Neurociencias. Fundación Alzheimer España.; ⁵Servicio de Medicina Interna. Clínica Picassent; ⁶Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo; ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirónsalud Lugo; ⁸Servicio de Neurociencias. Universidad Chulalongkorn.

Objetivos: Comparar el rendimiento diagnóstico de las escalas pronósticas para predecir mortalidad a los 3 meses, entre pacientes con estatus epileptico (SE) tratados con anestésicos (FA) y los que solo recibieron fármacos antiepilepticos (FAE).

Material y métodos: Se incluyó 109 episodios de SE atendidos consecutivamente entre noviembre de 2015 y febrero de 2020. Se recogieron las puntuaciones de las escalas de STESS, mRSTESS, y EMSE (edad/etiología/comorbilidad/electroencefalograma) al ingreso hospitalario, realizándose un análisis teniendo en cuenta si los pacientes requirieron coma inducido con FA, o solo fueron tratados con FAE. Se utilizó el test de DeLong para comparar las áreas bajo la curva (AUROC) en ambos contextos clínicos.

Resultados: El 45,9% (50) de los pacientes necesitaron tratamiento con FA. En este grupo existió un predominio de etiología aguda sintomática ($p = 0,04$), así como de las causas relacionadas con infección del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico, enfermedades cerebrovasculares, y procesos autoinmunes ($p = 0,02$). Se apreció una disminución del área bajo la curva en las escalas para predecir mortalidad a los 90 días en los pacientes tratados con FA. Las diferencias en la AUROC para cada modelo fueron de: STESS (0,76 vs. 0,73; $p = 0,82$), mRSTESS (0,79 vs. 0,75; $p = 0,67$), EMSEec (0,87 vs. 0,69; $p = 0,04$), y EMSEecceg (0,92 vs. 0,71; $p = 0,01$).

Conclusión: Este resultado sugiere que para pacientes con características similares a las de esta muestra, tratados con FA, y monitoreo electroencefalográfico intermitente pudiese ser más útil las escalas STESS y mRSTESS que EMSE para predecir mortalidad a largo plazo.

Epilepsia II

19685. UTILIDAD DEL TC PERFUSIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA Y CRITERIOS DE CÓDIGO CRISIS ATENDIDOS COMO CÓDIGO ICTUS

Valiente Gordillo, E.¹; Sanabria, C.²; González-Martínez, A.²; Sánchez-Rodríguez, C.²; Ramos, C.²; Zhan, D.³; Collada, J.³; Alonso,

C.³; Vega, J.³; Iriarte, P.²; Alonso, J.²; Vieira, A.²; Toledo, M.²; Ximénez-Carrillo, Á.²; Vivancos, J.²; Trillo, S.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa.

Objetivos: Las crisis epilépticas (CE) suponen uno de los principales *stroke mimics* (SM) atendidos como código ictus (CI). El objetivo de nuestro estudio es estudiar los CI con diagnóstico de CE que cumplirían criterios de código crisis (CC), así como los hallazgos de TC-perfusión (TCP) en estos casos y su influencia sobre la administración de fármacos anticrisis (FAC).

Material y métodos: Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de CI (enero/2015-diciembre/2021), con diagnóstico de CE y criterios de CC. Se recogieron características basales, frecuencia y tipo de alteración en TCP, así como frecuencia de indicación de FACs tras la realización del TC.

Resultados: Durante este periodo, 267 CI fueron CE, 16 fueron excluidos por TCP no valorable, 10 no cumplieron criterios de CC. $N = 241$. Edad media 73,2 (DE 14,6). Mujeres 125 (51,9%). Motivos de CC: estatus convulsivo 1 (0,4%), sospecha de estatus sutil 31 (12,9%) o no convulsivo 82 (34,02%) y focalidad no vascular 127 (52,7%). Se objetivaron alteraciones en TCP sugerentes de SM en 123 (51%). Patrones más frecuentes: alteración focal territorio-no vascular 46 (19,1%) y global hemisférica 30 (12,4%). El mapa de TCP más frecuentemente alterado fue Tmáx, 110 (45,6%). En 150 casos (62,2%) se inició FAC tras el TCP. La administración de FAC fue más frecuente en los casos de TCP alterado 87 (70,7%) vs. TCP normal (53,4%), $p = 0,008$.

Conclusión: En nuestro estudio se identificaron alteraciones en TCP sugerentes de SM en la mitad de CE que cumplían criterios de CC y fueron valorados inicialmente como CI. Las alteraciones en TCP se asociaron a una mayor frecuencia de inicio de FAC, lo que pone de relieve su utilidad diagnóstica y terapéutica.

19477. MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL GEN PRRT2 EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA

González Arbizu, M.¹; Amarante Cuadrado, C.¹; Santos Martín, C.¹; Alcalá Torres, J.¹; Núñez Enamorado, N.¹; Simón de las Heras, R.¹; Pérez de la Fuente, R.²; Arteché-López, A.²; Quesada Espinosa, J.²; Camacho Salas, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Servicio de Neurogenética. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Describir las principales características clínicas y genéticas de pacientes portadores de variantes patogénicas en el gen PRRT2 (NM_145239.3) seguidos en nuestro centro.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de una serie de casos entre 2014-2023.

Resultados: Se analizaron 13 casos, 11 varones y 2 mujeres, con una edad media de 8,5 años (DT 6). La forma de debut fue una epilepsia autolimitada de la infancia en el 85% de los casos, con inicio entre los 3-7 meses. De estos, 2 desarrollaron posteriormente discinesias, observándose así una asociación epilepsia-discinesias en el 17% de los casos sintomáticos. Solo un caso debutó con discinesia paroxística cinesigénica a los 13 años, sin historia previa de crisis. Hubo un caso asintomático, cuyo estudio se realizó por una variante patogénica familiar conocida. Ninguno presentó migraña hemipléjica ni ataxia episódica. Todas las pruebas complementarias fueron normales. El 62% tenía historia familiar positiva de epilepsia infantil o discinesias. El motivo del estudio genético fue la presencia de variantes conocidas en la familia (23%) o la sospecha clínica (77%). En un caso, el estudio facilitó el diagnóstico posterior de 2 hermanos. La variante más frecuentemente detectada fue c.649dup (11/13, 85%); las otras dos variantes (c.485_488del y c.806T>A) no habían sido previamente descritas.

Todas estaban presentes en heterocigosis y en todos los casos estudiados (8/8), se trataba de variantes heredadas.

Conclusión: Esta serie confirma la variabilidad clínica asociada a variantes en el gen PRRT2, siendo la epilepsia la forma fundamental de debut en la mayoría de los casos.

19975. EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA EN EDAD ADULTA. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y DE RESPUESTA A TRATAMIENTO

García Leal, A.; Gómez Moroney, A.; Sánchez Casado, L.; Granja López, J.; Oliva Navarro, J.; Aguilar-Amat Prior, M.; Alonso Singer, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Analizar las características y control de crisis epilépticas (CE) en una muestra de pacientes adultos con epilepsia generalizada idiopática (EGI) en una unidad de epilepsia.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se excluyeron pacientes sin diagnóstico sindrómico o electroencefalográfico claro. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, síndrome, tipo de CE, tratamiento previo y actual), motivo de suspensión y efectos adversos (EA), y libertad de crisis (global y de cada tipo de CE).

Resultados: 145 pacientes (edad media 33 años, 67% mujeres). 40% epilepsia mioclónica juvenil (EMJ), 23% crisis tónico-clónicas solamente (CTCs), 21% epilepsia ausencia juvenil (EAJ), 10% epilepsia ausencia infantil (EAI). 84% libres de crisis, 73% en monoterapia (53% levetiracetam, 34% valproato). Levetiracetam se suspendió frecuentemente por EA (64%) y lamotrigina por ineficacia (50%). La presencia de ausencias, > 1 tipo de crisis, EAJ y lamotrigina se asoció a necesidad de politerapia de manera significativa; tratamiento con lamotrigina a mayor farmacoresistencia en análisis multivariante (31% frente 2%, $p < 0,001$). De los pacientes tratados con valproato y/o levetiracetam, 90% presentaban control de CTCG y 95% de mioclonías en ambos, 90% y 92% de ausencias. Pacientes en tratamiento con lamotrigina presentaban control de 77% de CTCG, 68% de ausencias y 62% de mioclonías ($p < 0,05$).

Conclusión: En general, se observó buen control de crisis en monoterapia en pacientes con EGI. La EAJ y tener más de un tipo de crisis se asoció a politerapia, y estar con lamotrigina a peor control de crisis en comparación con el resto, siendo levetiracetam el fármaco peor tolerado.

18770. VALIDACIÓN RETROSPECTIVA DE LA ESCALA STESS Y CASUÍSTICA DE ESTADO EPILEPTICO (EE) EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE NIVEL II EN MALLORCA

Serra Martínez, M.; Arbós Barber, C.; Agirre Mujika, M.; Villalonga Massuti, A.; Ripoll Calafat, A.

Servicio de Neurología. Hospital Son Llàtzer.

Objetivos: La escala STESS es una herramienta que permite establecer un pronóstico en pacientes con EE a su llegada a urgencias de forma sencilla (4 ítems clínicos). Validada en centros de todo el mundo. Nuestro objetivo es validar la escala STESS en nuestro centro y; asimismo, presentar las características clínicas de nuestra serie de pacientes con EE.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con estado epiléptico (EE) atendidos en nuestro centro desde febrero/2011 a febrero/2021. La definición de EE usada fue la de crisis epiléptica > 5 min o ≥ 2 crisis sin recuperación intercrítica. Otras variables recogidas: edad, sexo, semiología, etiología, localización, tratamiento anticrisis y anestésico, refractariedad, puntuación escala STESS, mortalidad intrahospitalaria y recidiva.

Resultados: Serie de 118 pacientes con una edad media de 61 años, 47,8% de mujeres. El tipo más frecuente de EE fue el focal (34,75%) y la causa, la conocida aguda (45%). Un 57,6% fueron refractarios y un 25,4% superrefractarios. Un 69,49% de los pacientes ingresaron en UCI y un 54% recibieron anestésicos. Hemos valorado la capacidad pronóstica de la escala STESS con un análisis mediante una curva ROC y hemos obtenido un área bajo la curva de 0,86 (IC95% 0,79-0,93). El punto de corte óptimo elegido ha sido STESS ≥ 4 con una moderada sensibilidad, especificidad y VPP; manteniendo un elevado VPN (79,3, 71,9, 70,6 y 93,3%, respectivamente).

Conclusión: La escala STESS es una buena herramienta pronóstica para valorar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria precoz a la llegada del paciente con EE a urgencias en nuestro centro.

19567. EL ESPECTRO CLÍNICO DE LA PUNTA-ONDA DURANTE EL SUEÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dorta Expósito, B.; Pose Cruz, E.; Sequeiros Fernández, S.; Martínez Vázquez, J.; Torres Iglesias, C.; Alonso García, G.; Castro Vilanova, M.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Presentamos una mujer de 25 años con desarrollo normal hasta los 2 años de vida; momento en que comenzó con pérdida del lenguaje adquirido, hiperactividad, discapacidad intelectual (DI) leve y crisis de ausencia que cedieron a los 8 años de edad. Los electroencefalogramas (EEG) fueron repetidamente patológicos durante toda su infancia y adolescencia presentando un patrón de polipunta-onda lenta y punta-onda durante el sueño. Con todo ello fue diagnóstica de posible síndrome de Landau-Kleffner.

Material y métodos: Cuando fue valorada en la consulta monográfica de epilepsia continuaba sin crisis y con EEG patológicos. Destacaba además una DI en ese momento ya moderada con alteraciones del comportamiento; manos y pies pequeños y antecedente de menarquia precoz (a los 10 años). Todo ello no encajaba en el espectro del síndrome de Landau-Kleffner por lo que se solicitó un estudio genético.

Resultados: Realizamos un array de CGH en nuestro centro que mostró una duplicación intersticial heterocigota en el brazo corto del cromosoma X, citobandas Xp11.23p11.21 (7.688,2 Kb), para la cual hay descritos muy pocos casos en la literatura. En nuestro caso dicha duplicación incluía los genes SHROOM4 y HUEW1, para los que se han descrito según "The Clinical Genome Resource" asociaciones fenotípicas y clínicas compatibles con la clínica de nuestra paciente.

Conclusión: Nuestra sospecha clínica debe guiar la elección de pruebas complementarias, integrando que las alteraciones genéticas tienen cada vez un peso mayor en nuestra práctica clínica habitual. Debemos tener presente que la clínica y los hallazgos en las pruebas complementarias son raramente patognomónicos de una enfermedad o síndrome.

18652. CASO PEDIÁTRICO DOCUMENTADO DE ENCEFALITIS ANTI-RNMDA TRAS SEROPOSITIVIDAD A BORRELIA BURGDORFERI Y ENCEFALITIS POR VHS-1: ¿COINCIDENCIA O ALGO MÁS?

León Ruiz, M.; Gómez Moroney, A.; Bautista Villavicencio, C.; Naranjo Castresana, M.; Merino Andreu, M.; Castañeda Cabrero, C.

Sección de Neurofisiología Clínica. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Presentamos una encefalitis anti-RNMDA pediátrica tras seropositividad a *Borrelia burgdorferi* (BB) y VHS-1.

Material y métodos: Varón de 3 años, remitido por fiebre de 39,4 °C durante 3 días y episodio de desconexión y movimientos generalizados tónico-clónicos durante 10 minutos. Quedó somnoliento sin emitir lenguaje. Los estudios analíticos infecciosos-autoinmunes-metabólicos de sangre y lícuares fueron negativos. La RM craneal mostró afectación

bilateral asimétrica (predominio izquierdo) insular, córtico-subcortical fronto-parietal-temporal. El EEG reveló un posible *status epilepticus* no convulsivo focal con alteración de consciencia. Se inició ácido valproico, aciclovir, cefotaxima IV, monitorización video-EEG y completó estudio diagnóstico.

Resultados: Tres días después, la PCR-VHS-1 licuoral fue positiva. Ante persistencia de crisis se asoció levetiracetam IV. Cuatro días después hubo seropositividad BB-IgG (WB/ELISA), con coreoatetosis y actividad delta rítmica generalizada (GRDA). Un mes después se encontraron anticuerpos anti-RNMDA positivos (suero/LCR). Se inició plasmáferesis-metilprednisolona y después prednisona-inmunoglobulinas IV con mejoría clínica, perdurando un déficit cognitivo-motor al alta, 3 meses tras el debut (sin crisis ni coreoatetosis).

Conclusión: La encefalitis autoinmune es una causa frecuente y tratable de encefalitis aguda, cuyo diagnóstico pediátrico resulta un desafío. Los autoanticuerpos más detectados son los anti-RNMDA2, constituyendo un criterio diagnóstico, como el EEG, que sirve como potencial biomarcador en tiempo real, con 3 patrones: actividad beta excesiva; cepillo delta extremo (30%); y GRDA (asociado a movimientos anormales). El teratoma ovárico y el VHS-1 son desencadenantes sin descartarse otros, cuya detección no debe retrasar el proceso diagnóstico-terapéutico. En nuestro caso, lo más plausible es que la BB-IgG+ probablemente fuera un falso positivo.

19119. UTILIDAD DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS STESS Y MSTEES EN EL ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO

Paul Arias, M.; Vázquez Justes, D.; Mauri Capdevila, G.; Purroy, F.; Quilez, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivos: El estado epiléptico (EE) es una urgencia neurológica debido a su alta morbilidad. El EE refractario (EER) describe aquel EE que persiste a pesar de 2 fármacos anticrisis a dosis adecuadas, incluyendo benzodiacepinas. Actualmente existen escalas pronósticas como la STESS y la mSTEES, para predecir el riesgo de mortalidad durante el ingreso hospitalario. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la utilidad de las escalas STESS y mSTEES en una cohorte de pacientes con EER.

Material y métodos: Reclutamos prospectivamente los pacientes con EER que ingresaron en nuestro centro entre junio de 2019 y marzo de 2023. Analizamos sus características demográficas, etiológicas, semiológicas, pronósticas y la escala STESS y mSTEES y se compararon entre supervivientes y no supervivientes.

Resultados: Un total de 83 pacientes ingresaron por EE. Excluimos 5 posanóxicos y 10 no refractarios, quedando 68 EER de los cuales 27 fueron superrefractarios (39,7%) (EESR). La edad media fue de 60 años (DE 18). Murieron 21 pacientes (30,8%). La mediana en la escala STESS en supervivientes fue 3 (RQ 2-4) vs. 4 (RQ 2-5) en fallecidos ($p = 0,064$). Con la mSTEES la mediana en supervivientes fue de 4 (RQ 3-5) vs. 4 (RQ 3-6) en fallecidos ($p = 0,072$).

Conclusión: En nuestra serie, aunque existe una tendencia a la significación estadística, no existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas STESS y mSTEES entre pacientes con EER que fallecieron y los que no durante el ingreso hospitalario. Se podría explicar por qué nuestra cohorte está formada únicamente por pacientes refractarios y superrefractarios, mientras que dichas escalas fueron validadas incluyendo pacientes no refractarios.

19152. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A UN DESENLACE NEGATIVO EN PACIENTES CON ESTATUS EPILEPTICO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Mandrá Noya, M.¹; Martha González, A.²; Moreira Suarez, Y.³; Esteve Belloch, P.¹; Escalante Arrollo, S.¹; Martín Ozaeta, G.¹; Payo Froiz,

I.¹; Espinoza Trujillo, A.¹; Rodrigo Stevens, G.¹; Concha Martínez, P.⁴; Franch Llasat, D.⁴; Zaragoza Brunet, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa;

²Servicio de Geriatria. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa;

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa;

⁴Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

Objetivos: En este estudio analizamos las variables asociadas a una evolución desfavorable en el estatus epiléptico (SE) de forma retrospectiva, con pacientes atendidos en nuestro centro durante el año 2022 que cumplieron criterios para SE (ILAE 2015).

Material y métodos: Se incluyeron 12 pacientes (7 H-5 M) con edad media de 63 años (rango 47-79). La mortalidad fue del 33,3%; 7 pacientes (58,6%) requirieron sedación e intubación y 3 pacientes (25%) recibieron tratamiento extrahospitalario. La causa más frecuente fue la sintomática aguda (41,3%; $n = 5$) seguida de la sintomática remota (33,3%). El tipo más frecuente de SE fue el convulsivo generalizado (41,6%) y el hallazgo más frecuente en EEG fueron las PLDs (50%).

Resultados: Los factores relacionados fueron el puntaje mSTEES > 4 (OR 23,4; IC 0,89-613); la presencia de un SENC (OR 5; IC 1,27-1229); los de causa criptogénica (OR 39; IC 1,27-1229) y las potencialmente fatales (OR 3; IC 0,23-37,67); ausencia de tratamiento extrahospitalario (OR 5,72; IC 0,23-142,5); recibir tratamiento anestésico (OR 3; IC 0,21-42,62); una duración del SE > 12 horas y la presencia de PLDs (OR 1; IC 0,09-11 y OC 3; IC 0,21-426).

Conclusión: A pesar de contar con un número insuficiente de pacientes para establecer una significación estadística, los hallazgos valorados demuestran una asociación entre los factores de riesgo estudiados y el desenlace desfavorable en el SE, resaltando la necesidad de implantar protocolos adecuados en nuestra región.

19318. EVALUAR LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y LA ADECUADA INFORMACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CRISIS DISOCIATIVAS

Romeral Jiménez, M.¹; Gómez Mayordomo, V.²; Parejo Carbonell, B.³; Mayo Rodríguez, P.³; Lastras Fernández-Escandón, C.³; García Morales, I.³

¹Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos;

²Servicio de Neurología. Neurociencias Synaptia Vithas, Hospital la Milagrosa, Madrid; ³Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Establecer el impacto en el número de episodios tras una intervención terapéutica (IT) consistente en comunicación del diagnóstico y proporción de estrategias cognitivas y sensoriales basadas en técnicas de terapia cognitivo-conductual para abortar las crisis disociativas (CD). Establecer el impacto en calidad de vida, estado de salud, percepción de enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 10 pacientes con diagnóstico confirmado de CD por VEEG. Se recogieron variables demográficas y de enfermedad. En visita inicial se pasaron cuestionarios preintervención (calidad de vida [QOLIE-10], estado de salud [SF-12], depresión [NDDI], depresión y ansiedad [HADS], percepción de la enfermedad [IPQ-B]); se explicó posteriormente el diagnóstico, apoyado por material explicativo en papel. Se realizó visita de seguimiento y se evaluó patrones de cambio en la enfermedad, así como en los cuestionarios.

Resultados: Inclusión de 10 pacientes (70% mujeres), con una media de edad de 28,7 años. El 70% tenía diagnóstico de epilepsia; 4/10 pacientes diagnóstico confirmado, y 2/10 refractaria. La media en años de evolución hasta el diagnóstico fue 6,9 (1-35). La media en número de episodios mensuales fue de 15,8 (1-90). La media en minutos de duración de los episodios fue 22 (1-60). Tras la intervención, a los tres meses, el 50% no presentaron CD, y en los que persistían se redujo la duración de los episodios en una media de 3,8 minutos (1-20).

Conclusión: La comprensión del diagnóstico, con la aplicación de técnicas no farmacológicas, no costosas, y de fácil acceso, parece ser una herramienta útil en el abordaje de estos pacientes.

19601. ASISTOLIA ICTAL DURANTE LA MONITORIZACIÓN VIDEO-EEG: REGISTRO DE 4 CASOS

Sempere Navarro, C.¹; Pardellas Santiago, E.²; Juiz Fernández, Á.¹; López González, F.¹; Rodríguez Osorio, X.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Objetivos: La asistolia ictal, definida como un cese súbito de la actividad cardíaca mayor de 3 segundos en el contexto de una crisis epiléptica, es una entidad poco frecuente pero con importantes implicaciones clínicas.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes de la unidad de monitorización video-EEG prolongada, en los que se detectó la presencia de asistolia ictal entre los años 2011 y 2023. Definimos características demográficas, clínicas y de la asistolia.

Resultados: 4 de los 890 pacientes registrados (2 hombres y 2 mujeres) presentaron asistolia ictal (0,45%). Una de las pacientes, por episodios previos de asistolia ya tenía implantado un marcapasos; en el video-EEG se objetivó bradicardia con activación del marcapasos posterior. La edad media de detección de asistolia fue de 49,25 años. Todos ellos tenían epilepsia farmacorresistente y tomaban al menos un bloqueante de los canales de sodio. En el momento del evento, todas las crisis fueron focales y con implicación temporal, derecha en tres de los casos e izquierda en uno. Todas menos una, asociaron alteración de la consciencia. La duración de la asistolia fue de al menos 10 segundos y autolimitada en todos los casos. Una paciente ya tenía marcapasos definitivo, en dos más se colocó y otro está pendiente de cardioneuroablación.

Conclusión: La incidencia de asistolia ictal es baja y de curso generalmente benigno pero puede asociar consecuencias potencialmente graves. Su detección mediante video-EEG y ECG simultáneos, es importante para optimizar el tratamiento y ayudar a esclarecer los mecanismos subyacentes.

19603. EPILEPSIA Y AUTISMO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

de Lózar Mena, V.; Sánchez Caro, J.; Rodríguez Uranga, J.

Unidad de Epilepsia. Centro de Neurología Avanzada (CNA).

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con epilepsia y TEA comórbido en nuestra unidad de epilepsia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes históricas. Se recogieron variables en relación con características demográficas, clínicas y de pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyó un total de 17 pacientes (14 varones, 82,35%). La edad media fue de 22,59 años (DE = 7,75). La edad mediana de inicio de la epilepsia fue de 8 años (RIC = 16). Un total de nueve pacientes (52,94%) fueron diagnosticados de epilepsia focal y seis (35,29%) de generalizada. La frecuencia de crisis en la última consulta fue variable, observándose con mayor frecuencia crisis controladas (> 1 año libre de crisis; 52,94%). La etiología fue desconocida en nueve casos (52,94%). Doce pacientes (70,59%) presentaron anomalías epileptiformes en el EEG, siete pacientes (41,18%) presentaron una RM alterada y seis (35,29%) se habían realizado previamente un estudio genético. La comorbilidad más común fue el trastorno de conducta (9 pacientes, 52,94%), siendo la agresividad la alteración de conducta más común (5 pacientes, 29,41%). Once pacientes (64,71%) recibieron neurolépticos en algún momento, la risperidona fue el más usado (11

pacientes, 64,71%). El fármaco anticrisis más usado al inicio de la epilepsia y en la última consulta fue el ácido valproico (13 pacientes, 76,47%).

Conclusión: Como conclusión, los pacientes con TEA y epilepsia presentan unas características diferenciales cuyo conocimiento puede contribuir a mejorar el manejo clínico de este complejo subgrupo de pacientes.

19886. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DEL PERAMPANEL EN LAS CRISIS DE AUSENCIAS. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Cuenca Juan, F.; Sánchez Larsen, Á.; González Villar, E.; Restrepo Carvajal, L.; Martínez Fernández, I.; Sánchez Morales, L.; Ocaña Mora, B.; Segura Martín, T.; Sopelana Garay, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Las ausencias son un tipo de crisis generalizadas características de la epilepsia generalizada idiopática (EGI) y otros síndromes epilépticos como el síndrome de Lennox-Gastaut (SLG). El perampanel (PER) es una opción terapéutica en epilepsias generalizadas que está siendo evaluada en crisis de ausencias. Evaluamos la efectividad y seguridad del PER como tratamiento de crisis de ausencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analizando los pacientes con crisis de ausencia seguidos en consultas de neurología de un hospital terciario que hayan tomado PER.

Resultados: Se revisaron 39 pacientes, 32 presentan EGI y 7 SLG. Quince han tomado en algún momento PER: 7 SLG (3 excluidos por no poder contabilizar ausencias) y 8 no SLG (4 epilepsia de ausencias juvenil, 1 síndrome de Jeavons, 1 epilepsia mioclónica juvenil, 2 epilepsias generalizadas genéticas). En el grupo de pacientes no SLG, el 87% eran farmacorretractarios. La frecuencia de ausencias/mes pasó de 82,6 a 1,90 tras PER; 50% fueron respondedores (reducción \geq 50% crisis); 37,5% quedó libre de crisis. Tiempo medio de adherencia a PER 887,6 días (106 a 2.566 días). 5/8 presentaron buena tolerancia o efectos adversos leves transitorios. 2/8 suspendieron el tratamiento por efectos adversos graves (brote psicótico). En SLG (100% farmacorretractarios) de 34,5 ausencias/mes a 19 tras PER; 2/4 fueron respondedores; ninguno presentó libertad de crisis. Tiempo medio de adherencia a PER, 524,5 días. 2/4 buena tolerancia, 2/4 retirado por efectos adversos graves (uno por trastorno de conducta y otro por bradipsiquia/inestabilidad).

Conclusión: PER puede ser una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de las crisis de ausencias.

Epilepsia III

18903. EVALUACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA DEL CENOBAMATO EN EPILEPSIAS REFRACTARIAS

Patiño, S.; Apel, D.; Peña, J.; Hampel, K.; Winter, Y.

Servicio de Neurología. Universitätsmedizin Mainz.

Objetivos: En las epilepsias refractarias se encuentra una mayor tasa de actividad ictal subclínica en los registros de EEG. El cenobamato (CNB) muestra clínicamente una buena eficacia en casos refractarios. Aún no se ha realizado una evaluación electroencefalográfica detallada del CNB. El objetivo de este estudio es investigar el efecto del CNB sobre la actividad ictal en el EEG.

Material y métodos: En el estudio participaron pacientes con epilepsia refractaria recién ingresados al tratamiento con CNB y de los que se disponía de datos de EEG inmediatamente antes de iniciar la terapia y transcurridos 6 meses desde el inicio de la misma. En todos los pacien-