

Hospital and Harvard Medical School; <sup>3</sup>Département de Neuroscience. Institut Pasteur; <sup>4</sup>Laboratory of Brain Circuits Therapeutics. Achucarro Basque Center for Neuroscience; <sup>5</sup>Cognitive Axon Lab, Department of Psychology. Carnegie Mellon University.

**Objetivos:** Caracterizar con el uso de la neurogenética la heterogeneidad en los TEA mediante subtipado en conectividad cerebral funcional a gran escala.

**Material y métodos:** Estrategias de subtipado basado en consenso de patrones de conectividad cerebral funcional a N = 657 sujetos con espectro autista a partir de datos de neuroimagen. Uso de datos transcriptómicos de genes de alta resolución espacial para caracterizar el mecanismo molecular detrás de cada subtipo mediante análisis de *enrichment* del conjunto de genes que muestran una alta similitud espacial con los perfiles de alteraciones de conectividad funcional entre cada subtipo TEA y un grupo control con desarrollo típico (CDT).

**Resultados:** Se encontraron dos subtipos de TEA replicables principales: el subtipo 1 exhibió hipoconectividad (menos conectividad en promedio que CDT) y el subtipo 2, hiperconectividad. Los dos subtipos no difirieron en las métricas de imágenes estructurales en ninguna región evaluada (64 corticales y 14 subcorticales), ni en ninguna de las puntuaciones de comportamiento (incluido el IQ, ADI y ADOS). Finalmente, solo el subtipo 2, que comprende alrededor del 42% de todos los TEA, mostró *enrichment* significativo después de corrección a comparación múltiples hacia el desbalance de excitación-inhibición (E/I), un mecanismo principal y bien conocido en la fisiopatología de los TEA.

**Conclusión:** Nuestros resultados refuerzan la asociación entre el desbalance E/I y las alteraciones en la conectividad funcional, pero solo en un subtipo de TEA, generalmente caracterizado por hiperconectividad cerebral y anomalías significativas en las redes somatomotora y *default mode*.

### 19530. EL TRIPLE TROMBO

Ballester Martínez, C.<sup>1</sup>; Fouz Ruiz, D.<sup>1</sup>; Hernando Jiménez, I.<sup>1</sup>; Herrezuelo Lafuente, M.<sup>1</sup>; Carreño Reyes, S.<sup>2</sup>; Escudero Romo, E.<sup>2</sup>; Corbalán Sevilla, M.<sup>2</sup>; Martín Ávila, G.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa;

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Getafe; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

**Objetivos:** La etiología embólica por trombos flotantes en troncos supraaórticos es una causa infrecuente de ictus. No existe a día de hoy evidencia que guíe su manejo en situaciones urgentes ni a largo plazo.

**Material y métodos:** Varón de 61 años con antecedentes HTA, dislipemia, miocardiopatía hipertrófica con FEVI preservada que acude a urgencias por un síndrome hemisférico derecho completo (NIHSS 18) de 1 h de evolución. TC y angioTC con ASPECTS 9, oclusión en T carotídea y ACM en segmento M2 y trombo flotante en tronco braquiocéfalo derecho (TBD). Se realizó ecocardiograma sin evidencia de trombo intracavitario.

**Resultados:** Se inicia fibrinólisis y se traslada a centro de trombectomía. Se realiza trombectomía mecánica con resultado angiográfico TICl 2c. En angioTC de control se evidencia placa mural irregular con un trombo pediculado en TBD de menor tamaño e infarto establecido parietoinsular derecho. Se decide iniciar tratamiento anticoagulante a dosis plenas a los 4 días del ictus. El paciente evoluciona favorablemente con NIHSS al alta de 5. Se realiza nuevo angioTC de control con persistencia de un pequeño trombo mural adherido a una placa irregular en TBD pero con resolución del trombo flotante. Se mantiene tratamiento anticoagulante al alta.

**Conclusión:** Presentamos un caso clínico con un trombo flotante en TBD que presenta un ictus isquémico por oclusión en tándem tratado con fibrinólisis y trombectomía mecánica. La falta de consenso en el tratamiento de este tipo de pacientes obliga a un manejo individualizado. Son necesarios más estudios que guíen el manejo a corto y largo plazo de estos pacientes.

## Neurología crítica e intensivista

### 19491. FACTORES PRONÓSTICOS RADIOLÓGICOS EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Cañada Lahoz, E.<sup>1</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>1</sup>; Huertas, E.<sup>2</sup>; Gómez-Escalonilla, C.<sup>2</sup>; de Felipe, A.<sup>3</sup>; Calleja, P.<sup>4</sup>; Simal, P.<sup>2</sup>; García-Madrona, S.<sup>3</sup>; Fernández Seoane, D.<sup>4</sup>; Ramos Martín, C.<sup>1</sup>; Vega Villar, J.<sup>5</sup>; Reig Roselló, G.<sup>1</sup>; Ximénez-Carrillo Rico, Á.<sup>1</sup>; Vivancos Mora, J.<sup>1</sup>; Trillo Senín, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>5</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

**Objetivos:** La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología infrecuente y de evolución variable. Estudios previos sugieren que la presentación radiológica podría tener valor pronóstico, con resultados heterogéneos. Nuestro objetivo es explorar la capacidad predictiva de la presentación radiológica, en un grupo homogéneo de casos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes con TVC atendidos durante fase aguda/subaguda en 4 centros de ictus de nuestra comunidad con TC cerebral como prueba diagnóstica inicial realizada en las primeras 72 h de ingreso. Se recogió la afectación de la TVC en angio-TC y se caracterizó la gravedad del edema y hemorragia. Se analizó la asociación entre hallazgos en TC basal y angio-TC con el pronóstico a los 3 meses (mRS-3m).

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes (55% mujeres, edad media 49 años, DE 18,77) 43,3% presentaron edema cerebral y 38,9% hemorragia en TC. La trombosis fue más en seno transversal/sigmoide (83%) y seno sagital en región posterior (SSP, 53%). Encontramos asociación entre trombosis de SSP y mRS-3m > 2 (p = 0,02). Una mayor carga trombótica no se correlacionó con mRS-3m > 2. La presencia de edema unilateral en > 1 lóbulo se asoció a mRS > 2 (p = 0,03), así como la hemorragia en TC inicial (p = 0,016). Se halló correlación significativa entre el grado de hemorragia y el mRS-3m > 2 (rho = 0,23; p = 0,036).

**Conclusión:** En nuestro estudio el edema y la hemorragia en TC inicial, junto con la trombosis de SSP se asociaron a peor pronóstico, suponiendo un grupo de riesgo de mala evolución con manejo convencional. Una mayor carga trombótica no se asoció a peor pronóstico, lo que pone el foco en el estudio futuro de otros factores pronósticos.

### 18959. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA

Paul Arias, M.; Freixa Cruz, A.; Nieva Sánchez, C.; Gallego, Y.; Quílez, A.; Mauri Capdevila, G.; Badia, M.; Purroy, F.; Vázquez Justes, D.

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

**Objetivos:** La hemorragia intracerebral (HIC) espontánea es un subtipo de ictus con elevada morbilidad, siendo hoy en día la principal causa de muerte encefálica (ME) y donación de órganos (DO). Nuestro objetivo fue revisar si las características de los pacientes con HIC que se diagnosticaron de ME fueron diferentes a los fallecidos por muerte cardiorrespiratoria.

**Material y métodos:** Revisamos aquellos pacientes que fallecieron hospitalariamente tras HIC parenquimatosa entre 2016-2022 registrándose sus características demográficas, neuroimagen y gravedad clínica. Se compararon pacientes diagnosticados de ME con aquellos fallecidos no diagnosticados de ME. Se revisaron exploraciones de soporte realizadas y cuántos fueron finalmente DO.

**Resultados:** De 327 pacientes con HIC, 109 (33,3%) fallecieron durante el ingreso y, de estos, 25 (22,9%) fueron diagnosticados de ME siendo 22 DO. Alternativamente, 8 fueron DO vía asistolia controlada. Los pacientes diagnosticados de ME tuvieron menor edad (67 vs. 77 años), un Glasgow más bajo [4 (RQ 3-6) vs. 8 (RQ 7-12)], mayor volumen de HIC y menor tiempo de supervivencia ( $p < 0,05$  todos ellos). No hubo diferencias de NIHSS ni de anticoagulación previa. En la mayoría (88%), se realizaron exploraciones complementarias, siendo el dúplex transcraneal la más frecuente. En nuestro centro se realizaron un total de 71 DO de las cuales 32 (45%) procedían de pacientes con HIC.

**Conclusión:** En nuestro centro, la HIC es la primera causa de ME y DO. Aquellos pacientes diagnosticados de ME tras HIC son más jóvenes, acuden al hospital con mayor gravedad clínica, presentan un mayor volumen y menor tiempo de supervivencia que los fallecidos por causa cardiorrespiratoria.

## 19670. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL ASOCIADAS A ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Romero del Rincón, C.<sup>1</sup>; Ramos, C.<sup>1</sup>; Sánchez-Rodríguez, C.<sup>1</sup>; de Felipe, A.<sup>2</sup>; Tejada, H.<sup>3</sup>; Gómez-Escalonilla, C.<sup>4</sup>; Calleja, S.<sup>5</sup>; Arjona, A.<sup>6</sup>; de la Riva, P.<sup>7</sup>; Bashir, S.<sup>8</sup>; Guillán, M.<sup>9</sup>; Perez, C.<sup>10</sup>; Tejero, C.<sup>11</sup>; Llul, L.<sup>12</sup>; García-Madróna, S.<sup>2</sup>; Serrano Ponz, M.<sup>3</sup>; Simal, P.<sup>4</sup>; Benavente Fernández, L.<sup>13</sup>; López Bravo, A.<sup>14</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>1</sup>; Trillo, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Asturias; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Provincial de Almería; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Royo Villanova; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clinic i Provincial de Barcelona; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía.

**Objetivos:** La toma de anticonceptivos hormonales (AH) en pacientes que sufren trombosis venosa cerebral (TVC) es frecuente. Estudiamos si las características clínicas y radiológicas de la TVC en mujeres que toman AH difiere respecto a pacientes que no.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico observacional. Se incluyeron pacientes con TVC atendidos en 11 centros de España durante de 2008-2021. Se registraron variables clínicas, radiológicas y pronósticas y se compararon entre el grupo no asociado a AH (TVC-noAH) y asociado a AH (TVC-AH).

**Resultados:** N = 256. Hombres 127 (49,6%), mujeres 129 (50,4%) de las cuales 48 (37,2%) toman AH. La edad media difiere entre TVC-AH 32,02 (DE = 9,31), y TVC-noAH 53,99 (DE = 17,92) ( $p < 0,001$ ). No se encontraron diferencias en presentación clínica. Respecto a las características radiológicas, el grupo sin AH mostró mayor porcentaje significativo de TC-basal normal (40,1 vs. 20,8%) ( $p = 0,02$ ), presentó menor hiperdensidad de seno o vena (21,3 vs. 37,5%) ( $p = 0,03$ ), tendencia a menor edema o infarto (8,5 vs. 15,2%) ( $p = 0,18$ ) y menor combinación de signos (16,4 vs. 22,9%) ( $p = 0,39$ ) aunque el hallazgo de hemorragia fue más frecuente en TVC-noAH (15 vs. 4,2%) ( $p = 0,07$ ). El lugar de ingreso inicial presentó diferencias entre los pacientes TVC-noAH vs. TVC-AH con (7,7 vs. 12,5%) en UCI, (33,7 vs. 25%) en unidad de ictus y (58,7 vs. 35,4%) en hospitalización convencional ( $p = 0,014$ ). No se encontraron diferencias en el pronóstico.

**Conclusión:** Nuestro estudio sugiere que pacientes con TVC asociada a AH son más jóvenes y que un mayor porcentaje ingresó en UCI o UI, sin diferencias en la gravedad clínica pero sí con mayor porcentaje de alteraciones en el TC basal inicial respecto a pacientes que no toman AH. Sin que se hayan observado diferencias en el pronóstico.

## 19730. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

Alonso Maroto, J.<sup>1</sup>; Cañada, E.<sup>1</sup>; Ramos, C.<sup>1</sup>; Gómez Escalonilla, C.<sup>2</sup>; de Felipe, A.<sup>3</sup>; Calleja, P.<sup>4</sup>; de la Riva, P.<sup>5</sup>; Tejero, C.<sup>6</sup>; Llull, L.<sup>7</sup>; Simal, P.<sup>2</sup>; García, S.<sup>3</sup>; Seoane, D.<sup>4</sup>; Vega, J.<sup>8</sup>; Ximénez-Carrillo, Á.<sup>1</sup>; Vivancos, J.<sup>1</sup>; Trillo, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clinic i Provincial de Barcelona; <sup>8</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

**Objetivos:** La trombosis venosa cerebral (TVC) supone un potencial desafío clínico cuyo tratamiento se basa en la anticoagulación, siendo en ocasiones necesario tratamiento endovascular (TEV) de rescate. El objetivo de este estudio es determinar el perfil clínico y radiológico de las TVC que se someten a TEV, así como su evolución y pronóstico.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos de 2008 a 2022 en 7 centros de ictus nacionales con TVC sometidos a TEV. Se estudió su perfil clínico, radiológico, manejo terapéutico, evolución, técnica, complicaciones y pronóstico.

**Resultados:** N = 17 TVC tratadas mediante TEV, 25% debido a situación crítica, 75% a empeoramiento clínico ± radiológico refractario a anticoagulación. Edad 43 años (DE 18), 70,5% mujeres, mRS previo 0 (0-1). Previamente al TEV: GCS 12 (9-15), NIHSS 9 (3-17), encefalopatía 53%, estatus epiléptico 11%, edema 77,7%, infarto hemorrágico 66,6%. Técnica: aspiración 80%, disrupción y extracción 20%, *stenting* venoso 10%, fibrinolítico local 33,3%. Durante TEV: 1 trombosis arteria basilar satisfactoriamente recanalizada, 1 rotura del seno venoso obstruido (5,8%). Tras TEV: herniación con necesidad de craniectomía 16,7%, mortalidad intrahospitalaria 17,6%, mRS > 3 a 3 meses 42,9% de supervivientes.

**Conclusión:** En nuestro estudio observamos cómo el TEV se administró a pacientes con TVC que por su evolución clínica experimentaron clínica grave al inicio o como terapia de rescate si hubo empeoramiento del nivel de conciencia o focalidad neurológica de forma refractaria a anticoagulación. Se realizará un registro multicéntrico con la colaboración de otros centros nacionales para analizar el candidato idóneo para estas terapias.

## Neurología general I

### 18952. ENCEFALOPATÍA AGUDA REVERSIBLE COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE CADASIL

Rodríguez García, B.<sup>1</sup>; González García, A.<sup>1</sup>; Ravelo León, M.<sup>1</sup>; Gómez de la Torre Morales, D.<sup>1</sup>; Aguilera Aguilera, J.<sup>1</sup>; Rodríguez Carrillo, J.<sup>1</sup>; Vizcaya Gaona, J.<sup>1</sup>; López Viera, K.<sup>2</sup>; López Mesonero, L.<sup>1</sup>; Carvalho Monteiro, G.<sup>1</sup>; Borja Andrés, S.<sup>1</sup>; Morán Sánchez, J.<sup>1</sup>; Velázquez Pérez, J.<sup>1</sup>; Ramos Araque, M.<sup>1</sup>; Redondo Robles, L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Objetivos:** La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL) es una enfermedad genética que suele manifestarse con ictus lacunares, migraña, demencia, trastornos psiquiátricos o crisis epilépticas. Solo un 10% de los pacientes debutan con encefalopatía aguda reversible.

**Material y métodos:** Varón de 36 años con antecedentes familiares de CADASIL que presenta de forma aguda fiebre, cefalea, náuseas, vómi-