

**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-

tos, somnolencia y síndrome hemisférico izquierdo (afasia, hemianopsia homónima derecha, extinción sensitiva derecha y desaferentización del brazo derecho). Se realizó diagnóstico diferencial entre meningoencefalitis, ictus, migraña con aura y crisis epilépticas. Se trató empíricamente y de forma sucesiva con aciclovir, levetiracetam y ácido acetilsalicílico sin respuesta clínica.

**Resultados:** La resonancia magnética (RMN) cerebral urgente reveló hiperintensidades difusas periventriculares en la secuencia T2-FLAIR sin restricción en difusión, predominantemente en los polos anteriores de los lóbulos temporales y cápsulas internas. El análisis del líquido cefalorraquídeo fue normal. El electroencefalograma (EEG) mostró ondas lentas hemisféricas izquierdas. Dado que los resultados no fueron concluyentes se realizó RMN cerebral de control, que no mostró cambios, y un EEG con mejoría moderada de la lentificación. La SPECT de perfusión cerebral mostró hipoperfusión en los córtex frontal, occipital derecho y parietales y temporales izquierdos. Se detectó la mutación NOTCH-3. De forma espontánea se observó una mejoría clínica progresiva a partir de los siete días de hospitalización confirmando el diagnóstico de encefalopatía aguda reversible.

**Conclusión:** La encefalopatía aguda reversible es una presentación infradiagnosticada del CADASIL que debe ser considerada. Se necesitan más investigaciones para conocer su prevalencia y tratamiento más adecuado.

#### 19028. MENINGITIS ASÉPTICA INDUCIDA POR ETORICOXIB. REPORTE DE UN CASO

López Peleteiro, A.; Suárez Huelga, C.; Díaz Castela, M.; Katherine Vargas-Mendoza, A.; López López, B.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivos:** La meningitis aséptica inducida por medicamentos es una entidad infrecuente, que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las meningitis linfocitarias sin germen causal. Su diagnóstico es de exclusión, basado en una alta sospecha clínica por la relación temporal entre el uso de la sustancia y la aparición del cuadro meningítico, además de la exclusión de otras causas. El tratamiento será sintomático, además de retirar el fármaco responsable.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de un paciente de 50 años. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y espondilitis psoriásica. Tres días después de la introducción de etoricoxib como tratamiento sintomático de su patología reumática, acude a urgencias por cuadro de cefalea y alteración del estado mental. Presenta confusión y signos meníngeos. Se realiza punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo inflamatorio compatible con una meningitis linfocitaria.

**Resultados:** El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró aumento de celularidad con 246 leucocitos siendo 99% linfocitos, 120 hematies, hiperproteínoorraquia y ausencia de consumo de glucosa. El *filmarray* en LCR y estudios microbiológicos completos resultaron negativos. Así mismo se completó el estudio con analítica sanguínea, TC cráneo y RM cráneo-columna cervical que fueron normales.

**Conclusión:** Se presenta el caso de un paciente con clínica y pruebas complementarias compatibles con meningitis linfocitaria aséptica, existiendo una clara correlación temporal entre el inicio de etoricoxib y la aparición de la clínica. El cuadro se resolvió con la retirada del fármaco y tratamiento sintomático. Por lo tanto, consideramos el caso como el primer reporte de meningitis inducida por etoricoxib.

#### 19422. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE GALCANEZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Carvalho Monteiro, G.<sup>1</sup>; Carvalho Monteiro, B.<sup>2</sup>; Rodríguez García, B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de

*Salamanca;* <sup>2</sup>Servicio de Reabilitação. Centro Hospitalar Cova da Beira; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Salamanca.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de los pacientes con migraña tratados con galcanezumab mediante la reducción de los días de migraña y cefaleas al mes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional y prospectivo siguiendo las normas éticas del comité ético intrahospitalario. Se incluyeron los pacientes atendidos en la consulta monográfica de cefaleas de un hospital de 3<sup>er</sup> nivel, diagnosticados de migraña episódica de alta frecuencia (HFEM) o de migraña crónica, según criterios de la IHS, que comenzaron la terapia con galcanezumab. Las variables recogidas en la base fueron de tipo demográfico, clínico, comorbilidades, tratamientos previos, efectos adversos y respuesta al tratamiento. Se midió principalmente la tasa de respuesta al tratamiento en relación al mes previo del inicio del fármaco, a los 3 meses y al año. Consideramos que galcanezumab era eficaz si la tasa de respuesta era > 50%.

**Resultados:** De 50 pacientes 95% eran mujeres siendo que el 92% estaba diagnosticado de migraña crónica. Previo al inicio de galcanezumab, los pacientes presentaban una mediana de DCM de 25 días y de DMM de 13,5 y tras el ciclo de tratamiento (año) una reducción a 10 DCM y a 6 DMM con una tasa de respuesta > 50%, el 62% y > 75% un 28%. Los efectos secundarios más frecuentes han sido vértigos, estreñimiento y reacción cutánea en el lugar de inyección.

**Conclusión:** El uso de galcanezumab en la práctica clínica ha demostrado ser eficaz y seguro con porcentajes en nuestro caso mejores que los ensayos clínicos.

#### 19420. ¿ES IMPRESCINDIBLE LA RMN DE ÓRBITA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PRECOZ EN LA NEUROPATÍA ÓPTICA?

Díaz del Valle, M.; Romero Plaza, C.; Salvador Sáenz, B.; García García, M.; Piquero Fernández, C.; Méndez Burgos, A.; Martín Ávila, G.; Escolar Escamilla, E.; Saenz Lafourcade, C.; Pínel González, A.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.*

**Objetivos:** Presentamos una paciente con debut de lupus eritematoso sistémico (LES) con compromiso neurológico inhabitual.

**Material y métodos:** Mujer de 56 años con antecedentes de enfermedad de Graves y *miastenia gravis* ocular estable de larga evolución. Acude a consulta por alteración visual asimétrica de predominio izquierdo, de meses de evolución, objetivándose cuadrantanopsia inferior de ojo izquierdo (OI) y defecto altitudinal inferior de ojo derecho (OD).

**Resultados:** Se realiza resonancia magnética (RM) de cráneo con lesión protuberancial extensa en FLAIR, sin restricción en difusión y estudio oftalmológico con defecto altitudinal inferior en OD y hemianopsia completa inferior en OI. Se amplía RM de órbita, demostrándose realce fino y lineal de las vainas de los nervios ópticos con aumento del líquido perineural, compatible con perineuritis, habitualmente relacionada con enfermedades inflamatorias/autoinmunes. El análisis de LCR, antiMOG y antiNMO fueron negativos. Los ANA y antiDNA fueron positivos. Durante el ingreso presenta descontrol tensional y deterioro de la función renal, con glomerulonefritis focal sin depósito de IC en la biopsia y cumpliendo criterios clasificatorios de LES.

**Conclusión:** La RMN de órbita con gadolinio es imprescindible en el diagnóstico de la neuropatía óptica, ya que dependiendo de la captación de la vaina o no y el compromiso o no del nervio óptico va a orientar hacia un grupo etiológico específico, lo que permite un tratamiento precoz, aumentando las posibilidades de recuperación visual. Un 20-40% de los pacientes con LES presentan complicación del SN central y periférico, pudiendo preceder al diagnóstico, ser concomitantes o posteriores.

## 19700. TCAR E ICANS, UN RETO PARA LOS NEURÓLOGOS DEL PRESENTE. ESTUDIO DE MUESTRA HOSPITALARIA

Hernández Chamorro, F.<sup>1</sup>; Luque Ambrosiani, A.<sup>1</sup>; Villagrán Sancho, D.<sup>1</sup>; Palomino García, A.<sup>1</sup>; Reguero Ortega, J.<sup>2</sup>; Hernández Ramos, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

**Objetivos:** Estudio descriptivo de la muestra: edad, sexo, ECOG previo, años de diagnóstico, líneas de tratamiento previas recibidas, grado de ICANS, ingresos en UCI, necesidad de tratamiento corticoideo, pruebas solicitadas, mortalidad a los 12 meses. Estudio analítico relacionando las distintas variables (carga tumoral previa, edad, tiempo de diagnóstico, tipo de Tcar aplicado, ingreso en UCI, mortalidad, ECOG) con el grado de ICANS desarrollado por el paciente. Estudio de supervivencia en función del grado de ICANS.

**Material y métodos:** 107 casos anonimizados recogidos en base de datos hospitalaria y analizada con SSPS con el fin de establecer características descriptivas de la muestra. Análisis estadístico mediante test (Kruskal Wallis y Chi cuadrado principalmente) para relacionar las distintas variables.

**Resultados:** Se han obtenido las características descriptivas de la muestra para las variables estudiadas. Se ha analizado en grado de ICANS con distintas variables encontrando significación en la relación entre el grado de ICANS y el ingreso en UCI y el grado de ICANS y el tipo de Tcar recibido. No encontrada asociación estadística entre el resto de variables analizadas.

**Conclusión:** EL ICANS es un tratamiento seguro y efectivo. El papel del neurólogo en su identificación y manejo. Asociación estadísticamente significativa entre el grado de ICANS y el riesgo de admisión en UCI así como entre el grado de ICANS en función de la terapia TCAR recibida en nuestra muestra, este último en probable relación a la asimetría entre los dos grupos que magnifica diferencias.

## 19801. DEGENERACIÓN HEPATOCEREBRAL CRÓNICA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

Rodríguez García, B.; González García, A.; Gómez de la Torre Morales, D.; Ravelo León, M.; Vizcaya Gaona, J.; el Berdei Montero, Y.; Morán Sánchez, J.; Gómez Sánchez, J.; Alañá García, M.

Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Objetivos:** Presentamos un caso de degeneración hepatocerebral crónica adquirida (DHCA), para visibilizar esta infradiagnosticada entidad, que se puede presentar en el 1-2% de los pacientes cirróticos.

**Material y métodos:** Mujer de 62 años con antecedentes de cirrosis hepática Child A con hipertensión portal (HTP) secundaria a colangitis biliar primaria, HTA y síndrome ansioso-depresivo. Presentó varios ingresos en digestivo por encefalopatía hepática, siendo valorada por neurología con seguimiento posterior en consultas externas. Refería síntomas de un año de evolución de disartria, temblor e inestabilidad de la marcha. En la exploración destacó disartria escándida, marcha atáxica, dismetría en extremidades superiores y parkinsonismo con temblor (de predominio cefálico y simétrico en extremidades superiores) y bradicinesia. En el diagnóstico diferencial se incluyeron enfermedad de Wilson, encefalopatía hepática y DHCA.

**Resultados:** Se realizó una analítica de sangre completa, con estudio del cobre y ceruloplasmina normales y anticuerpos onconeuronales y antineuronales negativos en suero y en líquido cefalorraquídeo (LCR). Una punción lumbar mostró resultados anodinos del LCR. El estudio neurofisiológico no reveló signos de polineuropatía. La RMN cerebral mostró hiperintensidad en las cápsulas internas y en sustancia blanca periventricular relacionado con el diagnóstico de sospecha. La paciente está en lista de espera de trasplante hepático y de realizarse una TC abdominal para descartar shunt portosistémico.

**Conclusión:** La DHCA aparece en pacientes cirróticos avanzados y con shunt portocava importantes, desarrollando una clínica neurológica variable que parece relacionarse con el depósito de manganeso en los ganglios de la base. El tratamiento es poco efectivo, siendo necesarios más estudios para su correcto manejo.

## 18917. TERAPIA PREOPERATORIA CON TOXINA BOTULÍNICA EN LA MUSCULATURA DE LA PARED ABDOMINAL CON GUÍA ECOGRÁFICA Y ELECTROMIOGRÁFICA EN PACIENTES CON HERNIAS INCISIONALES COMPLEJAS

Jiménez Jiménez, F.<sup>1</sup>; Argudo Garijo, S.<sup>2</sup>; Ramírez Calderón, J.<sup>3</sup>; del Corral Rodríguez, J.<sup>2</sup>; Fernández Bautista, B.<sup>4</sup>; García-Conde Delgado, M.<sup>2</sup>; Hernández García, M.<sup>2</sup>; Alonso Navarro, H.<sup>1</sup>; Alonso Poza, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Sureste; <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital del Sureste; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital del Sureste; <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Objetivos:** Demostrar la eficacia de la guía electromiográfica (además de la ecográfica habitual) durante la curva de aprendizaje de la terapia preoperatoria con toxina botulínica (BOTOX) en la pared abdominal en pacientes con hernias incisionales grandes, aspecto fundamental para conseguir un cierre primario del defecto aponeurótico durante el procedimiento quirúrgico.

**Material y métodos:** 24 pacientes con hernias incisionales con defecto aponeurótico mayor de 7 cm (media 10,32 cm, rango 7-30,11 cm) fueron sometidos a tratamiento preoperatorio con 300 UI de BOTOX® (Allergan, Australia) en los 3 planos musculares de la pared lateral del abdomen, modificando el lugar de punción en función de la actividad electromiográfica registrada. Se realizó TC abdominal antes y a las 4 semanas del tratamiento, y se midió el grosor de la musculatura lateral abdominal y el diámetro transversal del abdomen. Para realizar el análisis estadístico se utilizó la t de Student.

**Resultados:** Tras el tratamiento con BOTOX se produjo un descenso significativo del grosor de la pared abdominal derecha de 0,51 cm ( $\pm 0,53$ ,  $p < 0,001$ ) e izquierda de 0,55 ( $\pm 0,42$ ,  $p < 0,001$ ), así como un aumento significativo del diámetro transversal del abdomen de 1,72 cm ( $\pm 2,32$ ,  $p < 0,001$ ), secundario a la parálisis flácida.

**Conclusión:** El uso adicional de guía electromiográfica durante la curva de aprendizaje de la terapia con BOTOX en el preoperatorio de pacientes con hernias incisionales complejas parece ser de gran ayuda de cara a conseguir un resultado eficaz.

## 19030. ICTUS PROTUBERANCIAL SECUNDARIO A ANEURISMA MICÓTICO BASILAR COMO COMPLICACIÓN DE UN CASO DE MENINGITIS

López Peleteiro, A.<sup>1</sup>; García Ramos, M.<sup>2</sup>; Suárez Huelga, C.<sup>1</sup>; Díaz Castela, M.<sup>1</sup>; Katherine Vargas-Mendoza, A.<sup>1</sup>; Calleja Puerta, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivos:** Los aneurismas micóticos intracraneales son lesiones infrecuentes (0,7 al 5,4% de todos los aneurismas intracraneales). Su principal etiología es la diseminación directa de émbolos sépticos en contexto de EI (endocarditis infecciosa), estimándose que únicamente el 2-15% de aneurismas micóticos surgen como complicación de una meningitis infecciosa. La prevalencia de ictus isquémico en pacientes con aneurismas intracraneales no rotos es del 3 al 6,3%, alcanzando una mortalidad del 30%.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de un paciente de 44 años ingresado por un hematoma epidural C7-T12 y contusión medular T3, tras una herida por arma blanca. Secundariamente presentó una fistula de LCR que requirió drenaje externo, complicada con una meningitis

por *P. aeruginosa*. Tras una mejoría inicial, el paciente presenta de forma súbita sintomatología deficitaria neurológica.

**Resultados:** Se realizó RM cerebral urgente que mostró un aneurisma de la arteria basilar asociado a lesiones isquémicas subagudas protuberanciales. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que descartó EI, por lo que se asumió su etiología como complicación de la meningitis infecciosa. Se realizó tratamiento quirúrgico con implantación de *stent* derivador de flujo, con buen resultado y recuperación completa de la clínica.

**Conclusión:** Presentamos un caso de ictus isquémico de etiología infrecuente, que debe ser tenida en cuenta en todo paciente con meningitis que desarrolla una focalidad neurológica. En nuestro caso, el ictus fue la culminación de una azarosa serie de complicaciones que se solventaron, no obstante, con una recuperación muy favorable.

#### 18810. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ATENDIDOS POR LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO (2011-2022)

Pedrero Prieto, M.; Navarro Mocholí, E.; Tarruella Hernández, D.; Jiménez Jiménez, J.; Pérez Miralles, F.; Sivera Mascaró, R.; Gorriiz Romero, D.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.*

**Objetivos:** El objetivo es analizar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes atendidos por LMP (leucoencefalopatía multifocal progresiva) en un hospital terciario.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio descriptivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por LMP durante los años 2011-2023 (n = 18).

**Resultados:** El 61,1% eran mujeres y la edad media de 55,7 años. La causa de inmunodepresión predisponente más frecuente fue la infecciosa, todos ellos por VIH. El curso de los síntomas hasta el diagnóstico fue inferior a 1 mes en el 50% de los casos. Respecto al diagnóstico, el 55,5% presentaban depósitos férricos en secuencias eco-gradiente o T2\*. Fueron tratados con mirtazapina 7 pacientes. Otros fármacos empleados fueron: cidofovir (4), aldesleukina (2) y fármacos inhibidores de *checkpoint* (3). La mortalidad fue del 66,7%. La mediana de tiempo desde el diagnóstico del proceso inmunodepresor hasta LMP fue de 2.827 días. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico de LMP fue de 268 días. La supervivencia de los pacientes VIH fue de 1311 días; de 130 días, en los oncohematológicos; y de 345 días, en los pacientes con enfermedades autoinmunes.

**Conclusión:** El avance de la medicina en terapias oncohematológicas y enfermedades autoinmunes está cambiando el paradigma del paciente inmunocomprometido, así como, de sus complicaciones. La presencia de depósitos férricos en resonancia puede servir como apoyo diagnóstico. Resulta llamativa la supervivencia de los pacientes en función del proceso de inmunodepresión de base. Los fármacos con diana inmunológica se postulan como un potencial tratamiento en estos pacientes.

#### 18939. MENINGITIS ASÉPTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DEL SURESTE DE ESPAÑA

Martínez García, F.; Llorente Iniesta, M.; Sánchez García, C.; Valero López, Á.; Arnaldos Illán, P.; Ibáñez Gabarrón, L.; García Egea, G.; Herrero Bastida, P.; Hernández Clares, R.; Tortosa Conesa, D.; Moreno Escribano, A.; Morales Ortiz, A.; Martínez García, F.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**Objetivos:** Revisar los casos de meningitis aséptica aguda atendidos en los últimos cinco años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes mayores de 14 años con meningitis aséptica aguda ingresados en el Servicio de Neurología de nuestro hospital desde mayo de 2018 hasta abril de 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes (mediana de edad 37,5 años, 61,4% varones). Verano y otoño fueron las estaciones de mayor incidencia. Hubo menos casos coincidiendo con las medidas higiénicas implantadas durante la pandemia COVID-19. Tuvieron cefalea el 97,7% de los pacientes, fiebre el 84,1% y náuseas y/o vómitos el 56,8%, mientras que signos de irritación meníngea solo el 38,6%; el 27,3% tenían también manifestaciones clínicas de encefalitis. En el líquido cefalorraquídeo, pleocitosis (mediana 215 leucocitos/mm<sup>3</sup>) y solo uno con predominio polimorfonuclear; proteínas elevadas en el 93,2% de los pacientes y consumo de glucosa en el 6,8%. Se identificó el agente etiológico en el 45,5% de los casos: enterovirus (7 casos), virus Toscana (4), virus del herpes humano 7 (2), virus de Epstein-Barr (2), SARS-CoV-2 (2), virus de la varicela zóster (1), virus del herpes simple tipo 2 (1) y virus del herpes humano tipo 6 (1). El ingreso hospitalario duró entre 2 y 22 días (mediana 8). Los pacientes se recuperaron sin secuelas.

**Conclusión:** Las meningitis asépticas agudas tienen buen pronóstico y habitualmente son causadas por virus pero todavía quedan sin diagnóstico etiológico algo más de la mitad de los casos.

#### 19622. RIESGO DE RECURRENCIAS Y DESARROLLO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Mena Bravo, A.<sup>1</sup>; Corral Quereda, C.<sup>1</sup>; Martínez Martínez, M.<sup>1</sup>; Fernández Travieso, J.<sup>1</sup>; Oliva Navarro, J.<sup>1</sup>; Ruiz Ares, G.<sup>1</sup>; Ugalde Canitrot, A.<sup>2</sup>; Medina Báez, J.<sup>1</sup>; Díez Tejedor, E.<sup>1</sup>; Fuentes Gimeno, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario La Paz.

**Objetivos:** La etiología y fisiopatología de la amnesia global transitoria (AGT) son poco conocidas y el riesgo de recurrencia es bajo (5%). Aunque se ha relacionado con ictus, epilepsia, migraña y deterioro cognitivo, no se dispone de estudios a largo plazo para evaluar la frecuencia de desarrollo de estas entidades. El objetivo es evaluar el riesgo de recurrencias y desarrollo de ictus, epilepsia y deterioro cognitivo a largo plazo en pacientes con un primer episodio de AGT.

**Material y métodos:** Estudio caso-control prospectivo con pacientes que presentaron un episodio de AGT entre 2008 y 2011, a los que se realiza seguimiento en 2023. Se analizan: recurrencias de AGT, ictus, epilepsia o deterioro de funciones cognitivas (MoCA).

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes y 8 controles, sin diferencias en distribución por sexo y con una mediana de edad de 78,5 años y una media de seguimiento de 13,5 años. El 14% de los casos presentaron al menos una recurrencia de AGT. Se realizaron un total de 39 test de MoCA (2 controles y 37 casos) con resultado inferior a la normalidad en el 79,5% (mediana (RIC): 23 (20;26) en casos y 16 (14;-) en controles. No se observaron diferencias significativas en el desarrollo de ictus (1 control y 5 casos), epilepsia (0 controles y 2 casos) o diagnóstico de deterioro cognitivo (2 controles y 6 casos).

**Conclusión:** Este estudio reporta un mayor número de recurrencias que las descritas en la literatura, pero no podemos concluir sobre un posible incremento del riesgo de desarrollo de otras enfermedades neurológicas a largo plazo.

#### 19632. MENINGITIS CRIPTOCÓCICA COMO DEBUT DE INFECCIÓN POR VIH

Caballero Sánchez, L.<sup>1</sup>; Gómez López de San Román, C.<sup>1</sup>; Capra, M.<sup>1</sup>; Blumel, M.<sup>1</sup>; Alonso de los Santos, J.<sup>2</sup>; Cerdán Santacruz, D.<sup>1</sup>; Castrillo Sanz, A.<sup>1</sup>; Mendoza Rodríguez, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia; <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Segovia.

**Objetivos:** Presentar un caso de meningitis criptocócica como manifestación inicial de infección por VIH y sus complicaciones asociadas.

**Material y métodos:** Varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que presenta cefalea de intensidad 10/10 asociada a náuseas, vómitos, fotofobia y acúfenos bilaterales de 15-20 días de evolución asociada a fiebre de hasta 39°, junto a pérdida de peso de 30 kg en los últimos 2 meses. En los últimos 2-3 días presenta episodios de diplopía horizontal fluctuante. Clínicamente presenta malestar general y fondo de ojo con borramiento bilateral del borde papilar.

**Resultados:** Analítica sanguínea: linfopenia y serología VIH positiva. Punción lumbar con presión de apertura de 28 mmH<sub>2</sub>O, no traumática con LCR ligeramente turbio, recuento leucocitario 13 (80% mononucleares) LCR glucosa 39,1 (glucemia 104), LCR proteínas totales 66,6, LCR GRAM negativo. Cultivo: *Cryptococcus neoformans*. RM cerebral: pequeña área de hipersignal FLAIR en giro poscentral izquierdo compatible con lesión isquémica subaguda. Angio-RM de senos venosos con defecto de repleción en seno longitudinal superior. El paciente fue diagnosticado de meningitis criptocócica crónica y trombosis de senos venosos asociada a hipertensión intracraneal, lo que motivó el tratamiento con anfotericina B liposomal, flucitosina y heparina. Dada la progresión del edema papilar y el aumento de presión intracraneal a pesar del tratamiento de la meningitis y la trombosis de senos, se decidió colocar una derivación ventriculoperitoneal con la consiguiente mejoría clínica. El tratamiento antirretroviral no se inició hasta 8 semanas después del inicio del tratamiento antifúngico.

**Conclusión:** Aunque la meningitis criptocócica es conocida como complicación en pacientes VIH, raramente es manifestación de debut de la infección al diagnóstico, por ello lo infrecuente de nuestro caso. El VIH es un gran simulador y es importante tenerlo presente (así como las potenciales complicaciones asociadas), para poner el tratamiento dirigido lo más precozmente posible.

## Neurología general II

### 19482. TROMBECTOMÍA EN ICTUS SECUNDARIOS A ESTADO PROTROMBÓTICO PARANEOPLÁSICO

Valín Villanueva, P.; Angerri Nadal, M.; Villareal Mariño, J.; Lombardo del Toro, P.; Bea Sintés, M.; Cardona Portela, P.; Quesada García, H.; Núñez Guillen, A.; Paipa Merchan, A.; Lara Rodríguez, B.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.*

**Objetivos:** Los síndromes paraneoplásicos constituyen una variedad de procesos patológicos que acompañan la evolución clínica de un tumor. Las manifestaciones cerebrovasculares paraneoplásicas son infrecuentes y pueden deberse a un estado de hipercoagulabilidad secundario a la alteración de cascadas de coagulación, la liberación de moléculas protrombóticas, la endocarditis marántica maligna o la activación plaquetaria. Los adenocarcinomas de páncreas, colon, mama y pulmón están fuertemente relacionados con este proceso.

**Material y métodos:** Analizamos 14 pacientes con ictus secundarios a estado protrombótico paraneoplásico tratados mediante trombectomía mecánica extraídos de nuestra base de datos, recogida de forma prospectiva desde el 2010 hasta el momento actual. Describimos datos epidemiológicos, situación sociofuncional, forma de presentación y resultados clínico-radiológicos.

**Resultados:** Se observa un predominio de hombres (64,3%), con edad media de 65 años e independencia funcional basal en la mayoría de los casos (93% mRS < 2). El 64,3% eran pacientes oncológicos conocidos con una esperanza de vida en el momento del evento isquémico de más de seis meses de acuerdo con nuestro Servicio de Oncología. En el 35,7% restante la neoplasia se diagnosticó a raíz del ictus. El NIHSS medio previo a la trombectomía fue de 21,7. El ASPECTS inicial fue 9-10. La

mayoría de los pacientes presentaron oclusión de M1 (50%), seguida de M2 (28,6%). Se realizó rtPA endovenoso en dos pacientes (14,3%). A pesar de que la elevada tasa de recanalización (TICI 2b-3 78,6%) y que únicamente se registró una hemorragia intracraneal sintomática, la mortalidad intrahospitalaria fue del 43% alcanzando el 93% a los 90 días de seguimiento.

**Conclusión:** A pesar de una buena situación funcional previa y del tratamiento con trombectomía mecánica, el pronóstico a tres meses de los pacientes con ictus por estado protrombótico paraneoplásico es infausto.

### 19468. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL (HTIC) SECUNDARIA A ESTENOSIS DE SENOS TRANSVERSOS RESUELTA MEDIANTE INTERVENCIONISMO CON STENT VENOSO: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Sobrino, I.<sup>1</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>2</sup>; Martínez Fernández, I.<sup>2</sup>; Quirós Illán, L.<sup>1</sup>; Nieto Palomares, M.<sup>1</sup>; García Maruenda, A.<sup>1</sup>; Gómez Ramírez, P.<sup>1</sup>; Flores Barragán, J.<sup>1</sup>; Hernández Fernández, F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Objetivos:** Presentamos una paciente con HTIC idiopática refractaria, resuelta mediante intervencionismo con stent venoso. Revisamos la bibliografía sobre intervencionismo en HTIC y las distintas opciones de abordaje terapéutico.

**Material y métodos:** Mujer de 50 años con artritis reumatoide presenta cefalea y papiledema refractario a tratamiento médico. RM cerebral sugiere estenosis de senos transversos confirmado con venografía, objetivando gradiente de presión aumentado. Se implanta stent venoso con mejoría inmediata de cefalea y agudeza visual.

**Resultados:** La HTIC cursa con papiledema bilateral, y puede aparecer cefalea, diplopía o acúfenos. Fisiopatológicamente intervienen 3 mecanismos: disminución de absorción de LCR, aumento de producción de LCR o aumento de presión venosa intracraneal (por estenosis de senos venosos, entre otros). Son esenciales medidas higiénico-dietéticas y tratamiento médico (acetazolamida, topiramato). En casos refractarios con rápida evolución se utilizan técnicas quirúrgicas (derivación de LCR). El tratamiento endovascular está indicado en casos refractarios a tratamiento médico o quirúrgico; el objetivo es aumentar drenaje venoso para disminuir presión venosa intracraneal y aumentar el drenaje y reabsorción de LCR. Es necesario demostrar estenosis de senos con gradiente > 5 mmHg. Revisamos la bibliografía en PubMed: mejoría/resolución de cefalea en un 88%, del papiledema en 97% y síntomas visuales en 87%. Un 12% requirieron reintervención por restenosis (del stent o de novo). Otras complicaciones muy poco frecuentes: migración del stent, trombosis o hematoma subdural. Es necesario antiagregante (AAS 100 mg) indefinido y otro antiagregante/anticoagulante 3-6 meses según comorbilidad.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular con stent venoso está indicado en casos de HTIC refractaria a tratamiento médico o tras fracaso de técnicas quirúrgicas.

### 19934. NO TODA DIPLOPÍA FLUCTUANTE ES MIASTENIA

Blümel Yarlequé, M.; Gómez López de San Román, C.; Capra, M.; Caballero Sánchez, L.; Cerdán Santacruz, D.; Berrío Suaza, J.; Castrillo Sanz, A.; Mendoza Rodríguez, A.

*Servicio de Neurología. Hospital General de Segovia.*

**Objetivos:** Presentamos un caso de diplopía inicialmente fluctuante en paciente con meningiomatosis múltiple y paresia del VI par craneal secundaria.

**Material y métodos:** Mujer de 60 años, con antecedente de linfoma no Hodgkin en fase de remisión. En seguimiento en consultas de neurolo-