

19186. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CIERRE DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE TRAS ICTUS CRIPTOGÉNICO

Acosta de los Reyes, M.¹; Gutiérrez Barrios, A.²; Zapata Macías, B.¹; Ruiz García, J.¹; Molinero Marcos, A.¹; Coronado Puerto, C.¹; Hermosín Gómez, A.¹; Gheorghe, L.²; Fernández Navarro, J.¹; Galeano Bilbao, B.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar;

²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: El 25% de la población presenta foramen oval permeable (FOP), siendo una causa frecuente de ictus criptogénico. En la prevención secundaria del ictus asociado a FOP se realiza antiagregación o cierre percutáneo, que es más eficaz pero conlleva mayor riesgo de arritmias. Para abogar por el intervencionismo debemos descartar otras causas de ictus y considerar factores recogidos en la escala RoPE (como menor edad o ausencia de FRCV) o ecocardiografía transesofágica que sugieren que el FOP es el causante.

Material y métodos: Recogemos una serie de casos de pacientes que tras ictus criptogénicos fueron sometidos a cierre de FOP entre 2018 y 2023.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 23 pacientes con edad media de 45 años. 19 tenían ictus corticales y 4 profundos. 10 sin FRCV, resto tabaquismo y/o dislipemia. Puntuación de 6 a 8 en la escala RoPE. En dos casos se desarrollaron extrasístoles autolimitadas y en uno *flutter* auricular. Ninguna recidiva de ictus el mes post cierre y 18 pacientes tampoco en los 9 meses posteriores. En los cinco restantes no ha pasado ese tiempo desde el tratamiento.

Conclusión: La generación de arritmias supraventriculares es la principal complicación del cierre percutáneo. Un 3,8% desarrollará fibrilación auricular permanente. En nuestro estudio dos casos desarrollaron arritmias leves y uno grave pero el cierre del FOP fue eficaz en prevenir nuevos ictus, por lo que se apoyan las conclusiones de estudios recientes, como el RESPECT, que demuestran su superioridad frente al tratamiento farmacológico.

19213. LA HABITACIÓN INVERTIDA: SEMIOLOGÍA DEL MUNDO AL REVÉS

Eguilior Caffarena, I.; Zamarbide Capdepón, I.; Nyström Hernández, A.; López de Mota Sánchez, D.; Suárez Plaza, A.; Guerra Huelves, A.; Maure Blesa, L.; Arias Villarán, M.; Martín Gallego, I.; García Sánchez, C.; Osés Lara, M.; Herranz Bárcenas, A.; Montojo Villasanta, M.; Olivé García, L.; García Torres, M.; Navas Vinagre, I.; de la Fuente Batista, S.; Pardo Moreno, J.; García Campos, C.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: El síndrome de la habitación invertida (SHI) es una alteración visuoespacial poco frecuente, consistente en una rotación del campo visual de 180° en el plano coronal. La etiología puede deberse a alteraciones vestibulococleares y a patología cerebrovascular. Por tanto, el reconocimiento de esta patología resulta fundamental para evitar errores diagnósticos potencialmente graves.

Material y métodos: Se describen las características semiológicas, clínicas y etiológicas de cinco casos con SHI secundaria a patología cerebrovascular.

Resultados: Identificamos 2 varones y 3 mujeres cuya edad media es de 65,4 años. Un 60% presentaron un único episodio de duración variable (minutos-horas) y un 40% varios episodios desencadenados con movimientos cefálicos. El 60% asoció inestabilidad; un 80% mareo y náuseas; y el 40% vómitos. En la exploración física 3 de ellos presentaron ataxia de la marcha, uno nistagmo de características centrales y otro paresia e hipoestesia braquiocrural izquierda. De todos los pacientes, 2 presentaron un único infarto y 2 varios. Tres presentaron afectación hemisférica cerebelosa derecha, mientras que otro además un infarto en giro occipitotemporal derecho y otro en vermis cerebeloso. Una presentó SHI tras haber colocado un *stent* en la PICA derecha. Ninguno de los pacientes recibió terapia reperfusora.

Conclusión: Los pacientes con patología cerebrovascular de territorio vertebrobasilar que presentan SHI son semiológicamente difíciles de reconocer por la ausencia de síntomas y signos específicos. Por ello, ante la sospecha clínica debe tenerse especial precaución en este tipo de pacientes, realizando una historia detallada y un examen físico minucioso.

19192. ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Jiménez Ureña, K.; Guerrero Carmona, N.; Rodríguez Sánchez, C.; Pinedo Córdoba, J.; Fernández Moreno, M.

Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme.

Objetivos: Describir la incidencia del ictus isquémico en el paciente joven y la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con ictus isquémico ≤ 50 años (ictus joven) ingresados en la planta de neurología de nuestro hospital entre enero de 2014 y diciembre de 2022.

Resultados: Incluimos 77 pacientes, 51 (66,2%) hombres, edad media de 44,86 ± 4,5 años. Con un incremento progresivo del número de casos en relación con los mayores de 50 años (del 2,6% al 26%). El tipo de ictus más frecuente fue el lacunar en 27 (35%) pacientes, seguido de 16 (20,7%) cardioembólicos, 12 (15,5%) aterotrombóticos, 12 (15,5%) de causa indeterminada y 10 (12,9%) de causa infrecuente. El FRCV más frecuente fue el tabaquismo en 50 pacientes (64,9%), seguido de HTA en 35 (45,5%), dislipemia en 15 (19,5%) y diabetes en 13 (16,9%) pacientes. Al año hubo una recurrencia en un 10,9% de los pacientes. Encontramos mayor prevalencia de obesidad en mujeres (p = 0,017) y mayor prevalencia de diabetes en el grupo de lacunares (p = 0,05). **Conclusión:** La incidencia del ictus isquémico en el paciente joven está aumentando en nuestra área. El perfil típico es el de varón de 44 años fumador e hipertenso que acude por ictus lacunar. Es necesario un control precoz e intenso de los FRCV en los pacientes jóvenes para evitar la progresiva carga que el ictus isquémico supone en esta población.

Enfermedades cerebrovasculares P6

19151. ¿CUÁL ES EL PERFIL DEL JOVEN CON ICTUS HIPERTENSIVO?

Guerrero Carmona, N.¹; Jiménez Ureña, K.¹; Escobar García, G.²; Palomino García, A.³; Jiménez Hernández, M.³; Castilla Guerra, L.⁴; Fernández Moreno, C.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme; ²Servicio de Neurociencias. Hospital Virgen del Rocío; ³Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena.

Objetivos: Determinar el perfil del paciente joven con ictus hipertensivo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde julio de 1999 hasta diciembre de 2021, analizándose un total de 35 158 pacientes con ictus en la provincia de Sevilla. De ellos se seleccionaron pacientes con un primer ictus de origen hipertensivo y de edad menor o igual a 50 años.

Resultados: Se estudiaron 309 pacientes, el 0,88% de la población. La edad media fue de 42,2 (± 7) años. Se incluyeron 138 (44,7%) ictus isquémicos y 171 (55,3%) ictus hemorrágicos, con similar proporción en hombres y mujeres (43,6% mujeres vs. 56,4% varones; 46,2% varones vs. 53,8% mujeres, respectivamente; p = NS). El tiempo medio de estancia en planta fue de 5,4 (± 0,4) días para ictus isquémico y de 23 (± 20) días para el hemorrágico (p < 0,001). Solo en 75 (24,2%) de los

pacientes venía recogido el antecedente de hipertensión. El tiempo medio desde el diagnóstico de hipertensión y el inicio del ictus fue similar para ictus isquémicos y hemorrágicos ($5,4 \pm 3,8$ vs. $5,5 \pm 3,7$ años, $p = \text{NS}$). Al año del ictus habían fallecido 10 (3,2%) pacientes, 7 varones y 3 mujeres ($p = \text{NS}$), siendo 2 a causa de ictus isquémico vs. 8 ictus hemorrágicos ($p = \text{NS}$).

Conclusión: Del presente estudio podemos concluir que los ictus hipertensivos en los pacientes jóvenes son predominantemente hemorrágicos. Solo en la cuarta parte de los pacientes estaba recogido el antecedente de hipertensión. Los pacientes tras el alta presentaban una mortalidad baja al año del evento.

19329. RESPUESTA EXCELENTE A PLASMAFÉRESIS EN ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO POR FUSIÓN FIP1L1-PDGFRA

Azcárate Díaz, F.¹; Llorente Ayuso, L.¹; Landete Hernández, E.²; Sierra Hidalgo, F.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor;

²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Objetivos: Describir la respuesta favorable a plasmaféresis en el ictus isquémico en contexto de síndrome hipereosinofílico (SHE) por fusión de genes FIP1L1-PDGFRA (F/P) y sus posibles implicaciones fisiopatológicas.

Material y métodos: Descripción de un caso y revisión de la bibliografía.

Resultados: Varón de 48 años que presenta cuadro aditivo a lo largo de una semana de encefalopatía, alteración de la agudeza visual y focalidad neurológica múltiple grave, en el contexto de hipereosinofilia de 8×10^3 células/ μL y lesiones de sustancia blanca de crecimiento progresivo. Es tratado de urgencia con plasmaféresis, con espectacular respuesta clínica. En el estudio etiológico se evidencian ictus bilaterales en territorios frontera en ausencia de estenosis de grandes vasos y positividad para reordenamiento F/P, responsable de SHE. Se inició tratamiento antiagregante y con imatinib, sin recurrencias y con respuesta molecular completa.

Conclusión: El ictus por SHE típicamente afecta a las regiones frontera vasculares y su mecanismo de producción es desconocido. Aunque el origen podría ser multifactorial, existen algunos estudios que defienden la existencia de un daño citotóxico directo por parte de los eosinófilos que generaría un flujo anormal en las regiones frontera. La excelente respuesta a plasmaféresis apoya estas teorías, eliminando del flujo plasmático citocinas liberadas por los eosinófilos que podrían comprometer la hemodinámica cerebral. El reconocimiento temprano de la entidad y su tratamiento con imatinib son fundamentales para evitar las recurrencias.

19449. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN OCLUSIONES DISTALES EN TERRITORIO DE ACM: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL ICTUS

Sánchez Rodríguez, C.¹; Ramos, C.¹; Lorenzo Montilla, A.²; Berbegal Serralta, R.¹; Vega, J.³; Alonso, C.³; Sanabria, C.¹; Somovilla, A.¹; Iriarte, P.¹; Reig, G.¹; Ximénez-Carrillo, Á.¹; Alonso, J.¹; Vivancos, J.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

²Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla;

³Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Los ictus secundarios a oclusión de segmentos distales de ACM pueden producir secuelas neurológicas discapacitantes a pesar de afectar a un territorio vascular menos extenso. El tratamiento endo-

vascular (TE) en oclusiones de segmentos M3 y M4 podría ser una opción en casos seleccionados, siendo su efectividad y seguridad poco conocida.

Material y métodos: Presentamos una serie de pacientes tratados con TE por ictus secundario a oclusión de segmentos M3-4. Se recogieron las características basales y aquellas relacionadas con la efectividad y seguridad del TE de pacientes tratados durante 2021-2022.

Resultados: 17 pacientes recibieron TE por oclusión de M3-4, suponiendo el 6,5% de las 262 trombectomías realizadas en el periodo de estudio. De ellas, 13 (76,5%) recibieron TE por oclusión en segmento M3 y 4 (23,5%) en M4. De los casos recogidos 8 (47%) fueron mujeres, la mediana de NIHSS fue 11 (RIC: 9,5-17,5), 12 (70,6%) presentaron déficit motor y 12 (70,6%) afasia. 10 (58,8%) pacientes habían recibido trombólisis intravenosa. La lateralidad del ictus fue izquierda en 13 (76,5%) y en un 100% el territorio involucrado fue perirrolándico. El volumen medio de territorio en T máx > 6s fue 60,8 (26,7) ml. Se logró recanalización TICI > 2a en 15 (88,2%) con una mediana de pases 1 (RIC: 1-2,5). Se produjeron microperforaciones como complicación con HSA en 6 (35,3%) pacientes, siendo una de ellas moderada-grave. A los 3 meses 13 (76,5%) presentaban mRS ≤ 2 .

Conclusión: El TE en oclusiones distales de ACM es una realidad en la práctica clínica, siendo tratados pacientes con focalidad discapacitante asociada a un volumen de territorio vascular afectado significativo. Su seguridad y efectividad, favorable en nuestro estudio, se investigará mediante futuros estudios multicéntricos.

19034. ENDOCARDITIS POR ABIOTROPHIA DEFECTIVA COMO CAUSA DE ICTUS: SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO CON EQUIPO DE ENDOCARDITIS MULTIDISCIPLINAR

Ortega Sánchez, A.¹; Vidal Bonet, L.²; Bargay Pizarro, E.¹; Ruiz de Gopegui Bordes, E.³; Delgado Mederos, R.¹; Díaz Navarro, R.¹; Jiménez Martínez, C.¹; Tur Campos, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Son Espases; ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitari Son Espases.

Objetivos: La especie *Abiotrophia defectiva* causa menos del 1% de todas las endocarditis infecciosas (EI). Aunque se desconoce la frecuencia exacta de complicaciones cerebrovasculares, la literatura apunta a que podría ser superior a la de la mayoría de EI, asociando también una mayor morbimortalidad. Nuestro objetivo es examinar las características clínicas y radiológicas de las complicaciones cerebrovasculares de las EI por *A. defectiva*.

Material y métodos: Analizaremos una serie de 4 casos de EI por *A. defectiva* identificados en los últimos 6 años en un centro de tercer nivel con equipo de endocarditis multidisciplinar compuesto por distintos profesionales involucrados en la atención de esta patología. Todos los pacientes presentaron complicaciones cerebrovasculares. Describimos sus características demográficas, clínicas y radiológicas, así como la evolución de esta entidad.

Resultados: La media de edad de los 4 pacientes era de 45 años y ninguno tenía antecedentes de valvulopatía previa. Si bien solo dos presentaron síntomas neurológicos al ingreso, a todos se les realizó neuroimagen y en los cuatro se encontraron lesiones isquémicas agudas/subagudas. Tres de ellos presentaron también hemorragias intracraniales, y en uno se detectaron tres aneurismas micóticos. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia ajustada por cultivo y, a pesar de ello, uno falleció tras sufrir una hemorragia intraparenquimatosa.

Conclusión: La *A. defectiva* es una causa rara de EI con alto riesgo de complicaciones cerebrovasculares. Por ello, recomendamos en estos pacientes la realización de estudios de neuroimagen a pesar de no presentar síntomas neurológicos, ya que podrían suponer un diagnóstico precoz y, con ello, una optimización del manejo terapéutico.

19039. ASPERGILOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SÍNTOMAS FOCALES NEUROLÓGICOS AGUDOS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Somovilla García-Vaquero, A.¹; Feijoo Monroy, S.²; Barbosa del Olmo, A.³; Sánchez Rodríguez, C.¹; Sanabria Gago, C.¹; González Martínez, A.¹; Trillo Senin, S.¹; Vivancos Mora, J.¹; González-Martínez, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

²Servicio de Hematología. Hospital Universitario de la Princesa;

³Servicio de Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: La aspergilosis invasiva (AI) resulta de la diseminación sistémica de *Aspergillus* sp. Ocurre predominantemente en pacientes inmunodeprimidos, alcanzado hasta al 10% tras un trasplante alogénico de células madre (TACM). El sistema nervioso central (SNC) se afecta en un 15% de los casos, con una mortalidad > 90%.

Material y métodos: Presentamos un nuevo caso y una revisión bibliográfica, realizada en PubMed, de ictus agudo asociado a AI. Describimos los datos demográficos, clínicos y pruebas complementarias.

Resultados: La presentación de la AI como ictus se ha descrito en 10 pacientes, incluido el nuestro, con comorbilidad hematológica, siendo la leucemia mieloide aguda (LMA) el principal factor de riesgo (50%). La tomografía axial computarizada (TAC) mostró lesiones múltiples del SNC (80%) y pulmonares (100%). Ningún paciente recibió tratamiento de reperfusión vascular y el 70% falleció por AI. Presentamos a un varón de 32 años con LMA (día + 43 tras el tercer TACM), con un cuadro súbito de somnolencia, diplopía, disartria y parálisis facial. La exploración física reveló un exantema cutáneo por varicela. La TAC urgente evidenció infartos cerebrales múltiples supra e infratentoriales, nódulos tiroideos y pulmonares secundarios a embolias sépticas debidas a AI, confirmadas posteriormente mediante resonancia magnética. Al tratamiento antifúngico (voriconazol, anfotericina-B) se añadió tratamiento empírico de vasculitis herpética (aciclovir, prednisona). Los estudios microbiológicos demostraron positividad del antígeno galactomanano. A pesar del tratamiento antifúngico dirigido, falleció 72h tras el evento cerebrovascular.

Conclusión: Se propone la AI con afectación del SNC como causa infrecuente de ictus relacionada con la inmunosupresión, especialmente con la LMA (50%) y como una presentación potencialmente mortal a pesar del tratamiento dirigido, según la bibliografía.

18692. RECANALIZACIÓN ESPONTÁNEA DE OCLUSIÓN ATERTROMBÓTICA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. DOS CASOS CLÍNICOS

Ruiz Franco, M.; Arjona Padillo, A.; Millán Pinilla, R.; Guevara Sánchez, E.

Servicio de Neurología. Hospital Torrecárdenas.

Objetivos: La oclusión de la arteria carótida interna (OCI) es una causa frecuente de ictus (6,6-8,7%). Su etiología más común es la aterosclerosis y disección. Con menos frecuencia se debe a causa cardioembólica, radioterapia o trombofilia. La recanalización espontánea de la OCI aterotrombótica es rara y hay pocos casos registrados. Por ello, el tiempo desde el diagnóstico hasta la recanalización es desconocido.

Material y métodos: Caso 1: mujer de 55 años en seguimiento por ictus isquémico hemisférico izquierdo, objetivándose ateromatosis extensa y oclusión de ACI izquierda. A los cuatro años, en ecografía doppler de control se objetiva recanalización con estenosis del 50-69% de ACI izquierda. Caso 2: varón de 63 años en seguimiento por ictus isquémico hemisférico derecho, objetivándose ateromatosis extensa y oclusión de ACI derecha. En la ecografía doppler de control al año se observó estenosis del 70-99% en ACI derecha, confirmándose la recanalización con angioTC.

Resultados: La recanalización de las OCI secundarias a cardioembolia o disección son frecuentes y suelen ocurrir en horas/días/semanas. Sin embargo, la recanalización de las OCI secundarias a aterosclerosis es inhabitual, implican la necesidad de un seguimiento a largo plazo de estos pacientes y, probablemente, un mayor riesgo de recurrencia del ictus. Se han propuesto varias hipótesis: trombólisis espontánea, hemorragia intraplaca o invasión de *vasa vasorum* en la pared engrosada del vaso.

Conclusión: La monitorización de los pacientes con oclusión de ACI es importante ya que la recanalización, aunque infrecuente, es posible y tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas.

19860. ICTUS CON CLÍNICA IPSILATERAL

Rodríguez López, A.¹; Riva Amarante, E.¹; Pérez Parra, F.¹; Martínez Salio, A.²; Calleja Castaño, P.²; Franch Ubía, O.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Un pequeño porcentaje de las vías descendentes corticoespinales y ascendentes espinotalámicas discurren sin decusar a través del sistema nervioso central. Dichas estructuras se han constatado de modo experimental y, en muy raras ocasiones, en relación con infartos cerebrales.

Material y métodos: Descripción de tres casos clínicos.

Resultados: Varón de 62 años con antecedente dos años antes de ictus talámico izquierdo de etiología esclerohipertensiva con secuela de leve hipoestesia y disestesias en hemicuerpo derecho. Presenta nuevo episodio al despertar de parestesias dolorosas en hemicuerpo derecho, demostrando en neuroimagen un hematoma talámico derecho agudo de origen hipertensivo. Varón de 72 años con antecedente de fibrilación auricular, que seis años antes presentó un ictus hemorrágico en ganglios basales izquierdos secundario a tratamiento con acenocumarol, con secuela de hemiparesia derecha y leve disartria. Refiere un nuevo episodio brusco de hemianestesia derecha, evidenciando en la neuroimagen un infarto protuberancial derecho agudo de origen cardioembólico. Varón de 82 años con antecedentes de ictus bihemisféricos por fibrilación auricular, con secuela de disnomia y hemiparesia izquierda leve. Presenta nuevo episodio al despertar de monoplejía global de miembro inferior izquierdo. En neuroimagen se identifica un infarto agudo hemisférico izquierdo de etiología cardioembólica. Se completa el estudio con una tractografía que identifica lesión aguda del tracto corticoespinal izquierdo.

Conclusión: Los síntomas sensitivo-motores de un ictus pueden ser compensados por vías no cruzadas ipsilaterales a los miembros afectados. Una nueva lesión isquémica o hemorrágica que dañe esas estructuras podría empeorar la clínica sensitiva o motora previa.

18898. ESTENOSIS DE ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR BILATERAL DEBIDO A DISPLASIA FIBROMUSCULAR: ICTUS DE ETIOLOGÍA INUSUAL

Barbero Jiménez, D.; Villamor Rodríguez, J.; Celi Celi, J.; Hernández Ramírez, M.; González Gómez, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La displasia fibromuscular (DFM) es una etiología infrecuente de ictus isquémico. Es una arteriopatía no inflamatoria y no aterosclerótica de las arterias de pequeño y mediano calibre (arterias renales y carótidas internas extracraneales, comúnmente) que afecta al 3-7% de la población. La DFM intracraneal es rara. A menudo se presenta con aneurismas intracraneales y excepcionalmente como estenosis intracraneal. Nuestro objetivo es presentar esta patología a través de una manifestación clínica inusual y una breve revisión bibliográfica.

Material y métodos: Presentamos una paciente con ictus isquémico por estenosis de la arteria cerebral anterior (ACA) de manera bilateral secundaria a DFM.

Resultados: Mujer, 58 años, con antecedentes de paraparesia residual leve por síndrome de Guillain-Barré, presenta cefalea intensa y debilidad en miembro inferior izquierdo de 40 horas de evolución. TC craneal mostró un ictus agudo en el territorio de la ACA derecha sin oclusión vascular en la angioTC. El estudio cardiológico y los de trombofilia, autoinmunidad, serología y LCR no mostraron alteraciones. La resonancia cerebral evidenció infarto en lóbulo parietal derecho. La angioRM presentó estenosis de ACA bilateral. La arteriografía indicó signos de DFM a nivel de ambas ACA, carótida común y vertebral. Se inició doble antiagregación plaquetaria durante 3 meses.

Conclusión: La afectación intracraneal aparece en el 2,1% de las DFM, siendo excepcional su manifestación como estenosis intracraneal. La presencia de estenosis puede modificar el abordaje terapéutico en la DFM (doble antiagregación plaquetaria, *stents*, etc.). Por lo tanto, recomendamos realizar una imagen de la circulación arterial intracraneal en DFM para excluir estenosis y aneurismas potencialmente letales.

18771. VASCULITIS DEL SNC EN RELACIÓN CON EPITELIOPATÍA PLACOIDE MULTIFOCAL POSTERIOR AGUDA. ¿FORMAN PARTE DE LA MISMA ENTIDAD?

Mariño Trillo, E.; Aledo Serrano, M.; Alonso López, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Investigar a través de un caso clínico la relación entre la vasculitis del sistema nervioso central (SNC) y la epiteliopatía placoide multifocal posterior aguda (APMPPE), una enfermedad inflamatoria rara que afecta a los vasos de la coriocapilaris, para determinar si forman parte de la misma entidad patológica y discutir las implicaciones en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Se presenta un caso clínico de un hombre de 66 años diagnosticado de APMPPE y, un mes después, de un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral anterior izquierda. Se realizaron pruebas de autoinmunidad, tumorales, estudio de hipercoagulabilidad, serología y estudios de imagen, incluyendo angioTC, resonancia magnética cerebral y arteriografía. Se revisa la bibliografía científica en busca de casos similares y se discuten las posibles implicaciones terapéuticas.

Resultados: El paciente presenta proteinorraquia y pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Las pruebas de imagen muestran afectación vasculítica en múltiples arterias intracraneales. Se inició tratamiento con metilprednisolona y azatioprina. Se observó buena evolución clínica y radiológica en los meses posteriores, sin nuevos eventos isquémicos.

Conclusión: Este caso sugiere una posible relación entre APMPPE y vasculitis del SNC. Es importante considerar esta asociación en pacientes con ictus de etiología inhabitual y tener en cuenta las implicaciones en el tratamiento y prevención secundaria de ictus. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para establecer definitivamente si ambas condiciones forman parte de la misma entidad patológica y para definir criterios diagnósticos y terapéuticos específicos.

19903. DEL CEREBRO AL RIÑÓN: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL SECUNDARIA A UN SÍNDROME NEFRÓTICO

Ortega Hiraldo, C.¹; Sanjuán Pérez, M.¹; Rodríguez Belli, A.¹; Gómez González, A.¹; Gallardo Tur, A.¹

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Victoria.

Objetivos: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología cuyo manejo puede ser un desafío. Una historia clínica exhaustiva y una exploración completa son clave en el diagnóstico de las condiciones

subyacentes a esta para poder prevenir nuevos eventos y establecer un tratamiento adecuado. Se presenta el caso de TVC debida a un síndrome nefrótico por glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GFyS).

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Mujer de 44 años, obesa y en tratamiento con anticonceptivos como únicos antecedentes, desarrolló síntomas bruscos de cefalea y monoparesia. Fue diagnosticada de una trombosis del seno longitudinal superior y transversal, con infarto venoso asociado, iniciando anticoagulación en fase aguda. El despistaje de trombosis (autoinmunidad, genética, etc.) fue negativo, salvo por un déficit de proteína S (PS). La causa etiológica de la TVC se debatía entre causas transitorias, como la obesidad y anticonceptivos, o el déficit de PS, aún por confirmar. Al revisarla al mes siguiente había desarrollado edemas con fovea en cara y miembros inferiores. Ante la sospecha de síndrome nefrótico fue valorada por nefrología y diagnosticada de una GFyS. La GFyS es una entidad que cursa con brotes clínicos cuya proteinuria puede disminuir factores inhibidores de la coagulación (proteína S). Se mantuvo la anticoagulación oral de forma indefinida, además de retirar otros posibles factores de riesgo procoagulantes.

Conclusión: El síndrome nefrótico es una entidad que raramente puede causar una trombosis venosa cerebral. Es importante su sospecha, especialmente en pacientes jóvenes a pesar de otros factores de riesgo trombótico.

19885. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF): NO SOLO COSA DE JÓVENES

Suárez Plaza, A.; Eguilior Caffarena, I.; Nyström Hernández, A.; Arias Villarán, M.; Maure Blesa, L.; López de Mota Sánchez, D.; Zamarride Capdepón, I.; Pardo Moreno, F.; Navas Vinagre, I.; García Torres, M.; Osés Lara, M.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune que predispone trombosis. En mayores de 50 años, la alta prevalencia de factores de riesgo vasculares, patología cardíaca y arritmias embolígenas hace que el SAF no se contemple como posibilidad etiológica. Nuestro objetivo es describir factores de riesgo, presentación clínico-radiológica y evolución de ictus o AIT atribuible a SAF en pacientes mayores de 50 años.

Material y métodos: Serie de casos de pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de ictus o AIT atribuible a SAF atendidos en un hospital terciario durante el periodo 2017-2023.

Resultados: Hemos identificado 12 pacientes, con media de edad 73 años, el 75% mujeres, en su mayoría con HTA y dislipemia. El 25% había tenido un evento trombótico previo y hasta 75% de los pacientes presentaron ictus de repetición (la mitad de origen indeterminado) hasta el diagnóstico de SAF pese a tratamiento antiagregante o anticoagulante. La presentación del ictus fue variada y con un NIHSS ≤ 3 en el 75% de los pacientes, afectando territorios cerebrales profundos y corticales. La evolución fue favorable con ErM = 0 en la mayoría de los casos.

Conclusión: En nuestra experiencia, los adultos con ictus o AIT secundario a SAF fueron en su mayoría mujeres de edad avanzada, HTA y dislipemia con clínica de repetición afectando múltiples territorios pese a tratamiento antiagregante o anticoagulante. Se necesitan más estudios para definir mejor el perfil de pacientes que puedan beneficiarse de un cribado de trombofilia para descartar SAF como causa de ictus y determinar un tratamiento anticoagulante adecuado.

18820. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO NEUROINTERVENCIONISTA

Fernández Pérez, L.¹; Hernández Flores, C.²; Pérez Navarro, L.¹; Castellano Santana, J.¹; Jiménez Bolaños, R.¹; Cardona Reyes, D.¹

Pinar Sedeño, G.¹; Mirdavood, S.¹; García García, N.¹; Mota Balibrea, V.¹; Hernández Concepción, A.¹; Escáneo Otero, D.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil; ²Departamento de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: En pacientes ancianos (≥ 85 años) la trombectomía mecánica (TM) ha demostrado ser beneficiosa en ictus isquémico por oclusión de gran vaso (OGV). No obstante, al asociar peores resultados, su beneficio se encuentra en debate. Se llevó a cabo este estudio de cara a analizar las características demográficas y pronósticas de este subgrupo de pacientes.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de pacientes con ictus isquémico agudo por OGV tratados con TM desde mayo 2016 a diciembre 2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas y pronósticas.

Resultados: 92 pacientes analizados (40,2% hombres y 59,8% mujeres) con edad media de 87 ± 2 años y puntuación basal en escala Rankin (mRS) ≤ 1 (79,2%). Los factores de riesgo vascular más frecuentes: HTA (84,8%), DLP (45,7%), DM-2 (37%) y tabaquismo (9,8%). Etiologías más frecuentes: cardioembólica (70,7%), aterotrombótica (12%) y coexistencia de factores (7,6%). La media de NIHSS inicial fue de 18 con un ASPECTS de 9. El 30,8% fue candidato a r-tPA. Se obtuvo recanalización satisfactoria (TICI2B-3) en el 87,6%. Las complicaciones más frecuentes: neumonía (36,3%), transformación hemorrágica (30,8%; un 14,3% sintomática), otras infecciones (25,6%), infarto maligno (5,5%) y miocardiopatía isquémica (5,5%). Hubo 28,3% de muertes intrahospitalarias, una media de NIHSS al alta de 7 ± 5 , y mRS ≤ 2 a los 90 días en el 31,9%.

Conclusión: La TM en pacientes ≥ 85 años continúa teniendo un pronóstico aciago en mortalidad y funcionalidad. No obstante, sigue prefiriéndose actualmente al tratamiento médico conservador. Serán necesarios futuros estudios de cara a dilucidar qué otras características, adicionales a la situación basal, deberían influir en la selección/elegibilidad de este subgrupo de pacientes.

Enfermedades cerebrovasculares P7

19750. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS EL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL

Zmork Martínez, G.¹; García Castro, J.¹; Galeote García, G.²; Ruiz Ares, G.¹; Rodríguez-Pardo de Donlebún, J.¹; de Celis Ruiz, E.¹; Casado Fernández, L.¹; Alonso de Leciana Cases, M.¹; Hervás Testal, C.¹; Jurado Román, A.²; Jiménez Valero, S.²; Moreno Gómez, R.²; Díez Tejedor, E.¹; Fuentes Gimeno, B.¹; Rigual Bobillo, R.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es una alternativa terapéutica para la prevención de infarto cerebral en pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para el tratamiento anticoagulante como la hemorragia cerebral. No existe una recomendación específica del tratamiento antitrombótico tras la implantación del dispositivo en estos pacientes. Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de eventos tromboticos y hemorrágicos en pacientes con hemorragia cerebral y CPOI y describir el tratamiento antitrombótico recibido a lo largo del seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes con hemorragia cerebral y CPOI. Se recogieron variables demográficas y clínicas; el tratamiento antitrombótico posterior al procedimiento, a los tres, seis meses y en la última revisión; y los eventos tromboticos y hemorrágicos durante el seguimiento.

Resultados: Se registraron 50 pacientes, edad $76,9 \pm 7,8$ años, mediana de seguimiento 19,5 meses (9-47,5). La hemorragia intracraneal por hipertensión arterial fue la causa más frecuente de indicación de CPOI (24%). Tras el procedimiento el tratamiento más utilizado fueron anti-coagulantes orales directos a mitad de dosis (48%); a los tres meses antiagregación simple (40%) y a los seis meses ningún tratamiento antitrombótico (40%). Tres pacientes (6%) presentaron infarto cerebral durante el seguimiento, todos ellos en tratamiento con antiagregación simple. No se registró ninguna nueva hemorragia cerebral.

Conclusión: En nuestra serie, el cierre percutáneo de orejuela izquierda presenta una baja tasa de complicaciones tromboticas y hemorrágicas durante el seguimiento, todas ellas durante el tratamiento con antiagregación simple.

19753. ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL IATROGÉNICA TRAS PROCEDIMIENTO NEUROQUIRÚRGICO

Vera Cáceres, C.; Ferrer Tarrés, R.; García Huguet, M.; Boix Lago, A.; López Domínguez, D.; Álvarez Cienfuegos, J.; Murillo Hernández, A.; Xuclá Ferrarons, T.; Bashir Viturro, S.; Vera Monge, V.; Terceño Izaga, M.; Serena Leal, J.; Silva Blas, Y.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Objetivos: La transmisión priónica durante una intervención neuroquirúrgica se ha postulado como mecanismo de transmisión de semillas de B-amiloide capaces de causar angiopatía amiloide cerebral iatrogénica (AACi) tras décadas después del procedimiento, causando hemorragias intracerebrales (HIC) en pacientes jóvenes con antecedentes de exposición. El objetivo del presente estudio es reportar dos casos clínicos de AACi diagnosticados en nuestro centro y discutir la necesidad de la creación de un registro nacional.

Material y métodos: Descripción de dos casos clínicos de pacientes que cumplen los criterios propuestos para el diagnóstico de AACi.

Resultados: Dos pacientes masculinos menores de 50 años con antecedente de intervención neuroquirúrgica en la infancia que presentan una HIC espontánea de causa inhabitual, cumpliendo criterios clínicos (crisis focales, *amyloid spells* y deterioro cognitivo) y radiológicos (siderosis cortical superficial, hemorragias lobares y *microbleeds*) de AACi debido al antecedente de exposición en la infancia. Se completa el estudio etiológico con PET y TAC cerebral y estudio del líquido cefalorraquídeo para demostrar el depósito de B-amiloide en el sistema nervioso central (SNC), así como estudio genético para descartar causas hereditarias de depósito de B-amiloide en el SNC.

Conclusión: La angiopatía amiloide cerebral iatrogénica es un subtipo de AAC que se debe sospechar en pacientes con debut temprano de la enfermedad y antecedente en la infancia de intervención neuroquirúrgica. La AACi es una patología emergente con un aumento de reporte de casos. Se desconoce la prevalencia y la historia natural de la enfermedad. No disponemos de tratamiento específico, por lo que es necesario establecer unos criterios diagnósticos estandarizados y profundizar en su etiopatogenia.

19973. CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL ICTUS DEL ADULTO JOVEN EN ARAGÓN (2005-2020)

Bautista Lacambra, M.¹; González Zubiurre, V.²; Tejada Meza, H.¹; Tejero Juste, C.³; Artal Roy, J.⁴; Pérez Lázaro, C.⁵; Seral Moral, M.⁶; García Arguedas, C.⁶; Ballester Marco, L.⁷; Ruiz Palomino, M.⁸; Palacín Larroy, M.¹; Marta Moreno, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; ²Graduada en Medicina. Universidad de Zaragoza; ³Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Royo Villanova; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Ernest Lluch Martín; ⁶Servicio de Neurología. Hospital de Barbastro; ⁷Servicio de Neurología. Hospital de Alcañiz; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Obispo Polanco.