

ticas y del desarrollo. Su caracterización guía la elección y duración terapéutica y la predicción de resultados. Se debe sospechar EICFM si existen regresión del neurodesarrollo, crisis focales tónicas/clónica y crisis migratorias focales eléctricas, que pueden pasar desapercibidas si no se realiza una monitorización video-EEG continua. Los hallazgos del video-EEG sirven como marcador pronóstico en tiempo real, ayudando a orientar el manejo diagnóstico-terapéutico.

19682. EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE EN DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA O ENFERMEDAD DE MORSIER: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Acsente, A.¹; Mena Gómez, G.¹; Sánchez Villanueva, E.¹; Coquillat Mora, H.¹; García Casanova, P.¹; Castillo Ruiz, A.¹; Martínez Martínez, J.²

¹Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; ²Servicio de Radiología. ASCIRES.

Objetivos: Describir un caso clínico de displasia septo-óptica asociada a epilepsia y los hallazgos en neuroimagen.

Material y métodos: Varón de 20 años con discapacidad intelectual y epilepsia desde los 7 años. Crisis breves de desconexión del medio seguida de postura tónica, desviación oculocefálica izquierda y clonías, frecuencia de una cada 4-5 meses. Seguimiento en nuestro servicio desde los 18 años tras aumento en número de crisis. Resonancia previa informa de displasia cortical, ausencia de *septum pellucidum* y esquizencefalia de labio abierto. Electroencefalograma muestra actividad intercrítica epileptógena parietotemporal de predominio derecho. Tratamiento previo con valproato 1.000-500-1.000 y topiramato 50-0-50. Inicialmente se sospecha epilepsia focal frontotemporal derecha secundaria a trastorno de la migración neuronal.

Resultados: Confirmamos en EEG descargas intercríticas de predominio temporal derecho. En resonancia de 3 Teslas se observa ausencia de *septum pellucidum*, glándula hipofisaria con tamaño en límite bajo de la normalidad, hendidura esquizencefálica temporo-parieto-occipital derecha tapizada de extensa polimicrogiria comunicada a extenso quiste aracnoideo temporal derecho, opérculos parietales toscos polimicrogíricos. Hipoplasia de nervios ópticos y quiasma, predominantemente en vertiente lateral y cintilla óptica derechas. Se diagnostica síndrome SOD plus, actualmente pendiente de estudio genético. Progresivamente se introduce eslicarbazepina, perampanel y cenobamato, retirando valproato. Se consigue control de crisis y mejoría cognitiva parcial.

Conclusión: El síndrome SOD plus es una causa inhabitual de epilepsia farmacorresistente de inicio en infancia y discapacidad intelectual que se debe sospechar ante la ausencia de *septum pellucidum* en neuroimagen y se asocia a otras alteraciones y síntomas. Un adecuado manejo farmacológico tiene importantes consecuencias en la calidad de vida del paciente.

Epilepsia P2

20011. CIRUGÍA DE DESCONEXIÓN COMO ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Juiz Fernández, A.¹; Prieto González, Á.²; Pita Fuentes, P.³; Castiñeiras Mourenza, J.⁴; Pardellas Santiago, E.⁵; López González, F.¹; Rodríguez Osorio, X.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ²Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ³Servicio de Neuropediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ⁴Servicio de Neurorradiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ⁵Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Objetivos: Todo paciente con epilepsia farmacorresistente debe ser sometido a una evaluación prequirúrgica. Cuando la epilepsia es sintomática a lesiones extensas o multilobares, una resección quirúrgica amplia implica mayor morbilidad y peor pronóstico, con potenciales riesgos anatómicos o funcionales. En estos casos, las técnicas de desconexión parcial pueden ser una opción válida para limitar la recurrencia de crisis.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes con epilepsia farmacorresistente evaluados en nuestro centro recientemente a los que se les realizó cirugía de desconexión parcial tras evaluación prequirúrgica.

Resultados: El primer paciente es un chico de 13 años diagnosticado de síndrome de Lennox-Gastaut sintomático a una extensa DCF tipo 1 temporo-occipital derecha. La monitorización video-EEG reveló crisis focales de inicio temporal derecho. Tras evaluación prequirúrgica identificando la zona epileptógena en el lóbulo temporal derecho, se realiza cirugía de desconexión temporo-parieto-occipital derecha. El segundo paciente es un hombre de 47 años. En la resonancia cerebral mostró una heterotopia nodular temporo-parieto-occipital izquierda y EMT ipsilateral. En la monitorización video-EEG se registraron crisis temporales mesiales de inicio focal izquierdo. Dada la presencia de un angioma venoso temporobasal ipsilateral con alto riesgo de sangrado se realiza cirugía de desconexión temporal izquierda. Ambos pacientes no sufrieron complicaciones y quedaron libres de crisis tras cirugía (Engel I).

Conclusión: Las cirugías de desconexión parcial son una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionados en los que una cirugía resectiva no es posible. Es esencial la realización de una evaluación prequirúrgica para considerar todas las posibles opciones, incluso cuando aparentemente no son candidatos a una cirugía directa.

18726. LUCHANDO CONTRA EL TIEMPO; DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA INFANTIL PCDH19

Hernández Ramírez, M.¹; González Gómez, M.¹; Villamor Rodríguez, J.¹; Sánchez García, F.¹; Celi Celi, J.¹; López-Zuazo Aroca, I.¹

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La encefalopatía epiléptica infantil precoz tipo 9 se caracteriza por convulsiones de inicio en la infancia, así como comorbilidad conductual y psiquiátrica y diversos grados de discapacidad intelectual. Se debe a mutaciones en el gen PCDH19, cuya expresión fenotípica variada dificulta su diagnóstico. Nuestro objetivo es revisar esta entidad infrecuente.

Material y métodos: Mediante la revisión de la historia clínica de una paciente y una búsqueda bibliográfica. Se trata de una mujer de 18 años, derivada desde neuropediatría para seguimiento de epilepsia criptogénica y farmacorresistente.

Resultados: La paciente debutó con crisis febriles a los 15 meses, precisando múltiples ingresos. Durante la infancia, presentó crisis generalizadas, crisis focales con alteración de consciencia e incluso estatus epilépticos. Los electroencefalogramas mostraban un fondo entelecido, siendo habitualmente patológicos. La neuroimagen, los estudios de laboratorio y metabólicos sin anomalías. Fueron necesarios múltiples FAE por refractariedad. Paralelamente, retraso en el desarrollo psicomotor con CI límite y deterioro importante del comportamiento. A los 18 años, ya en seguimiento por neurología, se solicitó video-EEG, resultando anodino. Epilepsia controlada con lacosamida, lamotrigina, levetiracetam y clobazam. Finalmente, se solicitó un estudio genético, que reveló variante patogénica en heterocigosis del gen PCDH19, siendo compatible con encefalopatía epiléptica infantil precoz tipo 9.

Conclusión: Las variantes patogénicas PCDH19 se manifiestan con un espectro clínico muy variable, lo cual conlleva frecuentemente a una demora en el diagnóstico y, por tanto, un difícil abordaje terapéutico.

Debido a ello, es fundamental considerar precozmente etiologías genéticas al enfrentarnos a epilepsias refractarias de inicio temprano.

19073. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN ESTATUS EPILEPTICO SUPRARREFRACTARIO

Sánchez Cirera, L.¹; Coll Presa, C.¹; López Domínguez, D.¹; Gutiérrez Naranjo, J.¹; Baró Serra, A.²; Fernández Corcuera, P.³; Keymer Gausset, A.³; Molins Albanell, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ²Medicina Intensiva. Centre Sociosanitari Parc Hospitalari Martí i Julià; ³Servicio de Psiquiatría. Centre Sociosanitari Parc Hospitalari Martí i Julià.

Objetivos: El estatus suprarrefractario (ESR) se caracteriza por ausencia de respuesta a una tercera línea de tratamiento a las 24h. La terapia electroconvulsiva (TEC) se recomienda como opción no farmacológica, aunque su mecanismo de acción es desconocido.

Material y métodos: Descripción clínica de una paciente por ESR tratada con TEC.

Resultados: Paciente de 62 años con epilepsia generalizada en tratamiento con levetiracetam y fenitoína que presenta crisis focales con desviación cefálica a la derecha recurrentes. En urgencias presenta 2 crisis tónico-clónicas sin recuperación del nivel de conciencia. Se realiza EEG con 9 crisis eléctricas frontales izquierdas con difusión a región frontotemporal bilaterales asociadas a desviación oculocefálica a la derecha. Se optimiza tratamiento añadiendo valproico, lacosamida y perampanel sin mejoría, por lo que se inicia sedación con propofol y midazolam. RM cerebral que muestra hiperintensidad en caudado, hipocampo izquierdo y córtex occipital bilateral posictal, PL normal. Se orienta como ESR, se inicia metilprednisolona e inmunoglobulinas, conjuntamente con dieta cetogénica y aumento de sedación, precisando ketamina e isoflurano (retirado por hipertensión intracraneal). EEG seriados sin sedación con actividad periódica frontotemporal izquierda persistente. Dada la suprarrefractoriedad se decide tratamiento con TEC con disminución de la actividad paroxística después de 5 sesiones y mejoría clínica progresiva persistiendo leve miopatía. RM cerebral de control con resolución de los hallazgos. Se disminuye el tratamiento manteniendo lacosamida y perampanel.

Conclusión: El ESR comporta una elevada morbimortalidad por lo que es importante un tratamiento precoz. El TEC es una opción con buenos resultados, aunque su uso no está extendido por la falta de literatura y disponibilidad.

19914. ELECTROTERMOCOAGULACIÓN GUIADA POR SEEG, UNA ALTERNATIVA EN CASOS COMPLEJOS

Panadés de Oliveira, L.¹; Vilella Bertrán, L.¹; Principe, A.¹; Infante Santos, N.²; Conesa Bertrán, G.²; Rocamora Zúñiga, R.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital del Mar; ²Servicio de Neurocirugía. Hospital del Mar.

Objetivos: La esteroelectroencefalografía es un procedimiento diagnóstico mínimamente invasivo en epilepsias farmacorretractarias y que puede representar también una alternativa terapéutica en casos complejos.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Mujer diestra de 44 años en estudio por una epilepsia farmacorretractaria con crisis focales sensitivo-motoras braquiofaciales derechas y anartria de segundos de duración, varias veces al día. Hermana gemela monoigótica con epilepsia y polimicrogiria bilateral, con exoma negativo en sangre. La valoración prequirúrgica incluyó: video-EEG mostrando crisis con inicio eléctrico temporoparietal izquierdo, RM cerebral mostrando heterotopias subinsulares bilaterales, análisis de fuente eléctrica indicando foco subinsular izquierdo y valoración neuropsicológica con afectación frontotemporal dominante. Se

diagnostica probable epilepsia nódulo-operculo-insular izquierda lesional. Se implantan electrodos profundos con fines diagnósticos y terapéuticos, cubriendo extensamente la zona nodular sospechosa. Se confirma la hipótesis inicial y se realiza electrotermocoagulación de los contactos implicados en el inicio de crisis. Se extrae material genético de la muestra de tejido cerebral adherido al electrodo ubicado en el nódulo subinsular derecho, pendiente completar análisis. Tras 3 meses, la paciente ha presentado únicamente una crisis en contexto de un ataque de migraña grave.

Conclusión: Este caso permite abordar temas de actualidad como el análisis de fuente eléctrica, la cirugía mínimamente invasiva mediante electrotermocoagulación y la genética como causa de epilepsias focales. La electrotermocoagulación guiada por SEEG puede representar una alternativa terapéutica para tratar foco localizado en regiones de difícil abordaje mediante cirugía convencional. Además, estudiar genéticamente el tejido cerebral adherido a los electrodos explantados es una técnica novedosa que podría arrojar valiosa información etiológica.

19537. ETAPAS CLAVE Y BARRERAS EN EL VIAJE DE LOS PACIENTES CON EPILEPSIA POR EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Poza Aldea, J.¹; Aledo Serrano, A.²; Gobbo Montoya, M.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

²Servicio de Neurología. Hospital Vithas Madrid La Milagrosa;

³Servicio de Psicología. Centro de Psicología Positivamente.

Objetivos: La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y puede considerarse una enfermedad crónica, requiriendo atención médica continuada. Este estudio busca identificar las etapas clave durante el viaje del paciente a través del sistema de salud y explorar las barreras para realizar la mejor atención posible en cada una de estas etapas.

Material y métodos: Estudio cualitativo con grupos de discusión desde la perspectiva de 36 neurólogos, 10 enfermeros, 10 pacientes y 9 cuidadores siguiendo criterios de heterogeneidad. El discurso de todos los grupos fue transcrito íntegramente en lenguaje natural para su análisis. Se ha analizado el contenido temático y se ha realizado una evaluación de la saturación del discurso. Estos, junto con los mapas de coocurrencias, han guiado los resultados del análisis.

Resultados: Las etapas clave identificadas fueron: el diagnóstico, el tratamiento farmacológico, el seguimiento, la derivación, el tratamiento intervencionista y las urgencias. Fueron múltiples las barreras detectadas en el estudio. Sin embargo, no todos resultaron ser igual de relevantes. Entre las principales barreras halladas en las diferentes etapas, destaca la deficiencia o ausencia de comunicación, seguido de los recursos disponibles y la deficiencia o ausencia de formación para la correcta atención del paciente con epilepsia a través del Sistema Nacional de Salud.

Conclusión: Existen importantes barreras en el paso de los pacientes por el Sistema Nacional de Salud que dificultan la atención de excelencia. Poner de manifiesto estas barreras es fundamental para tratar de buscar soluciones que mejoren la atención del paciente con epilepsia.

19310. ENCEFALOCELE OCCIPITAL EN GRANULACIÓN ARACNOIDEA GIGANTE: UNA CAUSA INHABITUAL DE EPILEPSIA FOCAL CON AURA VISUAL

Gómez Dunlop, M.; Zaballa Pérez, L.; Pulido Martínez, E.; Alba Alcántara, L.; González Santiago, R.; Huimann, P.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Exponer un caso de epilepsia focal secundaria a encefalocele occipital asociado a granulación aracnoidea.

Material y métodos: Revisión bibliográfica.

Resultados: Un varón de 40 años fumador, sin otros antecedentes, acude a Urgencias en enero de 2023 tras una crisis tónico-clónica generalizada de aproximadamente 3 minutos. El paciente se encontraba practicando deporte cuando súbitamente percibe fotopsias pulsátiles de color verde y rojo en cuadrante visual inferior derecho. Dichas fotopsias se propagan progresivamente en menos de 1 minuto hasta ocupar la mitad derecha de su campo visual. Posteriormente comienza con malestar general, desconexión del medio y progresión a crisis tónico-clónica bilateral. Un análisis de sangre urgente muestra elevación de creatina kinasa (411 U/L). En tomografía computarizada urgente no se observan alteraciones. El paciente ingresa a cargo de Neurología por primera crisis focal con alteración del nivel de consciencia, iniciándose tratamiento con eslicarbamacepina 400 mg. En resonancia magnética cerebral a las 24 h destaca una herniación de lóbulo occipital izquierdo en granulación aracnoidea "gigante" de aproximadamente 1,2 cm localizada en seno longitudinal superior. El paciente es dado de alta y en la revisión a los 4 meses se mantiene asintomático y libre de crisis con eslicarbamacepina a 800 mg.

Conclusión: Las herniaciones cerebrales asociadas a granulaciones aracnoideas son una entidad infrecuente, siendo generalmente hallazgos incidentales de neuroimagen. Recientemente se han descrito una serie de casos sintomáticos en la literatura, cuya semiología depende de la localización afectada. El caso de nuestro paciente ilustra la posible sintomatología cuando la herniación involucra a la corteza visual primaria.

19064. EPILEPSIA REFLEJA A RUIDOS Y SOBRESALTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Salmerón, M.; Olea Rodríguez, P.; Milán Pinilla, R.; Blanco Ruiz, M.; Quiroga Subirana, P.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivos: La epilepsia refleja supone crisis focales o generalizadas inducidas por estímulos externos (visuales, vestibulares, táctiles, auditivos o sobresaltos), internos (por funciones cerebrales superiores) o mixtos. Nos centraremos en crisis reflejas a ruidos, sobresaltos y sonidos, que podrían subyacer en alteración funcional de la vía hipocampal-corteza prefrontal.

Material y métodos: Mujer de 60 años, epiléptica conocida desde la infancia, dependiente, sin otros antecedentes, en seguimiento periódico en epilepsia refractaria, con estudio extenso de epilepsia y buena adherencia a los fármacos anticrisis (FAC).

Resultados: El video-EEG, previa retirada parcial de FAC, demostró crisis activadas por diferentes sonidos y sobresaltos, más evidentes con timbre del teléfono o ruidos de aparición brusca. Se registraron 23 crisis con clínica predominante de elevación y extensión brusca de brazo izquierdo, versión derecha de cabeza y rigidez, con generalización secundaria con mioclonías de miembro superior izquierdo y postcrisis de aturdimiento. La RM demostró atrofia hipocampal izquierda, y una espectroscopia reveló caída del pico NAA/Cr en hipocampo izquierdo. El SPECT cerebral informa hipoperfusión global interictal temporal derecha con correlación con registro del video-EEG. Completados los estudios, se consensuaron ensayos terapéuticos (probados diferentes FAC, según eficacia y tolerancia) previos a estudio quirúrgico, con seguimientos periódicos semestrales. Actualmente, control parcial de crisis con lacosamida y brivaracetam.

Conclusión: La epilepsia refleja, en nuestro caso a ruidos, sonidos y sobresaltos, es una entidad rara, mayormente identificada en mujeres de 20-30 años, donde evitar el desencadenante sería la medida preventiva más eficaz. Comprender los mecanismos fisiopatológicos de red y determinar pruebas complementarias ayudarían a la optimización terapéutica.

19022. SÍNDROME POR DÉFICIT DE GLUT1 ASOCIADO A NIVELES INDETECTABLES DE VITAMINA B6: CASO CLÍNICO

Fernández Soberón, S.; Goyena Morata, O.; Sifre Peña, C.; Escalza Cortina, M.; Sustatxa Zarraga, I.; Vázquez Picón, R.; Azkune Calle, I.; Pinedo Brochado, A.

Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con epilepsia refractaria de inicio precoz.

Material y métodos: Mujer de 53 años, con antecedentes de crisis febriles típicas y epilepsia en tío paterno. Diagnosticada con 7 años de epilepsia de ausencia típica. Un año después presenta retroceso en el desarrollo psicomotor. Actualmente presenta tres tipos de episodios: unos consistentes en movimientos abigarrados de las extremidades, con posterior llanto, otros de desconexión del medio y episodios de imposibilidad para caminar por cruce distónico de piernas. Se han empleado múltiples tratamientos antiepilépticos (etosuximida, ácido valproico, carbamazepina, zonisamida, perampanel, lacosamida y brivaracetam) sin conseguir controlar las crisis.

Resultados: La resonancia cerebral es normal y el EEG no demostró claros focos epileptógenos. Se solicita estudio genético, detectando una mutación patogénica en heterocigosis del gen SLC2A1, correspondiente a un déficit de GLUT1. Tras resultados, previo a iniciar dieta cetogénica, en analítica general se detectan niveles de vitamina B6 indetectables. Comenzando entonces tratamiento con piridoxina y posponiendo la dieta cetogénica. En la siguiente consulta llevaba libre de crisis durante dos meses. No se detectó mutación del gen de déficit de piridoxina (gen ALDH7A1).

Conclusión: El síndrome por déficit de GLUT1 se debe a una mutación en heterocigosis en el gen SCL2A1, que cursa con crisis epilépticas de inicio temprano y refractarias al tratamiento, retraso del neurodesarrollo y trastornos del movimiento. La dieta cetogénica es el tratamiento de elección, ya que aporta una fuente alternativa de energía. Sin embargo, acerca de su relación con unos niveles indetectables de vitamina B6 no hemos encontrado información en la literatura.

19917. EPILEPSIA MEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI-GAD (ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA) CON CRISIS MUSICOGÉNICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez Ureña, K.; Carrera Sánchez, I.; Rodríguez Sánchez, C.; Guerrero Carmona, N.; Pinedo Córdoba, J.; Fernández Recio, M.; Damas Hermoso, F.; García López, M.; Velamazán Delgado, G.; Fernández Moreno, M.

Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Valme.

Objetivos: Las crisis epilépticas musicogénicas tienen una prevalencia de 1/1.000.000 de personas. Se ha descrito la presencia de autoanticuerpos anti-GAD asociada a este tipo de epilepsia. Presentamos una paciente con crisis desencadenadas por la música y positividad para anti-GAD.

Material y métodos: Mujer de 52 años en estudio por 2 crisis de inicio focal secundariamente generalizada. En el año previo varios episodios de clonías en párpado y brazo derechos precedidas de aura epigástrica ascendente. Se trata con levetiracetam con empeoramiento posterior con 10-15 crisis al mes. Se pauta oxcarbazepina y se realiza video-EEG sin hallazgos. Mala evolución con crisis sugestivas de origen funcional superpuestas y varias CTG. La paciente refiere que muchas de las crisis ocurren cuando escucha música que le gusta. Se realiza EEG de inducción con música que resulta patológico durante crisis objetivada. Se solicita analítica con anti-GAD con valores positivos a títulos altos. Actualmente en tratamiento con cenobamato con buena respuesta.

Resultados: TC craneal, punción lumbar con citobioquímica de LCR y RM craneal normales. Video-EEG vigilia y EEG siesta sin anomalías epileptiformes. EEG de inducción con música se aprecia enlentecimiento focal temporal derecho. Analítica de sangre con anticuerpos anti-GAD > 280.

Conclusión: Las crisis epilépticas reflejas musicogénicas son una entidad poco frecuente pero bien descrita. Es importante descartar su asociación con anticuerpos anti-GAD, tanto en presencia de encefalitis límbica u otros síndromes asociados a anti-GAD, como de forma aislada para su correcto manejo.

19493. EPILEPSIA REFLEJA EN SÍNDROME DE JANZ

Gudín Rodríguez-Magariños, M.; Gallardo Alcañiz, M.; Quirós Illán, L.; Martín Sobrino, I.; Vaamonde Gamio, J.; Carrasci García de León, S.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: En algunos estudios se ha encontrado que en un 15% de los pacientes con epilepsia mioclónica juvenil (EMJ) muestran crisis reflejas a distintos tipos de praxis. Se han revisado 3 pacientes diagnosticados de EMJ con epilepsia reflejas para valorar las manifestaciones clínicas y neurofisiológicas.

Material y métodos: Se trata de tres pacientes, dos varones y una mujer, a quienes se reclutó mediante revisión de historias clínicas en la base de datos de la consulta monográfica de epilepsia. A los tres pacientes se les realizó video-EEG y a uno de ellos MEG.

Resultados: Los tres pacientes mostraron en el EEG convencional descargas punta onda de predominio frontal. Las manifestaciones clínicas de los pacientes fueron en el caso I descargas mioclónicas tras la realización de tareas prácticas tipo manipulación de un cubo de Rubik. En el caso II se caracterizaba por presentar mioclonías al realizar cálculos complejos, de tal modo que si se mantenía la actividad aritmética las mioclonías se generalizaban. Por último, el caso III se relacionaba también con la realización de cálculos matemáticos. El caso II fue estudiado mediante magnetoencefalografía (MEG). La reconstrucción de la fuente localizó el área epileptogénica a la corteza frontal premotora derecha.

Conclusión: La EMJ es un síndrome heterogéneo que consiste en una hiperexcitabilidad neuronal generalizada a la que se asocian características focales, como muestra la presencia de crisis reflejas que muestran un origen frontoparietal, como demuestra el caso estudiado mediante MEG.

Epilepsia P3

19835. NÚMERO DE DÍAS LIBRES DE CRISIS CON CENOBAMATO: ANÁLISIS POST HOC DE UN ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO

Álvarez Barón Fuentes, E.¹; Brandt, C.²; Fabó, D.³; Milovanovic, M.⁴; Thangavelu, K.⁵; Milanov, I.⁶

¹Medical Affairs. Angelini Pharma; ²Department of General Epileptology. Bethel Epilepsy Centre, Mara Hospital; ³Department of Neurology. National Institute of Mental Health Neurology and Neurosurgery; ⁴Department for Epilepsy and Clinical Neurophysiology. University of Belgrade; ⁵MeDaStats; ⁶Neurology Clinic. Medical University of Sofia.

Objetivos: El estudio NCT01866111 (C017) fue un ensayo clínico internacional doble-ciego controlado con placebo con una extensión abierta (OLE) que evaluó cenobamato en adultos con crisis focales no controladas. La reducción de la carga de las crisis, medida como el porcentaje de días libres de crisis, proporciona información adicional de la eficacia de cenobamato a las medidas clásicas de eficacia.

Material y métodos: Pacientes que completaron el período de tratamiento doble-ciego y con ≥ 1 año de seguimiento. Análisis *post hoc* comparó el porcentaje de días libres de crisis al inicio y después del inicio.

Resultados: Hasta junio de 2020, 206 pacientes entraron al OLE-C017 con ≥ 4 años de seguimiento. Los pacientes que tomaban cenobamato experimentaron un 86,3% de días libres de crisis en comparación con un 64,4% al inicio del estudio. En general, durante la OLE, el *odds ratio* de tener días libres de crisis es de 3,47 en comparación con la basal. Los resultados se mantuvieron constantes durante todo el período del OLE. El porcentaje de días libres de crisis al año 1 fue del 83,7% (N = 354); año 2, 86,2% (N = 272); año 3, 87,3% (N = 237); año 4, (87,8% (N = 221); y año 5, 88,6% (N = 206).

Conclusión: Este análisis *post hoc* de los días libres de crisis durante el OLE del estudio C017 respalda aún más la eficacia de cenobamato, al demostrar una mejora sostenida en el porcentaje de días libres de crisis en comparación con la basal. El tratamiento con cenobamato puede reducir la carga diaria de crisis en pacientes con crisis focales no controladas.

19841. TASA DE RESPONDEDORES DEL $\geq 90\%$ SOSTENIDA Y LIBERTAD DE CRISIS EN PACIENTES CON CRISIS DE INICIO FOCAL TRATADOS CON CENOBAMATO

Álvarez Barón Fuentes, E.¹; Thangavelu, K.²; Villanueva, V.³

¹Medical Affairs. Angelini Pharma; ²MeDaStats; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: El mantenimiento de la respuesta clínica a lo largo del tiempo es una preocupación en los pacientes con epilepsia. Desafortunadamente, muchos estudios no han logrado demostrar una libertad de crisis sostenida en el tiempo. Aquí analizamos el control sostenido de las crisis en pacientes tratados con cenobamato.

Material y métodos: Pacientes que completaron el período de tratamiento doble-ciego entraron en la fase de extensión de abierta (OLE). 354 pacientes se incluyeron en la población por intención de tratar modificada, 265 originalmente asignados al grupo de cenobamato y 90 a placebo. Este análisis *post hoc* examinó la tasa de respondedores sostenida (TRS) $\geq 90\%$ y la libertad de crisis sostenida (LCS).

Resultados: Durante la OLE, se logró una TRS $\geq 90\%$ durante al menos un año en aproximadamente el 38,5% de los pacientes, y aproximadamente el 23,6% mostró una LCS. Entre estos pacientes, la mitad de ellos lograron una TRS $\geq 90\%$ desde el día 1 y el tiempo hasta alcanzar la LCS fue de 12 meses. Se estima que el 28,4% de los pacientes lograron TRS $\geq 90\%$ durante al menos 2 años, y el 14,3% estuvieron libres de crisis. La TRS $\geq 90\%$ durante al menos 3 años se logró en aproximadamente el 23,9% de los pacientes y el 7,5% estuvo libre de crisis.

Conclusión: Estos resultados sugieren que el cenobamato es un fármaco prometedor y puede ser un tratamiento adecuado a largo plazo para pacientes con crisis de inicio focal, ya que logra mantener una elevada respuesta clínica, incluida la libertad de crisis.

18796. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL EEG URGENTE EN NIÑOS

Olmedo Menchén, T.¹; Ruhland Paulete, S.¹; Navacerrada Barrero, F.¹; de Ojeda Ruiz de Luna, J.¹; Abenza Abildúa, M.¹; Algarra Lucas, C.¹; Cordero Martín, G.¹; Martínez Ubierna, S.¹; Jimeno Moreno, C.²; Pérez Villena, A.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Objetivos: En la edad pediátrica la anamnesis es complicada. Ante una sospecha de epilepsia, trastorno paroxísticos o alteración del nivel de conciencia el EEG es una herramienta sencilla, inocua y realizable en urgencias. Analizamos la utilidad diagnóstica del EEG urgente realizado en niños menores de 16 años en nuestro centro.