

comorbilidades más frecuentes. La mayoría presentaron crisis focales con alteración de conciencia (61,1%) y focales con evolución a bilateral tónico-clónica (33,3%). Debutaron con estado epiléptico un 16,7%, y con crisis morfeicas un 33,3%. El 55,5% tenían lesiones vasculares de pequeño vaso (22,2% infartos lacunares) y 38,9% atrofia cortico-subcortical en RM. Los dominios cognitivos más afectados fueron: memoria verbal (55,6%), atención (33,3%) y velocidad de procesamiento (33,3%). El sexo femenino presentó peor rendimiento cognitivo en velocidad procesamiento ( $p = 0,033$ ), funciones ejecutivas ( $p = 0,001$ ) y lenguaje ( $p = 0,023$ ). Los infartos lacunares se asociaron a peor rendimiento en velocidad de procesamiento ( $p = 0,04$ ), funciones ejecutivas ( $p = 0,002$ ) y memoria verbal ( $p = 0,012$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con CE de debut tardío y etiología desconocida presentan basalmente peor rendimiento cognitivo en atención, memoria verbal y velocidad de procesamiento. El sexo y la presencia de enfermedad cerebrovascular podrían contribuir a un peor perfil cognitivo en el debut de las crisis en estos pacientes.

#### 20423. CRISIS EPILÉPTICAS Y ALTERACIONES CARDIOLÓGICAS: AMPLIANDO LA RELACIÓN CEREBRO-CORAZÓN

Fernández Llarena, L.<sup>1</sup>; Marinas Alejo, A.<sup>1</sup>; de Ceballos Cerrajería, P.<sup>1</sup>; Garamendi Ruiz, I.<sup>1</sup>; Moreno Estébanez, A.<sup>1</sup>; Ontiveros Navarro, S.<sup>2</sup>; Sánchez Horvath, M.<sup>2</sup>; Santos Sánchez, C.<sup>2</sup>; Valido Reyes, C.<sup>1</sup>; Rebollo Pérez, A.<sup>1</sup>; Fernández Rodríguez, V.<sup>1</sup>; Lagüela Alonso, A.<sup>1</sup>; Anciones Martín, V.<sup>1</sup>; López Prado, A.<sup>1</sup>; Martínez Seijas, M.<sup>1</sup>; Rodríguez-Antigüedad Zarrantz, A.<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Revisión y análisis de trastornos del ritmo cardíaco relacionados con crisis epilépticas.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de bradicardia, bloqueo auriculoventricular (BAV), asistolia y fibrilación auricular (FA) de origen ictal de pacientes ingresados en la unidad de monitorización de video-electroencefalografía (v-EEG) prolongada de un hospital terciario, entre los años 2012 y 2023. Se excluyen los pacientes con taquicardia ictal por su alta frecuencia, así como pacientes con arritmia de origen exclusivamente cardíaco.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes del total de 908 monitorizaciones realizadas durante los 12 años del análisis. Se determinó bradicardia ictal en 19 pacientes (2,1%), 7 de ellos en el periodo poscrítico; 9 pacientes (1%) con asistolia ictal, la mayor de 31 segundos de duración; 1 paciente (0,1%) con BAV ictal y 1 paciente (0,1%) con FA ictal. En la monitorización v-EEG prolongada se evidenció un origen temporal en 21 pacientes y un origen extratemporal, habitualmente frontal o frontocentral en 9 pacientes. De los casos de asistolia ictal registrados, 2 pacientes precisaron de colocación de marcapasos. Ningún paciente presentó SUDEP.

**Conclusión:** Las alteraciones del ritmo cardíaco de origen ictal son una entidad infrecuente, poco conocida e infradiagnosticada, con implicaciones pronósticas por su asociación a una mayor morbilidad. En nuestra serie se debieron en su mayoría a epilepsias de origen o participación temporal. Es fundamental el papel de la monitorización prolongada conjunta v-EEG y electrocardiográfica (ECG) para su diagnóstico, particularmente en pacientes que presentan hipotonía generalizada brusca durante las crisis epilépticas.

#### 21163. VALOR SEMIOLÓGICO DE LOS MOVIMIENTOS RÍTMICOS NO CLÓNICOS DE LA MANO (RINCH) EN LAS CRISIS EPILÉPTICAS

Garcés Pellejero, M.<sup>1</sup>; Pérez Vizuete, I.<sup>2</sup>; Fonseca Hernández, E.<sup>3</sup>; Quintana Luque, M.<sup>3</sup>; López Maza, S.<sup>3</sup>; Campos Fernández, D.<sup>3</sup>;

Abraira del Fresno, L.<sup>3</sup>; Santamarina Pérez, E.<sup>3</sup>; Casado Naranjo, I.<sup>1</sup>; Toledo Argany, M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Estudiar la fenomenología electroclínica de los movimientos “RINCH” en crisis epilépticas durante la monitorización VEEG (mVEEG).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con epilepsia ingresados para mVEEG entre 2020-2024, que presentaron “RINCH” durante las crisis registradas. Realizamos una búsqueda automatizada de “RINCH” en todos los informes. Recogimos variables electroclínicas y estudiamos la duración y semiología asociada a “RINCH”.

**Resultados:** De 340 pacientes, 11 tuvieron crisis con “RINCH” (73% hombres, edad media 43 años, DE 10). Todos eran diestros. La epilepsia fue del lóbulo temporal en nueve pacientes (81,8%), todas izquierdas salvo en un paciente. La etiología fue estructural (8, 73%), desconocida (2, 18%) y asociada a autoinmunidades (1, 9%). Todas las crisis cursaron con alteración de conciencia y semiología automotora. Se objetivó alteración del lenguaje crítica o poscrítica en 7 (64%). Solo un caso tuvo una evolución a tónico-clónica bilateral. El “RINCH” fue con la mano derecha en todas las crisis, y en una se propagó a la mano contralateral. Apareció en el transcurso de las crisis con una mediana de tiempo desde el inicio de 25 segundos (RIQ 12-90) y una duración mediana de 25 segundos (RIQ 11-48). El inicio EEG se detectó tras el inicio clínico en 6 (54%), y en todos fue temporal anterior izquierdo, excepto uno parietal.

**Conclusión:** En nuestra serie, los movimientos RINCH fueron una manifestación infrecuente de crisis temporales izquierdas con alteración de la conciencia, semiología automotora y afasia. En general, aparecieron como un síntoma evolutivo de la crisis, con un gran valor lateralizador contralateral.

#### 21267. SEMILOGÍA Y DURACIÓN DE LAS CRISIS FOCALES CON EVOLUCIÓN TÓNICO-CLÓNICA BILATERAL

Pérez Vizuete, I.<sup>1</sup>; Garcés Pellejero, M.<sup>2</sup>; Fonseca Hernández, E.<sup>3</sup>; Quintana Luque, M.<sup>3</sup>; López Maza, S.<sup>3</sup>; Campos-Fernández, D.<sup>3</sup>; Abraira del Fresno, L.<sup>3</sup>; Santamarina Pérez, E.<sup>3</sup>; Montaner Villalonga, J.<sup>1</sup>; Toledo Argany, M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Cáceres; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Estudiar la duración electroclínica de las crisis epilépticas de inicio focal con evolución a tónico-clónica bilateral (TCB).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo incluyendo pacientes ingresados en una Unidad VEEG que sufrieron crisis focales con evolución TCB entre 2020-2024. Analizamos cronológicamente la semiología previa a la generalización, agrupándola hasta un máximo de 4 fases, así como los tiempos de duración clínica y EEG.

**Resultados:** Se recogieron 25 pacientes con edad media de 34 años (DE 13,8), 64% hombres. Las crisis fueron mayoritariamente de origen temporal (13, 54%) y frontal (5, 21%). La mediana de duración total de las crisis fue de 87 segundos (RIQ 78-125). La mediana de tiempo desde el inicio clínico hasta la fase TCB fue de 39 segundos (RIQ 16-59) y desde el inicio de la actividad eléctrica de 41 segundos (RIQ 30-65). Hubo una mediana de 3 fases previas a la TCB. En la primera fase, los síntomas más frecuentes fueron los automatismos (6, 24%) y el componente tónico asimétrico (6, 24%). En la segunda y la tercera fase, el síntoma más frecuente fue el componente tónico asimétrico (15, 65%, y 10, 77%, respectivamente). En la cuarta fase, fueron la semiología tónica (4, 57%) o clónica (2, 29%) unilaterales. La fase TCB duró una mediana de 56 segundos (RIQ 48-65).

**Conclusión:** La duración total de las crisis focales con evolución a TCB en nuestra serie fue de un minuto y medio aproximadamente. Observamos 3 fases semiológicas previas, de unos 40 segundos de duración, en las que predominan síntomas automotores y tónicos unilaterales.

## 20806. EPILEPSIA Y DEPRESIÓN, ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE LA CONSULTA? UN ESTUDIO CON 56 PACIENTES

Fernández Cabrera, A.<sup>1</sup>; Santamaría Montero, P.<sup>1</sup>; Figueira Gómez, A.<sup>1</sup>; García de Soto, J.<sup>1</sup>; Rodríguez Botana, M.<sup>2</sup>; Pego Reigosa, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Lucus Augusti;

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

**Objetivos:** La relación entre epilepsia y trastornos psiquiátricos es bidireccional y compleja. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes epilépticos es elevada y, además, difícil de valorar por factores añadidos como la presencia de medicamentos antiepilepsia (MAC) que pueden provocar clínica similar o empeorar patología subyacente. **Material y métodos:** Realizamos un estudio cualitativo y prospectivo en los que identificamos pacientes de una consulta de epilepsia que no estuvieran diagnosticados de patología psiquiátrica concomitante. Estudiamos variables demográficas, así como tipo de epilepsia, números de MAC y MAC concreto utilizado. Se realizó un cribado con las escalas NDDIE y GAD para valorar la posible presencia de depresión y ansiedad. Se instauró tratamiento cuando fue necesario y se reevaluó a los seis meses.

**Resultados:** Se reclutaron 56 pacientes, con una edad media de  $53 \pm 23$  años, un 57% mujeres. La mayoría tenían epilepsia focal (73%). Un 78% solo seguían tratamiento con un único MAC, un 16% con dos. El resto tenían 3. Un 43% (n = 24) cribó positivo para depresión o ansiedad. Hay una relación entre número de MAC y depresión ( $p < 0,01$ ). La media NDDIE en el grupo que fue cribado como depresión fue 18,5 y en el otro 7,82. Se instauró tratamiento en 23 pacientes y se han revisado a los seis meses a 12 de esos 23, mejorando sus escalas.

**Conclusión:** La prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con epilepsia es muy elevada. La escala NDDIE resulta un buen cribado en la consulta para pacientes que pueden requerir tratamiento o seguimiento especializado.

## 20435. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL Y ROL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN EPILEPSIA EN EL USO DEL CENOBOMATO

Ros González, I.; Montero Grande, C.; Neri Crespo, M.; Lallana Serrano, S.; Simón Campo, P.; Campos Blanco, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivos:** La eficacia y tolerabilidad del cenobamato en práctica clínica real está por definir. La figura de una enfermera especialista en epilepsia, que proporcione información sobre el fármaco e intervenga en su posología, será clave para una mejor tolerabilidad de este.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adultos con epilepsia a los que se inició cenobamato entre septiembre de 2022 y febrero de 2024. Se evaluaron la impresión de mejoría del paciente (CGI-I) y el grado de satisfacción con la información proporcionada por la enfermera mediante una escala de 5 ítems.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes (edad media  $51,81 \pm 16,91$  años; 42,1% hombres), con una mediana de seguimiento de 12 meses (RIC 6-12). La media de FACs concomitantes era de  $2 \pm 1$ , con  $6 \pm 3$  fármacos previos de media. La media basal de crisis era de  $10,7 \pm 20,6$  crisis mensuales. El porcentaje de pacientes libres de crisis a los tres, seis y doce meses fue del 27,77%, 36,95% y 35,48%, con media de crisis mensuales de  $3,9 \pm 5,7$ ,  $3,2 \pm 5,3$  y  $4,4 \pm 6,7$  respectivamente. El 36,95% experimentaron efectos adversos, siendo la somnolencia el

principal. La tasa de retención a los 12 meses fue del 77,14%. El 68,6% de los pacientes refirieron una mejoría según la escala CGI-I, considerando el 89,3% útil o muy útil la información proporcionada por la enfermera.

**Conclusión:** El cenobamato es un fármaco eficaz, cuya tolerabilidad y tasa de retención puede mejorar con el apoyo de una enfermera especialista en epilepsia.

## 20465. TEC COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN NORSE POR ENCEFALITIS ANTI-NMDAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Luque Ambrosiani, A.; Sánchez Rodríguez, N.; Fernández Espigares, L.; Ortega Ruiz, A.; Fernández Panadero, A.; Hernández Chamorro, F.; Hernández Ramos, F.; Palomino García, A.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

**Objetivos:** El estatus epiléptico refractario de aparición reciente (NORSE) es una emergencia médica caracterizada por falta de respuesta a fármacos antiepilepsia y anestésicos generales, en un paciente previamente no epiléptico. La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha planteado como opción de rescate. Presentamos un paciente con encefalitis anti-NMDAr donde se aplicó esta, con buena respuesta.

**Material y métodos:** Varón de 28 años, consumidor de cocaína. Inicia de forma aguda clínica neuropsiquiátrica y crisis focales con alteración de conciencia, con hallazgo en EEG de estatus epiléptico no convulsivo. Se sospecha origen inmunomediado, comenzando con corticoides. Se inician anticonvulsivos, sin respuesta. Ingresa en UCI con necesidad de anestésicos generales, presentando recurrencia de crisis pese a estos. Se obtiene EEG con patrón *extreme delta-brush*, anticuerpos anti-NMDAr positivos en LCR y RM con hiperintensidad hipocampal y temporal mesial, diagnosticándose encefalitis anti-NMDAr.

**Resultados:** Tras numerosas modificaciones de anticonvulsivos e inicio de rituximab, por persistencia de crisis comiciales se inicia TEC tras 36 días de ingreso en UCI. Se aplican 11 sesiones en modo bilateral con estímulo de carga creciente, finalizando 30 días después. Entonces, comienza a retirarse sedación con evolución favorable, pasando a planta de hospitalización solo con medicación oral, presentando crisis puntuales. Tras 96 días de ingreso hospitalario, se decide alta domiciliaria, sin recurrencia de crisis en el seguimiento al año siguiente del evento.

**Conclusión:** La TEC se ha empleado como terapia de rescate en NORSE con buena respuesta, siendo a nuestro conocimiento este el primer caso reportado de su aplicación en contexto de encefalitis anti-NMDAr.

## 20923. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA Y SU IMPACTO EN EL MANEJO CLÍNICO

Mayol Traveria, J.<sup>1</sup>; Grávalos Orellana, M.<sup>1</sup>; Fonseca Hernández, H.<sup>2</sup>; Quintana Luque, M.<sup>2</sup>; López-Maza, S.<sup>2</sup>; Campos Fernández, D.<sup>2</sup>; Abraira del Fresno, L.<sup>2</sup>; Santamarina Pérez, E.<sup>2</sup>; Toledo Argany, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Grupo de Investigación en Estado Epiléptico y Crisis Agudas. Institut de Recerca Vall d'Hebron. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es evaluar el proceso diagnóstico de los pacientes con epilepsia focal farmacorresistente (EFR) de etiología desconocida, y su relación con la evolución de la enfermedad y comorbilidades.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes consecutivos con EFR visitados en consultas externas durante el año 2023. En cada visita se registraron datos sociodemográficos, frecuencia de crisis, medicación antiepilepsia (MAC) y comorbilidades. El resultado del estudio diagnóstico se revisó retrospectivamente.

**Resultados:** Se incluyeron 180 pacientes en 412 visitas ambulatorias, edad mediana  $45,6 \pm 17,1$  años, 52,2% mujeres. Los subtipos más