

afectado. Se realizó cirugía resectiva en 7 (41,18%) de ellos, con una mediana de seguimiento de 11 (5-16) años, con un Engel I o II a los 5 años en 5/7 (71,43%), sin diferencias en función del lóbulo. En los pacientes farmacorresistentes no intervenidos, la mediana de FAC empleados actualmente es de 2 (1-3). En los 11 pacientes con epilepsia farmacosensible, la mediana actual de FAC es de 1 (0-2), 9/11 con una libertad de crisis superior al año. En 3 (9,68%) pacientes se identificaron hallazgos sugestivos de displasia en la neuroimagen sin asociar síntomas.

**Conclusión:** En nuestra serie el porcentaje de DCF farmacorresistente es menor que el reportado en la literatura. Esto podría explicarse por la mayor detección de casos aplicando el protocolo de epilepsia en la realización de los estudios RM 3T, de manera que se incluyen espectros cada vez más amplios, y se encuentran lesiones que previamente no eran detectadas.

## 20867. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA CONSULTA DE EPILEPSIA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PRIMERAS CRISIS EPILÉPTICAS

Gifreu Fraixinó, A.<sup>1</sup>; Fonseca Hernández, E.<sup>2</sup>; Quintana Luque, M.<sup>2</sup>; Lallana Serrano, S.<sup>2</sup>; Campos Fernández, D.<sup>2</sup>; Abaira 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 Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** La consulta de alta resolución de epilepsia (CARE) permite una atención especializada por un epileptólogo y la realización de un electroencefalograma (EEG) precoz. Nuestro objetivo es describir la utilidad clínica y eficiencia de una CARE en el manejo de pacientes tras una primera crisis epiléptica.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de casos y controles que incluye pacientes con sospecha de primera crisis visitados en la CARE durante un periodo de 12 meses y seguimiento de un año. Los grupos control incluyen pacientes con primeras crisis visitados en la consulta convencional y pacientes que ingresaron en Neurología para completar el estudio.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes: 25 casos, 25 controles ambulatorios y 11 controles hospitalizados (edad 46,1 años; 42,6% mujeres). El tiempo de espera para el EEG fue menor en la CARE (10 vs. 189 días;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas entre grupos en el control de crisis. En la CARE, los cambios en el diagnóstico se produjeron de forma más precoz (94,5 vs. 42,8% en los primeros 3 meses;  $p = 0,002$ ), permitiendo el alta más temprana en los que se descartó el diagnóstico de epilepsia. El coste anual en la CARE fue menor que en los controles hospitalizados (media 1.742 vs. 11.961 €;  $p < 0,001$ ), y menor que los controles ambulatorios en pacientes sin diagnóstico final de epilepsia (798 vs. 1.330 €;  $p = 0,032$ ).

**Conclusión:** La CARE permite mejorar el rendimiento diagnóstico en pacientes con primeras crisis epilépticas sin repercutir en el control de crisis, reduciendo costes respecto a la hospitalización y especialmente en pacientes con baja probabilidad de epilepsia.

## 20795. UTILIDAD Y LIMITACIONES DEL ANÁLISIS CROMOSÓMICO POR MICROARRAY EN EL ESTUDIO GENÉTICO DE EPILEPSIA

Panadés de Oliveira, L.<sup>1</sup>; Salido Galeote, M.<sup>2</sup>; Vilella Bertrán, L.<sup>1</sup>; Prado Durán, E.<sup>1</sup>; Príncipe, A.<sup>1</sup>; Aznar Lain, G.<sup>3</sup>; Cuscó Martí, I.<sup>4</sup>; Pérez Jurado, L.<sup>2</sup>; Boronat, S.<sup>3</sup>; Rocamora Zúñiga, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital del Mar; <sup>2</sup>Servicio de Genética. Hospital del Mar; <sup>3</sup>Servicio de Neuropediatría. Hospital del Mar;

<sup>4</sup>Servicio de Genética. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>5</sup>Servicio de Neurogenética. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Objetivos:** A pesar del creciente conocimiento de la importancia de la genética en el estudio de la epilepsia, todavía no existe un consenso sobre su abordaje. Discutimos el papel del análisis cromosómico por *microarray* (CMA) en el estudio de pacientes con epilepsia.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo incluyendo todos los pacientes con epilepsia estudiados mediante CMA entre 2021-2023 en nuestro centro. La técnica fue considerada en pacientes con epilepsia y al menos uno de los siguientes: farmacorresistencia, trastornos del neurodesarrollo (TND), malformaciones del desarrollo cortical (MDC), familiares de primer grado afectos. Datos demográficos, clínicos y genéticos fueron revisados.

**Resultados:** 131 pacientes incluidos (111 adultos, 20 niños). 79% de la muestra tenía farmacorresistencia, 41% TND, 19% familiares afectos, 26% MDC. CMA demostró cambios patogénicos en 8 adultos (6%), 6/8 con TND (75%). Entre pacientes con CMA negativo (123), técnicas de secuenciación (NGS) fueron realizadas en 85/123 (69%). Resultados ya disponibles en 65 casos: 13/65 (20%) mostraron variantes patogénicas, 10/13 con TND (77%).

**Conclusión:** Este estudio apoya la contribución del CMA en el abordaje diagnóstico de la epilepsia, pero de una forma mucho más limitada que la NGS. En ambas técnicas, el mayor rendimiento se observa en pacientes con TND asociado. Dado su bajo coste, CMA puede ser útil como primera aproximación. Sin embargo, es importante conocer sus limitaciones dado que puede retrasar o incluso impedir llegar a un diagnóstico genético si no se completa el estudio mediante NGS en casos negativos. Finalmente, es importante señalar que los test genéticos son también útiles en la población adulta.

## 20989. SIGNO DEL CLAUSTRUM EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Acseente, A.; Sánchez Villanueva, E.; Mena Gómez, G.; Castillo Ruiz, A.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivos:** Describir un caso de encefalitis autoinmune seronegativa con crisis epilépticas de origen insular/temporal y signo del *claustrum*.

**Material y métodos:** Mujer de 27 años con gastroenteritis febril presenta cuatro días después episodios de desviación oculocefálica derecha con rigidez en flexión del brazo izquierdo y evolución a crisis tónico-clónica. En exploración: paresia faciobraquial izquierda. TAC cerebral normal. Analítica sin hallazgos. EEG: trazado base normal, brotes de puntas lentas irregulares de aspecto epileptógeno en derivaciones posteriores bilaterales de predominio derecho con propagación contralateral y generalización durante hiperventilación. Se inician FAC e ingresa.

**Resultados:** En planta: prurito y parestesias en mano derecha, bradipsiquia y desrealización. RM cerebral: alteración de señal en ambas cápsulas externas y *claustrum*, leve restricción en difusión. En líquido cefalorraquídeo presenta 14 linfocitos, serología y autoanticuerpos negativos. Se inicia aciclovir por sospecha de encefalitis vírica. Tras cuatro días en planta: febrícula, crisis clónicas en boca y pierna derecha, desrealización, insomnio, agitación y amnesia. Al día siguiente: episodios de hipertensión, taquicardia, desaturación y clonías linguales y de hemicuero derecho. Ante sospecha de estatus epiléptico focal con crisis disautonómicas en contexto de encefalitis autoinmune, ingresa en UCI con inmunoglobulinas, metilprednisolona y plasmaféresis. En UCI: crisis disautonómicas y clonías en hemilengua y pie derechos. Tras tres sesiones de plasmaféresis mejoría clínica y salida a planta. PET cerebral, TAC-TAP y ecografía ginecológica normales. Al alta, EEG normal. Persisten leves fallos de memoria e insomnio.

**Conclusión:** El signo del *claustrum* es un indicador de neuroimagen útil para orientar el diagnóstico en epilepsia de origen autoinmune. Se relaciona con estatus de *novus* posfebril.