

occipital, que se resolvió en el 80% de los pacientes en imagen de control posterior.

Conclusión: La hipointensidad subcortical es un signo relacionado con múltiples etiologías, que con frecuencia es pasado por alto. En nuestra serie, los diagnósticos se corresponden con algunos de los más frecuentes según la evidencia disponible. Su reconocimiento precoz es esencial dada su asociación con patologías que requieren tratamiento urgente. Especialmente relevante es su relación con las crisis por hiperglucemia no cetósica, que según la literatura es la etiología más frecuente, y la encefalitis anti-MOG.

20371. OJO CONGELADO NO TRAUMÁTICO, UNA CLÍNICA LOCALIZADORA

Díaz del Valle, M.; Romero Plaza, C.; Salvador Sáenz, B.; García García, M.; Benítez del Castillo, I.; Cerca Limón, Á.; Terrero Carpio, R.; Pinel González, A.; Martín Ávila, G.; Piquero Fernández, C.; Sáenz Lafourcade, C.; Méndez Burgos, A.; Escolar Escamilla, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Presentamos un caso clínico de oftalmoplejía completa del ojo izquierdo en relación con aneurisma gigante de la arteria carótida interna izquierda (ACI) intracraneal.

Material y métodos: Mujer de 67 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cefalea de inicio agudo hemicraneal izquierdo de predominio frontotemporal de 5 días de evolución. Al inicio presenta respuesta parcial a analgesia pero el tercer día presenta empeoramiento del dolor, diplopía con empeoramiento progresivo y finalmente añade ptosis izquierda completa.

Resultados: En la exploración destaca a nivel del ojo izquierdo una ptosis completa con pupila media arreactiva y ojo congelado con restricción de todos los movimientos de la mirada. La campimetría por confrontación es normal y la agudeza visual también. También presenta hipoestesia en región frontal izquierda. Se realiza TC urgente en el que se observa un aneurisma gigante sacular del segmento cavernoso-oftálmico de la ACI izquierda parcialmente trombosado, sin datos de hemorragia y nervio óptico ingurgitado izquierdo. Se realiza angiografía diagnóstico-terapéutica que confirma un aneurisma paraoftálmico de 10 x 9 mm y se realiza embolización y colocación de stent derivador de flujo. Buen resultado angiográfico aunque sin mejoría clínica al alta de las manifestaciones descritas.

Conclusión: El seno cavernoso es un lugar en el que coinciden varias estructuras vasculonerviosas que incluyen la arteria carótida interna, III, IV, VI nervios craneales y rama oftálmica del V par. Estas estructuras pueden afectarse por contigüidad, como es el caso de nuestra paciente, dando lugar a una clínica muy característica y sugestiva de esta localización.

Neurología crítica e intensivista

20470. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL ESTADO EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO

Paul Arias, M.; Vázquez Justes, D.; Mauri Capdevila, G.; Freixa Cruz, A.; Gallego Sánchez, Y.; Quilez, A.; Purroy, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivos: El estado epiléptico refractario (EER) es aquel que persiste a 2 fármacos anticonvulsivos a dosis adecuadas incluyendo benzodiacepinas. Es una emergencia neurológica debido a su alta morbimortalidad cuyos

factores permanecen poco comprendidos. Nuestro objetivo fue analizar los factores relacionados con la mortalidad hospitalaria en pacientes con EER.

Material y métodos: Reclutamos prospectivamente los pacientes con EER que ingresaron en nuestro centro entre junio 2019 y marzo 2024. Se analizaron retrospectivamente sus características demográficas, etiológicas, semiológicas y su relación con la mortalidad hospitalaria. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística con aquellas variables con $p < 0,05$ en el bivariante.

Resultados: 94 pacientes con EE ingresaron en nuestro centro. 5 se descartaron por ser de etiología postanóxica y 9 no refractarios, obteniendo un total de 80 EER. La edad media fue de 61 años. 29 (36,3%) murieron durante la hospitalización. En el análisis bivariante los factores relacionados con la mortalidad fueron una mayor edad, necesidad de drogas vasoactivas, fracaso renal, alteración hidroelectrolítica, recurrencia de crisis/EE tras un EEG sin crisis, no ser epiléptico previo, etiología sintomática aguda y puntuación en la escala STESS superior ($p < 0,05$). En el multivariante solo la necesidad de fármacos vasoactivos [OR 16,8 (IC95% 2,7-103,1)], la recurrencia de crisis [OR 21,1 (IC95% 2,4-182,1)] y el tener antecedentes de epilepsia [OR 0,056 (IC95% 0,06-0,548)] se relacionaron con la mortalidad hospitalaria.

Conclusión: En nuestro centro el EER tiene una considerable mortalidad hospitalaria, que se relaciona con la inestabilidad hemodinámica y la recurrencia crisis/EE. La historia previa de epilepsia fue un factor protector.

21249. ESTUDIO EXPLORATORIO DE COLATERALIDAD VENOSA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CRÍTICA

Alonso Maroto, J.¹; Ramos, C.¹; Gómez-Escalona, C.²; Moreu, M.³; García, S.⁴; Seoane, D.⁵; Alonso, C.⁶; Vega, J.⁶; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁶Servicio de Radiología. Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: El tratamiento endovascular (TEV) es una opción de rescate en trombosis venosa cerebral crítica (TVC-C) con mala evolución clínico-radiológica. Se desconoce el perfil de paciente que se beneficiaría de esta intervención, así como los factores pronósticos de respuesta. Nuestro objetivo es determinar si la colateralidad venosa sería útil para predecir el resultado angiográfico del TEV y la evolución de la TVC-C.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con datos de 2008-2022 de pacientes con TVC-C sometidos a TEV en 4 centros de Madrid. Se analizó el grado de repleción de las principales colaterales venosas mediante las escalas PRECISE y COVES, cuantificada mediante angioTC o angioRM venosa. Se analizó la probabilidad de resultado angiográfico tras TEV y de evolución clínica favorables según estas escalas.

Resultados: N = 13 TVC-C tratadas con TEV, 23% por situación crítica al inicio, 77% por empeoramiento clínico-radiológico. Edad 43 años (DE 18), 69% mujeres, mRS previo 0 (0-1). GCS 12 (9-14), NIHSS 9 (3-17), edema 77%, infarto hemorrágico 61,5%. Recanalización exitosa 38,5%. Mortalidad intrahospitalaria 7,7%, mRS3m \leq 3 58,4%. La recanalización exitosa se asoció a mejoría del pronóstico funcional (OR 7,9, $p = 0,027$). Sin embargo, las escalas de colateralidad venosa no se asociaron a respuesta clínica o angiográfica ni al mRS3m. La extensión del trombo tampoco predijo volumen de infarto, respuesta a TEV ni evolución clínica.

Conclusión: En este estudio no se observó asociación entre la colateralidad venosa y la respuesta a TEV, siendo complicado predecir qué