

(11,7%) fueron intervenidos, hubo 1 (2,6%) fallecido. Los pacientes trasladados tuvieron menor riesgo de fallecer (OR 0,10; IC95%, 0,01-0,69). Mortalidad hospitalaria: 38 (20,2%) pacientes. De los FR, solo el deterioro cognitivo aumentó el riesgo de mortalidad (OR 1,55; IC95%, 1,03-2,33). La toma de anticoagulantes (OR 2,41; IC95%, 1,54-3,78) pero no de antiagregantes (OR 0,98; IC95%, 0,52-1,86) aumentó el riesgo de mortalidad. La mortalidad aumentó con AVK (OR 5,09; IC95%, 2,12-12,20) pero no con ACOD (OR 2,51; IC95%, 0,86-7,2).

Conclusión: Observamos un aumento de riesgo de mortalidad en pacientes no trasladados a Neurocirugía, probablemente por sesgo de selección, dado que el deterioro cognitivo es el FR más relacionado con mortalidad. Destacar que a diferencia de AVK, los ACOD no se relacionaron con aumento de mortalidad.

21272. TERAPIA PUENTE EN EL ICTUS ISQUÉMICO: REVISIÓN RETROPECTIVA

Bartolomé Yumar, A.; Hernández García, M.; Iacampo Leiva, L.; Lobato González, M.; Owrang Calvo, I.; del Águila Romero, S.; Millet Oval, M.; Pallarés Santos, V.; Dupuy Oria, P.; González Toledo, G.; Hernández Javier, C.; Crespo Rodríguez, M.; Rojo Aladro, J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Objetivos: La TP en el ictus isquémico agudo combina fibrinólisis intravenosa (FIV) y trombectomía mecánica (TM). A pesar de un mayor riesgo de hemorragia intracranal (HIC), su uso mejora las tasas de recanalización y los resultados clínicos. Se ha planteado que su uso pudiera retrasar la TM y favorecer embolismos distales, existiendo controversias en su eficacia.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con todos los pacientes sometidos a TM entre 2015-2022. Analizamos porcentajes de hemorragia, recanalización, independencia funcional y mortalidad en pacientes con FIV + TM (TP) y TM directa (TMd).

Resultados: Incluimos 274 pacientes: 132 TP y 142 TMd. Edad media: 67 (TP) y 69 (TMd). No hubo diferencias significativas en los FRV previos, salvo FA (TP 17% vs. TMd 42%; $p < 0,001$). NIHSS inicial (TP 15 vs. TMd 16) y tiempo puerta-punción (TP 125 min vs. TMd 131 min) no mostraron diferencias, con mayor porcentaje de recanalización (TICI $\geq 2B$) en TP 86% (vs. 77% TMd). El porcentaje de pacientes funcionalmente independientes (mRS 0-2 en 3 meses) fue significativamente mayor en TP (62 vs. 37%; $p = 0,001$), menor mortalidad (11 vs. 25%; $p = 0,003$) con porcentaje similar de HIC TP 25% (8 sintomáticos) vs. TMd 28% (6 sintomáticos).

Conclusión: Los pacientes que recibieron TP presentaron mayor independencia funcional, menor mortalidad y mejores tasas de reperfusión, con similar riesgo hemorrágico. Nuestros resultados siguen la línea de otros estudios en práctica clínica real, subrayando la importancia de utilizar la TP en nuestros pacientes.

20188. PATRÓN DINÁMICO DE NEUROIMAGEN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON EMBOLIA GRASA CEREBRAL

Blanco Sanromán, N.; Guasch Jiménez, M.; Domíne, M.; Coronel Coronel, M.; López Lombardía, Ó.; Ramos Pachón, A.; Lambea Gil, Á.; Ezcurra Díaz, G.; Martínez Domeño, A.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Analizar el patrón dinámico de neuroimagen y características clínicas de una serie de pacientes con embolia grasa cerebral tras traumatismo con múltiples fracturas.

Material y métodos: Se analizaron las características clínicas y de neuroimagen de 3 pacientes varones, edad media de 20,3 años, que ingresaron en un hospital terciario tras politraumatismo con fractura de hueso largo.

Resultados: Tras un período de 12-24 horas sin focalidad neurológica, presentan deterioro del nivel de conciencia, estrés respiratorio y rash cutáneo. TC simple inicial en los tres casos sin alteraciones. Primer caso; RNM precoz (día 4) con múltiples pequeños focos de hipere señal en secuencias T2/FLAIR en sustancia blanca subcortical, ganglios basales, cuerpo calloso y TE, compatible con patrón agudo característico de *starfield pattern*. Caso 2, 3: RNM días 7 y 14 con lesiones focales y parcialmente confluentes con hipere señal T2/FLAIR en sustancia blanca, cuerpo calloso, ganglios basales y tálamo. Compatible con fase subaguda, característico edema citotóxico y vasogénico. En los 3 casos la RNM en secuencias de susceptibilidad mostraba múltiples focos de hiposeñal puntiformes compatibles con microhemorragias. La evolución clínica varió entre recuperación completa en un caso, secuelas graves en otro y fallecimiento en el tercero. La RNM de control a 3 meses en 2 casos mostró mejoría significativa de las lesiones.

Conclusión: El síndrome de embolia grasa cerebral es una afección poco común pero potencialmente grave que debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo y síntomas característicos. La neuroimagen desempeña un papel crucial en el diagnóstico y seguimiento, mostrando patrones dinámicos que ayudan a distinguir esta enfermedad de otras que pueden cursar con microsangrados.

20294. COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE LAS ENDOCARDITIS INFECCIOSAS A LO LARGO DE 20 AÑOS

Martínez García, B.¹; Chico García, J.¹; Cabañas Engenios, G.¹; Mena García, N.¹; Campos Jiménez, M.¹; Pastor González, R.¹; Navas Elorza, E.²; Martín-Dávila, P.²; Quereda Rodríguez-Navarro, C.²; Masjuan, J.¹; Corral Corral, I.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Evaluar la frecuencia y describir el espectro de las complicaciones neurológicas (CN) observadas en las endocarditis infecciosas (EI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, que incluyó a pacientes diagnosticados de EI que presentaron CN, ingresados en nuestro centro entre 2003 y 2023. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y paracísticas, además del tratamiento y la evolución durante el ingreso y a los 90 días.

Resultados: De 661 pacientes diagnosticados de EI, 118 (17,8%) presentaron alguna CN (30,5% mujeres, edad media: 68 años, RIC: 57-77). Las NC más frecuentes fueron los ictus isquémicos (69,5%), seguidos de hemorragias intracraeales (28,9%), crisis epilépticas (16,9%), espondilodiscitis (11%) y meningitis (5,9%). *S. aureus* (30%) fue el microorganismo más frecuentemente aislado, y *S. pneumoniae* se asoció significativamente con el diagnóstico de meningitis ($p = 0,01$). Las EI en válvulas protésicas representaron el 33,9% del total, y el 44,1% de los pacientes precisaron cirugía cardíaca. La CN fue el motivo de ingreso en 47 pacientes (40,5%), permitiendo el diagnóstico de EI según los criterios modificados de Duke en 45 casos (38,1%). La mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de la antibioterapia fue de 4 días (RIC: 1,25-5), sin observarse diferencias significativas entre las distintas CN ni en el desenlace clínico. Las hemorragias intracraeales se asociaron con una mayor mortalidad (OR = 4, $p = 0,01$) y una puntuación desfavorable en la escala de Rankin modificada a los 90 días (OR = 4,89, $p = 0,01$).

Conclusión: La patología cerebrovascular fue la CN más frecuente en pacientes con EI, con una mayor morbilidad asociada a las hemorragias intracraeales.

21309. CAROTID WEB: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

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

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.