

**Objetivos:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) es el trastorno del sueño más frecuente en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). La hipoxia intermitente causada por AOS puede participar en la patogénesis de la EA incrementando el daño oxidativo y la inflamación. Nuestro objetivo fue identificar genes inflamatorios y redox con expresión diferencial en sangre de pacientes con EA y AOS grave versus aquellos con AOS no grave.

**Material y métodos:** Incluimos 40 pacientes con EA diagnosticados mediante manifestaciones clínicas y niveles de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo. La AOS grave o no grave (índice de apnea-hipoapnea mayor o igual a 30 eventos/hora e inferior a 30 eventos/hora, respectivamente) se diagnosticó con polisomnografía nocturna (PSG). Los niveles de expresión de 136 genes inflamatorios y 84 genes relacionados con el metabolismo redox fueron evaluados en sangre mediante transcriptómica dirigida.

**Resultados:** Tres genes inflamatorios y seis genes redox estaban regulados positivamente en la sangre de pacientes con EA y AOS grave. Tres de ellos correlacionaron con los parámetros de la PSG. No se encontró ninguna asociación entre los genes desregulados y los niveles de biomarcadores de EA. Un análisis de enriquecimiento de vías mostró un gran enriquecimiento de la vía de sinapsis serotoninérgica en los pacientes con EA y AOS grave.

**Conclusión:** Encontramos una regulación positiva de nueve genes involucrados en la inflamación mediada por NF- $\kappa$ B y el metabolismo redox en la sangre de pacientes con EA leve y AOS grave. Por tanto, AOS puede empeorar la inflamación y el daño oxidativo ya presentes en los pacientes con EA.

## 21595. EFECTOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL SUEÑO DE ADULTOS CON SÍNDROME DE DOWN

Giménez Badia, S.<sup>1</sup>; Arranz, J.<sup>2</sup>; Benejam, B.<sup>3</sup>; Videla, L.<sup>2</sup>; Carmona, M.<sup>2</sup>; Vázquez, L.<sup>2</sup>; Arriola, J.<sup>2</sup>; Rodríguez, I.<sup>2</sup>; Barroeta, I.<sup>2</sup>; Bejanin, A.<sup>4</sup>; Fernández, A.<sup>5</sup>; Rozalem, M.<sup>2</sup>; Morcillo, A.<sup>2</sup>; Maure, L.<sup>2</sup>; Fernández, S.<sup>3</sup>; Lleó, A.<sup>2</sup>; Fortea, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Multidisciplinary Sleep Unit. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>2</sup>Sant Pau Memory Unit. Department of Neurology. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Biomedical Research Institute Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona; <sup>3</sup>Barcelona Down Medical Center. Fundació Catalana Síndrome de Down. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>4</sup>Sant Pau Memory Unit. Department of Neurology. Biomedical Research Institute Sant Pau. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. CIBERNED; <sup>5</sup>Barcelonaβeta Brain Research Center. Fundació Pasqual Maragall.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre la EA y la prevalencia y gravedad de los trastornos del sueño en adultos con síndrome de Down (SD).

**Material y métodos:** Estudio transversal: 231 adultos con SD (155 asintomáticos [aDS] y 73 con demencia [dDS]), y 78 controles euploides (HC) reclutados de la Down Alzheimer Barcelona Neuroimaging Initiative (DABNI). Todos los participantes realizaron estudio de sueño con polisomnografía nocturna y escalas subjetivas del sueño (Pittsburgh para evaluar la calidad del sueño, Epworth para somnolencia y Berlín para detectar AOS).

**Resultados:** En comparación con los adultos aDS (edad media  $36,5 \pm 10,3$  años), los adultos dDS (edad media  $52,5 \pm 5,6$  años) presentaron una menor eficiencia del sueño ( $61,5 \pm 21,3$  frente a  $67,2 \pm 21,8$ ;  $p < 0,05$ ), menos minutos de sueño de movimientos oculares rápidos (REM) ( $21,9 \pm 17,4$  frente a  $29,01 \pm 21,6$ ;  $p < 0,05$ ), una mayor prevalencia de AOS (87,8% frente a 77%;  $p < 0,05$ ) y mayor gravedad de AOS (45,9% frente a 28,9%;  $p < 0,05$ ). Las puntuaciones en adultos con demencia fueron peores que en el grupo sin demencia, pero ninguna reflejó con precisión los trastornos del sueño detectados a través de la polisomnografía (medias PSQI  $5,4 \pm 3,4$ ; ESS  $9,4 \pm 5,8$  y BQ  $1 \pm 1$ ).

**Conclusión:** La enfermedad de Alzheimer exacerba los trastornos del sueño en adultos con SD, a pesar de que pasen desapercibidos.

Recomendamos el cribado objetivo rutinario del AOS, ya que su tratamiento podría retrasar el deterioro cognitivo en esta población.

## 20142. CARACTERIZACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN CON RIESGO INCREMENTADO DE DESARROLLO DE DETERIORO COGNITIVO

Altuna Azkargorta, M.; García Sebastián, M.; Ecay Torres, M.; Tainta Cuevza, M.; Saldías Iriarte, J.; Cañada, M.; Estanga Alustiza, A.; López, C.; Martínez-Lage, P.

*Servicio de Neurología. Fundación CITA-alzhéimer Fundazioa.*

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia real de trastornos de sueño y la concordancia entre percepción subjetiva y medición objetiva del sueño en población adulta tardía.

**Material y métodos:** En el contexto de un estudio de intervención no farmacológica multimodal (CITA GO-ON) para la prevención del deterioro cognitivo, con reclutamiento activo, se realiza una evaluación subjetiva (cuestionario de calidad de sueño de Pittsburg y de Oviedo, escala de somnolencia de Epworth y diario de sueño de 7 días) y objetiva del sueño (mediante WatchPAT®, un dispositivo médico de uso domiciliario basado en la señal de tono arterial periférico) tras la evaluación neurológica-neuropsicológica, y de realización de resonancia magnética cerebral.

**Resultados:** Entre marzo y mayo de 2024 se reclutan 94 participantes, de  $69,6 \pm 5,8$  años, 48,9% mujeres, con índice de riesgo de demencia CAIDE de  $7,8 \pm 1,4$ . El estudio mediante WatchPAT revisado por profesionales sanitarios revela que el 44,7% de la muestra tiene un índice apnea-hipopnea (IAH)  $> 15$ , y en concreto el 12,8% un IAH  $> 30$ , ello a pesar de la percepción subjetiva de buena calidad de sueño incluyendo ausencia de hipersomnolencia diurna significativa. El IMC es el que mejor se relaciona con mayor IAH ( $p < 0,001$ ), y un mayor IAH se relaciona con saturaciones nocturnas más bajas y frecuencias cardíacas más altas ( $p < 0,001$ ), y una estimación de menor porcentaje de sueño profundo NREM ( $p = 0,002$ ).

**Conclusión:** Los estudios de intervención no farmacológica de prevención de deterioro cognitivo pueden suponer una oportunidad para conocer la prevalencia real de los trastornos de sueño y desarrollar nuevas estrategias diagnósticas aplicadas a la población adulta tardía.

## 20622. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Lillo Triguero, L.; Álvarez Sáenz de Tejada, C.; Pilo de la Fuente, B.; Martín Ávila, G.; Díaz Díaz, J.; Aladro Benito, Y.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.*

**Objetivos:** La prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) en pacientes con esclerosis múltiple (pcEM) varía del 12 al 64% dependiendo de la metodología. El diagnóstico del SPI asienta exclusivamente en criterios clínicos. En este trabajo analizamos la prevalencia de SPI en pcEM con confirmación de caso por un experto en SPI.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio transversal para evaluar la prevalencia de SPI en una cohorte hospitalaria de pcEM. La detección de caso se realizó mediante 2 entrevistas telefónicas. En la primera se utiliza un cuestionario específico con los criterios IRLSSG (2014) de SPI. En la segunda, el diagnóstico de SPI se confirma por un experto en trastornos del sueño. Se analizaron los posibles factores de riesgo de SPI y las características demográficas, clínicas y radiológicas en los pacientes con SPI y EM.

**Resultados:** De los 440 pcEM, 66 cumplían los criterios de SPI determinado por un experto (prevalencia 15,0%, IC95% 11,8-18,7), 20 casos menos que en el cribado por neurólogo no experto (prevalencia 19,55%, IC95% 16,01-23,60). Una mayor edad ( $p = 0,050$ ) y tener antecedentes

familiares de SPI ( $p < 0,001$ ) se relacionaron con SPI. Los pcEM y SPI (77% mujeres, edad  $52 \pm 10,4$  años) tenían un EDSS (mediana) de 2, signos y/o síntomas de afectación piramidal y/o sensitiva bilateral un 66,7% y antecedentes familiares de SPI un 27,3%.

**Conclusión:** La prevalencia de SPI en pcEM fue inferior a la reseñada en estudios previos sin confirmación de caso por neurólogos expertos. Los síntomas por afectación piramidal y/o sensitiva pueden sobreestimar la frecuencia de SPI en pcEM.

## 21241. NARCOLEPSIA: PREVALENCIA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS EN NUESTRO MEDIO

Ocaña Mora, B.<sup>1</sup>; Palazón García, E.<sup>1</sup>; Lara Galdón, M.<sup>1</sup>; Sánchez Morales, L.<sup>1</sup>; Martínez Fernández, I.<sup>1</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>2</sup>; Cuenca Juan, F.<sup>2</sup>; Torres López, L.<sup>2</sup>; Fernández Usero, A.<sup>1</sup>; López Rojo, Á.<sup>1</sup>; Segura Martín, T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete.

**Objetivos:** La narcolepsia es un trastorno del sueño infrecuente cuya característica principal es la excesiva somnolencia diurna. Se propone analizar los datos epidemiológicos de NT en nuestra área sanitaria, comparándolos con series publicadas. Como objetivo secundario se describen aspectos clínicos y terapéuticos, así como comorbilidades asociadas a NT.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional, retrospectivo y unicéntrico. Análisis de prevalencia de NT en el área sanitaria de referencia entre enero de 2014 y diciembre de 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes con diagnóstico de NT, 19 mujeres (63,3%) y 11 varones (36,7%); 23 cumplieron criterios de NT1 (76,67%) y 7 de NT2 (23,33%). La prevalencia en nuestra área se estimó en 0,00776%. La media de edad al diagnóstico fue 18,5 años en NT1 y 33 años en NT2, con retraso de 4 años desde el inicio de los síntomas. La excesiva somnolencia diurna fue el síntoma inicial universal, seguida de cataplejía en NT1, y alucinaciones hipnagógicas e hipnopómicas. Como comorbilidades asociadas se identificaron AOS (43,3%), tabaquismo (26,7%), dislipemia (16,6%), obesidad (16,6%) y HTA (10%); y dentro de la patología neuropsiquiátrica, ansiedad (36,7%) y depresión (30%). Los fármacos más utilizados fueron modafinilo y metilfenidato, con efecto positivo sobre la somnolencia.

**Conclusión:** La prevalencia de NT en nuestra área fue baja, con predominio de NT1 sobre NT2. Se presentó más frecuentemente en mujeres que en varones y en edades jóvenes. La sintomatología típica y comorbilidad cardiovascular y neuropsiquiátrica aparecieron principalmente en NT1. El tratamiento farmacológico supuso mejoría de la somnolencia.

## 20760. DARIDOREXANT COMO TRATAMIENTO DEL INSOMNIO CRÓNICO: REVISIÓN DE CASOS

Rodríguez Martín, S.<sup>1</sup>; Gómez Cibeira, E.<sup>2</sup>; Acosta Brito, I.<sup>1</sup>; Rodríguez Vallejo, A.<sup>1</sup>; Rodríguez García, P.<sup>1</sup>; Vigni, S.<sup>1</sup>; Oliva Martín, M.<sup>1</sup>; Chávez Padrón, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo.

**Objetivos:** El insomnio crónico es uno de los trastornos del sueño más frecuentes y que más impacto en la calidad de vida genera. Aunque actualmente existen varios fármacos indicados para el tratamiento del mismo, aún continúa siendo todo un desafío terapéutico. El daridorexant, antagonista dual del receptor de la orexina, fármaco recientemente

aprobado en España, se ha visto efectivo para el tratamiento del insomnio crónico sin generar dependencia, pudiéndose suspender sin necesidad de reducción de dosis.

**Material y métodos:** Se realiza una revisión de 2 casos de insomnio crónico, resistentes a farmacoterapia habitual, tratados con daridorexant 50 mg/noche, evaluando la efectividad del mismo como tratamiento en función de resultados de cuestionarios "Insomnia Severity Index" (ISI: 0-28 puntos) e "Índice de Calidad de Sueño Pittsburgh" (PSQI: 0-21 puntos) y hallazgos polisomnográficos.

**Resultados:** En el primer caso clínico, se objetivó pretratamiento una puntuación ISI 16 y PSQI 16, con una eficiencia del sueño del 48,9% (N3 20% y REM 2%). Tras seguimiento, ISI 11 y PSQI 12, realizando polisomnografía de control, que mostró una eficiencia del 79,1% (N3 15% y REM 21%). En el segundo caso clínico, ISI 24 y PSQI 19 pretratamiento, con una eficiencia del sueño del 80% (16 despertares intrasueño, 6% N3 y 7% REM). Tras iniciar tratamiento con daridorexant, ISI 8 y PSQI 7, con eficiencia del sueño del 82% (7 despertares intrasueño, N3 27% y REM 15%) en polisomnografía de control.

**Conclusión:** El daridorexant produce una mejoría, tanto a nivel clínico como polisomnográfico, del insomnio crónico en ambos pacientes, sin objetivarse efectos adversos tras el inicio del mismo.

## 20496. NO TODO ES LO QUE PARECE: SÍNDROME DE KLEINE LEVIN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Botía Barberá, J.<sup>1</sup>; Lucio Ceballos, B.<sup>1</sup>; Alcobendas Liern, I.<sup>1</sup>; Vázquez López, M.<sup>2</sup>; Miranda Herrero, M.<sup>2</sup>; García Uzquiano, R.<sup>2</sup>; Castro Castro, P.<sup>2</sup>; Chacón Pascual, A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Neuropediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Objetivos:** El síndrome de Kleine-Levin es un trastorno del sueño muy infrecuente de difícil diagnóstico que inicia en la adolescencia, se presenta en forma de brotes cursando con la tríada clásica de síntomas de hipersomnia, hiperfagia, e hipersexualidad. Tiene un amplio diagnóstico diferencial que incluye, entre otras, las encefalitis autoinmunes.

**Material y métodos:** Presentamos un caso de síndrome de Kleine-Levin y su abordaje diagnóstico y terapéutico. Aportamos imágenes de neuroimagen funcional.

**Resultados:** Varón de 14 años, acude a urgencias con agitación, heteroagresividad, somnolencia excesiva matutina e hipersexualidad de 2 días de evolución, precedido de cuadro febril la semana previa. Los estudios iniciales (analítica, TC craneal, punción lumbar y RM craneal) no revelan anomalías. Ante sospecha de posible encefalitis autoinmune, se inicia tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulinas, seguido de plasmaféresis y rituximab, sin mejoría clínica evidente. Tras 29 días de ingreso, el paciente mejora abruptamente, presentando una recaída de síntomas a los 8 días y nueva mejoría tras otras 3 semanas. Estudio PET-FDG cerebral muestra hipoperfusión grave temporoparietooccipital y talámica. Finalmente se establece el diagnóstico de síndrome de Kleine-Levin. Se inicia tratamiento con litio, logrando estabilidad clínica. Durante el periodo asintomático se repite PET-FDG con marcada mejoría respecto al previo persistiendo leve hipoperfusión en territorio posterior.

**Conclusión:** En pacientes adolescentes con brotes de hipersomnia, hiperfagia e hipersexualidad, tras descartar otros diagnósticos, se debe considerar el síndrome de Kleine-Levin. Los estudios de neuroimagen funcional pueden ser una herramienta diagnóstica útil en estos casos. El tratamiento con litio puede ser una alternativa terapéutica útil para estos pacientes.