

(uno dosis de 5 mg y otro de 2,5 mg). Durante el seguimiento (mediana de 9 meses), un paciente presentó un ictus isquémico recurrente y no hubo hemorragias mayores.

**Conclusión:** El tratamiento con ACOD parece seguro y eficaz en la prevención secundaria de ictus isquémico en pacientes con acinesia anteroapical.

## 21125. RENDIMIENTO DE LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA PROLONGADA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ICTUS O AIT ¿CÓMO OPTIMIZAR LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES CANDIDATOS?

Escríche Gorospe, E.; Esnaola Barriola, I.; Molina Goicoechea, M.; Martínez Campos, E.; Miguel Navas, P.; Herrera Isasi, M.

Servicio de Neurología. Hospital de Navarra.

**Objetivos:** Revisar los criterios de selección para su realización y el rendimiento de la monitorización electrocardiográfica prolongada externa (MEPE) en nuestro centro. Identificar factores relacionados con ausencia de FAP en pacientes con ictus isquémico o AIT para optimizar la selección de candidatos a esta prueba.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de 362 pacientes consecutivos con una MEPE tras un ictus o AIT desde septiembre de 2022 hasta diciembre 2023. Análisis estadístico bivariante y multivariante (regresión logística).

**Resultados:** En total se detectaron 47 FAP, 34 de ellas en la primera MEPE con un porcentaje de detección del 9,4% (34/362). Entre los ESUS el porcentaje de detección fue del 10,6% (25/235). En la segunda MEPE fue del 22,5% (9/40). Otras 2 se detectaron clínicamente y 3 mediante dispositivo implantable. En el análisis univariante la edad, cardiopatía valvular, alteración tiroidea, oclusión de gran vaso, CHA2DS2VASc, HAVOC y número total y duración de rachas supraventriculares se asociaron significativamente con ausencia de FAP. En el multivariante, una menor edad (OR: 0,88; IC: 0,84-0,93; p < 0,001) y ausencia de oclusión vascular (OR: 0,33; IC: 0,14-0,78; p = 0,011) se asociaron significativamente a ausencia de FAP.

**Conclusión:** Los porcentajes de detección de FAP mediante MEPE en nuestro centro son similares a los descritos en otros estudios. Una clasificación etiológica más meticulosa permitiría enfocar mejor el procedimiento diagnóstico y las medidas de prevención secundaria. El rendimiento de la MEPE desciende significativamente en pacientes más jóvenes y sin oclusión arterial.

## 21242. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN VENTANA MUY EXTENDIDA

Salgado Irazábal, M.<sup>1</sup>; Villar Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Ainz Gómez, L.<sup>1</sup>; Hermosín Gómez, A.<sup>1</sup>; Zapata Arriaza, E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Rocío.

**Objetivos:** La diferenciación entre estenosis intracraneales ateromatosas o embolismos suboclusivos es compleja, y en función de la misma, el manejo y la evolución pueden diferir. Presentamos el caso de una paciente en la que se realizó una trombectomía tras 20 días desde inicio de síntomas.

**Material y métodos:** Mujer de 81 años, con leucemia de linfocitos grandes, sin factores de riesgo vascular y buena situación funcional. Consultó por alteración del lenguaje de inicio súbito y curso fluctuante de 10 días de evolución. Al ingreso en Neurología presentaba afasia mixta (NIHSS 7), en TC lesión isquémica establecida en territorio de ACM izquierda. La angioTC mostró stop brusco con relleno posterior en ACM-M1 izquierdo distal, inicialmente interpretado como estenosis ateromatosa, iniciándose doble antiagregación y estatinas.

**Resultados:** Se completó estudio con Holter-ECG sin hallazgos de FA,

ecocardiograma sin alteraciones; y analítica con hipercolesterolemia y lipoproteína-A elevada. Tuvo buena evolución inicial quedando pauci-sintomática (NIHSS 1), aunque fluctuó con el ortostatismo hasta en tres ocasiones durante los 10 días siguientes. Ante la posibilidad de que fuera un trombo suboclusivo, se realizó angioTC de control sin cambios, y se planteó tratamiento endovascular por recurrencia de síntomas. La arteriografía reveló la presencia del trombo acabalgado entre ambas divisiones de M2, que pudo extraerse mediante técnica de doble *stent retriever*. Tras esto no tuvo nuevas fluctuaciones y fue dada de alta con NIHSS 1.

**Conclusión:** Ante recurrencia de síntomas a pesar de tratamiento médico, la arteriografía y tratamiento endovascular pueden ayudar a distinguir estenosis ateromatosas de trombos suboclusivos y ser el tratamiento definitivo de estos últimos.

## 20307. UNA TORMENTA PERFECTA

Warnken Miralles, M.; Mahiques Ochoa, P.; Moreno Navarro, L.; Aledo Sala, C.; López Ros, D.; Benavent Rojas, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante.

**Objetivos:** La coexistencia de ictus isquémico y de una tormenta tiroidea es poco frecuente, pero presenta una morbilidad asociada elevada sin un manejo médico adecuado. El ictus puede aparecer tanto como precipitante de la tirotoxicosis como el resultado directo de la misma. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de un caso de ictus isquémico en el contexto de una tormenta tiroidea.

**Material y métodos:** Mujer de 54 años remitida por Código Ictus. Inicio indeterminado. Natural de Colombia, sin antecedentes. Exploración física: hipertensión (158/100 mmHg) y taquicardia (126 lpm), intensa agitación psicomotriz y NIHSS 13 (paresia facial y de extremidades izquierdas, disartria, extinción visual y sensitiva).

**Resultados:** Se realiza TC con ASPECTS de 9 con oclusión de la arteria cerebral media derecha. También se objetivaron un trombo en orejuela, derrame pleural bilateral y edema pulmonar. Se realizó trombectomía mecánica, con recanalización completa. Durante el procedimiento presentó una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida con mala tolerancia hemodinámica y sin respuesta al tratamiento farmacológico. El segundo día de ingreso se objetivaron valores de TSH indetectables y T4 > 7,7 ng/dl y se consiguieron sus antecedentes médicos: hipertiroidismo autoinmune en tratamiento con metimazol, que no ha recibido desde su llegada a España; por error estaba tomando metamizol. Se consiguió su estabilización con propranolol, cortoterapia y antitiroides.

**Conclusión:** La tirotoxicosis puede desencadenarse por una interrupción brusca del tratamiento antitiroides y asocia riesgo de ictus fundamentalmente de origen cardioembólico por su relación con la fibrilación auricular. Su detección precoz es crucial para dirigir el tratamiento médico.

## 20607. CEGUERA CORTICAL COMO DEBUT DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Ortega Ortega, F.; Cuenca Relinque, A.; Calle Serrano, M.; Loscertales Castaños, J.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

**Objetivos:** Describir una manifestación clínica infrecuente de la rotura de un aneurisma abdominal (rAAA).

**Material y métodos:** Descripción de un único caso.

**Resultados:** Varón de 72 años, fumador de paquete diario, hipertenso y dislipémico, independiente para ABVD, acude a urgencias por dolor abdominal y lumbar bajo intenso desde hace cuatro horas. Como síntomas asociados, presenta pérdida de visión de ambos ojos desde hace