

(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.¹; Villar Rodríguez, C.¹; Ainz Gómez, L.¹; Hermosín Gómez, A.¹; Zapata Arriaza, E.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ²Servicio 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

una hora, distinguiendo solo destellos luminosos, por lo que avisan a Neurología. A la exploración neurológica presenta ceguera binocular casi total en campimetría por confrontación, ausencia de parpadeo por reflejo de amenaza e incapacidad de seguimiento o fijación ocular. Pupilas mióticas por administración de opiáceos. Resto normal. NIHSS 3 puntos. En estudio de vasos se observa ateromatosis grave con oclusión crónica de ACI- y de AV-I con signos de recanalización distal y estenosis focal crítica de segmento V4 de AV-D. No oclusión de AB o de ambas ACP. Con sospecha de síndrome aórtico agudo, se realiza angiografía de aorta donde se observa aneurisma sacular roto de 8 cm a nivel de L3-L5 con trombosis mural de aorta descendente.

Conclusión: La rAAA es una emergencia médica en la que solo el 21% de los pacientes presentan la tríada clásica de dolor, hipotensión y masa palpable. Los déficits neurológicos asociados descritos, aunque infrecuentes, son muy variables. En nuestro caso, dado los hallazgos en pruebas de imagen, se deduce la isquemia de mecanismo hemodinámico a nivel distal de ambas arterias cerebrales posteriores, sin poder descartar un mecanismo embólico en relación con el hematoma intramural de la aorta torácica ascendente.

Enfermedades cerebrovasculares P3

21700. MULTIINFARTO CEREBRAL (MIC): NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

García Sánchez, C.; Martín Gallejo, I.; Guerra Huelves, A.; García Torres, M.; Navas Vinagre, I.; Guillán Rodríguez, M.; Oses Lara, M.; Arce Orbieta, J.

Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: El multiinfarto cerebral (MIC) se define como infartos cerebrales isquémicos múltiples, uni o multiterritoriales que suceden de forma simultánea. La relevancia de esta patología reside en la gravedad y en el pronóstico asociados.

Material y métodos: Descripción de las características epidemiológicas, etiología y pronóstico de los pacientes atendidos con MIC en un hospital terciario durante el año 2023.

Resultados: De 758 pacientes admitidos en neurología, 45 se diagnosticaron de MIC, 18 mujeres y 27 hombres. La media de edad fue 72 años (49-92). Un 69% tenían hipertensión, 46% dislipemia, 29% diabetes y 13% sobrepeso. La exposición a tóxicos fue: tabaco (40%), alcohol (20%) o drogas simpaticomiméticas (9%). Utilizamos la escala NIHSS al ingreso para determinar la gravedad del evento. A su llegada un 60% de pacientes tuvieron un NIHSS 4, un 29% entre 4-14 y un 11% tenían NIHSS > 14. La etiología más frecuente (clasificación TOAST) fue cardioembólica (33%), seguido por aterotrombótica (31%); un 13% tuvieron otras causas, siendo el cáncer (7%) la más frecuente. A su llegada, un 93% tenían un mRS < 2. Sin embargo, al alta solo un 49% permanecieron independientes y un 16% fallecieron.

Conclusión: En nuestra serie el MIC presenta una frecuencia baja, siendo más frecuente en pacientes con factores de riesgo vascular y su pronóstico peor que en ictus de otro perfil. Las causas cardioembólica y aterotrombótica tienen una frecuencia similar. También destaca que en cerca de un 7% se diagnostica un cáncer. Estos datos pueden resultar relevantes para la aproximación diagnóstica en estos pacientes.

20352. SÍNDROME DEL MUÑÓN DE LA ARTERIA VERTEBRAL TRATADO ENDOVASCULARMENTE

Lanero Santos, M.; Suárez Huelga, C.; López Peleteiro, A.; Vargas Mendoza, A.; Díaz Castela, M.; Calleja Puerta, S.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Se denomina síndrome del muñón a la isquemia cerebral causada por un émbolo procedente de una arteria homolateral ocluida y sin flujo anterógrado. Es un cuadro raro que afecta preferentemente a las arterias carótidas.

Material y métodos: Mujer de 66 años, con factores de riesgo vascular. Presenta un vértigo asociado a hemianopsia homónima izquierda y debilidad del brazo izquierdo. La TC craneal demuestra una isquemia en territorio de ACP derecha, con oclusión de los segmentos V1-2 de la arteria vertebral izquierda. Al sexto día la clínica se agudiza y una RM muestra un trombo en la porción V4 de la arteria vertebral izquierda y una nueva lesión occipital izquierda. Se inicia doble antiagregación. Una nueva RM de control a los 5 días evidencia resolución del trombo y una mínima nueva lesión cerebelosa. Alta a domicilio con doble antiagregación.

Resultados: Vuelve a Urgencias por agudización de los síntomas, con oftalmoplejia y ataxia del brazo izquierdo. La RM craneal identifica una lesión cerebelosa hiperaguda y un trombo en la basilar distal. Una arteriografía confirma el trombo, que se recanaliza con buen resultado, procediendo a ocluir con coils la arteria vertebral para prevenir nuevos fenómenos tromboembólicos. La paciente presenta mejoría clínica progresiva, se mantiene antiagregada y no sufre nuevos eventos vasculares tras dos años de seguimiento.

Conclusión: Se presenta un caso de síndrome del muñón de la arteria vertebral, tratado inicialmente con doble antiagregación, con recurrencia de eventos isquémicos. Se realiza entonces tratamiento endovascular, ocluyendo la arteria vertebral con coils, sin nuevos eventos embólicos posteriores.

20611. EFECTO DEL INICIO PRECOZ DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Lera Ramírez, I.¹; Bonilla Tena, A.¹; García Pastor, A.¹; Seoane, D.²; Calleja, P.²; Ostos, F.²; de Celis, E.³; Gómez Escalonilla, C.⁴; Simal Hernández, P.⁴; López-Frías López-Jurado, A.⁴; Pérez Gil, D.⁵; Vera Lechuga, R.⁵; Moreno, C.⁵; Fernández Ferro, J.⁶; Montalvo Moraleda, M.⁶; Roa Escobar, J.⁷; García Torres, A.⁷; Navas Vinagre, I.⁷; Escolar Escamilla, E.⁸; Terrero Carpio, R.⁸; Martín Ávila, G.⁸; Iglesias Mohedano, A.¹; Vales Montero, M.¹; Gil Núñez, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz;

⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ⁷Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Se desconoce cuál es el momento óptimo de inicio de la doble antiagregación (DA) tras la implantación de stent carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM + stent). Comparamos la tasa de oclusión/reestenosis del stent, hemorragia intracranal sintomática (HICS) e independencia funcional a 3 meses (escala Rankin modificada [ERm] 0-2) en pacientes tratados con TM + stent, en función del inicio precoz o tardío de la DA.

Material y métodos: Registro multicéntrico de pacientes con ictus isquémico tratados con TM + stent entre 2019-2023. Recogimos variables demográficas, características del ictus, tratamiento, complicaciones y ERm a 3 meses.

Resultados: 310 pacientes, 215 varones (69,4%), edad media 67,1 (DE 12,8), NIHSS basal 16 (RIC :9-20), 128 recibieron trombólisis iv previo a TM (41,3%). En 56 pacientes (20,8%) la DA se inició en las 12 horas siguientes a la implantación del stent (DA < 12h), y en 184 (68,4%) antes de las 24 horas (DA < 24h). Con una mediana de seguimiento de 3 meses, se produjo oclusión/reestenosis del stent en 26 pacientes (12,4%), 18 (5,8%) sufrieron HICS y 152 (55,3%) alcanzaron ERm 0-2 a