

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

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

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>8</sup>Servicio 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 intracranial 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