

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que presentaron ictus isquémico con oclusión de gran vaso tratados con fibrinólisis previa a la terapia endovascular. Se compararon los tratados con TNK (año 2023) frente a los pacientes tratados con rtPA (años 2021 y 2022).

Resultados: Se recogieron un total de 72 pacientes, de los cuales a 27 (37,5%) se les administró TNK. La edad (media, desviación estándar) fue de 72,1 años (12,06), de los cuales 34 (47,2%) fueron mujeres. La NIHSS al ingreso fue de 15,44 (6,14). No encontramos diferencias significativas en mortalidad (TNK 11,1 vs. rtPA 13,3 %; $p = 0,78$), recanalizaciones completas TIC1 (2c-3) (TNK 88,9 vs. rtPA 95,5%; $p = 0,294$), complicaciones hemorrágicas (TNK 18,5 vs. rtPA 13,3%; $p = 0,554$), la NIHSS al alta fue de 5,88 (5,862) para TNK vs. 6,15 (6,90) para rtPA; $p = 0,870$) ni en pronóstico favorable al alta (Rankin ≤ 2) (TNK 70,4 vs. rtPA 53,3%; $p = 0,154$). Tampoco encontramos diferencias en los tiempos puerta-TAC (TNK 17,96 [21,72] vs. rtPA 11,58 (6,06); $p = 0,067$) ni en tiempo puerta-aguja (TNK 31,78 [19,93] vs. rtPA 30,36 [20,46]; $p = 0,774$).

Conclusión: En nuestra muestra, el uso de TNK tuvo resultados similares al rtPA en las oclusiones de gran vaso tratadas con fibrinólisis y terapia endovascular.

20663. ICTUS HEMODINÁMICO POR ESTENOSIS INTRACRANEAL TARDÍA POSTROMBECTOMÍA MECÁNICA

Ramis Monfort, D.; Moraleja Rodríguez, D.; Asín Díaz, D.; Bregaret Mata, O.; García Ortega, A.; Doncel-Moriano Cubero, A.; Amaro Delgado, S.

Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: La estenosis intracraneal tardía posttrombectomía mecánica es una complicación no infrecuente (3,4-10%). Sin embargo, la inmensa mayoría de estas estenosis permanecen asintomáticas, motivo por el que no es habitual su seguimiento a largo plazo.

Material y métodos: Presentación de dos casos clínicos.

Resultados: Caso 1. Mujer de 86 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y fibrilación auricular anticoagulada con apixabán. Veinte meses antes del episodio actual había sufrido un ictus cardioembólico de arteria cerebral media izquierda (ACMI, segmento M2) tratado con trombectomía mecánica. Después de dos episodios transitorios de pérdida de fuerza distal de extremidad superior derecha y coincidiendo con un episodio de hipotensión, realiza clínica de síndrome hemisférico izquierdo extenso. En la neuroimagen se detectó estenosis al segmento M1 distal del ACMI y se colocó *stent* con resultado clínico y angiográfico favorable. Caso 2. Hombre de 85 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. Había sido tratado con trombectomía mecánica por un ictus cardioembólico de arteria carótida interna terminal izquierda (TICA) tres meses antes del actual episodio, consistente en la alteración de la emisión del lenguaje de inicio repentino en el posoperatorio de una intervención urológica. La neuroimagen objetivó la presencia de una estenosis en el lugar de la antigua trombectomía realizándose angioplastia con balón con buen resultado clínico y angiográfico.

Conclusión: La estenosis intracraneal posttrombectomía suele ser asintomática. El ictus hemodinámico secundario a esta es una causa muy infrecuente de ictus que puede ser tributaria de tratamiento endovascular.

20847. IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA SOBRE LA TASA DE RECURRENCIA VASCULAR

Boto Martínez, R.¹; Serra Smith, C.¹; Chamorro González-Cuevas, M.²; Vales Montero, M.¹; Aparicio Hernández-Lastras, M.²; Iglesias

Mohedano, A.¹; García Pastor, Á.¹; Díaz Otero, F.¹; Fernández Bullido, Y.¹; Vázquez Alén, P.¹; Urcelay Segura, J.²; Gil Núñez, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Servicio de Oftalmología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: La oclusión de la arteria central de la retina (OACR) es un tipo de ictus isquémico que comparte los mismos factores de riesgo que el ictus clásico. En 2021 implantamos un protocolo de manejo multidisciplinar para su abordaje, facilitando la posibilidad de administrar trombólisis intravenosa y optimizando su diagnóstico etiológico. El objetivo principal de este estudio es analizar las recurrencias vasculares en los pacientes beneficiarios del protocolo.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo distinguiendo un grupo de casos atendidos según el protocolo (grupo protocolo +) y un grupo control (grupo protocolo -). Se compararon características basales, estudios diagnósticos y tasas acumuladas de recurrencias vasculares (neurológicas, cardiovasculares o periféricas).

Resultados: Incluimos 52 pacientes con OACR: 33 protocolo + vs. 19 protocolo - (63,5 vs. 36,5%). El control más antiguo fue del año 2005. Hubo más proporción de mujeres (48 vs. 21%; $p = 0,05$) y de fibrilación auricular previa (24 vs. 0%; $p = 0,02$) en el grupo protocolo +. En el grupo control había menos proporción de estudios carotídeos (31,6 vs. 100%; $p < 0,001$) y ecocardiogramas (26,3 vs. 100%) que en grupo protocolo +. Registramos más recurrencias vasculares en el grupo control que en el grupo protocolo +: 6 vs. 1 (37,5 vs. 3%); $p = 0,03$. El ajuste por tiempo de seguimiento mediante regresión logística binaria múltiple se mantuvo significativo (modelo $p = 0,001$; $R^2N = 0,457$; $ExpB = 65,16$; $IC95\% 4,73-898,3$; $sig = 0,002$).

Conclusión: La implementación de un protocolo multidisciplinar para el manejo de la OACR aumenta la proporción de pacientes que reciben un estudio dirigido y se asocia con menor tasa de recurrencias vasculares.

20354. FACTORES ASOCIADOS A ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN POBLACIÓN ASINTOMÁTICA

Lozano Veiga, S.¹; Vera, P.¹; Escobar Segura, D.²; Vega, J.³; Alonso, C.³; Ximénez-Carrillo, Á.¹; Bugidos Martín, P.¹; Albalat Sanleón, C.¹; Ramos, C.¹; Alonso, J.¹; Cañada, E.¹; Berbegal, R.¹; Vivancos, J.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: La arteriosclerosis carotídea supone la principal causa de ictus aterotrombótico en nuestra población, no existiendo recomendaciones de despistaje de esta enfermedad en personas asintomáticas. El objetivo de nuestro estudio es identificar variables asociadas a la presencia de ateromatosis carotídea sin estenosis (ACSE) y estenosis carotídea hemodinámicamente significativa $> 50\%$ (ECHS) en población asintomática respecto a eventos cerebrovasculares y retinianos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes a los que se les realiza un estudio eco-doppler de troncos supraaórticos durante los años 2021 y 2022 por el Servicio de Radiología de un hospital terciario. Se excluyeron estudios con indicación formal de realización de dicha prueba por clínica isquémica cerebral o retiniana. Se estudió la asociación de ECHS y ACSE con antecedentes médicos y parámetros analíticos.

Resultados: $N = 261$, edad media 70,9 años ($DE \pm 12,4$). 55,9% mujeres. 16 presentaron EC (6,1%) y 157 (60,2%) ACSE. La presencia de ACSE se asoció a varones ($p = 0,012$), edad avanzada ($p < 0,001$), hipertensión arterial ($p = 0,002$), diabetes mellitus ($p = 0,036$), tabaquismo ($p = 0,016$), cardiopatía isquémica ($p = 0,018$), vasculopatía cerebral de pequeño vaso ($p = 0,023$) y menor filtrado glomerular ($p = 0,007$). La ECHS se asoció a varones ($p = 0,040$), tabaquismo ($p = 0,001$), cardiopatía isquémica ($p < 0,001$), vasculopatía periférica ($p = 0,001$) y

niveles de triglicéridos elevados ($p = 0,044$). Se realizó análisis multivariante, asociándose de forma independiente la presencia de ACSE con varones ($p = 0,029$), edad avanzada ($p < 0,001$) y tabaquismo ($p = 0,007$), y la presencia de ECHE con tabaquismo ($p = 0,015$), cardiopatía isquémica ($p = 0,001$) y niveles de triglicéridos elevados ($p = 0,030$).

Conclusión: Identificamos distintas variables asociadas a la presencia de ACSE y ECHS, la mayoría factores de riesgo vascular conocidos. Futuros estudios podrían valorar la utilidad de estas variables para desarrollar un sistema de despistaje de aterosclerosis carotídea en población de riesgo.

21243. ANÁLISIS DE PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR OCULTA EN UNA SERIE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES ESUS CON MONITORIZACIÓN TEMPRANA Y CONTINUA DE ECG

Ayo Martín, Ó.¹; Rieta, J.²; Payá Montes, M.¹; López Neyra, I.³; Hidalgo Olivares, V.³; Guerra Luján, L.³; Lobato Casado, P.⁴; Flores Barragán, J.⁵; de Lera Alfonso, M.⁶; González Feito, P.⁷; Durán Sepúlveda, V.⁷; Serrano Serrano, B.¹; Palao Rico, M.¹; Segura Martín, T.¹; Alcaraz Martínez, R.⁸

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Departamento de Ingeniería Electrónica. Universitat Politècnica de Valencia; ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud; ⁵Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; ⁸Escuela Politécnica de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Los estudios disponibles de estratificación de riesgo de FA en pacientes con ESUS muestran resultados heterogéneos en cuanto a las variables incluidas en los modelos que proponen y en su fiabilidad. Además, muchos de ellos son estudios unicéntricos y no han empleado ningún tipo de validación externa. El presente trabajo describe una cohorte multicéntrica de pacientes de ESUS con monitorización continua prolongada y precoz de ECG, así como el desarrollo de un modelo predictivo.

Material y métodos: Se han recogido variables clínicas, ecocardiográficas y analíticas de pacientes de 5 hospitales. Todos recibieron monitorización continua de ECG durante 48 horas en el ingreso y, al menos, durante los 30 días posteriores. Para desarrollar el modelo predictivo, se ha conducido un análisis de regresión logística multivariante.

Resultados: 158 pacientes (72,5 años, DE 9,6; 54% varones). Se detectó FA en 47 pacientes (29,7%) en la primera visita a los 3 meses. El análisis multivariante solo asoció al riesgo de FA la dilatación de la AI, un valor elevado de NT-proBNP y la presencia de obesidad y dislipemia. El modelo formado por estas variables consiguió un rendimiento definido por AUC 67,15%, Se 67,74%, Es 71,72%, PPV 53,75% y NPV 82,10%, mejorando la Es y la PPV de modelos previamente propuestos.

Conclusión: La monitorización temprana de ECG continuo ha resultado en altas tasas de detección de FA y que el riesgo de esta arritmia se puede estratificar de forma más precisa con un modelo desarrollado para tal contexto que con otros previamente propuestos.

20877. ICTUS ISQUÉMICO DE ETIOLOGÍA INHABITUAL: UNA APÓFISIS ESTILOIDES PROMINENTE

Mena García, N.; Campos Jiménez, M.; Pastor González, R.; Cabañas Engenios, G.; Matute Lozano, C.; de Felipe Mimbres, A.; Cruz Culebras, A.; García Madrona, S.; Masjuan Vallejo, J.; Vera Lechuga, R.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Los ictus de etiología inhabitual suponen hasta un 6% de los casos. Presentamos el caso de un paciente con ictus isquémicos

carotídeos derechos de repetición en relación con una apófisis estiloides prominente.

Material y métodos: Varón de 79 con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial dislipemia e ictus carotídeo derecho previo, que ingresa por un AIT con clínica hemisférica derecha.

Resultados: En el estudio con ecografía doppler de troncos supraaórticos se objetiva una estenosis significativa a nivel del origen de la arteria carótida interna (ACId) con imagen sugerente de trombo móvil en el interior de la luz arterial. En la angioTC con reconstrucción tridimensional (3D) realizada con posterioridad se objetiva ateromatosis en el origen de la ACId sin evidente estenosis grave ni trombosis, aunque se detecta una apófisis estiloides derecha prominente de 3 cm de longitud que contacta y se interpone en la bifurcación carotídea. El paciente es tratado mediante endarterectomía carotídea derecha y estiloidectomía en una intervención coordinada entre cirugía vascular y cirugía maxilofacial. Finalmente fue dado de alta asintomático con tratamiento antiagregante en prevención secundaria.

Conclusión: Las alteraciones morfológicas de la apófisis estiloides pueden ser la causa de ictus isquémico por compresión carotídea. La prueba de elección para su diagnóstico es la TAC cervical con angioTC y su tratamiento es quirúrgico.

21351. VASCULITIS SISTÉMICA COMO ETIOLOGÍA INHABITUAL DE ICTUS ISQUÉMICO RECURRENTE

del Pino Díaz, I.; Guirado Ruiz, P.; Morales Lahoz, Á.; Dengra Maldonado, A.; Villegas Rodríguez, I.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con ictus isquémico de repetición en contexto de vasculitis sistémica.

Material y métodos: Presentación de caso y revisión de bibliografía.

Resultados: Se trata de un varón de 53 años que ingresa por un ictus isquémico hemiprotuberancial izquierdo. Entre sus antecedentes destacan un episodio de mononeuritis múltiple y un ictus isquémico con afectación multiterritorial cuatro meses antes del episodio actual. Además, el paciente se encontraba en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Sistémicas por úlceras cutáneas en miembros inferiores que cursaban en brotes con buena respuesta a corticoides. El estudio vascular y cardiológico no arrojó una etiología definitiva. Se solicitó una PET-TAC que no objetivó causa tumoral y se realizó una punción lumbar que demostró hiperproteínorraquia y niveles de IL-6 elevados. Por coexistencia de los síntomas neurológicos y sistémicos compatibles se planteó diagnóstico de poliarteritis nodosa con afectación neurológica en probable contexto de déficit de adenosina deaminasa-2. Ante esta posibilidad, se inició tratamiento inmunosupresor, tras lo cual el paciente no ha presentado nuevos episodios neurológicos ni cutáneos.

Conclusión: Dentro del diagnóstico diferencial de la etiología del ictus isquémico deben ser consideradas causas inflamatorias como las vasculitis, especialmente ante pacientes jóvenes sin factores de riesgo vascular. La poliarteritis nodosa se trata de una vasculitis que afecta a vasos de pequeño-mediano calibre. Las manifestaciones en SNC, entre las que se encuentra el ictus isquémico, son infrecuentes y recientemente asociadas al déficit de adenosina deaminasa. Su adecuado diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para evitar las recurrencias.

21259. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO Y ALTO RIESGO DE FA OCULTA PARA LA COLOCACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN CARDÍACA EXTERNA

Montalvo Moraleda, M.¹; Martínez Tello, C.¹; Cebrián Escudero, J.¹; Martínez Ramos, J.¹; Martín Gil, L.²; de la Calle Cuevas, M.²; Barbero Bordallo, N.¹; Fernández Ferro, J.¹