

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Elena.

**Objetivos:** La monitorización prolongada del ritmo cardíaco aumenta la probabilidad de detectar fibrilación auricular (FA) en pacientes con ictus criptogénico. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de un protocolo de selección de pacientes para la colocación de un dispositivo de monitorización externo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes consecutivos con ictus criptogénico y alta sospecha de FA oculta definida previamente mediante un protocolo consensuado con cardiología que incluye criterios clínicos, de neuroimagen relacionados con el ictus y criterios cardiológicos (monitorización ECG, eocardiograma y/o NT-proBNP). La monitorización se realizó mediante el dispositivo NUUBO® Wearable ECG durante 30 días.

**Resultados:** Entre enero de 2020 y diciembre de 2023 se monitorizaron 60 pacientes, de los que solo 49 cumplen los criterios de alto riesgo definidos. Edad media  $76,31 \pm 6,84$  años, el 42% eran mujeres. La puntuación media CHA2DS2VASC fue  $6 \pm 1,31$ . El 87,8% presentan ictus cortical y el 16,3% ictus múltiples. El 85,7% presentaba dilatación de la aurícula izquierda y el 71,4% extrasistoles supraventriculares. Se detectó FA en 17 pacientes (28% del total, 34% de los que cumplen el protocolo) en los cuales se inició tratamiento anticoagulante de forma precoz. No se identifica FA en pacientes que no cumplen el protocolo. No se identifican recurrencias en los pacientes anticoagulados.

**Conclusión:** La monitorización cardíaca prolongada mediante dispositivos externos aumenta la detección precoz de FA en ictus de etiología indeterminada y permite optimizar precozmente el tratamiento antitrombótico en prevención secundaria. La selección mediante criterios de alto riesgo pre establecidos mejora la probabilidad de detección de FA.

## 21509. UN RETO DIAGNÓSTICO: DISFAGIA COMO PRESENTACIÓN DE ICTUS

Acosta de los Reyes, M.; Ruiz García, J.; Molinero Marcos, A.; Coronado Puerto, C.; García Ortiz, M.; Serrano García, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar.

**Objetivos:** La disfagia como presentación inicial de ictus es poco común y suele presentarse en el contexto de un síndrome pseudobulbar que puede estar ocasionado por lesiones operculares, por infartos lacunares bilaterales o por infartos pontocerebelosos. Presentamos el caso de un ictus que debutó como disfagia aguda aislada.

**Material y métodos:** Mujer de 71 años con disfagia a sólidos y líquidos de 12 horas de evolución que debutó con disfagia súbita de sus secreciones mientras dormía. Al inicio fue valorada por Otorrinolaringología y Digestivo. Tras descartar patología se interconsultó con Neurología y se llegó al diagnóstico de ictus.

**Resultados:** En la exploración neurológica se constató una parálisis del nervio hipogloso izquierdo y un reflejo nauseoso derecho abolido. La fibrolaringoscopia y esofagoscopia fueron normales. En la neuroimagen se visualizó un ictus subagudo de bulbo y hemisferio cerebeloso derechos, sin oclusión de gran vaso. Se decidió iniciar doble antiagregación mediante sonda nasogástrica (SNG). Durante el ingreso la paciente permaneció con disfagia grave, impidiéndole deglutar su propia saliva, aunque evolucionó favorablemente, logrando alimentación vía oral y retirada de SNG dos meses más tarde.

**Conclusión:** La disfagia es un síntoma que se produce comúnmente como consecuencia de un ictus. Sin embargo, es infrecuente que se presente como única manifestación de esta patología, haciendo que, en primer lugar, se planteen otros diagnósticos como patología otorrinolaringológica o digestiva y se retrase el diagnóstico. Por tanto, ante una disfagia aguda, aunque sea aislada, se deben considerar en el diagnóstico diferencial patologías neurológicas tales como ictus, síndromes miasténicos, miopatías o tumores.

## 21026. ANÁLISIS DE INFLUENCIA DEL NÚMERO DE PASES EN EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO

Marta Enguita, J.; de la Riva Juez, P.; de Arce Borda, A.; Díez González, N.; González López, F.; Laspiur Gandara, R.; López de Turiso, A.; Martínez Zabaleta, M.

Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

**Objetivos:** Evaluar en nuestra cohorte de ictus isquémico y oclusión de gran vaso la influencia del número de pases en eficacia y seguridad del tratamiento endovascular.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 75 casos. Evaluación de los principales parámetros de eficacia (revascularización y dependencia funcional a 90 días) y seguridad (transformación hemorrágica y mortalidad a 90 días) con el número de pases mediante análisis univariado y multivariado.

**Resultados:** 75 pacientes, con 96,3% de recanalización (TICI 2b-3), 52% de ellos con único pase del dispositivo. El número de pases fue mayor en oclusiones distales de ACI/oclusión en T intracraneal y con los dispositivos de tipo stentriever o técnica combinada. Aquellos pacientes con > 3 pases presentaron similares tasas de recanalización y de transformación hemorrágica, pero se asoció con mayor riesgo de mortalidad y dependencia en los pacientes recanalizados ( $p = 0,02$ ). No se encontraron diferencias en el número de pases por etiología ni factores de riesgo vascular. La revascularización con pase único fue más frecuente en localizaciones M1-2 y se asoció a menores tasas de mortalidad/dependencia ( $p < 0,04$ ).

**Conclusión:** Existen factores, principalmente técnicos, asociados a necesidad de un mayor número de pases de los dispositivos de tratamiento endovascular, asociando estos pacientes un peor pronóstico vital y funcional.

## Enfermedades cerebrovasculares P6

### 20491. SÍNDROME DE LA OREJA ROJA SECUNDARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres López, L.<sup>1</sup>; Martínez Fernández, I.<sup>2</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>2</sup>; Cuenca Juan, F.<sup>2</sup>; Ocaña Mora, B.<sup>2</sup>; Sánchez Morales, L.<sup>2</sup>; Fernández Usero, A.<sup>2</sup>; López Rojo, Á.<sup>2</sup>; Hernández Fernández, F.<sup>2</sup>; Payá Montes, M.<sup>2</sup>; Olmeda, C.<sup>3</sup>; Molina Nuevo, J.<sup>4</sup>; Alcahut Rodríguez, C.<sup>2</sup>; Ayo Martín, Ó.<sup>2</sup>; Serrano Serrano, B.<sup>2</sup>; Segura Martín, T.<sup>2</sup>

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

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Almansa; <sup>4</sup>Servicio de Radiología. Hospital General de Albacete.

**Objetivos:** El síndrome de la oreja roja (RES, red ear syndrome) es una entidad con prevalencia desconocida, más frecuente en mujeres. Cursa con episodios paroxísticos de ardor, dolor y enrojecimiento del pabellón auricular. Se cree que el péptido CGRP participa en su fisiopatología. Presentamos un caso de RES secundario a patología vascular.

**Material y métodos:** Mujer de 59 años con antecedentes de tabaquismo y cialgia osteodegenerativa derivada a Neurología por dolor facial y del pabellón auricular. Describe episodios recurrentes de dolor, enrojecimiento e inflamación principalmente del lóbulo de la oreja derecha, llegando incluso a sangrarle, con resolución tras 24 horas. Los síntomas empeoraron tras la infección por COVID-19. Ocasionalmente asocia enrojecimiento palmar.

**Resultados:** Se realizó estudio de vasculitis y biopsia del lóbulo auricular con hallazgos inespecíficos, y doppler TSA que descubrió oclusión crónica de la ACC derecha. La arteriografía mostró extensa circulación colateral desde ramas de la arteria vertebral a la ACE homolateral. El estudio genético detectó mutación del gen CHRNA2, relacionado con