

Infarto (mTICI) 0-1 o estenosis residual > 70%), el *stenting* intracraneal agudo permite obtener un mejor resultado angiográfico. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad del *stenting* en BAO tras fallo de TM.

Material y métodos: Presentamos una serie de 11 pacientes (2018-2023) con ictus por BAO tratados con *stenting* en fase aguda.

Resultados: La mediana de NIHSS inicial fue 18. Ninguno cumplía criterios para administración de fibrinolisis. En todos se utilizó la combinación *stentriever* y aspiración, siendo la recanalización eficaz (TICI 2b-3) en 7 pacientes (63%), de los cuales 4 (57%) presentaron un Rankin ≤ 3 a los 90 días. Las complicaciones más frecuentes fueron la broncoaspiración (45%), la estenosis/reoclusión del *stent* (27%) y la hemorragia intracraneal (10%). Hubo un total de 7 fallecidos: 3 durante las primeras 24 horas y 4 posteriormente (1 por reoclusión basilar y 3 por complicaciones respiratorias). La mediana del NIHSS al alta fue de 12.

Conclusión: En nuestra experiencia, a pesar de presentar una tasa de mortalidad elevada, el Rankin a los 90 días tras reperfusión eficaz es similar a la descrita en la literatura. La recanalización eficaz tras BAO podría mejorar el pronóstico vital y funcional de los pacientes, aunque hacen falta ensayos clínicos aleatorizados que lo confirmen.

21239. TROMBOS FLOTANTES CAROTÍDEOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE 19 CASOS

Lozano López, M.; Portela Martínez, L.; García Pastor, A.; Moratalla Sasu, V.; Sosa Luis, J.; Boto Martínez, R.; Iglesias Mohedano, A.; Vales Montero, M.; Díaz Otero, F.; Vázquez Alen, P.; Fernández Bullido, Y.; Gil Núñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Describir las características clínicas, radiológicas y evolución de una serie hospitalaria de pacientes con trombos flotantes carotídeos (TFC) e ictus.

Material y métodos: Analizamos las características de los TFC, tratamientos empleados, recurrencias y resolución radiológica de una serie de casos hospitalizados en un hospital terciario desde 2009 a 2024.

Resultados: Incluimos 19 pacientes. Mediana de edad de 63 años [RIC: 53-70], 63% mujeres, 17 casos cursaron como ictus isquémico ipsilateral al TFC con mediana NIHSS 7 [2-18]. En dos pacientes el TFC fue contralateral al ictus. En 13 casos se asoció a una placa de ateroma. Siete pacientes recibieron tratamiento de reperfusión aguda (3 trombolisis IV, 2 trombectomía mecánica y 2 ambas), sin complicaciones. En 2 casos el TFC se resolvió mediante aspiración, y en uno con colocación de *stent* carotídeo. En los 4 pacientes restantes el TFC persistió. Doce pacientes fueron tratados con anticoagulación y siete con antiagregación. La mediana de seguimiento fue 18 [4-25,5] meses. No disponemos de seguimiento clínico o radiológico en 3 pacientes. Todos los pacientes con seguimiento presentaron resolución radiológica del TFC: en los primeros 3 meses en 10 pacientes (7 con anticoagulantes y 3 con antiagregantes) y más tarde en los 3 restantes (1 anticoagulado y 2 antiagregados). No se produjeron recurrencias clínicas durante el seguimiento.

Conclusión: La mayoría de TFC se resolvieron en los primeros 3 meses. No se registraron recurrencias independientemente del tratamiento empleado. El tratamiento de reperfusión aguda no se asoció a complicaciones. La aspiración del TFC puede ser útil en casos seleccionados.

Enfermedades cerebrovasculares P7

20556. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD CIRCADIANA EN LA HEMORRAGIA EN GANGLIOS BASALES

Llorente Iniesta, M.¹; Valero López, Á.¹; Martínez García, F.¹; Sánchez García, C.¹; Rodríguez Martín, M.²; Ibáñez Gabarrón, L.¹; Arnaldos

Illán, P.¹; Miñano Monedero, R.¹; Galdo Galián, D.¹; Belmonte Hurtado, I.¹; Sanz Monllor, A.¹; García Molina, E.¹; Morales Ortiz, A.¹; Albert Lacal, L.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca;
²Servicio de Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Valorar la existencia de un patrón circadiano en la incidencia y características pronósticas de la hemorragia intracraneal en los ganglios basales (GGBB).

Material y métodos: Se analizó la gravedad del ictus (escala NIHSS) y el pronóstico (mRS al alta y mortalidad intrahospitalaria) en pacientes con hemorragia en ganglios basales ingresados en un hospital de tercer nivel entre los años 2019-2022. Se dividió el día en tres períodos: mañana (8-16 horas), tarde (16-0 horas) y noche (0-8 horas).

Resultados: Se analizaron 181 pacientes con hemorragia en los GGBB, siendo esta más frecuente por la mañana (40% del total). Se encontraron diferencias significativas en el NIHSS en los 3 períodos del día ($p = 0,006$), con un NIHSS medio de 15,25; 12,69 y 10,17 puntos en aquellos que la presentaron por la mañana, por la tarde y por la noche, respectivamente. Las pruebas *post hoc* revelaron diferencias significativas entre el grupo de la mañana y el grupo de la noche ($p = 0,005$). Además, se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes con un mRS bueno al alta, ($p = 0,036$) y con un mRS excelente al alta, ($p = 0,020$) entre los grupos. Los análisis *post hoc* mostraron una asociación entre la hemorragia por la mañana y un mRS no bueno ($p = 0,016$) y entre la hemorragia nocturna y un mRS excelente ($p = 0,007$). No hubo diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión: Los procesos circadianos parecen tener relevancia en el curso clínico de las hemorragias en los GGBB, presentando una mayor incidencia y peor pronóstico funcional aquellas ocurridas durante la mañana.

21254. RESULTADOS DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS PREVIAMENTE CON ACENOCUMAROL VS. ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA

Martínez García, F.; Llorente Iniesta, M.; Sánchez García, C.; Valero López, Á.; Arnaldos Illán, P.; Ibáñez Gabarrón, L.; Miñano Monedero, R.; Torres Núñez, D.; Belmonte Hurtado, I.; Galdo Galián, D.; Sanz Monllor, A.; Albert Lacal, L.; García Molina, E.; Escribano Soriano, J.; Morales Ortiz, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Estudiar las diferencias en los resultados y el pronóstico funcional tras trombectomía intraarterial mecánica (TM) en pacientes con ictus isquémico agudo anticoagulados previamente con acenocumarol frente con anticoagulantes de acción directa (ACOD).

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con ictus isquémico agudo tratados con TM. Se identificaron aquellos con tratamiento anticoagulante previo, divididos entre acenocumarol y ACOD. Se compararon características basales, propias del ictus, del tratamiento, complicaciones, mortalidad y resultados funcionales entre grupos. La escala de Rankin modificada (mRS) se definió como excelente (mRS ≤ 1) y bueno (mRS ≤ 2).

Resultados: Analizamos 101 pacientes (55,4% mujeres, mediana 78 años) con ictus isquémico agudo, anticoagulados con acenocumarol o ACOD (55,4 vs. 44,6%, respectivamente) y tratados mediante TM entre 2018 y 2022 en un hospital de tercer nivel. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales, salvo para diabetes (41,8% grupo acenocumarol vs. 20,5% grupo ACOD; $p = 0,024$). También hubo diferencias en: mortalidad intrahospitalaria (20 acenocumarol % vs. 4,5% ACOD; $p = 0,024$), ictus en progresión (12,5% acenocumarol vs. 0% ACOD; $p = 0,015$), NIHSS media al alta (12,84 acenocumarol vs. 7,69 ACOD; $p = 0,026$), mRS al alta bueno (33,9%

acenocumarol vs. 57,8% ACOD; $p = 0,017$) y mRS a los 3 meses excelente (21,6% acenocumarol vs. 43,2% ACOD; $p = 0,03$). En el análisis multivariante para Rankin excelente a los 90 días se mantiene la significación estadística (OR: ACOD 12,48; $p = 0,049$).

Conclusión: Los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con TM anticoagulados previamente con ACOD obtienen mejores resultados y mejor pronóstico funcional que los anticoagulados con acenocumarol.

21645. DISECCIÓN DE CARÓTIDA INTERNA (DCI) DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

del Águila Romero, S.; Hernández García, M.; Millet Oval, M.; Hernández Javier, C.; Lobato González, M.; Bartolomé Yumar, A.; Owrang Calvo, I.; Rojo Aladro, J.; Padilla León, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Objetivos: La DCI se presenta clásicamente con la triada de dolor cervicofacial, síndrome de Horner ipsilateral e isquemia cerebral o retiniana. Menos del 12% de los pacientes presentan parálisis de pares craneales bajos.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Varón de 44 años, con AP de tabaquismo y dislipemia. El paciente comienza con disfagia y desviación lingual, precedido por cuadro de cefalea intensa hemicraneal izquierda de inicio súbito en reposo 48 horas antes. Cuadro catarral y fiebre 5 días antes. ORL objetiva parálisis de cuerda vocal izquierda. La exploración muestra hemiatrofia lingual izquierda, caída de velo palatino izquierdo, disgeusia y disestesia frontal izquierda. TC cervical describe hipertrofia de amígdala palatina, no confirmada en exploración ORL (probable posicional). RMN cráneo urgente descarta alteraciones. Ante sospecha de multineuritis inflamatoria se realiza punción lumbar, sin alteraciones. AngioRMN cervical muestra DCI izquierda de 2 cm en su porción craneal con aumento de espacio pericarotídeo e hiperintensidad con supresión grasa en T1, confirmada mediante angioTC. Se inició antiagregación, con mejoría progresiva. A los 3 meses, angioTC mostraba resolución de la disección, con persistencia de la hiperintensidad en angioRMN. Clínicamente ha presentado mejoría.

Conclusión: La disección carotídea es una causa poco frecuente de parálisis de pares craneales bajos. Debe descartarse en jóvenes, con inicio súbito o cefalea asociada. Entre los mecanismos propuestos destacamos la compresión sobre estructuras adyacentes por aumento de volumen carotídeo, objetivado en nuestro caso clínico. Nuestro paciente ha presentado estabilidad clínica, con resolución radiológica de la disección. La persistencia de alteración de señal en ACI es frecuente en primeros meses.

20591. TROMBECTOMÍA EN PACIENTES CON ASPECTS BAJOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Díaz Corta, P.; Méndez García, S.; Puche Ribera, M.; Cardona Portela, P.; Lara Rodríguez, B.; Paipa Merchán, A.; Quesada García, H.; Núñez Guillén, A.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Los nuevos ensayos clínicos muestran seguridad y eficacia del tratamiento con trombectomía en pacientes con ictus agudo y con ASPECTS < 6 en TC craneal simple. Nuestro objetivo ha sido analizar los resultados obtenidos en nuestro centro siguiendo las directrices marcadas por estos nuevos ensayos y comprobar la similitud de resultados en práctica clínica real.

Material y métodos: Analizamos los tratamientos endovasculares entre septiembre de 2020 y marzo de 2024 en ictus con ASPECTS < 6. Evaluamos datos epidemiológicos, tasa de recanalización, situación funcional y mortalidad en comparación con resultados obtenidos en ensayos clínicos publicados.

Resultados: Se analizaron 35 pacientes con ASPECTS < 6 de los 827 tratamientos endovasculares realizados. La mediana de edad fue 69 años, con un 40% mujeres. La mediana de ASPECTS fue 5 y de NIHSS 20, de los cuales 49% presentaba oclusión en M1 con ligero predominio izquierdo. Se logró una tasa de recanalización TICI 2b-3 en el 85,7% de los casos. Cinco de ellos presentaron SICH. Los resultados mostraron un buen pronóstico funcional, con un 27,2% de los pacientes alcanzando un mRS de 0-2, aumentando al 42,4% si se amplía hasta mRankin 3, y una mortalidad del 36,4%.

Conclusión: A pesar de mayor número de SICH entre nuestros pacientes, no hubo diferencias significativas a los obtenidos en los ensayos clínicos en cuanto a características epidemiológicas, resultados funcionales y mortalidad, si bien nuestros pacientes presentaban mejor ASPECTS de entrada. Todo esto refuerza la necesidad de seguir los criterios de inclusión en dichos ensayos para aplicar el tratamiento con trombectomía a este tipo de pacientes.

20936. ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A ESTENOSIS CAROTÍDEA INTRACRANEAL POR MACROADENOMA HIPOFISARIO

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

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Los macroadenomas hipofisarios son tumores benignos mayores de 10 mm que pueden causar variedad de síntomas debido a su tamaño, localización y/o secreción hormonal. El ictus isquémico es una complicación poco frecuente de los macroadenomas hipofisarios resultante de la compresión de estructuras vasculares adyacentes.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Varón de 50 años, fumador, que consulta por clínica de inicio brusco de parestesias y pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo. Se realiza TC craneal con angioTC en los que se identifica una estenosis del 50-70% en la arteria carótida interna cavernosa derecha secundaria a una masa selar. La RM craneal confirma un macroadenoma hipofisario con efecto masa que comprime el quiasma óptico y estenosa la arteria carótida interna derecha, además de una lesión isquémica aguda subcortical frontal derecha. El estudio hormonal y la campimetria resultan normales. La evolución neurológica del enfermo es favorable y finalmente es dado de alta asintomática. Se encuentra pendiente de resección quirúrgica del macroadenoma vía transesfenoidal.

Conclusión: En el caso de nuestro paciente, la primera manifestación clínica de su macroadenoma hipofisario fue un ictus isquémico secundario a la compresión extrínseca de la arteria carótida interna derecha intracranal. Concluimos que, a pesar de tratarse de una etiología inhabitual de ictus isquémico, conviene tenerla presente en pacientes con ictus agudo y masas selares para lograr un abordaje inicial completo de este tipo de tumores y prevenir recurrencias u otras manifestaciones clínicas derivadas de su crecimiento.

20796. RIZANDO EL RIZO, UNA CAUSA RARA DEL INFRECUENTE CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO

Pedrero Prieto, M.¹; Tarruella Hernández, D.¹; Hernández Muela, S.²; Morales Caba, L.¹; Fortea Cabo, G.¹; García Tercero, R.³; Tembl Ferrairo, J.¹; Escudero-Martínez, I.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

²Área de Neurociencias. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

³Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.