

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 Alandro, 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 hemisférica 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 pericarotideo e hiperintensidad por 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 Mimbres, 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 sellar. 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 campimetría resultan normales. La evolución neurológica del enfermo es favorable y finalmente es dado de alta asintomático. 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 intracranial. Concluimos que, a pesar de tratarse de una etiología inusual de ictus isquémico, conviene tenerla presente en pacientes con ictus agudo y masas sellares 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 Ferrairó, 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.