

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 parestias 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 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.

Objetivos: Presentar un cuadro de vasculopatía lenticuloestriada mineralizante (VLM) como causa infrecuente de código ictus pediátrico.

Material y métodos: Se realiza una descripción de un caso clínico de esta entidad atendido como código ictus pediátrico en un hospital de referencia y se realiza una breve revisión de la patología.

Resultados: Paciente femenina de 13 meses de edad traída por padres al Servicio de Urgencias Pediátricas por cuadro de debilidad hemicorporal derecha y alteración del comportamiento de 20 horas de evolución. Habían acudido inicialmente por traumatismo craneal leve, siendo dada de alta por ausencia de lesiones traumatológicas y TC craneal sin contraste normal. Ante persistencia de los síntomas, consultan de nuevo y se activa el Código Ictus. Se realiza RM cerebral urgente en el que se observa lesión isquémica en región de arterias lenticuloestriadas de ACM izquierda establecida. Se inicia antiagregación simple con AAS (5 mg/kg/día) e ingresa en UCI pediátrica. Se realiza estudio vascular, cardiológico, metabólico y de trombofilias siendo todos ellos normales. Dada la presencia de calcificaciones en neuroimagen, la distribución de la lesión, el antecedente de traumatismo y la normalidad del resto de pruebas complementarias, se establece el diagnóstico de VLM.

Conclusión: La VLM es una causa infrecuente de ictus isquémico en pacientes pediátricos relacionada con traumatismos craneoencefálicos menores. Se desconoce la fisiopatología subyacente, aunque se ha hipotetizado la ferropenia como factor predisponente. El riesgo de recurrencia disminuye con la edad y no se ha observado eficacia de la antiagregación en estos casos.

21221. CLÍNICA INUSUAL EN ICTUS DE ARTERIA VERTEBRAL

Acuña Enríquez, K.; Parra Martínez, J.; Domingo Monge, F.; Guarner Rodríguez de Sanabria, J.

Servicio de Neurología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Describir el caso clínico de una paciente con un ictus embólico de arteria vertebral que presenta un debut clínico inhabitual.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico.

Resultados: Paciente de 82 años, con antecedentes de fibrilación auricular y valvulopatía mitral anticoagulada con acenocumarol, que presentó episodio brusco de dolor cérico-occipital con pérdida de fuerza en miembros superiores. A la exploración neurológica destacó paresia de miembro superior izquierdo 1/5 y paresia miembro superior derecho 4/5, sin alteración del lenguaje, afectación sensitiva ni cerebelosa. En analítica sanguínea presentó un INR de 2,45 sin más alteraciones. En la TC craneal y angioTC destacó oclusión de salida de la arteria vertebral izquierda con relleno parcial en su segmento V1 y oclusión completa V2 y V3. Tras la valoración en conjunto, la paciente fue desestimada para el tratamiento con fibrinólisis debido a su estado anticoagulante, así como para el tratamiento endovascular. Finalmente, la RM cerebral y cervical demostró signos de isquemia aguda en territorio de la PICA y a nivel de la arteria medular anterior.

Conclusión: La clínica descrita de dolor cérico-occipital con diparesia de miembros superiores es una semiología infrecuente en un ictus embólico de arteria vertebral, que debe tenerse en cuenta para un diagnóstico precoz para evitar el retraso del tratamiento en fase aguda de un ictus.

20639. PARÁLISIS AISLADA DEL NERVO HIPOGLOSO SECUNDARIA A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

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

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: La parálisis del nervio hipogloso aguda aislada es infrecuente. Su etiología puede variar, incluyendo causas traumáticas, infecciosas, tumorales o vasculares.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico.

Resultados: Varón de 46 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial sin tratamiento. Acude al servicio de urgencias por un cuadro detectado al despertar por la mañana de dificultad para articular el lenguaje y sensación de alteración de la movilidad lingual, sin otros síntomas asociados. En la exploración física presenta a la protrusión de la lengua desviación de la misma hacia la derecha. Se realiza TC craneal multimodal sin alteraciones. Durante el ingreso se completa el estudio con una RMN craneocervical que evidencia prominencia de estructuras vasculares rodeando el bulbo raquídeo. Se realiza arteriografía que muestra fístula arteriovenosa a nivel del foramen magno con aferencias arteriales desde arteria cerebelosa posteroinferior derecha y arteria espinal anterior con drenaje venoso a región peribulbar-perimedular. Se decide cierre de la fístula tras valoración con los Servicios de Neurocirugía y Radiología Intervencionista, con mejoría posterior de la clínica.

Conclusión: La afectación aislada del nervio hipogloso es muy infrecuente. Este caso resalta la importancia de considerar causas vasculares inusuales en pacientes con síntomas neurológicos aparentemente simples, así como la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su manejo.

21427. LA INCANSABLE BÚSQUEDA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

González Sarmiento, R.¹; Díaz Pollán, B.²; Marcelo, C.²; Prieto Moriche, E.³; Ramírez, U.⁴; Hernández, B.⁵; Navia, P.⁶; Fuentes, B.¹; Rigual, R.¹; Hervás, C.¹

¹Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ³Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁴Servicio de Cirugía Cardíaca. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁵Servicio de Neurocirugía. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁶Servicio de Radiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas importantes. Frecuentemente su forma de presentación es atípica y su diagnóstico certero, elusivo.

Material y métodos: Describimos el caso de un paciente con presentación clínica atípica de EI, requiriendo técnicas avanzadas para su diagnóstico.

Resultados: Un varón de 47 años con antecedente de recambio valvular aórtico percutáneo dos años atrás acude a Urgencias por fiebre, cefalea y rigidez de nuca de una semana de evolución. La analítica presenta PCR 18,2 mg/l y el LCR muestra presión de apertura 25 cm H₂O, 10 linfocitos y proteínas 53,7 mg/dl. FilmArray y cultivos de LCR son negativos. Al día siguiente desarrolla súbitamente hemianopsia homónima derecha, objetivando en imagen un extenso hematoma occipital izquierdo dependiente de un pseudoaneurisma distal de la ACP. Sospechando un pseudoaneurisma micótico de origen cardíaco, se realizan cultivos, serologías, ecocardiograma transtorácico y transesofágico de repetición, TC toracoabdominopélvico buscando signos de embolia sistémica y estudio ampliado para descartar otras posibles causas, siendo todo ello negativo. La repetición de serología para *Coxiella burnetii* (primera determinación errónea) fue positiva a