

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

títulos altos. La PET-FDG-TC cardiaca demuestra hipermetabolismo en la válvula aórtica protésica y la TC cardiaca objetiva un absceso perivalvular. Tras recambio valvular se realiza PCR de *C. burnetii* en la misma, siendo positiva.

Conclusión: La EI es una entidad de diagnóstico esquivo. La negatividad de las pruebas iniciales, incluso ecocardiograma transesofágico, no excluye el diagnóstico si existe una sospecha clínica justificada. La PET-FDG-TC y la TC cardiacas pueden aportar datos cruciales para el diagnóstico.

20543. ¿VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL? UN RETO DIAGNÓSTICO

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

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: La vasculitis primaria del sistema nervioso central (PACNS) es una rara entidad autoinmune cuyo diagnóstico en muchas ocasiones supone un desafío. Se presenta un caso en el que el diagnóstico de sospecha persiste a pesar de una biopsia negativa.

Material y métodos: Mujer de 38 años que inició un cuadro subagudo de astenia y cefalea hemicraneal izquierda, instaurándose posteriormente de forma brusca una afasia mixta de predominio motor y una hemiplejía derecha. En la TC cerebral se observaron múltiples lesiones hipodensas bihemisféricas y en la angioTC múltiples estenosis focales y segmentarias sugestivas de vasculopatía inflamatoria. Se obtuvo líquido cefalorraquídeo sanguinolento con hiperproteínorraquia y leuco-rraquia; una RM cerebral que evidenció numerosos infartos isquémicos en distintos estadios evolutivos; y una arteriografía que confirmó los hallazgos de la angioTC. Se amplió el estudio de vasculitis secundaria, descartándose patología infecciosa, tumoral o autoinmune sistémica y se inició tratamiento con corticoterapia y ciclofosfamida. Finalmente se decidió biopsia, analizándose fragmentos de duramadre, corteza cerebral y sustancia blanca, con hallazgos inflamatorios inespecíficos.

Resultados: La PACNS afecta a vasos de pequeño y mediano calibre del SNC, manifestándose frecuentemente con cefalea e ictus isquémicos multiterritoriales. Se debe sopesar un amplio estudio diferencial, aunque en un supuesto clínico adecuado y ante una neuroimagen característica, debe prevalecer su consideración. Esto es así incluso en ausencia de una biopsia diagnóstica, ya que esta cuenta con una sensibilidad del 53-75% dado el carácter segmentario de esta patología.

Conclusión: Se expone un caso clínico de PACNS probable, destacándose la complejidad del diagnóstico de esta infrecuente y grave afección.

20702. PREDICTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE GRAN VASO SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y DIAGNÓSTICO PREVIO DE NEOPLASIA

Villar Rodríguez, C.¹; Villagrán Sancho, D.¹; Luque Ambrosiani, A.¹; Zapata Arriaza, E.²; Ainz Gómez, L.¹; Baena Palomino, P.¹; Medina Rodríguez, M.¹; Cabezas Rodríguez, J.¹; Pardo Galiana, B.¹; Hermosín Gómez, A.¹; Mendoza Corredor, L.²; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.²; Aguilar Pérez, M.²; González García, A.²; Zamora Piñero, A.³; Gil González, L.³; Moniche, F.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ²Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Rocío; ³Instituto de Biomedicina de Sevilla.

Objetivos: Identificar variables pronósticas en pacientes con antecedente de neoplasia e ictus isquémico secundario a oclusión de gran vaso (OGV) tratado mediante trombectomía mecánica (TM).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con ictus isquémico secundario a OGV sometidos a TM en nuestro centro (2022-2023) incluidos en el registro prospectivo ARTISTA. Análisis estadístico uni y multivariante, empleando una regresión logística binaria para identificar predictores independientes de mal pronóstico funcional o muerte (definido como mRS > 2) a los 90 días, en pacientes con ictus isquémico y antecedente personal de neoplasia.

Resultados: De 1.080 pacientes tratados con TM, 148 (13,7%) tenía antecedente de neoplasia. De estos el 58,4% eran hombres con mediana de 74 años (RIC: 66-80,75), el 44,5% con cáncer activo y el 27,7% recibió fibrinólisis intravenosa. A los 90 días el 56,4% presentaba un mRS > 2 y el 19% había fallecido. Los predictores independientes de mRS > 2 a 90 días en estos pacientes incluyeron recanalización TICI 0-2^a [OR = 2,3; IC95% (1,1-5,2); p < 0,001], oclusiones distintas a M2 [OR = 2,3; IC95% (1,1-5,3); p = 0,031], ausencia de cirugía oncológica previa [OR = 2,5; IC95% (1,2-5,5), p = 0,015], tratamiento con hormonoterapia previa [OR = 11,9; IC95% (1,5-95,1); p = 0,01] y el NIHSS en el ingreso [OR = 1,2; IC95% (1,1-1,2); p < 0,001].

Conclusión: En nuestra muestra, la ausencia de cirugía oncológica preictus y el tratamiento con hormonoterapia del cáncer, además de mala recanalización, oclusión proximal, y NIHSS basal identifican a pacientes con mayor riesgo de mal pronóstico funcional o muerte en pacientes con antecedente de neoplasia sometidos a TM. Presentamos uno de los primeros estudios que permiten identificar variables pronósticas en pacientes con antecedente de neoplasia sometidos a TM.

20102. OCLUSIÓN SIMULTÁNEA DE AMBAS ACM: UNA CAUSA EXTREMADAMENTE INHABITUAL DE ICTUS ISQUÉMICO

García García, M.¹; Salvador Sáenz, B.¹; Romero Plaza, C.¹; Díaz del Valle, M.¹; Benítez del Castillo, I.¹; Cerca Limón, Á.¹; Piquero Fernández, C.¹; Escolar Escamilla, E.¹; Sáenz Lafourcade, C.¹; Pinel González, A.¹; Méndez Burgos, A.¹; Martín Ávila, G.¹; Martínez Menéndez, B.¹; Muñoz Olmedo, J.²; Terrero Carpio, R.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: La oclusión simultánea de ambas arterias cerebrales medias (ACM) constituye una causa inhabitual de ictus isquémico, pero que asocia importante morbilidad, por lo que requiere de una intervención médica temprana. Presentamos un caso en nuestro hospital tratado mediante trombectomía mecánica bilateral, con buen resultado funcional, y revisamos la literatura disponible (menos de 10 casos publicados).

Material y métodos: Mujer de 76 años con todos los factores de riesgo vascular y fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom® (sustituido por bemparina una semana antes para realización de una CPRE), que presenta cuadro brusco de 2 horas de evolución de disminución del nivel de consciencia, afasia y plejía de las 4 extremidades, con NIHSS de 40, por lo que se activa código ictus y se procede a intubación orotraqueal.

Resultados: La TAC craneal presenta un ASPECTS 10, y en la angioTAC de troncos supraaórticos y polígono de Willis se objetiva oclusión de ambas ACM (M1 derecha y bifurcación M1-M2 izquierda). No se considera fibrinólisis intravenosa por INR 1,9 en paciente anticoagulada. Se realiza trombectomía mecánica con resultado TICI 3 en ambas ACM. La evolución clínica de la paciente es favorable, con NIHSS 5 al día siguiente, por lo que se reintroduce anticoagulación oral precoz ante ausencia de transformación hemorrágica en TAC craneal de control. La paciente presenta un ERm de 3 a los 3 meses.

Conclusión: La oclusión simultánea de ambas ACM es una urgencia médica que requiere un tratamiento endovascular temprano para disminuir la morbilidad en estos pacientes.