

mejoría clínica y eléctrica. En EEG de control presenta actividad de fondo normal, sobre la que se evidencia de forma poco frecuente un foco lento temporal izquierdo y alguna onda aguda frontal derecha aislada.

**Conclusión:** A pesar de no existir un consenso de manejo en pacientes con *continuum* ictal-interictal, en caso de diagnóstico de encefalitis recurrente con posibilidad de nuevos episodios y dado que este patrón refleja una alteración metabólica cerebral con riesgo incrementado de crisis, consideramos adecuado el tratamiento antiepiléptico para reducir el daño cerebral metabólico secundario.

## 20291. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE EN TRATAMIENTO CON CENOBAMATO

Gil Luque, S.; Fernández Ramajo, C.; Sancho Valderrama, B.; Delgado Bárcena, L.; Flores, L.; Bonilla Zhañay, A.; Arteta Gutiérrez, N.; Echavarría Íñiguez, A.; Macarrón Vicente, J.; Hernando Asensio, A.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos.*

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar la eficacia y la tolerabilidad en una muestra de pacientes con epilepsia farmacorresistente en tratamiento con cenobamato.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo longitudinal observacional que incluyó pacientes diagnosticados de epilepsia farmacorresistente y que tengan o hayan tenido tratamiento activo con cenobamato. Se recogen datos acerca del tipo de epilepsia, localización del foco epileptógeno, edad de inicio y tiempo de evolución de la epilepsia, estudio de neuroimagen, comorbilidades neurológicas o psiquiátricas, antecedentes personales y/o familiares, fármacos anticrisis utilizados, otros tratamientos previos (cirugía, neuroestimulación...), presencia de estatus epiléptico o pseudocrisis, edad de inicio del tratamiento con cenobamato, frecuencia de crisis pre y postratamiento y reducción de las mismas (< 50%, ≥ 50%, > 75%), efectos adversos, tasa de retención y dosis máximas alcanzadas de cenobamato.

**Resultados:** Muestra de 23 pacientes (12 hombres, 11 mujeres). Foco epileptógeno más frecuente el temporal (43,48%), con displasia como alteración más frecuente (21,74%). Media de fármacos anticrisis utilizados de 7,91 [3-13]. Media de crisis previo al tratamiento con cenobamato (dosis media de 175 mg/día [50-400 mg/día]) 9 crisis/mes; media después del tratamiento 4,74 (reducción promedio del 55%). Un paciente presenta reducción del 100%, cuatro del 75-100% y once del 50-75% (un total de 16/23 pacientes reducción superior al 50%). Solamente tres pacientes mostraron efectos secundarios (leves), con una tasa de retención del 86,96%. No se objetivó correlación entre la disminución de crisis/día y otras variables estudiadas.

**Conclusión:** El tratamiento con cenobamato presenta una elevada eficacia y buena tolerancia, disminuyendo la frecuencia de crisis en pacientes con epilepsia farmacorresistente.

## 20267. SÍNDROME DE JEAVONS. A RAZÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS EN NUESTRO CENTRO DE DIAGNÓSTICO EN LA EDAD ADULTA

Castro Montenegro, A.<sup>1</sup>; Fernández Martín, I.<sup>1</sup>; Pose Cruz, E.<sup>1</sup>; Dorta Expósito, B.<sup>1</sup>; Torres Iglesias, C.<sup>1</sup>; Alonso García, G.<sup>1</sup>; Castro Vilanova, M.<sup>1</sup>; Fernández Gil, S.<sup>2</sup>; Piñeiro Chapela, P.<sup>2</sup>; Repáraz Andrade, A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo;

<sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; <sup>3</sup>Unidad de Genética y Patología Molecular. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**Objetivos:** El síndrome de Jeavons (SJ). es un síndrome epiléptico infradiagnosticado, generalmente farmacorresistente, caracterizado por mioclonías palpebrales, crisis/paroxismos electroencefalográficos

inducidos por cierre palpebral y fotosensibilidad. Presentamos 2 pacientes diagnosticadas en la edad adulta a través del electroencefalograma.

**Material y métodos:** Describimos la historia clínica, electroencefalogramas y tratamientos ensayados de las dos pacientes con SJ.

**Resultados:** Paciente 1: mujer de 33 años con diagnóstico de epilepsia ausencias juvenil (EAJ) a los 8 en tratamiento con levetiracetam 1.500 mg/12 horas +lamotrigina 200 mg/12 horas. Había ensayado varios fármacos sin respuesta (zonisamida, etosuximida, topiramato y perampanel) o intolerancia (valproico). Refería paroxismos de bloqueo y desviación ocular. El video-EEG mostró polipunta-onda 3-4 Hz precedidas por cierre ocular lento y episodios clínicos de detención de actividad, mirada fija, supravversión ocular y mioclonías palpebrales. Se retomó la etosuximida con respuesta. Paciente 2: mujer de 19 años. Desconexiones diarias desde los 9 años con diagnóstico de EAJ a los 11 tras una crisis tónico-clónica generalizada. Controlada con valproico y etosuximida a los 17 años que comenzó con desconexiones diarias. Inicialmente se cambió valproico por perampanel sin respuesta. El video-EEG mostró descargas generalizadas complejas punta y polipunta-onda 3,5-4,5 Hz se hasta 6 s, clínicamente iniciaban con cierre palpebral lento, ocasionalmente seguido de aleteo palpebral. Se consiguió un mejor control clínico ajustando la dosis de etosuximida.

**Conclusión:** Como en nuestros casos, el diagnóstico del SJ puede verse retrasado dadas las características sutiles y breves de las crisis, confundiendo con otro tipo de epilepsia generalizada. Tratándose, generalmente, de una epilepsia farmacorresistente, en nuestros casos, el mejor control se ha conseguido con etosuximida.

## 20492. EPILEPSIA MIOCLÓNICA DE DEBUT TARDÍO: ¿“JUVENIL” EN UN ANCIANO?

Báñez Sagasti, F.<sup>1</sup>; Hernán Gómez, R.<sup>1</sup>; Abarrategui Yagüe, B.<sup>1</sup>; de la Puente Garrido, B.<sup>1</sup>; Barrios Álamo, L.<sup>1</sup>; Barrios Álamo, C.<sup>1</sup>; Ebrat Mancilla, E.<sup>2</sup>; Marín Serrano, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>2</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** Señalar la importancia de considerar las etiologías menos habituales en la epilepsia de debut en el paciente anciano.

**Material y métodos:** Paciente de 90 años, con antecedentes de HTA, AIT vertebrobasilar y recientemente un carcinoma de endometrio, sin deterioro cognitivo e independiente. Como antecedentes familiares, su hermana gemela tuvo epilepsia desde la adolescencia, con crisis convulsivas. La noche previa a hospitalización para histerectomía comienza tratamiento con gabapentina. El día posterior despierta confusa. Horas después, tras la toma de nuevo comprimido de gabapentina comienza con mioclonías bilaterales de miembros superiores, pierde la conciencia y presenta movimientos tónico-clónicos bilaterales durante 3 minutos, cediendo tras diazepam 2,5 mg IV.

**Resultados:** Se realiza TC y analítica urgente sin hallazgos. En video-EEG se registra actividad epileptiforme de alta persistencia con morfología de polipunta-onda generalizada, además de mioclonías palpebrales y en miembros superiores con la estimulación luminica intermitente. En RM leucoaraiosis periventricular y subcortical. Dada la semiología mioclonotónico-clónica, los hallazgos en EEG, el antecedente familiar y la gabapentina como desencadenante, se sustituye el tratamiento con lacosamida pautado inicialmente por brivaracetam. Dos meses después, libre de crisis, exploración normal y sin síntomas cognitivos.

**Conclusión:** A pesar del debut tardío, se trata de una epilepsia cuyos rasgos electroclínicos y la ausencia de síntomas cognitivos y temblor/ataxia son más habituales en la epilepsia mioclónica juvenil que en otras epilepsias mioclónicas de inicio en el adulto. La caracterización semiológica y electroclínica precisa fue esencial para evitar fármacos bloqueantes de sodio, indicados en las más frecuentes epilepsias focales de inicio tardío, que podrían ser deletéreos en este caso.