

distales en los 4 miembros y episodios sincopales de repetición. A la exploración tetraparesia arrefléctica simétrica con disautonomía asociada.

Resultados: EMG con polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante. LCR y autoinmunidad negativos. Inició IgIV a dosis 0,4 g/kg/día durante 5 días, sufriendo posteriormente crisis de ausencia con hemianopsia y debilidad en hemicuerpo izquierdos. RM craneal con lesiones hiperintensas en T2/FLAIR de localización corticosubcortical prerolándico, biparietooccipital y cerebeloso izquierdo, compatibles con PRES. Desarrolla insuficiencia respiratoria aguda, hiponatremia por SIADH y disminución del nivel de conciencia, constatándose en TC craneal hematoma intraparenquimatoso parietooccipital izquierdo expansivo, siendo finalmente *exitus*.

Conclusión: Se expone un caso raro de PRES por IgIV en una paciente con SGB. Esta concurrencia sindrómica está descrita en la literatura, describiéndose 30 casos hasta la fecha. La disautonomía y las IgIV están reconocidas como potenciales desencadenantes de PRES. La elevación aguda y fluctuación de la TA, así como la gravedad del SGB constituyen las características más comunes de los casos publicados. Sin embargo, ninguno de ellos había desarrollado una hemorragia intraparenquimatosas espontánea, como ocurrió en este caso.

20232. EVOLUCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL (2020-2023)

Gonçalves Faria, V.; Sánchez Cano, N.; Romero Lorenzo, R.; Colilla Cantalejo, L.; Galiana Ivars, A.; Gallardo Corral, E.; Camacho Nieto, A.; Vargas Fernández, C.; Colas Rubio, J.; Corral Pérez, F.; Sánchez del Valle, O.; Dileone, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado.

Objetivos: Evaluar la evolución de la implementación del Código Ictus en nuestro centro durante el período 2020-2023 y analizar la influencia de la actualización del protocolo de Castilla-La Mancha.

Material y métodos: Mediante un registro intrahospitalario se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se valoró: lugar de activación, el tiempo puerta-TAC, el tiempo puerta-aguja y puerta-ingle, así como los tratamientos recibidos.

Resultados: El Código Ictus se implantó en nuestro hospital en 2020. En 4 años, se incluyeron 566 pacientes (57,2% varones, edad media 72 años). Del total, el 23% recibió fibrinólisis, el 5% trombectomía mecánica directa, el 3% terapia puente, y el 72% no recibió tratamiento. La tasa de activaciones creció un 2% entre 2020-2021, 9% entre 2021-2022 y 31% entre 2022-2023. Las activaciones intrahospitalarias alcanzaron el 69% en 2023. Los tiempos puerta-TAC se redujeron de 35 minutos en 2020 a 30 minutos en 2023. Los tiempos puerta-aguja fueron de 48 minutos en 2020 y 57 minutos en 2023.

Conclusión: La implantación del Código Ictus en un hospital con un área de salud de 150.000 habitantes ha demostrado ser asequible y útil en incrementar el número de pacientes que se benefician de los tratamientos de fase aguda. Su implementación ha mejorado los parámetros de calidad del tratamiento agudo, manteniendo el estándar internacional y europeo en los tiempos puerta-TAC y puerta-aguja. Estos datos nos orientan a plantear ulteriores líneas de acción para seguir mejorando la eficacia del Código Ictus.

20391. ¿PARKINSONISMO FARMACOLÓGICO O ENFERMEDAD DE PARKINSON DESENMASCARADA POR LAMOTRIGINA?

Muñoz García, M.; González Sánchez, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Los trastornos del movimiento más frecuentes asociados a la lamotrigina (LTG) son mioclonías, ataxia y temblor. No obstante,

también se han descrito casos de parkinsonismo agudo secundario.

Material y métodos: Descripción de caso clínico y revisión de literatura. **Resultados:** Mujer de 76 años con antecedente de epilepsia focal temporal izquierda desde los 55 años controlada con levetiracetam (LEV, 1.250 mg/12h). A los 74 años inicia con un probable trastorno de la conducta del sueño REM y temblor postural en MMSS y mandibular, sin estigmas parkinsonianos. A esta edad, por mal control de crisis, se añadió LTG (50 mg/12 horas) y tras comentar síntomas depresivos se decidió aumentar LTG y disminuir LEV. Al aumentar LTG la paciente presentó un cuadro subagudo, progresivo y aditivo de enlentecimiento motor, torpeza, temblor generalizado y apatía. En la exploración se objetivó hipomimia, síndrome rígido-acinético (SRA) asimétrico (izquierdo), con empeoramiento del temblor previo y mioclonías. Se cambió LTG por eslicarbazepina con mejoría muy significativa al mes, aunque persistía el SRA leve. Se solicitó DaTSCAN para confirmar la sospecha de enfermedad de Parkinson (EP) subyacente. Se encontraron 13 casos publicados de parkinsonismo agudo o empeoramiento de pacientes con EP asociado a LTG. Solo en 1 caso se describe un SRA asimétrico-tremórico con DaTSCAN negativo que se eliminó tras suspensión de LTG.

Conclusión: La asociación entre parkinsonismo y LTG puede deberse a la reducción de la neurotransmisión glutamatérgica que también disminuye la transmisión dopaminérgica. Aunque plausible biológicamente, está poco descrito y debería tenerse en cuenta en la consulta de neurología.

21602. “CUANDO TU TÍA ‘ACNES’ TE PELLIZCA LA BARRIGA”

Llera López, I.¹; García Salgado, I.¹; Santos Sánchez de las Matas, L.¹; Bonelli Franco, Á.¹; Landaeta Chinchilla, D.¹; Yupanqui Guerra, L.²; Yus López, M.³; Barbero Bordallo, N.¹; Saldaña Díaz, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Rey Juan Carlos; ³Unidad del Dolor. Hospital Rey Juan Carlos.

Objetivos: El atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (del inglés, ACNES) es una causa infrecuente de dolor abdominal crónico en jóvenes. Se produce por compresión de ramas terminales de nervios intercostales D7-D12. Descripción de un caso de ACNES.

Material y métodos: Mujer de 23 años sin antecedentes. Consulta por dolor abdominal de 3 meses de evolución, localizado en línea paramediana derecha, lancinante, junto con pérdida de peso de 14 kilogramos. Como desencadenante, relaciona el inicio del dolor con un incremento de su actividad física. A la exploración, presenta dolor a la palpación del hemiabdomen derecho y alodinia localizada en tres puntos en el borde lateral derecho del músculo recto abdominal anterior. El dolor se reproduce durante la palpación de los puntos con la contracción abdominal (signo de Carnett).

Resultados: Ingresa en Digestivo realizándose estudio con TAC abdominal, ileocolonoscopía y gastroscopia, normales. Ante negatividad del estudio digestivo, se contacta con Neurología. Con sospecha de ACNES, se realizan potenciales evocados somatosensoriales, objetivando alteración de la conducción del nervio cutáneo anterior derecho compatible con atrapamiento del mismo. Una RM de pared abdominal descartó patología estructural. Inicia tratamiento médico (gabapentina y duloxetina), sin mejoría; bloqueo anestésico del nervio con mejoría parcial y, finalmente, neurectomía posterior al músculo recto abdominal que permite reducción de fármacos, pero no control completo del dolor.

Conclusión: ACNES es una causa infrecuente de dolor abdominal crónico. Puede acompañarse de síntomas digestivos (náuseas, anorexia), lo que dificulta el diagnóstico. Debe sospecharse ante un estudio digestivo negativo. El tratamiento de elección es local mediante bloqueo anestésico, neurectomía y radiofrecuencia.