

Mann-Whitney. Se obtuvieron modelos de regresión ordinal y logística ajustados por género, grado académico y variables sociodemográficas. **Resultados:** El 55% de los participantes presentó mala calidad de sueño. Un 36,8% mostró bajo bienestar, un 30,9% puntuaciones de depresión entre moderada y muy grave, siendo para ansiedad y estrés un 37,1% y 28,3 %, respectivamente. Estudiantes con mala calidad de sueño presentaron medianas (rango intercuartílico) más altas en las puntuaciones para estrés, ansiedad y depresión y menores de bienestar en comparación con aquellos con buena calidad de sueño (estrés: 4 [7] puntos vs. 2 [3]; $p < 0,010$; ansiedad: 4 [7] vs. 2 [3] puntos; $p < 0,010$; depresión: 5[8] vs. 2[3] puntos, $p < 0,010$; bienestar: 52 [32] vs. 68 [27] puntos; $p < 0,010$). Esta asociación se mantiene en los modelos de regresión multivariable.

Conclusión: Una mala calidad del sueño se relaciona con peor salud mental en estudiantes de primer curso de Ciencias de la Salud.

21099. DIME DE QUÉ PIE COJEAS Y RASTREARÉ TU STENT

Sifre Peña, C.¹; Povedano Panadés, M.²; Marco Cazcarra, C.³; Domínguez Rubio, R.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Galdakao-Usansolo; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos: Reporte de caso de lesión radicular de causa atípica y utilidad del EMG en el diagnóstico.

Material y métodos: Mujer de 41 años, sin antecedentes, tras angioplastia y stenting en vena iliaca externa izquierda vía percutánea inicia dolor neuropático en extremidad inferior ipsilateral. En la exploración limitación en flexión plantar del pie (MRC 4 ± 5), reflejos musculotendinosos preservados. Tras 1 mes de inicio de los síntomas, se realiza estudio neurofisiológico, donde la neurografía sensitiva resulta inexcitable para nervios peroneal superficial y plantar medial izquierdos. Neurografía motora de nervio peroneal y tibial con amplitud simétrica respecto al contralateral. EMG con aguja en músculos tibial anterior, glúteo medio y gastrocnemio lateral izquierdos muestra abundante actividad espontánea en forma de fibrilaciones y ondas positivas; y reclutamiento neurógeno con unidades motoras polifásicas. Con todo, estudio compatible con lesión axonal parcial aguda/subaguda de raíz L5-S1 izquierda con afectación posganglionar.

Resultados: Se confirma con Cirugía Vascular baja probabilidad de lesión debida a la posición quirúrgica en decúbito supino. Se solicita angioTC abdominal para descartar posible compresión extrínseca de la raíz nerviosa por hematoma retroperitoneal u otra complicación posquirúrgica. Se objetiva trombo intra stent con desplazamiento y angulación de este, contactando con el agujero de conjunción L5-S1 y con la salida de la raíz nerviosa a dicho nivel. Se realiza angioplastia intrastent, recolocación y liberación de la raíz con posoperatorio inmediato satisfactorio.

Conclusión: El estudio neurofisiológico, llevado a cabo e interpretado en el contexto clínico, resulta una herramienta útil en el diagnóstico topográfico de la patología del SNP, permitiendo asimismo establecer temporalidad y pronóstico.

20584. SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE UN CUADRO INFRECIENTE

Martínez Salio, A.¹; García-Bellido Ruiz, S.¹; Gil García, A.²; Enguános Parra, M.¹; Martínez Juez, A.³; del Álamo Díaz, M.¹; Saldaña Casado, R.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

²Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario 12 de Octubre;

³Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: El síndrome de dolor regional complejo tipo 1 es un cuadro infrecuente tras traumatismo consistente en un dolor neuropático intenso acompañado de alteraciones sensitivas, autonómicas, motoras y tróficas. La recurrencia es muy rara y prácticamente no existen series que estudien esta complicación.

Material y métodos: Presentamos una serie de cuatro mujeres con este cuadro, dentro de los 40 valorados en la consulta de Neurología en los últimos cuatro años.

Resultados: Primera paciente con dos episodios de síndrome de dolor regional complejo tras fractura de escafoides en muñeca derecha a los 16 y 28 años, con secuelas, tercer episodio a los 37 años tras lumbociática en miembro inferior derecho; buena evolución. Segunda paciente con primer episodio a los 58 años tras fractura radio izquierda con secuelas, segundo episodio a los 60 años tras fractura distal radio derecha; mejor evolución. Tercera paciente con cuadro en miembro superior derecha tras cirugía del desfiladero torácico a los 26 años con secuelas, reagudización a los 47 años tras colecistectomía; más leve. Cuarta paciente con primer episodio tras cirugía de metatarsalgia derecha a los 31 años, segundo episodio tras cirugía de rizartriosis derecha a los 41 años; ambos con secuelas.

Conclusión: El dolor regional complejo de repetición se dio en el 10% de los pacientes. Los segundos episodios suelen tener desencadenantes menores, pero de mejor evolución. Es importante sospechar y diagnosticar precozmente estos cuadros para hacer un manejo terapéutico correcto que evite secuelas neurológicas.

20306. EFECTO BENEFICIOSO DEL CENOBAMATO EN LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO EN UNA PACIENTE CON EPILEPSIA REFRACTARIA Y NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Arribas Ballesteros, B.¹; Sarmiento Pita, A.²; Pérez Martínez, J.³; Serrano Castro, P.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón;

²Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga;

³Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: El cenobamato (CNB) es un FAE de última generación para el tratamiento de las crisis focales en pacientes con epilepsia refractaria. Aunque actualmente está aprobado exclusivamente para este uso, se está empezando a postular que puede presentar también una mejoría significativa en otros tipos de epilepsias, así como en otras patologías.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 58 años con epilepsia farmacorresistente y neuralgia del trigémino con mal control de ambas, motivo por el que se inició CNB con subida progresiva hasta una dosis de 300 mg/24 horas, reportándose una mejoría progresiva y continua de las crisis epilépticas, pero sobre todo del dolor neurálgico, quedándose libre de crisis sin necesidad de otros analgésicos.

Resultados: El CNB presenta un mecanismo dual mediante su acción a nivel de canales de Na y GABAA. Hasta ahora uno de los primeros escalones terapéutico farmacológicos en la neuralgia del trigémino son los FAE bloqueantes de canales de Na como la carbamazepina, por lo que no es raro pensar que el CNB adquiera un papel relevante en el control de esta patología, dado que su mecanismo fisiopatológico es similar.

Conclusión: Como otros nuevos fármacos, que en un principio han sido estudiados y comercializados para un fin, es necesario un estudio más profundo y pormenorizado, así como un mayor bagaje y experiencia práctica con ellos para poder desenmascarar otros mecanismos de acción que en un futuro puedan llevar a desvelar nuevas aplicaciones clínicas, ya que esto puede cambiar el manejo y pronóstico de otras patologías.