

**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA**  
**ASOCIACIÓN MADRILEÑA**  
**DE NEUROLOGÍA**  
**(AMN)**



5 Y 6 OCTUBRE 2023  
HOTEL SANTO DOMINGO  
MADRID



**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID





## COMITÉ EDITORIAL

### Junta Directiva

#### Presidente

Dra. Araceli Alonso Cánovas

#### Vicepresidenta

Dra. Marta Guillán Rodríguez

#### Secretaria

Dra. Clara Aguirre Hernández

#### Tesorero

Dr. Marcos Llanero Luque

#### Vocales

Dr. Joaquín Ojeda Ruiz de Luna

Dra. Pilar Alcántara Miranda

Dr. Guillermo Martín Ávila

#### Comité científico

Dra. Celia Oreja Guevara

Dra. María Rosario Blasco Quilez

Dr. Jaime Masjuan Vallejo

Dr. Ricardo Rigual Bobillo

Dra. Ana Rodríguez Sanz

Dra. Marina Mata

Dr. Carlos Calle de Miguel

Dr. Javier Casas Limón

Dr. Guillermo García Ribas

Dra. Marian Zea Sevilla

Dr. Pablo Alonso Singer

Dra. María Ruggiero García

Dra. Ana Baltasar Corral

Dr. Vicente Gajate García

Dra. Mireya Fernández-Fournier

Dra. Natalia Barbero Bordallo

Dra. María José Abenza Abildúa

Dra. María Dolores Torrecillas Narváez

#### Comité evaluador

Dra. Susana Sainz de la Maza

Dra. Marta González

Dra. Sonia Quintas Gutiérrez

Dra. Araceli García Torres

Dra. Laura Izquierdo

© 2023 Obra:

**Libro de Comunicaciones XXI Reunión Anual de la Asociación Madrileña de Neurología (AMN)**

Editado por: **S&H Medical Science Service, S.L.**

*Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.*

**ISBN: 978-84-09-54833-0**

# LIBRO DE COMUNICACIONES

## XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



**Agradecimiento a los/as coordinadores/as de los grupos de estudio de la AMN:**

### **Grupo de estudio de Enfermedades Desmielinizantes**

Coordinadora: Dra. Lucienne Costa Frossard França

Secretaria: Dra. Irene Moreno

### **Grupo de estudio de Foro Ictus Madrid**

Coordinador: Dr. Jaime Masjuan

Secretario: Dr. Ricardo Rigual

### **Grupo de estudio de Trastornos del Movimiento de Madrid**

Coordinadora: Dra. Lydia López Manzanares

Secretaria: Dra. Carmen Borrúe

### **Grupo de estudio de Cefaleas**

Coordinadora: Dra. Ana Gago Veiga

Secretario: Dr. Germán Latorre González

### **Grupo de estudio de Neurología Cognitiva y de la Conducta**

Coordinador: Dr. Guillermo García Ribas

Coordinadora: Dra. M<sup>a</sup> Ascensión Zea Sevilla

### **Grupo de estudio de Epilepsias**

Coordinador: Dr. Jorge Zurita Santamaría

Secretaria: Dra. M<sup>a</sup> José de Aguilar-Amat Prior

### **Grupo de estudio de Enfermedades Neuromusculares**

Coordinador: Dr. Gerardo Gutiérrez Gutiérrez

Secretaria: Dra. Cristina Domínguez

### **Grupo de estudio de Neuroinmunología-Neurooncología**

Coordinador: Dr. Antonio Tallón Barranco

Secretaria: Dra. Mireya Fernández-Fournier





## COMUNICACIONES ORALES

### Cefaleas (C)

- |   |    |
|---|----|
| C-01. ESTUDIO PREVENAC: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORAR LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO CONCOMITANTE EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI- CGRP | 20 |
| C-07. ANÁLISIS DE PREDICTORES CLÍNICOS DE FRACASO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA TRATADA CON ESTIMULACIÓN OCCIPITAL  | 22 |
| C-11. ESTUDIO MAMI: MATERNIDAD Y MIGRAÑA  | 24 |
| C-19. RE-START STUDY: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORACIÓN DE RESPUESTA TRAS LA REINTRODUCCIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA                             | 26 |

### Enfermedades cerebrovasculares (EC)

- |  |    |
|--|----|
| EC-05. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ARTERIAL OPERATIVA PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR UTILIZANDO TC PERFUSIÓN: CLASIFICACIÓN CAOVA          | 28 |
| EC-07. PRONÓSTICO FUNCIONAL Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS CON OCLUSIÓN DE GRAN VASO TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA | 29 |
| EC-10. VALORACIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL SHUNT DERECHA-IZQUIERDA DE LA VENTANA SUBOCCIPITAL DEL DOPPLER TRANSCRANEAL                 | 30 |
| EC-18. FACTORES DE RIESGO Y ESCALAS PREDICTIVAS DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA EN TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE ACM                            | 31 |



<b>EC-19. TROMBECTOMÍA MECÁNICA VERSUS MEJOR TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO</b>	<b>32</b>
<b>EC-24. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ¿MITO O RETO?</b>	<b>33</b>
<b>EC-25. MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN ICTUS ISQUÉMICO CARDIOEMBÓLICO RECIENTE: MARCADORES RADIOLÓGICOS Y RIESGO DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA</b>	<b>34</b>
<b>EC-30. FACTORES PRONÓSTICOS RADIOLÓGICOS EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO</b>	<b>35</b>
<b>EC-31. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL ASOCIADAS A ANTICONCEPTIVOS HORMONALES</b>	<b>36</b>
<b>EC-32. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS EL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL</b>	<b>38</b>
<b>EC-35. MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS SUFRIR UNA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL: EL DILEMA DE REINICIAR O NO LA ANTICOAGULACIÓN</b>	<b>39</b>
<b>EC-36. OCLUSIÓN AGUDA LA DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA: REGISTRO DE PACIENTES DE 4 CENTROS DE LA COMUNIDAD DE MADRID</b>	<b>40</b>
<b>EC-40. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL</b>	<b>41</b>

**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



**Enfermedades desmielinizantes (ED)**

- ED-01. COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE CADENAS LIGERAS LIBRES KAPPA Y LAS BANDAS OLIGOCLONALES EN UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE** 42
- ED-04. NIVELES SERIOS DE PROTEÍNA ÁCIDA GLIAL FIBRILAR Y NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA COMO PREDICADORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON OCRELIZUMAB** 43

**Neurología general (NG)**

- NG-24. SITUACIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN ESPAÑA, A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS** 45



## PÓSTERES CON EXPOSICIÓN ORAL

### Cefaleas (C)

- C-05. VALIDACIÓN EXTERNA DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA 46
- C-06. REGISTRO DE CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE UNA AMPLIA SERIE DE CASOS 48
- C-08. CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA: DATOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE REFRACTARIEDAD 50
- C-10. ANÁLISIS DE LA CARGA INTERICTAL EN LA MIGRAÑA: IMPACTO DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO Y SU IMPLICACIÓN PRONÓSTICA 52

### Epilepsias (E)

- E-02. UTILIDAD DEL TC PERFUSIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA Y CRITERIOS DE CÓDIGO CRISIS ATENDIDOS COMO CÓDIGO ICTUS 53
- E-05. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA IMAGEN DE FUENTE ELÉCTRICA (ESI) INTERICTAL EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA 54

### Enfermedades cerebrovasculares (EC)

- EC-01. EMBOLIA CÁLCICA COMO CAUSA INHABITUAL DE ICTUS ISQUÉMICO Y RETO TERAPÉUTICO: NUESTRA SERIE DE 7 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA 55
- EC-04. UTILIDAD DE LA ANTIAGREGACIÓN COMO PREVENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON LEUCOARAIOSIS EN RM CEREBRAL: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICAS 56

# LIBRO DE COMUNICACIONES

## XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



EC-06. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN OCLUSIONES DISTALES EN TERRITORIO DE ACM: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL ICTUS	57
EC-08. TRATAMIENTO DEL ICTUS AGUDO EN VENTANA EXTENDIDA: ANÁLISIS DE DATOS DE LOS PACIENTES RECOGIDOS	58
EC-13. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN ICTUS ISQUÉMICO CON ASPECTS $\leq 5$ : EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	59
EC-15. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES TRAS IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA (TM) EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS POR OCLUSIÓN EN TÁNDEM	60
EC-17. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TROMBO: ASOCIACIÓN CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS POR OCLUSIÓN DE ACM	61
EC-22. PATRONES DEL TC PERFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE STROKE MIMICS E IMPACTO EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN	62
EC-27. TENECTEPLASA VS ALTEPLASA: MIGRACIÓN Y RECANALIZACIÓN DE TROMBO DE GRAN VASO PREVIO A TROMBECTOMÍA MECÁNICA	63
EC-34. FATIGA POST-ICTUS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA RESIDUAL	64
EC-41. LA IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS: REGISTRO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVA ENTRE ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN UN HOSPITAL SECUNDARIO	65

### Enfermedades desmielinizantes (ED)

ED-24. REMIBRUTINIB, UN NUEVO INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DE BRUTON, MUESTRA UNA MEJOR SELECTIVIDAD Y POTENCIA IN VITRO	66
--	----



### **Enfermedades neuromusculares (EN)**

<b>EN-10. ESTUDIO MYOT-MUR: CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA DE 4 FAMILIAS CON LA VARIANTE P.SER55PHE DEL GEN MYOT</b>	<b>67</b>
--	-----------

### **Neurología general (NG)**

<b>NG-01. ABSCESO RETROFARÍNGEO CON SUBLUXACIÓN VERTEBRAL CERVICAL Y MIELOPATÍA CERVICAL COMPRESIVA SECUNDARIA: UNA CAUSA EXTREMADAMENTE INFRECIENTE DE DIPARESIA AGUDA EN EL NEONATO</b>	<b>68</b>
---	-----------

<b>NG-11. UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE ADRENOLEUCODISTROFIA: CONCURRENCIA DE DOS ENFERMEDADES GENÉTICAS</b>	<b>69</b>
---	-----------

<b>NG-25. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL EEG URGENTE EN EL ESTUDIO DE ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA</b>	<b>70</b>
--	-----------

### **Neuroinmunología-Neurooncología (NIO)**

<b>NIO-02. VALORACIÓN DEL RIESGO ONCOLÓGICO DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTINEURONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA</b>	<b>71</b>
---	-----------

### **Trastornos del movimiento (TM)**

<b>TM-02. RELACIÓN ENTRE CONGELACIÓN DE LA MARCHA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. RESULTADOS DE LA COHORTE COPPADIS</b>	<b>72</b>
---	-----------



## PÓSTERES SIN EXPOSICIÓN ORAL

### Cefaleas (C)

C-02. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE CEFALÉAS NUMULARES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS	74
C-03. CEFALÉA POSTCRANEOTOMÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOLUCIONES PARA UN PROBLEMA COMPLEJO	76
C-04. EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA MAYORES DE 65 AÑOS: ESTUDIO DE VALIDACIÓN EXTERNA	77
C-09. ANÁLISIS DE LA TERAPIA CON ONABOTULINUMTOXINA Y ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN MIGRAÑA CRÓNICA	79
C-12. COMORBILIDADES EN LA MIGRAÑA: IMPACTO EN LA CARGA Y SINTOMATOLOGÍA INTERICTAL	80
C-13. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE MEJORÍA DEL PACIENTE MEDIANTE “PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF IMPROVEMENT” (PGI-I) EN RELACIÓN CON LA TASA DE REPUESTA COMO MEDIDA DE EFECTIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN MIGRAÑA	81
C-14. UTILIZACIÓN DE LA ESCALA “INSOMNIA SEVERITY INDEX” (ISI) PARA LA EVALUACIÓN DEL INSOMNIO EN PACIENTES CON MIGRAÑA EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI-CGRP	82
C-15. ¿ES EFECTIVA LA TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALÉA TENSIONAL CRÓNICA?	83
C-16. EFECTIVIDAD DEL BLOQUEO ANESTÉSICO CON BUPIVACAÍNA EN CEFALÉA TENSIONAL CRÓNICA	84



<b>C-17. INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO</b>	<b>85</b>
<b>C-18. REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA LOCAL TARDÍA TRAS ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CGRP. ¿ES POSIBLE CONTINUAR EL TRATAMIENTO?</b>	<b>86</b>
<b>C-20. EXPERIENCIA DE RETIRADA DE ANTICGRP TRAS MÁS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CEFALEA CRÓNICA</b>	<b>87</b>
<b>C-21. SÍNDROME TRÓFICO DEL TRIGÉMINO TRAS DESCOMPRESIÓN MICROVASCULAR EN NEURALGIA REFRACTARIA DEL TRIGÉMINO</b>	<b>88</b>
<b>C-22. EL IMPACTO DE LA CARGA INTERICTAL EN LA MIGRAÑA: UNA VISIÓN GLOBAL</b>	<b>89</b>

### **Epilepsias (E)**

<b>E-01. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE PERAMPANEL EN PACIENTES CON ESTADO EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO</b>	<b>90</b>
<b>E-03. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA EN EDAD ADULTA</b>	<b>91</b>
<b>E-04. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO: MUTACIÓN DEL GEN SINTETIZADOR DEL FOSFATIDILINOSITOL GLICANO CLASE N (PIGN)</b>	<b>92</b>
<b>E-06. EPILEPSIA EN LOS SÍNDROMES RELACIONADOS CON NALCN Y UNC80</b>	<b>93</b>

### **Enfermedades cerebrovasculares (EC)**

<b>EC-02. TIEMPO ES CEREBRO: INFARTO TALÁMICO BILATERAL POR OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA DE PERCHERON, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ POR RM CEREBRAL PARA PODER TRATAR PACIENTES</b>	<b>94</b>
---	-----------

# LIBRO DE COMUNICACIONES

## XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



<b>EC-03. ASPERGILOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SÍNTOMAS FOCALES NEUROLÓGICOS AGUDOS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>95</b>
<b>EC-09. CAROTID STUMP SYNDROME CON OCLUSIÓN DE GRAN VASO: UNA LIMITACIÓN REAL DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA</b>	<b>96</b>
<b>EC-11. TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE LA OCLUSIÓN AISLADA DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO</b>	<b>97</b>
<b>EC-12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RED CAROTÍDEA SINTOMÁTICA, A TRAVÉS DE UN CASO</b>	<b>98</b>
<b>EC-14. PLAQUETOPENIA SEVERA AGUDA POR TIROFIBÁN EN PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO</b>	<b>99</b>
<b>EC-16. HEMATOMA CERVICAL EPIDURAL ESPONTÁNEO COMO CAUSA DE STROKE MIMIC</b>	<b>100</b>
<b>EC-20. ETIOLOGÍA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE HOSPITALARIA</b>	<b>101</b>
<b>EC-21. RISA PATOLÓGICA DE CAUSA VASCULAR</b>	<b>103</b>
<b>EC-23. DE LA CAVA A LA CARÓTIDA: ICTUS POR EMBOLISMO PARADÓJICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SAFF</b>	<b>104</b>
<b>EC-26. TROMBO FLOTANTE EN ARTERIA CARÓTIDA INTERNA SECUNDARIO A PLACA DE ATEROMA ESTENOSANTE</b>	<b>105</b>
<b>EC-28. SÍNDROME PERSON-IN-THE-BARREL “PLUS” COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UN INFARTO BULBAR MEDIAL BILATERAL</b>	<b>106</b>
<b>EC-29. TROMBOSIS VENOSA SÉPTICA, UNA SERIE DE CASOS</b>	<b>107</b>
<b>EC-33. TETRAPARESIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL COMPLEJA</b>	<b>108</b>



<b>EC-37. UN CULPABLE OCULTO: DEBUT DE UN TUMOR GINECOLÓGICO MALIGNO COMO INFARTOS CEREBRALES MULTITERRITORIALES</b>	<b>109</b>
<b>EC-38. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO CON HEMORRAGIA HIPERAGUDA IPSILATERAL CONCOMITANTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>110</b>
<b>EC-39. COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA</b>	<b>111</b>
<b>EC-42. SÍNDROME DE ISQUEMIA OCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA: NO TODO ES AMAUROSIS FUGAX</b>	<b>112</b>
<b>EC-43. ¿ALTERACIÓN DE CONSCIENCIA INEXPLICABLE?, PIENSA EN SU TÁLAMO</b>	<b>113</b>

### **Enfermedades desmielinizantes (ED)**

<b>ED-02. BIOMARCADORES BASALES PREDICTORES DEL EMPEORAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO</b>	<b>114</b>
<b>ED-03. SWITCHING PARADIGM: RELEVANCIA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA DESMIELINIZANTE</b>	<b>115</b>
<b>ED-05. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DE TIXAGEVIMAB Y CILGAVIMAB (EVUSHELD) COMO PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20</b>	<b>116</b>
<b>ED-06. ESTUDIO PARA LA DETERMINACIÓN DEL CUT-OFF DEL ÍNDICE KAPPA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>117</b>
<b>ED-07. EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO SOBRE RESULTADOS DE SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON OCRELIZUMAB</b>	<b>118</b>

# LIBRO DE COMUNICACIONES

## XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



<b>ED-08. EXPERIENCIA EN EL USO DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL</b>	<b>120</b>
<b>ED-09. PAPEL DE LA HORMONA ANTIMÜLLERIANA Y LOS NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO CASO-CONTROL</b>	<b>122</b>
<b>ED-10. PERFIL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE QUE INICIAN FUMARATO DE DIROXIMEL EN NUESTRO MEDIO</b>	<b>124</b>
<b>ED-11. DIFERENCIAS DE PRESENTACIÓN ENTRE LA ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA (ADEM) EN EDAD ADULTA Y PEDIÁTRICA: SERIE DE 14 PACIENTES</b>	<b>126</b>
<b>ED-12. LAS FORMAS ATÍPICAS DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONSTITUYEN UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO</b>	<b>128</b>
<b>ED-13. CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿CÓMO INTERACCIONA CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ESPTEIN-BARR Y DEL HERPESVIRUS HUMANO 6A/B?</b>	<b>129</b>
<b>ED-14. FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ESTUDIO FRAMES</b>	<b>131</b>
<b>ED-15. EXPERIENCIA EN ENFERMEDAD ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MOG EN UN HOSPITAL TERCIARIO</b>	<b>132</b>
<b>ED-16. TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PREVIAMENTE TRATADOS CON ALEMTUZUMAB EN UN CENTRO DE REFERENCIA</b>	<b>133</b>
<b>ED-17. ANÁLISIS DE QUEJAS DISEJECUTIVAS DE PACIENTES Y FAMILIARES DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y BAJOS NIVELES DE DISCAPACIDAD</b>	<b>134</b>
<b>ED-18. EL CONTENIDO DE ANTICUERPOS DEL VIRUS EPSTEIN-BARR EN LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES DE LA SANGRE CORRELACIONA CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CON EL VOLUMEN DE LAS ESTRUCTURAS CEREBRALES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>135</b>



<b>ED-19. FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO COGNITIVO LONGITUDINAL EVALUADO MEDIANTE EL PROCESSING SPEED TEST DE LA APLICACIÓN COGEVAL® EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>136</b>
<b>ED-20. VESÍCULAS EXTRACELULARES CIRCULANTES DERIVADAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO Y DEL SISTEMA NERVIOSO: POTENCIAL BIOMARCADOR MÍNIMAMENTE INVASIVO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>137</b>
<b>ED-21. LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES DE LOS LINFOCITOS B PERIFÉRICOS PODRÍAN CONTRIBUIR A LA PATOGÉNESIS Y SER UN BIOMARCADOR DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>139</b>
<b>ED-22. POSIBLE PAPEL DE LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES CIRCULANTES COMO BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO DE TUMOR EN SÍNDROME NEUROLÓGICO PARANEOPLÁSICO</b>	<b>141</b>
<b>ED-23. RETO TERAPÉUTICO: MANEJO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA. EXPERIENCIA EN TRES CENTROS</b>	<b>143</b>
<b>ED-25. REMIBRUTINIB: UN NUEVO IBTK EN DESARROLLO PARA EM CON UN PERFIL DE SEGURIDAD FAVORABLE EN VARIAS PATOLOGÍAS AUTOINMUNES</b>	<b>144</b>
<b>ED-26. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO CASO-CONTROL</b>	<b>146</b>
<b>ED-27. VESÍCULAS EXTRACELULARES SANGUÍNEAS DERIVADAS DEL SISTEMA INMUNE COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ALTA ACTIVIDAD</b>	<b>147</b>
<b>ED-28. ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE POR ANTICUERPO ANTI-GLICOPROTEINA DE LA MIELINA DEL OLIGODENDROCITO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES</b>	<b>148</b>
<b>ED-29. ANÁLISIS DE LA SEROPREVALENCIA Y SEROCONVERSIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-JCV EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE</b>	<b>149</b>

**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



<b>ED-30. EXPERIENCIA CLÍNICA CON OZANIMOD: PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES</b>	<b>150</b>
<b>ED-31. ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA FUNCIÓN VISUAL EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>	<b>151</b>
<b>ED-32. EXPERIENCIA CLÍNICA CON ALEMTUZUMAB A LARGO PLAZO</b>	<b>152</b>
<b>ED-33. EXPERIENCIA CLÍNICA CON PONESIMOD: PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES</b>	<b>153</b>
<b>ED-34. POSTPARTO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REDUCCIÓN EFECTIVA DE BROTES Y LESIONES EN RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>154</b>
<b>ED-35. UTILIDAD DEL SIGNO DE LA VENA CENTRAL EN PACIENTES CON LESIONES HIPERINTENSAS EN T2 EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA</b>	<b>155</b>
<b>ED-36. CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS TRATAMIENTO CON CLADRIBINA. UNA SERIE DE CASOS</b>	<b>156</b>
<b>ED-37. EXPERIENCIA CLÍNICA CON OFATUMUMAB: PERFIL DEL PACIENTE Y SEGURIDAD</b>	<b>157</b>
<b>ED-38. EXPERIENCIA INICIAL CON PONESIMOD</b>	<b>158</b>
<b>ED-39. IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS VESICALES E INTESTINALES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL</b>	<b>159</b>
<b>ED-40. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-MOG</b>	<b>160</b>
<b>ED-41. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VIRTUAL EN LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ESTUDIO REHABVR): DATOS INICIALES DE RECLUTAMIENTO</b>	<b>161</b>



<b>ED-42. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON CLADRIBINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE MÁS ALLA DE LOS 4 AÑOS. FACTORES PRONÓSTICOS PARA RE TRATAMIENTO</b>	<b>162</b>
<b>ED-43. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON OFATUMUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRIMEROS MESES DE USO</b>	<b>163</b>
<b>Enfermedades neuromusculares (EN)</b>	
<b>EN-01. ¿ES LA IMAGEN UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VARIANTES DE CIDP?</b>	<b>164</b>
<b>EN-02. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS NEUROMUSCULARES POR FÁRMACOS INHIBIDORES DEL CHECKPOINT</b>	<b>165</b>
<b>EN-03. AFECTACIÓN NEUROPÁTICA EN LA AMILOIDOSIS POR TRANSTIRRETINA ESPORÁDICA</b>	<b>166</b>
<b>EN-04. OFTALMOPLEJIA AGUDA CON PTOSIS PALPEBRAL Y MIDRIASIS BILATERAL ARREACTIVA EN EL SÍNDROME DE MILLER-FISHER. A PROPÓSITO DE UN CASO</b>	<b>168</b>
<b>EN-05. MANIFESTACIÓN LEVE DE UNA MIOPATÍA NEMALÍNICA ASOCIADA A NEBULINA: UN CASO ATÍPICO DE INICIO JUVENIL</b>	<b>169</b>
<b>EN-06. SÍNDROMES NEUROMUSCULARES ASOCIADOS A NEOPLASIAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS</b>	<b>170</b>
<b>EN-07. INESTABILIDAD DE LA MARCHA EN ADULTO CON QUISTE CEREBELOSO. PAPEL DE LA ANAMNESIS DIRIGIDA Y LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA</b>	<b>171</b>
<b>EN-08. SECUELAS ULTRASONOGRÁFICAS DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: EXAMEN DE UNA COHORTE</b>	<b>172</b>
<b>EN-09. POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA ASOCIADA A INFUSIÓN DE DUODOPA INTESTINAL DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE NUESTROS CASOS</b>	<b>173</b>



**Neurología cognitiva y de la conducta (NC)**

NC-01. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: RIESGO DE RECURRENCIAS Y DESARROLLO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS	174
NC-02. IMPACTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO	175
NC-03. EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DE LA MENTE EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA MEDIANTE EL TEST STORY-BASED EMPATHY TASK	177
NC-04. ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN ATN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER UTILIZANDO MACHINE-LEARNING NO SUPERVISADO (CLUSTERING)	178

**Neurología general (NG)**

NG-02. TERMOANESTESIA AISLADA DE LA MANO POR INFARTO BULBAR LATERAL	179
NG-03. SÍNDROME CEREBELOSO PROGRESIVO: ¿LA CLAVE ESTARÁ EN LA GENÉTICA?	180
NG-04. ICTUS DE REPETICIÓN Y LIVEDO RACEMOSA COMO PRESENTACIÓN DE UN SÍNDROME DE SNEDDON GENÉTICAMENTE PECULIAR	181
NG-05. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR EN SITUACIÓN DE EISENMENGER COMO FACTOR PREDISPONENTE DE FORMACIÓN DE ABSCESO CEREBRAL EN UN PACIENTE ADULTO	182
NG-06. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CON HALLAZGOS SUGESTIVOS EN UNA RESONANCIA CRANEAL 2 AÑOS ANTES DEL DEBUT SINTOMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	183
NG-07. EL TÁLAMO ES CAPAZ DE TODO. PSEUDOPARÁLISIS DEL VI PAR, NISTAGMO Y VÉRTIGO EN INFARTO TALÁMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	184



<b>NG-08. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CEREBRAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO</b>	<b>185</b>
<b>NG-09. PREDICTORES DE RESPUESTA AL INTERVENCIONISMO EN LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA</b>	<b>186</b>
<b>NG-10. HIPOMAGNESEMIA SEVERA Y STROKE MIMIC: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>187</b>
<b>NG-12. ¿ES LA CEREBELITIS AGUDA UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA?</b>	<b>188</b>
<b>NG-13. PRES, PORFIRIA Y EPILEPSIA. ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?</b>	<b>189</b>
<b>NG-14. EMBOLIA FIBROCARILAGINOSA COMO ETIOLOGÍA DE ISQUEMIA MEDULAR, ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO</b>	<b>190</b>
<b>NG-15. ALUCINACIONES VISUALES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN INFARTO CEREBELOSO</b>	<b>191</b>
<b>NG-16. ENCEFALOPATÍA ASOCIADA A GRIPE A TRATADA MEDIANTE PLASMAFÉRESIS</b>	<b>192</b>
<b>NG-17. RECUPERANDO LA CALIDAD DE VIDA: IMPACTO DE PITOLISANT EN CATAPLEJÍAS REFRACTARIAS</b>	<b>193</b>
<b>NG-18. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL</b>	<b>194</b>
<b>NG-19. VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y OTRAS COMPLICACIONES GRAVES DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA</b>	<b>195</b>
<b>NG-20. SÍNDROME DE COLA DE CABALLO DEBIDO A INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZOSTER: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS</b>	<b>196</b>
<b>NG-21. SIDEROSIS SUPERFICIAL INFRATENTORIAL Y UN HALLAZGO ATÍPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO</b>	<b>197</b>

# LIBRO DE COMUNICACIONES

## XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



<b>NG-22. CEFALEA Y SÍNTOMAS VISUALES EN PACIENTE DE ORIGEN ASIÁTICO</b>	<b>198</b>
<b>NG-23. PSEUDOPARÁLISIS PERIFÉRICA DE ETIOLOGÍA VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO</b>	<b>199</b>
<b>NG-26. ALTERACIÓN DEL LENGUAJE BRUSCA A ESTUDIO. CÓDIGO ICTUS SIN DATOS DE ISQUEMIA AGUDA EN TC Y ANGIO-TC CRANEAL</b>	<b>200</b>
<b>NG-27. MENINGITIS ASÉPTICA EN CONTEXTO DE FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA GRAVE. UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR ENTRE LAS MENINGITIS LINFOCITARIAS EN ZONAS ENDÉMICAS</b>	<b>201</b>
<b>Neuroinmunología-Neurooncología (NIO)</b>	
<b>NIO-01. ENCEFALITIS LÍMBICA Y ATAXIA CEREBELOSA: DOS SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS SEPARADOS EN EL TIEMPO EN UN MISMO PACIENTE</b>	<b>202</b>
<b>NIO-03. MONONEURITIS MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS</b>	<b>203</b>
<b>NIO-04. SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD ASOCIADO A TERAPIA COMERCIAL CON CÉLULAS T DE RECEPTORES QUIMÉRICOS DE ANTÍGENOS ANTI-CD19 COMO TRATAMIENTO DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO</b>	<b>204</b>
<b>NIO-05. ASOCIACIÓN CON NEOPLASIA DE LOS SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INMUNOMEDIADOS</b>	<b>206</b>
<b>NIO-06. FENOTIPO CLÍNICO Y TIPO DE NEOPLASIA EN 17 PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-NEURONALES DETECTADOS MEDIANTE INMUNOBLOT</b>	<b>207</b>
<b>NIO-07. REGISTRO UNICÉNTRICO DE LOS CASOS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNES ATENDIDOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y TIEMPOS OPERACIONALES</b>	<b>208</b>



## **Trastornos del movimiento (TM)**

<b>TM-01. DISCINESIAS Y ADHERENCIA A SAFINAMIDA Y OPICAPONA EN PACIENTES FLUCTUANTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO</b>	<b>209</b>
<b>TM-03. FERTILIDAD Y DESEO GENÉSICO EN PERSONAS CON DISTONÍA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRANSVERSAL</b>	<b>210</b>
<b>TM-04. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POSIBLE INFLUENCIA DEL CICLO MENSTRUAL EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE DISTONÍA</b>	<b>211</b>
<b>TM-05. DISTONÍA Y MUJER: IMPACTO EN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN VITAL Y FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>212</b>
<b>TM-06. ESTUDIO DE CONTINUIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS EN TRATAMIENTOS DE PERFUSIÓN PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (APOMORFINA SUBCUTÁNEA Y LEVODOPA INTESTINAL) EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>	<b>213</b>
<b>TM-07. DIFERENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE PUZLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA CON SINTOMATOLOGÍA MOTORA DE PREDOMINIO EN HEMICUERPO DERECHO VS. IZQUIERDO. RESULTADOS DE LA COHORTE COPPADIS</b>	<b>214</b>
<b>TM-08. ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES CON DISTONÍA, EN UNA COHORTE DE PACIENTES MULTICÉNTRICA DE MADRID</b>	<b>216</b>



## COMUNICACIONES ORALES

### Cefaleas (C)

#### C-01. ESTUDIO PREVENAC: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORAR LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO CONCOMITANTE EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI- CGRP

A. B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>, N. López-Alcaide<sup>(2)</sup>, S. Quintas Gutiérrez<sup>(1)</sup>, I. Fernández Lázaro<sup>(1)</sup>, J. Casas Limón<sup>(3)</sup>, C. Calle De Miguel<sup>(4)</sup>, G. Latorre González<sup>(4)</sup>, N. González-García<sup>(5)</sup>, J. Porta-Etessam<sup>(5)</sup>, J. Rodríguez Vico<sup>(6)</sup>, A. Jaimes<sup>(6)</sup>, A. Gómez García<sup>(6)</sup>, D. García-Azorín<sup>(7)</sup>, A. Guerrero-Peral<sup>(7)</sup>, A. Sierra Mencía<sup>(7)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(8)</sup>, A. Sánchez Soblechero<sup>(8)</sup>, J. Díaz de Terán<sup>(9)</sup>, J. Membrilla López<sup>(9)</sup>, C. Treviño Peinado<sup>(10)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>(8)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(9)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(10)</sup>Neurología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

### OBJETIVOS

Los anticuerpos anti-CGRP son recientes terapias preventivas para la migraña. Una de las medidas de efectividad es la retirada de otros tratamientos preventivos. El objetivo de este estudio es cuantificar el impacto de los fármacos anti-CGRP en el tratamiento preventivo concomitante.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico realizado en cohorte prospectiva de pacientes con recogida de datos retrospectiva procedentes de 9 Unidades de Cefaleas (de la Comunidad de Madrid y Valladolid). Se incluyeron pacientes con migraña en tratamiento durante al menos 6 meses con anticuerpos anti-CGRP, que asociaban al inicio algún tratamiento preventivo (oral y/o OnaBotA). Se recogieron variables demográficas y clínicas, así como relacionadas con la cefalea. Se evaluaron las diferencias según la retirada o no.

### RESULTADOS

Se incluyeron 408 pacientes, 86,52% mujeres, 48,79(SD:1,46) años. El tratamiento preventivo se retiró en 43,87% (179/408) (20.83% parcialmente y 23,04% totalmente). En



un 27,45% (112/408) se mantuvo exclusivamente por comorbilidad y un 28,6% (117/408) por eficacia parcial. El momento más frecuente de retirada fue entre los 3-5 meses post-inicio tratamiento. Las características basales asociadas a la no retirada fueron las comorbilidades: insomnio, HTA y obesidad, migraña crónica y uso excesivo de medicación. En el análisis multivariante, un mayor número de preventivos al inicio, la ausencia de HTA y el número de días de migraña a los 6 meses, se asociaron de manera independiente a la retirada del tratamiento ( $p < 0.05$ ).

### **CONCLUSIONES**

Los anticuerpos anti-CGRP permiten la retirada del tratamiento preventivo asociado en un porcentaje importante de pacientes, lo cual sustenta su papel en la evaluación de su efectividad en vida real, reduciendo además efectos adversos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Este trabajo NO ha sido financiado por ninguna industria farmacéutica.



### C-07. ANÁLISIS DE PREDICTORES CLÍNICOS DE FRACASO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA TRATADA CON ESTIMULACIÓN OCCIPITAL

J. A. Membrilla<sup>(1)</sup>, M. Cuadrado<sup>(2)</sup>, N. González García<sup>(2)</sup>, J. Porta Etessam<sup>(2)</sup>, A. Sánchez Soblechero<sup>(3)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(3)</sup>, A. Gonzalez-Martinez<sup>(4)</sup>, A. B. Gago Veiga<sup>(4)</sup>, S. Quintas<sup>(4)</sup>, J. S. Rodríguez Vico<sup>(5)</sup>, A. Jaimes<sup>(5)</sup>, L. Llorente Ayuso<sup>(6)</sup>, J. Roa<sup>(7)</sup>, C. Estebas<sup>(7)</sup> y J. Díaz de Terán<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Francisc de Borja. Gandía (Valencia). <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(4)</sup> Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(5)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

La estimulación de los nervios occipitales (ENO) es un tratamiento con evidencia en cefalea en racimos crónica (CRC) refractaria. Sin embargo, la variable tasa de respuesta y el coste hacen necesario investigar factores predictores de respuesta.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con CRC de seis hospitales de Madrid. Se compararon variables epidemiológicas y clínicas entre los pacientes con fallo de ENO y el resto. El fallo de ENO se definió como la necesidad de retirada o apagado del dispositivo a causa de falta de respuesta o eventos adversos.

#### RESULTADOS

De una serie de 88 CRC, 26 (29.6%) fueron tratados con ENO, de los cuales 13/26 (50.0%) fallaron. En todos ellos la causa fue la falta de respuesta. El grupo de fallo de ENO presentaba debut de cefalea más precoz (media 27.7 años DE 6.9 vs 36.7 años DE 11.8,  $p=0.026$ ) y una mayor tasa de tabaquismo activo (100% vs 42.9%,  $p=0.006$ ), así como la presencia de exacerbaciones estacionales (58.3% vs 7.7%,  $p=0.007$ ) y exacerbaciones nocturnas (91.7% vs 53.9%,  $p=0.035$ ). No hubo diferencias entre grupos en el retraso diagnóstico, los años de evolución previos a la cirugía, la patología psiquiátrica ni la comorbilidad con otras cefaleas u otros síndromes dolorosos crónicos. Tampoco hubo diferencias en la respuesta previa a bloqueos anestésicos ni a otros tratamientos.

#### CONCLUSIONES

Algunas características clínicas como un debut precoz, el tabaquismo y las fluctuaciones estacionales o circadianas podrían relacionarse con fallo de ENO en CRC refractaria.



## **BIBLIOGRAFÍA**

El primer autor ha recibido honorarios de TEVA y Novartis en calidad de ponente en reuniones científicas. Lilly, TEVA y Novartis han financiado actividades de investigación y docencia del H. U. La Paz donde participaba el primer autor.



### C-11. ESTUDIO MAMI: MATERNIDAD Y MIGRAÑA

B. Hidalgo Valverde <sup>(1)</sup>, M. Lara González <sup>(1)</sup>, L. Portocarrero Sánchez <sup>(1)</sup>, J. M. Alcalá Ramírez Ddel Puerto <sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo <sup>(1)</sup>, A. B. Gago-Veiga <sup>(2)</sup>, S. Quintas <sup>(2)</sup>, A. González-Martínez <sup>(2)</sup>, J. S. Rodríguez-Vico <sup>(3)</sup>, A. Jaimes <sup>(3)</sup>, A. Gómez García <sup>(3)</sup>, G. Latorre <sup>(4)</sup>, C. Calle De Miguel <sup>(4)</sup>, J. Díaz De Terán <sup>(5)</sup>, D. García-Azorín <sup>(6)</sup>, Á. Guerrero- Peral <sup>(6)</sup>, J. Porta-Etessam <sup>(1)</sup> y N. González García <sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(2)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(3)</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(4)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>(5)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(6)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

#### OBJETIVOS

La migraña afecta hasta un 25 % de mujeres en edad reproductiva, sin embargo, disponemos de muy pocos datos acerca del impacto que podría tener sobre el deseo gestacional y el desarrollo de su maternidad. Nuestro objetivo es evaluar el efecto que ejerce la migraña en la planificación familiar de las pacientes que la sufren.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional transversal multicéntrico, a través de una encuesta anónima autoadministrada sobre planificación familiar en mujeres entre 18 y 49 años diagnosticadas de migraña, en seguimiento en unidades de cefaleas entre abril y mayo de 2023.

#### RESULTADOS

Se recogieron en total 62 encuestas. 25 % respondieron que la enfermedad había afectado de alguna forma a sus planes de embarazo. Un 9% renunció a la maternidad, un 21 % se lo había planteado y 12 % pospusieron el embarazo a causa de la migraña. Entre los motivos destacan la creencia de que la migraña empeora con el embarazo (47 %), que la discapacidad causada por la migraña dificulta el embarazo (45 %), que el cuidado de los hijos es más difícil (77 %), el miedo a no poder tomar tratamiento (65 %), que los medicamentos puedan afectar negativamente al desarrollo del feto (63 %) o que los hijos puedan heredar la enfermedad (70 %).

#### CONCLUSIONES

Hasta ahora, la repercusión de la migraña sobre los deseos gestacionales ha sido poco estudiada. Nuestro estudio evidencia que padecer migraña afecta negativamente a los deseos gestacionales de las mujeres. La desinformación es uno de los principales motivos. Es primordial desarrollar programas educativos sobre planificación familiar en unidades de cefalea.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Sin conflictos de interés.

Este estudio no ha recibido ninguna financiación.



### C-19. RE-START STUDY: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA VALORACIÓN DE RESPUESTA TRAS LA REINTRODUCCIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA

C. Romero Del Rincón<sup>(1)</sup>, A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>, S. Quintas<sup>(1)</sup>, D. García-Azorín<sup>(2)</sup>, I. Fernández Lázaro<sup>(1)</sup>, Á. Guerrero-Peral<sup>(2)</sup>, Y. González Osorio<sup>(2)</sup>, F. Iglesias Díez<sup>(3)</sup>, A. Echavarría Íñiguez<sup>(3)</sup>, S. Gil Luque<sup>(3)</sup>, M. Huerta Villanueva<sup>(4)</sup>, S. Campoy Díaz<sup>(4)</sup>, A. Muñoz Vendrell<sup>(4)</sup>, F. Velasco Juanes<sup>(5)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(6)</sup>, A. Sánchez- Soblechero<sup>(6)</sup>, N. Morollón Sánchez-Mateos<sup>(7)</sup>, R. Belvis Nieto<sup>(7)</sup>, I. Kortazar-Zubizarreta<sup>(8)</sup>, A. Echeverría Urabayen<sup>(8)</sup>, J. Rodríguez Vico<sup>(9)</sup>, A. Jaimes Sánchez<sup>(9)</sup>, A. Gómez García<sup>(9)</sup>, N. Montes<sup>(10)</sup> y A. B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(10)</sup>Instituto de Investigación. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>(3)</sup>Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos. <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Cruz Roja de Bilbao. Bilbao (Vizcaya). <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>(8)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz (Álava). <sup>(9)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

### OBJETIVOS

Según las últimas guías europeas se debe plantear la suspensión del anticuerpo anti-CGRP tras 12-18 meses, aunque un porcentaje elevado de pacientes pueden presentar un empeoramiento significativo tras ello. Este estudio analizó la efectividad de la reintroducción del tratamiento, en términos absolutos y en comparación con el primer ciclo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo de 10 Unidades de Cefaleas. Se registró el número de días de cefalea (DCM) y migraña/mes (DMM) en cuatro momentos: previo inicio de anti-CGRP (T-Basal), último mes del primer ciclo (T-Suspensión), en el empeoramiento (T-Empeoramiento) y 3 meses tras la reintroducción (T-Reintroducción). Se midió la efectividad del segundo ciclo (mejoría en DCM y DMM en T-Reintroducción respecto al T-Empeoramiento >30%) y se comparó la respuesta del segundo ciclo (T-Reintroducción) con la situación al final del primer ciclo (T-Suspensión).

### RESULTADOS

N=152. 85% mujeres, edad media 48 años. La mediana de DCM y DMM fue: 1)T-Basal: 22 (IQR=13), 14 (IQR=8); 2)T-Suspensión: 6 (IQR=7), 4 (IQR=5,75); 3)T-Empeoramiento: 16 (IQR=10,25), 11 (IQR=7); 4)T-Reintroducción: 7 (IQR=7,25), 5 (IQR=6,50). En DCM: El 2ºciclo fue efectivo en 151/152(99%). No obtuvieron misma respuesta 79/152(52%): 54/79(68%)



empeoraron 1-5 días, 19/79(24%) de 6-10 días y 6/79(7%) >10 días. En DMM fue efectivo en 131/138(95%). No alcanzaron la misma respuesta un 75/152(49%): 55/75(73%) empeoraron 1-5 días, 12/75(16%) de 6-10 días y 8/75(11%) >10 días.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados sugieren que la reintroducción del tratamiento es efectivo en la mayoría de pacientes. Sin embargo, a los 3 meses la mitad de la muestra no alcanzó la mejoría del primer ciclo.



## Enfermedades cerebrovasculares (EC)

### EC-05. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ARTERIAL OPERATIVA PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR UTILIZANDO TC PERFUSIÓN: CLASIFICACIÓN CAOVA

C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, A. Lorenzo Montilla<sup>(2)</sup>, R. Berbegal Serralta<sup>(1)</sup>, J. Vega<sup>(3)</sup>, C. Alonso<sup>(3)</sup>, M. Á. Olmos<sup>(4)</sup>, C. Sanabria<sup>(1)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>, G. Reig<sup>(1)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, J. Alonso<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(3)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid. <sup>(4)</sup>Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. (Madrid).*

#### OBJETIVOS

La clasificación de oclusión arterial en segmentos de ACM clásica puede resultar confusa y dificultar inferir el territorio vascular en riesgo de sufrir infarto. Nuestro objetivo es proponer una Clasificación Arterial Operativa según el Volumen Afectado (CAOVA) ponderando el orden de división arterial ocluido y el volumen hipoperfundido, tratando de identificar mejor la oclusión de una arteria dominante.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratados con trombectomía mecánica(TM) por ictus en territorio de ACM/T- carótidea. Se realizó una re-clasificación prospectiva según el nivel de oclusión en función de las divisiones de ACM desde carótida terminal y segmento M1(tronco no dividido) hasta M4(arteria dividida previamente 3 veces). La CAOVA consideró el orden de división arterial junto con el número de territorios ASPECTS afectados en Tmax en software convencional(CAOVA-A) y como alternativa el volumen hipoperfundido en Tmax con RAPID(CAOVA-R), reclasificando como oclusiones más graves(probablemente dominantes) aquellas con territorios afectados o Tmax superiores a la media. Como medida de utilidad práctica se utilizaron el NIHSS y la diferencia mRS basal-3 meses(mRSb-3m).

#### RESULTADOS

De 229 analizados, mediana NIHSS:19(RIC:11-23). El análisis de NIHSS presentó  $\rho = -0,27$  ( $p < 0,001$ ) según clasificación clásica, CAOVA-A fue superior con  $\rho = -0,30$  ( $p < 0,001$ ) y al utilizar CAOVA-R se obtuvo una leve mejoría  $\rho = -0,31$  ( $p < 0,001$ ). En la correlación de las clasificaciones con mRSb-3m no se identificó asociación con la clásica y sí con CAOVA-A y CAOVA-R ( $p < 0,05$ ).

#### CONCLUSIONES

La clasificación CAOVA podría ser superior a la clásica, permitiendo la perfusión inferir de manera más clara el orden de arteria ocluida y su gravedad potencial al considerar el territorio vascular asociado.



## **EC-07. PRONÓSTICO FUNCIONAL Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS CON OCLUSIÓN DE GRAN VASO TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA**

C. Moreno López<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, R. López Rebolledo<sup>(1)</sup>, G. García Alcántara<sup>(1)</sup>, A. Cruz Culebras<sup>(1)</sup>, A. De Felipe Mimbrera<sup>(1)</sup>, M.C. Matute Lozano<sup>(1)</sup>, S. García Madrona<sup>(1)</sup>, I. Bermúdez Coronel<sup>(2)</sup>, J. Méndez Cendón<sup>(2)</sup>, E. Fandiño Benito<sup>(2)</sup>, J. Masjuan Vallejo<sup>(1)</sup> y R. Vera Lechuga<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La edad avanzada ya no supone un criterio de exclusión para tratamiento endovascular del ictus isquémico. Sin embargo, el creciente envejecimiento de la población hace cuestionarnos con frecuencia la eficacia y seguridad de la trombectomía mecánica (TM) en el paciente mayor.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo de pacientes tratados con TM en nuestro centro entre 2012 y 2023. Nuestra experiencia en pacientes mayores de 85 y comparación con menores de 85 años.

### **RESULTADOS**

Registramos 647 pacientes tratados con TM de los cuales 94 (14,5%) fueron mayores o iguales a 85 años (edad media de  $87,4 \pm 2,4$  años). En comparación con el grupo de menores de 85 años, no encontramos diferencias en la tasa de recanalización completa (87,2% en mayores frente a 87,7% en menores) ni en la de transformación hemorrágica sintomática (4,3% en mayores frente a 4,9% en menores). Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas en el pronóstico funcional a los 3 meses con un porcentaje menor de pacientes independientes (38% frente a 53,9 %,  $p < 0,05$ ) y mayor mortalidad a los 3 meses (21% frente a 16,3%,  $p < 0,05$ ); así como próxima a la significación estadística en la mortalidad intrahospitalaria que resultó ser mayor (17% frente a 10,7%,  $p = 0,07$ ).

### **CONCLUSIONES**

En nuestra experiencia, el tratamiento con TM en pacientes ancianos con ictus isquémico y oclusión de gran vaso consigue un elevado porcentaje de recanalización arterial sin aumento de la tasa de transformación hemorrágica pero con peores resultados en mortalidad y pronóstico funcional a los 3 meses del ictus en comparación con los menores de 85 años.

### **BIBLIOGRAFÍA**

No existe conflicto de intereses.



**EC-10. VALORACIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL SHUNT DERECHA-IZQUIERDA DE LA VENTANA SUBOCCIPITAL DEL DOPPLER TRANSCRANEAL**

B. Martínez García<sup>(1)</sup>, S. García Madrona<sup>(1)</sup>, J.L. Chico García<sup>(1)</sup>, D. Pérez Gil<sup>(1)</sup>, P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, M. C. Matute Lozano<sup>(1)</sup>, A. de Felipe Mimblera<sup>(1)</sup>, R. Vera Lechuga<sup>(1)</sup>, A. Cruz Culebras<sup>(1)</sup> y J. Masjuan<sup>(1)</sup>  
*(1)Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**OBJETIVOS**

Evaluar la precisión de la ventana suboccipital (VS) del Doppler transcraneal (DTC) en la estimación de los grados del shunt derecha-izquierda (ShDI), respecto a la ventana transtemporal (VT) del DTC y el ecocardiograma transesofágico (ETE).

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, unicéntrico y prospectivo, que incluyó pacientes con un ictus o ataque isquémico transitorio de etiología indeterminada a los que se les realizó un test de burbujas según el protocolo de la Unidad de Ictus de nuestro centro a lo largo de un año. Se compararon ambas ventanas del DTC y se evaluó la concordancia del grado de ShDI entre la VS y el ETE mediante el índice kappa.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 28 pacientes (63% varones; edad media: 48,4±11,2 años). El diagnóstico más frecuente fue ictus de etiología indeterminada (82,1%). Tras maniobras de Valsalva, se detectó un ShDI en 18 pacientes en la VT y 17 en la VS. La sensibilidad y especificidad de la VO respecto a la VT alcanzaron el 94,4% y 100% respectivamente, con un valor predictivo positivo del 93,7% y un valor predictivo negativo del 81,4%. La concordancia del grado del ShDI entre ambas ventanas fue de 0,66 ( $p<0,0001$ ). Todos los ShDI detectados en la VS menos uno fueron confirmados por ETE, la mayoría con un ShDI de alto riesgo (grados III y IV). La concordancia entre la VS y el ETE fue de 0,692 ( $p<0,0005$ ).

**CONCLUSIONES**

La VS del DTC presenta una buena concordancia con el ETE en la valoración y correlación de la severidad del ShDI, especialmente en aquellos de alto riesgo.



## **EC-18. FACTORES DE RIESGO Y ESCALAS PREDICTIVAS DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA EN TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE ACM**

P. Iriarte<sup>(1)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, C. Sánchez<sup>(1)</sup>, R. Berbegal<sup>(1)</sup>, A. Lorenzo<sup>(1)</sup>, E. Valiente<sup>(1)</sup>, J. Alonso<sup>(1)</sup>, P. Paños<sup>(1)</sup>, C. Romero<sup>(1)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, G. Reig Roselló<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La transformación hemorrágica (TH) en pacientes tratados con trombectomía mecánica (TM) es una complicación frecuente cuya predicción y significado pronóstico son inciertos. Nos planteamos estudiar factores predictores de los distintos subtipos de TH, especialmente en TH sintomática (THS).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Se incluyeron pacientes con ictus de ACM (T Carotídea/M1) atendidos en nuestro centro en 2021-22 tratados mediante TM. Se analizaron factores asociados con TH tipo sufusión (TH-IH), parenquimatosa PH1-PH2 (TH-P) y tipo HSA (TH-HSA) así como THS. Se estudió también la utilidad de escalas predictivas de TH (HAT, SEDAN).

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 173 pacientes. 96 (55,5%) casos presentaron TH-IH, 15 (8,7%) casos TH-PH, 45 (26%) casos TH- HSA y 19 (11%) casos THS. Se asoció con mayor mortalidad la TH-PH [(p<0,01; OR 3,54 (1,32-9,48)] y THS [p<0,01; OR 3,54 (1,32-9,49)]. Entre las características asociadas con TH-IH destacaron la fibrilación auricular [p<0,01; OR 6,34 (2,14-18,8)], la cifra de plaquetas (211.709 vs 262.611; p<0,01) y el IMC (27,6 vs 23,7; p<0,01). Con la TH-PH destacaron ASPECTS inicial<6 [p=0,01; OR 3,53 (1,19-10,42)], mala colateralidad en software RAPID (rCBF>38% >60) [p=0,02; OR 3,79 (1,16-12,41)] y el número de pases en TM (3 vs 2; p0,03). Con TH-HSA se identificaron factores asociados con el neurointervencionismo: TM>60minutos [p=0,01; OR 2,35 (1,11-4,98)]. La THS se asoció a la PA en urgencias (PAS 172vs156; p0,03), Glucemia (160vs130; p<0,01), duración (min) de la TM (81 vs 56; p0,04) y TICI>2B [p<0,01; OR 0,18 (0,05-0,71)]. Una escala HAT>5 [OR 8,06 (1,61-40,3)] y SEDAN>6 [OR 8,80 (1,31-58,9)] predijeron THS.

### **CONCLUSIONES**

Existen factores asociados a los distintos subtipos de TH siendo los más relevantes, por su asociación con el pronóstico, los predictores de TH-PH y THS. Futuros estudios podrían permitir desarrollar herramientas predictivas de TH con capacidad pronóstica superior a las analizadas en nuestro trabajo.



**EC-19. TROMBECTOMÍA MECÁNICA VERSUS MEJOR TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO**

L. Vidal Guerrero<sup>(1)</sup>, C. Hervás Testal<sup>(1)</sup>, E. Mariño Trillo<sup>(1)</sup>, B. Fuentes<sup>(1)</sup>, M. Alonso De Leciñana Cases<sup>(1)</sup>, G. Ruiz Ares<sup>(1)</sup>, R. Rigual Bobillo<sup>(1)</sup>, E. De Celis Ruiz<sup>(1)</sup>, L. Casado Fernández<sup>(1)</sup>, E. Alonso López<sup>(1)</sup> y J. Rodríguez Pardo De Donlebún<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**OBJETIVOS**

La evidencia sobre el beneficio de la trombectomía mecánica (TM) en mayores de 85 años es baja. Nuestro objetivo es comparar el resultado funcional de la TM frente a tratamiento médico en estos pacientes y analizar los factores relacionados con su evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes >85 años con oclusión de gran vaso de <24 horas de evolución y NIHSS>5 atendidos como código ictus en un centro de ictus desde 1/1/2021 hasta 1/8/2022. Analizamos las características basales, radiológicas, tratamientos aplicados, tiempo hasta los mismos, y su asociación con buena recuperación (ERm≤3 a los 3 meses) mediante chi-cuadrado y regresión logística binaria.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 78 pacientes, 68% mujeres, de edad media 88±3 años. 39 (50%) presentaban oclusión de ACI terminal-M1, 28 (36%) M2, 3 (4%) AB, 8 (10%) ACA/ACP. La mediana (RIC) de NIHSS fue 17 (13-20) y de ASPECTS 9 (6-10). Recibieron trombólisis intravenosa 30 (38,5%) pacientes y 52 (66,7%) TM. No se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes con evolución favorable entre el grupo de TM (30%) y el de no TM (42,3%; p=0,283). El análisis univariante mostró que una mayor NIHSS, mayor tiempo ictus-puerta, mayor glucemia y menor ASPECTS se relacionaban con una peor evolución. La regresión logística (incluyendo la realización de TM) mostró que únicamente la NIHSS y ASPECTS inicial se relacionaban de forma independiente con la evolución.

**CONCLUSIONES**

Al igual que en pacientes más jóvenes, los factores más determinantes de la recuperación funcional son NIHSS y ASPECTS, independientemente de la realización de TM.



## **EC-24. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ¿MITO O RETO?**

B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, M. Lara González<sup>(1)</sup>,  
J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, P. Simal Hernández<sup>(1)</sup>,  
S. Rosati<sup>(2)</sup>, M. Moreu Gamazo<sup>(2)</sup>, A. López-Frías López-Jurado<sup>(2)</sup>, C. Pérez García<sup>(2)</sup>,  
J. Egido Herrero<sup>(1)</sup> y C. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Servicio de Neurorradiología intervencionista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Un porcentaje relevante de pacientes con trombosis venosa cerebral (TVC) presenta un mal pronóstico a pesar del tratamiento anticoagulante. Algunos estudios sugieren que determinados pacientes podrían beneficiarse de la trombectomía mecánica (TM), sin embargo existen controversias al respecto. Presentamos una serie de casos de TVC tratados con TM con el objetivo de evaluar su eficacia y seguridad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza una revisión de los pacientes con TVC sometidos a TM ingresados en nuestro hospital entre los años 2008 y 2022.

### **RESULTADOS**

De 75 pacientes con TVC ingresados en el periodo de estudio, solo 7 (9,3 %) recibieron TM. El 100 % eran mujeres. Todos presentaban trombosis de múltiples senos venosos. El motivo para realizar la TM fue el empeoramiento clínico grave a pesar de tratamiento anticoagulante en todos los casos. En 1 caso se asoció tratamiento fibrinolítico intraarterial. Un paciente fallece durante el ingreso por complicaciones médicas no relacionadas con la TVC. 2 pacientes presentan buen pronóstico funcional (escala Rankin modificada menor o igual a 2) a los 3 meses. Se obtuvo recanalización completa en 2 y parcial en 5 pacientes. 2 pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento sin repercusión clínica relevante. Ningún caso presentó hemorragia intracraneal sintomática posterior.

### **CONCLUSIONES**

La TM en los pacientes con TVC puede ser un tratamiento a considerar en casos con afectación de múltiples senos venosos y empeoramiento clínico a pesar de tratamiento anticoagulante con un aceptable perfil de seguridad. Una adecuada selección de los pacientes y una mejoría de las técnicas utilizadas pueden ser claves para obtener resultados favorables.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Sin conflictos de interés.

El trabajo no ha recibido ninguna financiación.



## EC-25. MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN ICTUS ISQUÉMICO CARDIOEMBÓLICO RECIENTE: MARCADORES RADIOLÓGICOS Y RIESGO DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA

M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup>, S. Fernández<sup>(2)</sup>, J. Rodríguez Pardo<sup>(1)</sup>, E. De Celis Ruiz<sup>(1)</sup>, M. Alonso de Leciñana<sup>(1)</sup>, G. Ruiz Ares<sup>(1)</sup>, C. Hervás Testal<sup>(1)</sup>, L. Casado<sup>(1)</sup>, E. Alonso López<sup>(1)</sup>, E. Díez Tejedor<sup>(1)</sup>, B. Fuentes<sup>(1)</sup> y R. Rigual Bobillo<sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

### OBJETIVOS

La transformación hemorrágica (TH) es una de las principales complicaciones del ictus cardioembólico, siendo el riesgo especialmente elevado en aquellos pacientes bajo tratamiento anticoagulante (ACO). Nuestro objetivo es evaluar el riesgo de TH en pacientes con ictus cardioembólico reciente en los que se mantuvo el ACO durante el ingreso.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con ictus cardioembólico reciente, en los que se mantuvo su llegada, ingresados entre 2014 y 2021 en un Centro de Ictus. Describimos las características clínicas y radiológicas en TC y angio-TC cerebral (evaluación ciega) incluyendo puntuación de escala ASPECTS, lesiones de sustancia blanca de etiología vascular (LSBV), oclusión intracraneal, trombectomía mecánica (TM) y recanalización no exitosa (TICIO-2A), y la asociación de estas variables con el riesgo de TH.

### CONCLUSIONES

Se estudiaron 189 pacientes (edad media 78,4 +/- 8,8 años), NIHSS inicial mediana (IQR) 5 (3-11) puntos. La mediana de ASPECTS (IQR) fue de 10 (8-10) puntos. Se objetivó leucoaraiosis en 121 pacientes (64%). Se identificó oclusión de mediano-gran vaso en 66 (34,9%). Se realizó TM en 28 (14,8%), 8 de ellos (28,6%) en los que se produjo una recanalización fallida. EN 24 de ellos se produjo TH como complicación, (15,6%), pero sólo dos pacientes (1,1%) presentaron empeoramiento neurológico clínicamente significativo. No hubo diferencias significativas en ASPECTS, leucoaraiosis, oclusión intracraneal, TM o recanalización fallida entre pacientes con y sin TH incidente.



## **EC-30. FACTORES PRONÓSTICOS RADIOLÓGICOS EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

E. Cañada Lahoz<sup>(1)</sup>, J. Alonso Maroto<sup>(1)</sup>, E. Huertas<sup>(2)</sup>, C. Gómez-Escalonilla<sup>(2)</sup>, A. De Felipe<sup>(3)</sup>, P. Calleja<sup>(4)</sup>, P. Simal<sup>(2)</sup>, S. García-Madróna<sup>(3)</sup>, D. Fernández Seoane<sup>(4)</sup>, C. Ramos Martín<sup>(1)</sup>, J. Vega Villar<sup>(5)</sup>, G. Reig Roselló<sup>(1)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo Rico<sup>(1)</sup>, J. Vivancos Mora<sup>(1)</sup> y S. Trillo Senín<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(5)</sup>Radiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

### **OBJETIVOS**

La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología infrecuente y de evolución variable. Estudios previos sugieren que la presentación radiológica podría tener valor pronóstico aunque con resultados heterogéneos. Nuestro objetivo es explorar la capacidad predictiva de la presentación radiológica en un grupo homogéneo de casos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes con TVC atendidos durante fase aguda/subaguda en 4 centros de Ictus de nuestra comunidad con TC cerebral como prueba diagnóstica inicial realizada en primeras 72h de ingreso. Se recogió la afectación de la TVC en angio-TC y se caracterizó la gravedad del edema y hemorragia. Se analizó la asociación entre hallazgos en TC basal y angio-TC con el pronóstico a los 3 meses (mRS-3m).

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 90 pacientes (55% mujeres, edad media 49 años, DE 18,77) 43,3% presentaron edema cerebral y 38,9% hemorragia en TC. Las trombosis fue más en seno transversal/sigmoide (83%) y seno sagital en región posterior (SSP, 53%). Encontramos asociación entre trombosis de SSP y mRS-3m > 2 ( $p=0,02$ ). Una mayor carga trombótica no se correlacionó con mRS-3m > 2. La presencia de edema unilateral en >1 lóbulo se asoció a mRS > 2 ( $p=0,03$ ), así como la hemorragia en TC inicial ( $p=0,016$ ). Se halló correlación significativa entre el grado de hemorragia y el mRS-3m > 2 ( $\rho=0,23; p=0,036$ ).

### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio el edema y la hemorragia en TC inicial, junto con la trombosis de SSP, se asociaron a peor pronóstico, suponiendo un grupo de riesgo de mala evolución con manejo convencional. Una mayor carga trombótica no se asoció a peor pronóstico, lo que pone el foco en el estudio futuro de otros factores pronósticos.



### EC-31. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL ASOCIADAS A ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

C. Romero Del Rincón<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. De Felipe<sup>(2)</sup>, H. Tejada<sup>(3)</sup>, C. Gómez- Escalonilla<sup>(4)</sup>, S. Calleja<sup>(5)</sup>, A. Arjona<sup>(6)</sup>, P. De La Riva<sup>(7)</sup>, S. Bashir<sup>(8)</sup>, C. Pérez<sup>(9)</sup>, C. Tejero<sup>(10)</sup>, L. Llul<sup>(11)</sup>, S. García-Madrona<sup>(2)</sup>, M. Serrano Ponz<sup>(3)</sup>, P. Simal<sup>(4)</sup>, L. Benavente Fernandez<sup>(5)</sup>, A. López Bravo<sup>(12)</sup>, J. Alonso Maroto<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>(4)</sup> Neurología. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

<sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

<sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Provincial. Almería. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia - San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>(8)</sup>Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. <sup>(9)</sup>Neurología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

<sup>(10)</sup>Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>(11)</sup>Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. <sup>(12)</sup>Neurología. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra).

### OBJETIVOS

La toma de Anticonceptivos Hormonales(AH) en pacientes que sufren trombosis venosa cerebral(TVC) es frecuente. Estudiamos si las características clínicas y radiológicas de la TVC en mujeres que toman AH difiere respecto a pacientes que no.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo multicéntrico observacional. Se incluyeron pacientes con TVC atendidos en 11 centros de España durante de 2008-2021. Se registraron variables clínicas, radiológicas y pronósticas y se compararon entre el grupo no asociado a AH(TVC-noAH) y asociado a AH(TVC-AH).

### RESULTADOS

N=256. Hombres 127(49,6%), mujeres 129(50,4%) de las cuales 48(37,2%) toman AH. La edad media difiere entre TVC-AH 32,02(DE=9,31), y TVC-noAH 53,99(DE=17,92)(p<0,001). No se encontraron diferencias en presentación clínica. Respecto a las características radiológicas, el grupo sin AH mostró mayor porcentaje significativo de TC-basal normal(40,1% vs. 20,8%) (p=0,02), presentó menor hiperdensidad de seno o vena(21,3% vs. 37,5%)(p=0,03), tendencia a menor edema o infarto(8,5% vs. 15,2%)(p=0,18) y menor combinación de signos(16,4% vs. 22,9%)(p=0,39) aunque el hallazgo de hemorragia fue más frecuentes en TVC- noAH(15% vs. 4,2%)(p=0,07). El lugar de ingreso inicial presentó diferencias entre los pacientes TVC-noAH vs. TVC-AH con(7,7% vs. 12,5%) en UCI,(33,7% vs. 25%) en Unidad de Ictus y (58,7%vs. 35,4%) en hospitalización convencional(p=0,014). No se encontraron diferencias en el pronóstico.



## **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio sugiere que pacientes con TVC asociada a AH son más jóvenes y que un mayor porcentaje ingresó en UCI o UI, sin diferencias en la gravedad clínica pero sí con mayor porcentaje de alteraciones en el TC basal inicial respecto a pacientes que no toman AH. Sin que se hayan observado diferencias en el pronóstico.



### EC-32. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO TRAS EL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y HEMORRAGIA INTRACRANEAL

G. R. Zmork Martínez<sup>(1)</sup>, J. García Castro<sup>(1)</sup>, G. Galeote García<sup>(2)</sup>, G. Ruiz Ares<sup>(1)</sup>, J. Rodríguez-Pardo de Donlebún<sup>(1)</sup>, E. de Celis Ruiz<sup>(1)</sup>, L. Casado Fernández<sup>(1)</sup>, M. Alonso de Leciñana Cases<sup>(1)</sup>, C. Hervás Testal<sup>(1)</sup>, A. Jurado Román<sup>(2)</sup>, S. Jiménez Valero<sup>(2)</sup>, R. Moreno Gómez<sup>(2)</sup>, E. Díez Tejedor<sup>(1)</sup>, B. Fuentes Gimeno<sup>(1)</sup> y R. Rigual Bobillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Cardiología. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es una alternativa terapéutica para la prevención de infarto cerebral en pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para el tratamiento anticoagulante como la hemorragia cerebral. Nuestro objetivo es describir el tratamiento antitrombótico recibido durante el seguimiento y determinar la incidencia de eventos tromboticos y hemorrágicos cerebrales en pacientes con hemorragia cerebral sometidos a CPOI.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con hemorragia cerebral e implantación de CPOI. Se recogen variables demográficas y clínicas, que incluyen el tratamiento antitrombótico utilizado (posterior al procedimiento, a los tres meses, seis meses y en la última revisión) y los eventos tromboticos y hemorrágicos durante el seguimiento.

#### RESULTADOS

Se registran 50 pacientes, edad media  $76,9 \pm 7,8$  años y mediana de seguimiento de 19,5 meses (9-47.5). La principal indicación de CPOI fue la hemorragia intracranial por enfermedad de pequeño vaso por hipertensión arterial. La tasa de implantación exitosa del dispositivo fue del 96% (48/50 pacientes). El tratamiento antitrombótico más frecuente tras la intervención fueron los anticoagulantes orales directos a mitad de dosis (48%); a los tres meses antiagregación simple (40%) y a los seis meses ningún tratamiento antitrombótico (40%). Tres pacientes (6%) presentaron infarto cerebral durante el seguimiento (a los 2 meses, 8 meses y 19 meses), todos en tratamiento con antiagregación simple. No se registró ninguna nueva hemorragia cerebral.

#### CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes, el CPOI presenta una baja tasa de complicaciones tromboticas y hemorrágicas durante el seguimiento, en todos los casos bajo tratamiento con antiagregación simple.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



## **EC-35. MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS SUFRIR UNA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL: EL DILEMA DE REINICIAR O NO LA ANTICOAGULACIÓN**

O. Uriz Bacaicoa<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(2)</sup>, A. M. Iglesias Mohedano<sup>(2)</sup>, M. P. Vázquez Alén<sup>(2)</sup>, M. Vales Montero<sup>(2)</sup>, F. Díaz Otero<sup>(2)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(2)</sup> y A. Gil Núñez<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurología Vascul. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **OBJETIVOS**

El manejo de pacientes con fibrilación auricular (FA) tras una hemorragia intracraneal (HIC) sigue siendo controvertido. Nuestro objetivo fue comparar la tasa de ictus isquémicos (IS) o eventos hemorrágicos según el tratamiento preventivo elegido en pacientes con FA tras una HIC

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Realizamos un estudio unicéntrico retrospectivo, incluyendo pacientes con HIC y FA ingresados en una Unidad de Ictus. Los pacientes se clasificaron según el tratamiento preventivo prescrito como “no reinicio de anticoagulación” (NRA) o “reinicio de anticoagulación” (RA). El objetivo principal fue la tasa acumulada de HIC, IS, cualquier sangrado (CS) o cualquier evento (CE) a 3 años de seguimiento.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 116 pacientes, 62 (53,5%) en el grupo NRA, 54 (46,5%) en RA. La edad media fue 79,6 años (DE 7,6), 72 varones (62,1%). La mediana de NIHSS basal fue 7 (RIC 3-13). No se observaron diferencias significativas en las características basales entre los 2 grupos. La mediana de tiempo entre HIC y RA fue de 38 días (RIC 21-121).. La tasa acumulada de IS fue mayor en el grupo NRA (37,2% [IC95% 11,5-62,9] frente 9,7% [0-20,5%] p=0,006); así como la de CE (53,1% [29,4-76,8] frente 31,7% [16,8-46,6%] p=0,019). No hubo diferencias en la tasa de HIC o CS. En la regresión de Cox ajustada por edad y NIHSS basal, NRA se asoció con mayor riesgo de CE (Hazard ratio= 2,45 [ 1,14–5,26]).

### **CONCLUSIONES**

NRA se asoció con mayor riesgo de IS o CE mientras que RA no mostró un aumento de riesgo de eventos hemorrágicos durante el seguimiento.



### EC-36. OCLUSIÓN AGUDA LA DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA: REGISTRO DE PACIENTES DE 4 CENTROS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

A. Cruz Culebras<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(2)</sup>, M. Guillán<sup>(3)</sup>, B. Oyanguren<sup>(4)</sup>, C. Serra<sup>(2)</sup>, L. Santos<sup>(3)</sup>, J. González López<sup>(5)</sup>, I. Contreras<sup>(5)</sup>, R. Vera<sup>(1)</sup>, S. García Madrona<sup>(1)</sup>, A. De Felipe<sup>(1)</sup>, C. Matute<sup>(1)</sup>, A. Gil<sup>(2)</sup> y J. Masjuan<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(5)</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>(3)</sup>Neurología. Hospital rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz (Madrid).

#### OBJETIVOS

Existe una evidencia escasa sobre el manejo adecuado de la OACR. El reconocimiento precoz de esta patología y la protocolización de su manejo es fundamental en los sistemas de atención sanitaria puesto que el tratamiento precoz con Alteplasa intravenosa puede mejorar el pronóstico visual

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Registro observacional multicéntrico de pacientes con OACR detectados en urgencias de 4 hospitales con Unidad de Ictus mediante protocolo específico, desde noviembre 2021 a abril 2023. Dividimos a los pacientes en dos grupos (tratados mediante Alteplasa intravenosa y manejo conservador).

#### RESULTADOS

Registramos 46 pacientes, de los cuales 15 (32.6%) recibieron Alteplasa y 31 (67.3%) manejados de forma conservadora. La Agudeza Visual (AV) basal en ambos grupos fue similar (el 86.9% de los pacientes presentaba AV en rango de discapacidad visual, sin diferencias entre ambos grupos). En el grupo de pacientes tratados, 5 (33.3%) tenían una AV igual o superior a 0.7 a los 3 meses y 6 pacientes del grupo de tratamiento conservador mejoraron espontáneamente (19.3%).

#### CONCLUSIONES

La implementación de un protocolo que implique a oftalmología y neurología es crucial en los Hospitales con Unidad de Ictus para detectar pacientes con OACR. La terapia trombolítica es factible y puede ser una opción de tratamiento para mejorar el pronóstico visual en estos pacientes.

No hay conflictos de intereses relacionados con este trabajo



## EC-40. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

J. Alonso Maroto<sup>(1)</sup>, E. Cañada<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, C. Gómez-Escalonilla<sup>(2)</sup>, A. De Felipe<sup>(3)</sup>, P. Calleja<sup>(4)</sup>, P. de la Riva<sup>(5)</sup>, C. Tejero<sup>(6)</sup>, P. Simal<sup>(2)</sup>, S. García<sup>(3)</sup>, D. Seoane<sup>(4)</sup>, L. Llull<sup>(7)</sup>, J. Vega<sup>(8)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(8)</sup>Radiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia - San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

### OBJETIVOS

La trombosis venosa cerebral (TVC) supone un potencial desafío clínico cuyo tratamiento se basa en la anticoagulación, siendo en ocasiones necesario tratamiento endovascular (TEV) de rescate. El objetivo de este estudio es determinar el perfil clínico y radiológico de las TVC que se someten a TEV, así como su evolución y pronóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes atendidos de 2008 a 2022 en 7 centros de ictus nacionales con TVC sometidos a TEV. Se estudió su perfil clínico, radiológico, manejo terapéutico, evolución, técnica, complicaciones y pronóstico.

### RESULTADOS

N=17 TVC tratadas mediante TEV, 25% debido a situación crítica, 75% a empeoramiento clínico +/- radiológico refractario a anticoagulación. Edad 43 años (DE18), 70,5% mujeres, mRS previo 0(0-1). Previamente al TEV: GCS 12(9-15), NIHSS 9(3-17), encefalopatía 53%, estatus epiléptico 11%, edema 77,7%, infarto hemorrágico 66,6%. Técnica: aspiración 80%, disrupción y extracción 20%, stenting venoso 10%, fibrinolítico local 33,3%. Durante TEV: 1 trombosis arteria basilar satisfactoriamente recanalizada, 1 rotura del seno venoso obstruido (5,8%). Tras TEV: herniación con necesidad de craniectomía 16,7%, mortalidad intrahospitalaria 17,6%, mRS>3 a 3 meses 42,9% de supervivientes.

### CONCLUSIONES

En nuestro estudio observamos cómo el TEV se administró a pacientes con TVC que por su evolución clínica experimentaron clínica grave al inicio o como terapia de rescate si hubo empeoramiento del nivel de conciencia o focalidad neurológica de forma refractaria a anticoagulación. Se realizará un registro multicéntrico con la colaboración de otros centros nacionales para analizar el candidato idóneo para estas terapias.



## Enfermedades desmielinizantes (ED)

### ED-01. COMBINACIÓN DEL ÍNDICE DE CADENAS LIGERAS LIBRES KAPPA Y LAS BANDAS OLIGOCLONALES EN UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

E. Monreal<sup>(1)</sup>, J. I. Fernández Velasco<sup>(2)</sup>, A. García Soidán<sup>(2)</sup>, S. Sainz De La Maza<sup>(1)</sup>, M. Espiño<sup>(2)</sup>, N. Villarrubia<sup>(2)</sup>, J. L. Chico García<sup>(1)</sup>, F. Rodríguez Jorge<sup>(1)</sup>, R. Sainz Amo<sup>(1)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup>, L. Costa-Frossard<sup>(1)</sup> y L. M. Villar<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

#### OBJETIVOS

Estudiar el mejor abordaje diagnóstico de la esclerosis múltiple (EM) utilizando dos métodos de estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR): las bandas oligoclonales de IgG (BOCG), el gold estándar, y el índice de cadenas ligeras libres kappa (CLLK), una técnica automatizada y más rápida. El objetivo fue desarrollar un algoritmo diagnóstico en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional unicéntrico incluyendo pacientes con un SCA seguidos >2 años. Las BOCG fueron estudiadas con isoelectroenfoque y Western blot y el índice de CLLK con turbidimetría. Se calculó la sensibilidad, especificidad y precisión de cada método para el diagnóstico de EM.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 371 pacientes: 260 (70,1%) mujeres, con una mediana (rango intercuartílico) de 34,9 (27,8–43,9) años. La sensibilidad y especificidad del índice CLLK utilizando el punto de corte de 6,1 fue de 83,6% y 95,1%, respectivamente. La especificidad de las BOCG fue similar (100%), pero la sensibilidad fue mayor (94,2%,  $p < 0,001$ ). La concordancia entre los métodos fue del 97,8% entre las BOCG y un índice CLLK  $\geq 6,1$ , pero del 58,1% en pacientes con índice CLLK  $< 6,1$ . En este sentido, las BOCG detectaron un 72,2% de pacientes con EM con un índice CLLK  $< 6,1$ . Un algoritmo combinando el índice CLLK como cribado y las BOCG como alternativa en pacientes con un resultado negativo en el índice CLLK obtuvo una precisión del 95,4%.

#### CONCLUSIONES

La combinación del índice CLLK y las BOCG permite un diagnóstico preciso y más automático de la EM, utilizando el índice CLLK inicialmente y las BOCG para casos negativos.

Los autores no tienen conflictos de interés relevantes para el trabajo actual.



#### **ED-04. NIVELES SERIOS DE PROTEÍNA ÁCIDA GLIAL FIBRILAR Y NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA COMO PREDICADORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON OCRELIZUMAB**

F. Rodríguez-Jorge<sup>(1)</sup>, J. I. Fernández-Velasco<sup>(2)</sup>, N. Villarubia<sup>(2)</sup>, J. Gracia-Gil<sup>(3)</sup>, E. Fernández<sup>(3)</sup>, L. Bau<sup>(4)</sup>, S. Martínez-Yélamos<sup>(4)</sup>, V. Meca-Lallana<sup>(5)</sup>, C. Díaz-Pérez<sup>(5)</sup>, J. Meca-Lallana<sup>(6)</sup>, S. Díaz<sup>(7)</sup>, P. Eguía<sup>(7)</sup>, S. Sainz de La Maza<sup>(1)</sup>, E. M. Pacheco<sup>(8)</sup>, E. Monreal<sup>(1)</sup>, L. Borrega<sup>(9)</sup>, J. L. Chico-García<sup>(1)</sup>, A. López-Real<sup>(10)</sup>, R. Sainz-Amo<sup>(1)</sup>, F. J. Barrero<sup>(11)</sup>, M. L. Martínez-Ginés<sup>(12)</sup>, S. de la Fuente<sup>(13)</sup>, I. Moreno<sup>(13)</sup>, M. A. Mañé-Martínez<sup>(14)</sup>, A. Caminero<sup>(15)</sup>, A. Gómez-López<sup>(16)</sup>, A. Labiano-Fontcuberta<sup>(16)</sup>, F. Castellanos<sup>(17)</sup>, L. Ayuso-Peralta<sup>(18)</sup>, R. Abreu<sup>(19)</sup>, M. Á. Hernández<sup>(19)</sup>, L. Martín-Aguilar<sup>(20)</sup>, L. Querol<sup>(20)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup>, L. Costa- Frossard<sup>(1)</sup> y L. M. Villar-Guimerans<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>(3)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>(7)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

<sup>(8)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva (Huelva). <sup>(9)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>(10)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña (A Coruña). <sup>(11)</sup>Neurología. Hospital San Cecilio. Granada (Granada). <sup>(12)</sup>Neurología.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(13)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(14)</sup>Neurología. Hospital Joan XXIII. Tarragona (Tarragona).

<sup>(15)</sup>Neurología. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila (Ávila). <sup>(16)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>(17)</sup>Neurología. Hospital Virgen del Puerto.

Plasencia (Cáceres). <sup>(18)</sup>Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Alcalá de Henares (Madrid). <sup>(19)</sup>Neurología. Complejo Hospital Universitario Ntra.

Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife). <sup>(20)</sup>Neurología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

#### **OBJETIVOS**

La utilidad de los niveles séricos de neurofilamentos de cadena ligera (NfL) y proteína ácida glial fibrilar (GFAP) para predecir la respuesta terapéutica en pacientes con esclerosis múltiple recidivante (EMR) tratados con ocrelizumab aún no ha sido claramente establecida.



### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo longitudinal multicéntrico donde se incluyeron 91 pacientes con EMR (58 mujeres [63%], con edad (media  $\pm$  DE) de  $41,2 \pm 10$  años que iniciaron ocrelizumab en 18 hospitales en España desde febrero de 2020 a marzo de 2022. Veinticuatro pacientes (26,4%) fueron naïve y 67 (73,6%) procedían de otros tratamientos modificadores de enfermedad debido a falta de eficacia o razones de seguridad.

### **RESULTADOS**

Al año de tratamiento con ocrelizumab, 63 pacientes (69,2%) alcanzaron NEDA-3 (grupo A), 19 pacientes (20,9%) tuvieron actividad clínica y/o radiológica (grupo B) y 9 pacientes (9,9%) tuvieron progresión confirmada de la discapacidad sin actividad inflamatoria (grupo C). Los niveles séricos basales de NfL fueron mayores en el grupo B comparados con los grupos A y C ( $p=0,0007$ ) y los niveles séricos de GFAP fueron mayores en los grupos B y C comparados con el grupo A ( $p=0,046$ ). Después de un año del inicio de ocrelizumab, los niveles séricos de NfL y GFAP disminuyeron en los grupos A ( $p=0,0028$  y  $p=0,0000007$ , respectivamente) y B ( $p=0,00008$  y  $p=0,0023$ , respectivamente). No se apreciaron cambios significativos en los pacientes del grupo C.

### **CONCLUSIONES**

La combinación de los niveles séricos de GFAP y NfL pueden ayudarnos a identificar a pacientes con una respuesta óptima al tratamiento con ocrelizumab.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Fernando Rodríguez: Janssen, Biogen, Novartis and Sanofi-Genzyme.



## Neurología general (NG)

### NG-24. SITUACIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS EN ESPAÑA, A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

L. Lillo Triguero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Ruber Internacional. Madrid

#### OBJETIVOS

Analizar qué tratamientos se utilizan actualmente en España para el síndrome de piernas inquietas (SPI), sus dosis y adecuación a la guía terapéutica internacional.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 55 pacientes de toda España, atendidos mediante consulta telefónica por una neuróloga experta en sueño. Se analizaron la situación clínica, los tratamientos prescritos y sus dosis. Con estos datos se realiza una interpretación crítica comparando con las recomendaciones de la guía internacional de tratamiento del SPI.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 55 pacientes: 30 (54,54%) mujeres; 25 (45,45%) hombres, con edad media 62 años (35-90), antecedentes familiares de SPI en el 43,63% (24). El 60% (33) presentaban síndrome de aumento. El 74,54% (41) recibían agonistas dopaminérgicos, siendo pramipexol el más utilizado (27; 49,09%; dosis 0.09-0,7mg/d). El 16,36% (9) habían recibido hierro intravenoso y el 36,36% (20) habían ensayado pregabalina (PGB)/gabapentina (GBP). 12 pacientes (21,81%) tomaban pregabalina de los cuales el 58,33% en dosis <125mg/d. 11 (20%) tomaban gabapentina de los cuales el 72,72% en dosis <300mg/d. El 14,54% (8) tomaban opioides, el 21,81% (12) clonazepam y el 23,63% (13) otros tratamientos (benzodiacepinas, antidepresivos, hipnóticos Z, melatonina, eslicarbacepina). El 20% (11) recibían simultáneamente tratamientos que empeoran el SPI.

#### CONCLUSIONES

Los agonistas dopaminérgicos siguen siendo el tratamiento más utilizado para el SPI, en contra de lo recomendado por las guías internacionales. La mayoría de los pacientes no había ensayado PGB/GBP que en la actualidad son los fármacos de primera elección y cuando se utilizan se pautan dosis excesivamente bajas. El tratamiento con hierro intravenoso y opioides tiene una baja implantación en nuestro país.

No hay conflicto de intereses.



## PÓSTERES CON EXPOSICIÓN ORAL

### Cefaleas (C)

#### C-05. VALIDACIÓN EXTERNA DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y EPISÓDICA

C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, A.B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>, J. Pagán<sup>(2)</sup>, J. S. Rodríguez-Vico<sup>(3)</sup>, A. Jaimes<sup>(3)</sup>, A. Gómez García<sup>(3)</sup>, J. Casas Limón<sup>(4)</sup>, J. Díaz de Terán<sup>(5)</sup>, M. Sastre-Real<sup>(5)</sup>, J. Membrilla<sup>(5)</sup>, G. Latorre<sup>(6)</sup>, C. Calle de Miguel<sup>(6)</sup>, S. Gil Luque<sup>(7)</sup>, C. Trevino-Peinado<sup>(8)</sup>, S. Quintas<sup>(1)</sup>, P. Heredia<sup>(1)</sup>, D. García Azorín<sup>(9)</sup>, A. Echavarría Íñiguez<sup>(7)</sup>, Á. Guerrero-Peral<sup>(9)</sup>, Á. Sierra Mencía<sup>(9)</sup>, N. González García<sup>(10)</sup>, J. Porta-Etessam<sup>(10)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. (Madrid). <sup>(2)</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid. <sup>(3)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(4)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>(5)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(6)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>(7)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos. (Burgos). <sup>(8)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>(9)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>(10)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### OBJETIVOS

La predicción de respuesta a las recientes terapias anti-CGRP es un tema de interés en el campo de la migraña. Estudios previos realizados en nuestro grupo han desarrollado una herramienta predictora de respuesta a anticuerpos anti-CGRP utilizando un enfoque basado en técnicas de machine-learning. El objetivo del presente estudio fue validar esta herramienta y su utilidad en pacientes con migraña crónica (MC) y episódica (ME).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, de cohorte retrospectivo, con pacientes con migraña procedentes de 9 Unidades de Cefaleas, diferentes a la cohorte de generación del modelo. Se obtuvo la sensibilidad(S), especificidad(E) y valores predictivos positivo(VPP) y negativo(VPN) globales y para los distintos grupos.



## **RESULTADOS**

Se incluyeron 127 pacientes con migraña, 104(81,88%) con MC, 108(85,03%) mujeres y edad media 53,73(DE 13,84) años. En la valoración del algoritmo de respuesta global superior al 50% a los 6 meses, la S global fue del 78,04% y la E global del 80%. El área bajo la curva(AUC) fue de 0.790, CI[0.726-0.849) y F1 ponderado de 79% en la cohorte de validación, con un AUC de 0,819 CI[0,762-0,884] y F1 ponderado de 81,88% en MC y AUC de 0,592 CI[0,322-0,842] con F1 ponderado de 68,97% en ME.

## **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio confirma la validez externa del modelo predictivo de respuesta a anti-CGRP en una cohorte distinta a la de generación del algoritmo. La S y E del modelo predictivo fueron mayores en el grupo de pacientes con MC. Futuros modelos podrían mejorar la capacidad predictiva de esta herramienta en los pacientes con ME.



**C-06. REGISTRO DE CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID:  
EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE UNA AMPLIA SERIE DE CASOS**

J. A. Membrilla <sup>(1)</sup>, M. L. Cuadrado <sup>(2)</sup>, N. González García <sup>(2)</sup>, J. Porta Etessam <sup>(2)</sup>,  
A. Sánchez Soblechero <sup>(3)</sup>, A. Lozano Ros <sup>(3)</sup>, A. Gonzalez-Martinez <sup>(4)</sup>, A.B. Gago Veiga <sup>(4)</sup>,  
S. Quintas <sup>(4)</sup>, J. S. Rodríguez Vico <sup>(5)</sup>, A. Jaimes <sup>(5)</sup>, L. Llorente Ayuso <sup>(6)</sup>, J. Roa <sup>(7)</sup>,  
C. Estebas <sup>(7)</sup> y J. Díaz De Terán <sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia). <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(4)</sup> Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(5)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

**OBJETIVOS**

La cefalea en racimos crónica (CRC) es relativamente rara, por ese motivo escasean las series de gran tamaño. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes con CRC.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Este es un estudio transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con CRC de seis hospitales de Madrid. Se describieron variables epidemiológicas, clínicas y relacionadas con el tratamiento y sus resultados.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 88 pacientes con CRC. Se cumplían criterios de CRC refractaria de la European Headache Federation en 60/88 (68.2%). La edad media del debut fue 33.6 (DE 12.9), con una media de retraso diagnóstico de 4.2 años (DE 6.3). Verapamilo, litio y topiramato se usaron en 87/88 (98.9%), 37/88 (42.1%) y 74/88 (84.1%) y fueron discontinuados en 36/87 (41.4%), 37/52 (71.2%) y 47/74 (63.5%), respectivamente. Onabotulinumtoxina y galcanezumab se iniciaron en 68/88 (77.3%) y 5/88 (5.7%), interrumpiéndose en 36/68 (52.9%) y 3/5 (60.0%). Se implantaron estimuladores de nervios occipitales (ENO) en 26/88 (29.6%), 13/26 (50.0%) fueron retirados o apagados. La mayoría de interrupciones de tratamiento fueron por ineficacia. En el momento de la recogida, 53/88 (60.2%) presentaban mal estado clínico (definido como al menos tres ataques por semana con impacto en calidad de vida). Onabotulinumtoxina y ENO fueron los tratamientos que más se relacionaron con un buen estado clínico en la CRC refractaria.

**CONCLUSIONES**

La CRC es una enfermedad de mal pronóstico, cumpliéndose criterios de refractariedad en más de la mitad. Onabotulinumtoxina y ENO podrían ser los mejores tratamientos a ofrecer en estos casos.



## **BIBLIOGRAFÍA**

El primer autor ha recibido honorarios de TEVA y Novartis en calidad de ponente en reuniones científicas. Lilly, TEVA y Novartis han financiado actividades de investigación y docencia del H. U. La Paz donde participaba el primer autor.



### C-08. CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA: DATOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE REFRACTARIEDAD

J. A. Membrilla<sup>(1)</sup>, M. L. Cuadrado<sup>(2)</sup>, N. González García<sup>(2)</sup>, J. Porta Etessam<sup>(2)</sup>, A. Sánchez Soblechero<sup>(3)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(3)</sup>, A. Gonzalez-Martinez<sup>(4)</sup>, A. B. Gago Veiga<sup>(4)</sup>, S. Quintas<sup>(4)</sup>, J. S. Rodríguez Vico<sup>(5)</sup>, A. Jaimes<sup>(5)</sup>, L. Llorente Ayuso<sup>(6)</sup>, J. Roa<sup>(7)</sup>, C. Estebas<sup>(7)</sup> y J. Díaz de Terán<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Francesc de Borja. Gandía (Valencia). <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(5)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

Los criterios diagnósticos de cefalea en racimos crónica (CRC) refractaria han sido definidos por la European Headache Federation. No se conoce si las características clínicas pueden variar entre la CRC refractaria y no refractaria.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con CRC de seis hospitales de Madrid. Se compararon variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes con CRC refractaria y no refractaria.

#### RESULTADOS

De una serie de 88 CRC, 60 (68.2%) cumplieron criterios de refractaria. No hubo diferencias con respecto a la CRC no refractaria en cuanto a sexo, historia psiquiátrica, comorbilidad con otra cefalea u otro síndrome doloroso crónico. La edad de debut fue similar en ambos grupos (33.6 en refractaria y 33.5 en no refractaria,  $p=0.245$ ), pero el retraso diagnóstico fue mayor en refractarios (4.6 vs 3.2 años,  $p=0.017$ ), también fue mayor el uso de opioides (38.6% vs 14.3%,  $p=0.022$ ). Los pacientes refractarios presentaban más frecuentemente ausencia de periodos de remisión con respecto a los no refractarios (72.9% vs 42.9%,  $p=0.007$ ), los cuáles presentaban más frecuentemente periodos de remisión de menos de 3 meses. La presencia de exacerbaciones estacionales también fue menos frecuente en los refractarios (32.1% vs 55.6%,  $p=0.041$ ).

#### CONCLUSIONES

Los pacientes con CRC refractaria presentan un mayor retraso diagnóstico, un mayor consumo de opioides y más frecuentemente un curso sin periodos de remisión ni fluctuaciones estacionales. La identificación de estas características puede ser de interés a la hora de intentar predecir la evolución de la CRC.



El primer autor ha recibido honorarios de TEVA y Novartis en calidad de ponente en reuniones científicas. Lilly, TEVA y Novartis han financiado actividades de investigación y docencia del H. U. La Paz donde participaba el primer autor.



## C-10. ANÁLISIS DE LA CARGA INTERICTAL EN LA MIGRAÑA: IMPACTO DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO Y SU IMPLICACIÓN PRONÓSTICA

M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup>, A. Sánchez Huertas<sup>(1)</sup>, J. Membrilla López<sup>(1)</sup>,  
M. Aledo Serrano<sup>(1)</sup> y J. Díaz De Terán Velasco<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### OBJETIVOS

Analizar el impacto del tratamiento de la migraña respecto a la carga interictal (CI) así como evaluar predictores interictales de respuesta.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en una Unidad de cefaleas. Se incluyeron pacientes con migraña que iniciaron tratamiento entre enero-febrero de 2023 con seguimiento a los 3 meses. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas como días de migraña mensual (DMM), consumo mensual de AINEs y triptanes y la CI (determinada mediante la Migraine Interictal Burden Scale-4 y un cuestionario ad-hoc, incluyendo sintomatología interictal) al inicio del tratamiento y a los 3 meses.

### RESULTADOS

72 pacientes; 62 mujeres (86%). 15% migraña episódica baja frecuencia; 21% alta frecuencia; 64% crónica. En estos dos últimos grupos, el 56% de los pacientes inició tratamiento con anti-CGRP, un 38% con toxina botulínica (OnabotA) y un 6% con preventivos orales. A pesar de similar reducción de días de migraña mensual (DMM) (57% vs. 59%), se observó una mayor disminución de CI (61% vs. 42%), del consumo de AINEs (68% vs. 51%) y triptanes (69% vs. 43%) y un mayor índice de mejoría en la respuesta al tratamiento sintomático (63,5% vs 42%) en aquellos pacientes que recibieron tratamiento con anti-CGRP frente a OnabotA

Al analizar la respuesta al tratamiento, se observó predominio de la alodinia interictal en aquellos pacientes no respondedores (59% vs. 16,6%), a pesar de similares DMM, CI, consumo de AINEs, tripanes inicial y número de tratamientos preventivos previamente empleados.

### CONCLUSIONES

Aquellos pacientes en tratamiento con anti-CGRP presentan una mayor reducción de la CI, consumo de AINEs y triptanes respecto a otros tratamientos, a pesar de una reducción similar respecto a DMM. Identificamos la alodinia interictal como posible factor predictivo de ausencia de respuesta al tratamiento preventivo.



## Epilepsias (E)

### E-02. UTILIDAD DEL TC PERFUSIÓN EN PACIENTES CON EPILEPSIA Y CRITERIOS DE CÓDIGO CRISIS ATENDIDOS COMO CÓDIGO ICTUS

E. Valiente<sup>(1)</sup>, C. Sanabria<sup>(1)</sup>, A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>, C. Sánchez Rodríguez<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, D. Zhan<sup>(2)</sup>, J. Collada<sup>(2)</sup>, C. Alonso<sup>(2)</sup>, J. Vega<sup>(2)</sup>, M. Domínguez<sup>(1)</sup>, J. Alonso<sup>(1)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>, A. Vieira<sup>(1)</sup>, M. De Toledo<sup>(1)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

#### OBJETIVOS

Las crisis epilépticas(CE) suponen uno de los principales stroke mimics (SM) atendidos como código ictus(CI). El objetivo de nuestro estudio es estudiar los CI con diagnóstico de CE que cumplirían criterios de código crisis epiléptica (CCE), así como los hallazgos de TC-perfusión (TCP) en estos casos y su influencia sobre la administración de fármacos anti-crisis (FACs).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de CI(enero/2015 -diciembre/2021), con diagnóstico de CE y criterios de CCE. Se recogieron características basales, frecuencia y tipo de alteración en TCP, así como frecuencia de indicación de FACs tras la realización del TC.

#### RESULTADOS

Durante este periodo, 267 CI fueron CE, 16 fueron excluidos por TCP no valorable, 10 no cumplieron criterios de CCE. n=241. Edad media 73,2(DE 14,6). Mujeres 125(51,9%). Motivos de CCE: estatus convulsivo 1(0,4%), sospecha de estatus sutil 31(12,9%) o no convulsivo 82(34,02%) y focalidad no vascular 127(52,69%). Se objetivaron alteraciones en TCP sugerentes de SM en 123(51%). Patrones más frecuentes: alteración focal territorio-no vascular 46(19,1%) y global hemisférica 30(12,4%). El mapa de TCP más frecuentemente alterado fue Tmáx, 110(45,6%). En 150 casos(62,2%) se inició FACs tras el TCP. La administración de FACs fue más frecuente en los casos de TCP alterado 87(70,7%) vs TCP normal(53,4%), p=0,008.

#### CONCLUSIONES

En nuestro estudio se identificaron alteraciones en TCP sugerentes de SM en la mitad de CE que cumplían criterios de CCE y fueron valorados inicialmente como CI. Las alteraciones en TCP se asociaron a una mayor frecuencia de inicio de FACs, lo que pone de relieve su utilidad diagnóstica y terapéutica.



### **E-05. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA IMAGEN DE FUENTE ELÉCTRICA (ESI) INTERICTAL EN LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA**

R. Toledano<sup>(1)</sup>, P. Parra-Díaz<sup>(1)</sup>, A. Valls<sup>(3)</sup>, Á. Beltrán-Corbellini<sup>(3)</sup>, I. García-Morales<sup>(2)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup> y A. Gil-Nagel<sup>(3)</sup>

*(1)Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. (2)Neurología. Hospital Ruber Internacional. Madrid. (3)Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

#### **OBJETIVOS**

La imagen de fuente eléctrica (ESI) interictal es una técnica muy útil en la evaluación prequirúrgica de pacientes con epilepsia focal refractaria (EFR), si bien precisa de un aprendizaje y una validación previa. Analizamos la precisión diagnóstica de la ESI realizada con un software libre (Brainstorm).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo en el que evaluamos la precisión diagnóstica de 6 modelos de solución inversa (MSI) de ESI interictal realizados con Brainstorm. Se incluyeron pacientes con EFR con seguimiento postquirúrgico > 1 año estudiados con Video-EEG prolongado (>25 electrodos) y RM cerebral postquirúrgica. El análisis para cada modelo se hizo en el pico y en el 50% del ascenso de las puntas promediadas.

#### **RESULTADOS**

Incluimos 82 pacientes (63,4% epilepsia extratemporal; 67,1% RM lesional; 57,3% estéreo-EEG previa; 72% Engel I al año), analizándose un total de 984 MSI (102 puntas promediadas por paciente). El modelo de sLORETA en el 50% de ascenso mostró ser más sensible (S=80%) y específico (E=74%) que el resto de los modelos evaluados, con una precisión diagnóstica del 78% y una OR de 11.1 de quedarse libre de crisis, si el volumen identificado fue incluido en la resección. La precisión diagnóstica siguió siendo elevada en pacientes con epilepsia extratemporal (83%), RM normal (81%) y en aquellos que precisaron estéreo-EEG (77%).

#### **CONCLUSIONES**

La ESI interictal realizada con un software libre es una técnica con una elevada precisión diagnóstica, incluso en los casos más complejos, debiendo ser considerada en la planificación quirúrgica de los pacientes con EFR.

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses en la realización de este trabajo.



## Enfermedades cerebrovasculares (EC)

### EC-01. EMBOLIA CÁLCICA COMO CAUSA INHABITUAL DE ICTUS ISQUÉMICO Y RETO TERAPÉUTICO: NUESTRA SERIE DE 7 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, M. Díaz Del Valle <sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup>, R. Terrero Carpio <sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla <sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade <sup>(1)</sup>, A.B. Pinel González <sup>(1)</sup>, B. Martínez Menéndez <sup>(1)</sup>, J. M. Lara Torres <sup>(2)</sup>, M. T. Corbalán Sevilla <sup>(2)</sup> y G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

#### OBJETIVOS

La embolia cálcica es una causa inhabitual (probablemente infradiagnosticada) de ictus isquémico, afectando fundamentalmente a la circulación anterior. Puede ser espontánea o iatrogénica, aunque en muchos casos no se identifica la causa. Debido a su composición, el tratamiento se asocia a pobre resultado funcional.

Presentamos una serie de 7 casos recogidos en los últimos 18 meses en nuestro hospital y revisamos la literatura disponible.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

En el último año y medio recogimos 7 casos de embolia cálcica. De manera retrospectiva, recogimos los antecedentes, situación basal, clínica, NIHSS al inicio y al alta, localización del émbolo, tratamiento utilizado, etiología del ictus y ERm a los 3 meses.

#### RESULTADOS

De nuestros 7 pacientes, 3 son mujeres y 4 varones. Todos los pacientes son hipertensos y todos excepto uno tenían un ERm basal de 0-1. La localización fue la ACM en todos los casos excepto uno en circulación posterior. La etiología fue espontánea aterotrombótica en todos salvo en 2. Cuatro fueron sometidos a fibrinólisis IV, pero solo en uno de ellos se produjo mejoría y fue tras realización de trombectomía mecánica posterior. El ERm a los 3 meses se mantuvo en los 2 únicos casos que se realizó TM, empeorando en los 5 casos restantes. Se produjo recurrencia en 2 casos.

#### CONCLUSIONES

La embolia cálcica es una etiología no tan infrecuente de ictus isquémico, siendo posible de diagnosticar en el TAC basal. Es importante reconocerla de manera precoz por sus implicaciones en el tratamiento, aunque la escasa literatura disponible no propone uno estandarizado.



**EC-04. UTILIDAD DE LA ANTIAGREGACIÓN COMO PREVENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON LEUCOARAIOSIS EN RM CEREBRAL: ESTUDIO DE COHORTES HISTÓRICAS**

P. Garrido Jiménez<sup>(1)</sup>, S. López Anguita<sup>(1)</sup>, J. S. Rodríguez Quinchanegua<sup>(1)</sup>,  
A. Lorenzo Montilla<sup>(1)</sup>, F. J. Valenzuela Rojas<sup>(1)</sup> y M. N. Olmedilla González<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

**OBJETIVOS**

La leucoaraiosis es un hallazgo radiológico predictor de enfermedad cerebrovascular. Se conoce el efecto protector de la antiagregación en prevención secundaria, pero no se ha demostrado su eficacia en prevención primaria. Nuestro objetivo es comprobar si el uso de antiagregación en prevención primaria reduce la progresión de leucoaraiosis y las complicaciones vasculares a partir de 1 año de tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de cohortes retrospectivo seleccionando pacientes con leucoaraiosis en RM cerebral atendidos en consulta de Neurología de nuestro centro durante marzo de 2021. Se dividió a los pacientes según toma o no de tratamiento y se evaluaron diferencias en la aparición de complicaciones vasculares a partir de 1 año de tratamiento.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 74 pacientes (61% hombres) con mediana de edad 74,5 años. Se inició antiagregación primaria en 35 pacientes (47%), 26 con adiro (35%) y 9 con clopidogrel (12%). En 39 pacientes (53%) no se inició tratamiento. No se observó asociación entre el tratamiento antiagregante y complicaciones neurológicas como ictus ( $p=0,69$ ), parkinsonismo vascular ( $p=0,38$ ) o hemorragias intraparenquimatosas ( $p=0,53$ ), independientemente del grado de leucoaraiosis. Tampoco se observó asociación entre la toma del tratamiento y la aparición del resto de complicaciones estudiadas ( $p>0,05$ ) ni la progresión de leucoaraiosis ( $p>0,18$ ). Se observó una relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el tratamiento antiagregante ( $p=0,005$ ), aunque es probable que se deba a un sesgo ya que los pacientes que iniciaron antiagregación presentaban mayor grado de leucoaraiosis, aunque no mayor prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV).

**CONCLUSIONES**

Nuestro estudio concluye que el uso de antiagregación en prevención primaria no disminuye el riesgo de progresión de leucoaraiosis ni de complicaciones vasculares a partir de 1 año de tratamiento.



## **EC-06. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN OCLUSIONES DISTALES EN TERRITORIO DE ACM: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL ICTUS**

C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, A. Lorenzo Montilla<sup>(2)</sup>, R. Berbegal Serralta<sup>(1)</sup>, J. Vega<sup>(3)</sup>, C. Alonso<sup>(3)</sup>, C. Sanabria<sup>(1)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>, G. Reig<sup>(1)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, J. Alonso<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, <sup>(3)</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Los ictus secundarios a oclusión de segmentos distales de ACM pueden producir secuelas neurológicas discapacitantes a pesar de afectar un territorio vascular menos extenso. El tratamiento endovascular (TE) en oclusiones de segmentos M3 y M4 podría ser una opción en casos seleccionados, siendo su efectividad y seguridad poco conocida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos una serie de pacientes tratados con TE por ictus secundario a oclusión de segmentos M3-4. Se recogieron las características basales y aquellas relacionadas con la efectividad y seguridad del TE de pacientes tratados durante 2021-22.

### **RESULTADOS**

17 pacientes recibieron TE por oclusión de M3-4, suponiendo el 6,5% de las 262 trombectomías realizadas en el periodo de estudio. De ellas, 13 (76,5%) recibieron TE por oclusión en segmento M3 y 4 (23,5%) en M4. De los casos recogidos 8 (47%) fueron mujeres y la mediana de NIHHS 11 (RIC:9,5-17,5), 12 (70,6%) presentaron déficit motor y 12 (70,6%) afasia. 10 (58,8%) pacientes habían recibido trombólisis intravenosa. La lateralidad del ictus fue izquierda en 13 (76,5%) y en un 100% el territorio involucrado fue peri-rolándico. El volumen medio de territorio en T<sub>máx</sub>>6s fue 60,8 (26,7) ml. Se logró recanalización TICI>2a en 15 (88,2%) con una mediana de pases 1 (RIC:1-2,5). Se produjeron microperforaciones como complicación con HSA en 6 (35,3%) pacientes, siendo una de ellas moderada-grave. A los 3 meses 13 (76,5%) presentaban mRS ≤2.

### **CONCLUSIONES**

El TE en oclusiones distales de ACM es una realidad en la práctica clínica, siendo tratados pacientes con focalidad discapacitante, asociada a un volumen de territorio vascular afectado significativo. Su seguridad y efectividad, favorable en nuestro estudio, se investigará mediante futuros estudios multicéntricos.



#### **EC-08. TRATAMIENTO DEL ICTUS AGUDO EN VENTANA EXTENDIDA: ANÁLISIS DE DATOS DE LOS PACIENTES RECOGIDOS**

G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>, R. Terrero Carpio <sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade <sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla <sup>(1)</sup>, A. Pinel González <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup> y L. Morlán Gracia <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

El manejo de pacientes con ictus isquémico de inicio desconocido ha cambiado desde la implantación de técnicas de neuroimagen avanzada (TC-perfusión y RM cerebral). Diversos estudios han avalado la administración de fibrinólisis intravenosa en pacientes con tejido cerebral potencialmente salvable mediante estas técnicas e ictus isquémico de inicio indeterminado. Presentamos los resultados de los pacientes tratados en ventana extendida en un centro de segundo nivel.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo sobre los pacientes ingresados en UI con ictus isquémico tratados con fibrinólisis intravenosa en ventana extendida (inicio al despertar, inicio conocido pero menor de 9h, inicio desconocido presumiblemente menor de 9h).

#### **RESULTADOS**

Desde la implantación en nuestro centro de Unidad de Ictus se han realizado 45 fibrinólisis intravenosa en pacientes con tiempo de inicio desconocido. La edad media de los pacientes fue 73.66 años. La etiología más frecuente fue la aterotrombótica (33%) seguida de la lacunar (22%). En todos ellos se realizó estudio de TC- perfusión. 18 pacientes fueron ictus del despertar, 17 de inicio desconocido presumiblemente menor a 9h y 10 con inicio conocido dentro de las 9h siguientes al inicio (mediana de tiempo 6h 50 minutos). De los 45 pacientes, 9 se sometieron además a trombectomía mecánica de rescate. Presentaban mRS  $\leq 2$  al alta un 82.2% de los pacientes y un 85.7% a los 3 meses. 4 pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas, 2 de ellos intracraneales no sintomáticas y leves.

#### **CONCLUSIONES**

En nuestra serie de pacientes tratados con fibrinólisis intravenosa en ictus isquémicos de inicio desconocido, los resultados funcionales son favorables, sin haberse producido complicaciones graves tras los procedimientos realizados.

No existen conflictos de interés.



### **EC-13. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN ICTUS ISQUÉMICO CON ASPECTS $\leq$ 5: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

M. Lara González<sup>(1)</sup>, J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, M. García Ruiz<sup>(1)</sup>, A. López Frías<sup>(2)</sup>, P. Simal<sup>(1)</sup>, C. Pérez García<sup>(2)</sup>, S. Rosati<sup>(2)</sup>, J. Egido<sup>(1)</sup>, M. Moreu<sup>(2)</sup> y C. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Unidad de Patología Cerebrovascular. Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Neurorradiología Intervencionista. Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

#### **OBJETIVOS**

El beneficio de la trombectomía mecánica en pacientes con ictus isquémico de menos de 24 horas de evolución y ASPECTS  $\leq$ 5 no está claramente definido.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de una serie prospectiva de pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran vaso en territorio anterior con un tiempo de evolución menor a 24 horas y un ASPECTS menor o igual a 5, que se sometieron a trombectomía mecánica en el periodo de tiempo comprendido entre julio de 2009 y marzo de 2023. Se evaluaron la tasa de hemorragia intracraneal sintomática, la mortalidad y el resultado funcional a los 90 días; considerando un resultado funcional favorable una puntuación en la escala Rankin modificada menor o igual a 3.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 92 pacientes con mediana de edad de 68 años (RIC 56-77), siendo el 44,6% mujeres. La mediana de NIHSS fue 21 (RIC 18-23) y de ASPECTS fue 5 (RIC 3-5). Se realizó fibrinólisis intravenosa en el 42,4%. La mediana de tiempo desde último basal hasta punción arterial fue de 306 minutos (RIC 210-450,5). La tasa de recanalización TICI $\geq$ 2b fue del 68,5% y de hemorragia intracraneal sintomática del 11%. A los 90 días, se obtuvo resultado funcional favorable en el 39,1%, siendo la mortalidad del 29,3%. En aquellos pacientes con recanalización TICI $\geq$ 2b se consiguió a los 90 días mayor porcentaje de resultado funcional favorable (49,2% vs 17,2%) y menor mortalidad (22,2% vs 44,8%).

#### **CONCLUSIONES**

En nuestra serie, los pacientes con ictus isquémico con evolución menor a 24 horas y ASPECTS menor o igual a 5 sometidos a trombectomía mecánica, consiguieron un resultado funcional favorable casi en el 40% de los casos, obteniéndose mejores resultados en aquellos pacientes en los que se logró recanalización TICI $\geq$ 2b.

No hay conflictos de interés que declarar.



**EC-15. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES TRAS IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA (TM) EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS POR OCLUSIÓN EN TÁNDEM**

I. Lera Ramírez<sup>(1)</sup>, A. Bonilla Tena<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(1)</sup>, A. M. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alen<sup>(1)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>, F. Díaz Otero<sup>(1)</sup> y A. C. Gil Núñez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**OBJETIVOS**

La implantación de stent carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM) en los pacientes con ictus isquémicos por oclusión en tándem (IIOT) es beneficiosa, aunque asocia mayor riesgo de hemorragia intracraneal sintomática. Actualmente no hay consenso sobre la mejor estrategia antitrombótica durante el procedimiento en estos pacientes. Describimos la tasa de oclusión/restenosis precoz (<48h), tasa de transformación hemorrágica sintomática (THs) y pronóstico funcional a 3 meses en pacientes con IIOT tratados con TM+implantación de stent.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Incluimos pacientes con IIOT tratados con TM+implantación de stent entre 2019 y 2023 en nuestro centro. Se recogieron variables demográficas, características del ictus, tratamiento antiagregante recibido previamente y durante el procedimiento, complicaciones y estado funcional a 3 meses.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 35 pacientes (40% mujeres, edad media 69.3 años). La mediana de NIHSS fue de 15 (RIC 10-19). 14 pacientes (40%) recibieron trombolisis intravenosa. Tres pacientes tomaban acenocumarol previo al procedimiento y 7 AAS; durante el procedimiento 30 pacientes recibieron antiagregación simple, 1 doble antiagregación y 4 no recibieron tratamiento antiagregante. Tres pacientes sufrieron THs (uno de ellos había recibido trombolisis iv y uno tomaba acenocumarol) y 4 oclusión/reestenosis precoz. 2 pacientes fallecieron y 21/33 pacientes obtuvieron un buen resultado funcional (eRm  $\leq$  2) a 3 meses.

**CONCLUSIONES**

La tasa de oclusión/restenosis precoz fue elevada en esta serie sugiriendo la necesidad de emplear estrategias antitrombóticas más agresivas durante el procedimiento. A pesar de ello y de la tasa de THs, una proporción elevada de IIOT presentó buena evolución funcional con este tratamiento.



## **EC-17. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL TROMBO: ASOCIACIÓN CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS POR OCLUSIÓN DE ACM**

P. Iriarte<sup>(1)</sup>, C. Molina<sup>(2)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, C. Sánchez<sup>(1)</sup>, R. Berbegal<sup>(1)</sup>, A. Lorenzo<sup>(1)</sup>, P. Paños<sup>(1)</sup>, C. Romero<sup>(1)</sup>, J. Alonso<sup>(1)</sup>, J. Vega<sup>(2)</sup>, Á. Ximénez-Carrillo<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Las características físicas del trombo como su longitud (LT) y permeabilidad al contraste (PT) podrían asociarse con el resultado del tratamiento endovascular (TE) en el ictus por oclusión de ACM. Hemos estudiado la asociación de ambas variables con las características del TE, así como su posible asociación con el grado de circulación colateral (CC).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos. Se incluyeron los pacientes con oclusión de ACM (TCarotídea/M1) tratados mediante TE en nuestro centro durante 2019-2022. La LT se estimó en fase tardía de la TC perfusión. La PT se calculó con una técnica dinámica, sustrayendo el promedio de Unidades Hounsfield (HU) de la hiperdensidad de ACM entre la TC basal y la fase tardía de la TC perfusión. La CC se estimó mediante software RAPID (parámetro HIR). Se definió la variable trombo penetrable (T-PEN) como de baja LT (<5mm) y alta PT (>13HU).

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 174 pacientes. La LT mediana fue 10mm [RIC7-13], la PT mediana 13HU [RIC5-24]. Se identificó correlación significativa entre LT y PT ( $\rho=-0,21$ ;  $p=0,01$ ). Los trombos de alta permeabilidad (>13HU). se asociaron a menor NIHSS pre-tratamiento ( $p=0,02$ ), menor duración de TE ( $p<0,01$ ), menor número de pases ( $p<0,01$ ), menor core de infarto (rCBF<30%;  $p=0,03$ ) y mejor CC ( $p=0,03$ ). La LT >10mm se asoció a mayor core de infarto (rCBF<30%;  $p=0,04$ ) y peor CC ( $p<0,01$ ). El T-PEN se asoció a mayor probabilidad recanalización, TICl>2a ( $p<0,01$ ).

### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio características físicas del trombo, como la PT y la LT, podrían predecir la dificultad técnica del TE en el ictus de ACM. La asociación de estos factores con la CC sugiere que el flujo colateral retrógrado podrían afectar a la permeabilidad y longitud.



## EC-22. PATRONES DEL TC PERFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE STROKE MIMICS E IMPACTO EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN

C. Sanabria Gago<sup>(1)</sup>, E. Valiente Gordillo<sup>(1)</sup>, A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>, S. Lozano Veiga<sup>(1)</sup>, C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, J. Collada Carrasco<sup>(2)</sup>, C. Alonso Rodríguez<sup>(2)</sup>, D. Zhan Chen<sup>(2)</sup>, J. Vega<sup>(3)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, C. Ramos<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y S. Trillo Senín<sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología, <sup>(3)</sup>Neurrorradiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

### OBJETIVOS

El TC perfusión (TCP) en el código ictus (CI) permite excluir isquemia en stroke mimics (SM), mostrando ocasionalmente alteraciones características. El objetivo de este estudio es identificar patrones específicos en TCP en etiologías concretas de SM, y si la realización de TCP influye en la aplicación de trombolisis IV (TIV).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico de CI atendidos entre enero/2015-julio/2020, con TCP valorable y diagnóstico de SM. Se estudió la asociación entre el patrón en TCP y los subtipos etiológicos de SM, así como la asociación entre los resultados del TCP y la administración de TIV.

### RESULTADOS

De 3814 CI, 15,8% fueron SM. Se excluyeron 32 por TCP no valorable, incluyéndose 572. Edad media 65 años (DE: 18,295), 48,3% mujeres. 184 (32,2%) presentaron TCP alterado, más frecuentemente crisis epilépticas (CE) 105 (57,1%), PRES 16 (8,7%), estatus epiléptico (EE) 21 (11,4%), y migraña 8 (4,3%), asociándose significativamente a TCP alterado el PRES (55,26%;  $p=0,01$ ), EE (55,17%;  $p=0,02$ ) y CE (48,85%;  $p<0,001$ ). Se identificó asociación entre CE, disminución del flujo ( $p=0,003$ ) y aumento del tiempo en TCP ( $p=0,001$ ), alteración focal no vascular ( $p<0,001$ ), hemisférica ( $p=0,002$ ), multifocal ( $p=0,030$ ) y en lóbulo parietal (71,31%;  $p<0,001$ ). El EE se asoció con aumento en mapas de flujo ( $p=0,029$ ), volumen ( $p=0,030$ ) y zona parietal (85,71 %;  $p=0,024$ ). El PRES asoció retraso en el tiempo ( $p=0,042$ ), alteración multifocal ( $p=0,002$ ) y en zona occipital (82,35 %;  $p=0,002$ ). No se identificaron otros patrones específicos. De 231 (40,4%) candidatos a TIV, solamente 17 (3%) la recibieron, siendo más frecuente el TCP alterado (64,7%;  $p=0,002$ ).

### CONCLUSIONES

El TCP muestra alteraciones sugerentes de SM en un tercio de casos. Identificamos patrones característicos de etiologías, destacando afectación parietal en CE/EE, y occipital en PRES. El TCP contribuiría a evitar TIV en pacientes con SM, especialmente cuando no muestra alteraciones.



## **EC-27. TENECTEPLASA VS ALTEPLASA: MIGRACIÓN Y RECANALIZACIÓN DE TROMBO DE GRAN VASO PREVIO A TROMBECTOMÍA MECÁNICA**

G. García Alcántara<sup>(1)</sup>, P. Lorenzo Barreto<sup>(1)</sup>, P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, R. López Rebolledo<sup>(1)</sup>, C. Moreno López<sup>(1)</sup>, R. Vera Lechuga<sup>(1)</sup>, S. García Madrona<sup>(1)</sup>, M.C. Matute<sup>(1)</sup>, A. De Felipe<sup>(1)</sup>, J. Masjuan Vallejo<sup>(1)</sup> y A. Cruz Culebras<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### **OBJETIVOS**

El objetivo del estudio fue describir y analizar la tasa de migración/recanalización de trombos de gran vaso a segmentos distales en pacientes con ictus isquémico que recibieron trombólisis intravenosa (TIV) con tenecteplasa (TNK) versus alteplasa previo a trombectomía mecánica (TM), así como determinar si existe relación entre la migración del trombo y el pronóstico funcional del paciente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Realizamos un estudio prospectivo de una serie de pacientes que presentaron un ictus isquémico con trombo de gran vaso desde abril de 2018 a abril de 2023 y fueron tratados con TIV (TNK o alteplasa divididos en 2 grupos diferentes) y trombectomía mecánica.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 196 pacientes en el estudio (96 recibieron TNK y 100 alteplasa). Se objetivó migración/recanalización del trombo en arteriografía en 25 pacientes (26%) en el grupo de TNK y en 10 pacientes (10%) en el de alteplasa, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). La migración a un segmento muy distal ocurrió en 5 pacientes (22%) con TNK y en 2 pacientes (25%) con alteplasa, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). La migración del trombo no se asoció de forma significativa al Rankin a los 3 meses en ninguno de los grupos.

### **CONCLUSIONES**

La tasa de migración/recanalización de trombo de gran vaso tras tratamiento fibrinolítico es superior de forma significativa con tenecteplasa que con alteplasa. Hemos observado que la migración de trombos a segmentos más distales, teóricamente menos accesibles con TM, no difiere entre ambos grupos y no se asocia de forma significativa con la discapacidad del paciente a los 3 meses.



### EC-34. FATIGA POST-ICTUS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA RESIDUAL

G. Reig Roselló<sup>(1)</sup>, P. Paños<sup>(1)</sup>, L. Estallo-Guijarro<sup>(1)</sup>, C. Romero Del Rincón<sup>(1)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>, C. Sánchez- Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. Somovilla<sup>(1)</sup>, C. Sanabria Gago<sup>(1)</sup>, J. Vivancos Mora<sup>(1)</sup> y F. Nombela Merchán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### OBJETIVOS

Evaluar la frecuencia de aparición de fatiga post-ictus y sus posibles factores predictores en pacientes con HSA espontánea sin focalidad residual en nuestro medio.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en una cohorte de pacientes ingresados en una unidad de ictus entre 2020 y 2022. Se les realizó una evaluación telefónica mediante las escalas validadas FSS, MFIS, PHQ-9 y EuroQoL-5D. Se recogieron datos de variables demográficas, clínicas y de hábitos de vida.

#### RESULTADOS

38 cumplieron criterios de inclusión y N=28 aceptaron participar. Media edad 58,82 años (DE=14,31). 60,7% mujeres. Encontramos fatiga en el 35,7% (n=10) de la muestra según FSS (punto corte  $\geq 4$ ) y 32,1% (n=9) según MFIS (punto corte  $\geq 38$ ). La edad  $> 65$  años ( $p=0,017$ ), ausencia de vasoespasmo moderado ( $p=0,037$ ) y ausencia de cefalea residual ( $p=0,06$ ) fueron factores protectores de fatiga. La disminución de la actividad física tras HSA ( $p<0,001$ ), mayor ganancia de peso tras HSA ( $p=0,032$ ) y afectación hemisférica derecha ( $p<0,05$ ) fueron factores de riesgo. La presencia de depresión (PHQ-9 $\geq 5$ ) se asociaba significativamente con fatiga (OR=2 para FSS y OR=2,8 para MFIS). Los pacientes con mayor fatiga no lograron reincorporarse al trabajo. Encontramos correlación negativa entre calidad de vida (EQ-5D) y FSS ( $-0,37, p=0,05$ ) y MFIS ( $-0,49, p<0,05$ )

#### CONCLUSIONES

$> 30\%$  de pacientes con HSA sin focalidad residual presentaron fatiga post-ictus durante el seguimiento, afectando predominantemente a pacientes en edad laboral y a su calidad de vida. La actividad física y control de peso podrían ser un ámbito de actuación preventivo o terapéutico, a valorar en futuros estudios.



#### **EC-41. LA IMPORTANCIA DEL CÓDIGO ICTUS: REGISTRO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVA ENTRE ANTES Y DESPUÉS DE LA ENTRADA EN CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN UN HOSPITAL SECUNDARIO**

C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, R. Terrero Carpio <sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade <sup>(1)</sup>, A. Pinel González <sup>(1)</sup> y L. Morlán Gracia <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

La implantación del Código Ictus (CI) ha demostrado eficacia en la reducción de tiempos de traslado, atención y administración de tratamientos reperfusiones en el ictus agudo.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Registro de los pacientes en que se activó CI, que ingresaron en Unidad de Ictus (UI) y en que se indicó terapia de perfusión en el año previo a la inclusión (preCI) en el circuito de Código Ictus de la Comunidad Autónoma de Madrid frente a los 10 primeros meses desde la inclusión (postCI).

#### **RESULTADOS**

Se registraron más de 600 CI en la etapa postCI, 283 ingresaron en UI frente a 162 preCI. El 73.3% de los pacientes postCI llegaron en ambulancia (37% de los cuales llegó tras activarse CI interhospitalario), frente al 72.83% que llegó por medios propios preCI. La mediana de tiempo puerta-TC fue de 21 minutos postCI vs. 32 minutos preCI. Se realizaron 100 fibrinólisis intravenosas postCI frente a 28 preCI (tasa de trombólisis 32.33% vs. 17.28%). Se realizaron 19 trombectomías mecánicas en el período postCI. El tiempo medio puerta-aguja postCI fue de 49 minutos (35.7% <45 minutos) frente a los 74 minutos preCI. Presentaban ERM  $\leq 2$  al alta un 80% de los pacientes en etapa postCI y un 78% en etapa preCI.

#### **CONCLUSIONES**

Tras la entrada en el circuito de CI de la CAM, se registraron más CI, más ingresos en UI y se realizaron más tratamientos de perfusión. Se apreciaron mejoras en los tiempos puerta-aguja y puerta-TC, en la tasa de fibrinólisis intravenosa y en la ERM al alta.



## Enfermedades desmielinizantes (ED)

### ED-24. REMIBRUTINIB, UN NUEVO INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA DE BRUTON, MUESTRA UNA MEJOR SELECTIVIDAD Y POTENCIA IN VITRO

I. Sánchez-Vera<sup>(1)</sup>, B. Kieseier<sup>(2)</sup>, B. Cenni<sup>(3)</sup>, R. Pulz<sup>(3)</sup>, D. Angst<sup>(3)</sup>, D. Eichlisberger<sup>(3)</sup> y M. Ziehn<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Novartis Farmacéutica SA. Barcelona. <sup>(2)</sup>Novartis Pharma AG. Basilea, Suiza.

<sup>(3)</sup>Novartis Institutes for Biomedical Research. Basilea, Suiza.

#### OBJETIVOS

BTK tiene un papel clave en la señalización del receptor de célula B y receptor Fc. BTKis (inhibidores de BTK) son una opción oral emergente para pacientes con Esclerosis Múltiple (EM). Varios BTKis están en desarrollo clínico para el tratamiento de la EM.

El objetivo de este estudio es evaluar la potencia y selectividad de los BTKis bajo condiciones experimentales comparables.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

La unión in vitro de BTKis covalentes fue evaluada frente al tiempo y en distintas concentraciones en sangre humana. La inhibición de células B y basófilos, incluyendo el impacto del lavado del fármaco en la inhibición de célula B, fue evaluado para BTKis covalentes y reversibles. La selectividad de kinasa fue estudiada (primer rastreo completo de kinoma, usando constante de disociación para kinasas seleccionadas) mediante ensayo de unión para permitir la comparación directa de BTKis covalentes y reversible.

#### RESULTADOS

Los inhibidores covalentes mostraron unión a BTK dependiente del tiempo y concentración en sangre humana; el IC50 a la hora fue 21nM para remibrutinib, 508nM para evobrutinib, 165nM para tolebrutinib y 427nM para orelabrutinib. Estos valores correlacionaron con la inhibición de células B; IC50: 18 nM para remibrutinib, 320 nM para evobrutinib, 74 nM para tolebrutinib, 185 nM para orelabrutinib y 15 nM para fenebrutinib (reversible). La potencia de inhibición de basófilos por remibrutinib (covalente) no fue sensible al lavado pero sí con fenebrutinib. La selectividad a 1µM mostró el siguiente ranking (de la unión menos a la más fuera de diana): remibrutinib, fenebrutinib, evobrutinib, orelabrutinib y tolebrutinib.

#### CONCLUSIONES

Los BTKis en desarrollo para EM muestran distintas selectividades en el kinoma humano teniendo remibrutinib el mayor nivel de selectividad. Esta distinción podría trasladarse en diferencias en eficacia clínica y seguridad.

Este estudio ha sido financiado por Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza. Los autores son empleados de Novartis.



## Enfermedades neuromusculares (EN)

### EN-10. ESTUDIO MYOT-MUR: CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA DE 4 FAMILIAS CON LA VARIANTE p.SER55PHE DEL GEN MYOT

M. Aledo Serrano<sup>(1)</sup>, A. Mena Bravo<sup>(1)</sup>, M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup>, A. García Leal<sup>(1)</sup> y R. J. Martínez Marín<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

La cohorte española de miotilinoopatías es la más grande publicada hasta la fecha (Olive et al, 2011). Aunque esta población se ha relacionado con un posible efecto fundador en la Región de Murcia, especialmente la variante p.Ser55Phe del gen MYOT, no existen datos publicados del espectro fenotípico de numerosas familias. El objetivo es realizar un fenotipado profundo de esta población.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una evaluación clínica de pacientes con la variante p.Ser55Phe del gen MYOT, con recogida de antecedentes personales, diagrama genealógico, historia neuromuscular y exploración neurológica.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes de cuatro familias murcianas, sin parentesco conocido entre las mismas. La edad media de inicio de los síntomas fue de 53 años (35-60), siendo el síntoma inicial más frecuente la debilidad unilateral para la flexión dorsal del pie (90,4%), con posterior progresión proximal, así como a miembros superiores tras 11 años de evolución (5-24). Sin embargo, dos pacientes (9,6%), hermanos, debutaron con debilidad proximal de miembros inferiores progresando a cintura escapular, sin afectación distal tras más de 10 años de evolución de la enfermedad. Al cabo de 5 años tras el inicio de la enfermedad, el 100% de los pacientes presentaban limitación funcional, definida como incapacidad para caminar una distancia mayor a 2 kilómetros sin asistencia. En el momento de nuestra valoración, el 38% de los pacientes examinados requerían andador, y un 16% silla de ruedas.

#### CONCLUSIONES

En la Región de Murcia existe el mayor clúster de miopatía por variantes de MYOT. Aunque el fenotipo más común es la afectación distal de miembros inferiores, en este estudio reportamos pacientes con debilidad exclusiva de cinturas sin afectación distal tras 10 años de evolución. Esta expansión del fenotipo refuerza la necesidad de mejorar el conocimiento de la historia natural de las miotilinoopatías, especialmente en áreas de alta prevalencia.



## Neurología general (NG)

### NG-01. ABSCESO RETROFARÍNGEO CON SUBLUXACIÓN VERTEBRAL CERVICAL Y MIELOPATÍA CERVICAL COMPRESIVA SECUNDARIA: UNA CAUSA EXTREMADAMENTE INFRECUENTE DE DIPRESIA AGUDA EN EL NEONATO

M. García<sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz<sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza<sup>(1)</sup>, M. Díaz Del Valle<sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández<sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila<sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos<sup>(1)</sup>, R. Terrero Carpio<sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla<sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade<sup>(1)</sup>, A. Fernández Suárez<sup>(2)</sup>, F. J. Martínez Sarriés<sup>(1)</sup>, A.B. Pinel González<sup>(1)</sup> y B. Martínez Menéndez<sup>(1)</sup>  
*(1)Neurología, (2)Pediatria. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).*

#### OBJETIVOS

Presentar el primer caso descrito en un neonato de paresia aguda de MMSS por compresión medular cervical tras subluxación vertebral cervical secundaria a absceso retrofaríngeo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 15 días de vida que ingresa en Pediatría por sepsis neonatal tardía por *S aureus* meticilín sensible. Nos interconsultan por disminución de la movilidad de ambos MMSS. A la exploración se encuentran en postura de extensión, aducción y pronación, con ausencia de movilidad excepto en dedos de ambas manos y sin respuesta a estímulo doloroso.

#### RESULTADOS

La ecografía de canal vertebral cervical y el TAC de cuello muestran absceso retrofaríngeo C3-C5 con efecto de masa sobre la vía aérea y la columna vertebral adyacente, con subluxación posterior del cuerpo vertebral C4 sobre C5 y compromiso de espacio sobre el canal medular. Con el diagnóstico de compresión medular cervical por absceso retrofaríngeo se realiza drenaje quirúrgico urgente del mismo y se decide manejo expectante de la subluxación vertebral. 8-10 horas tras el drenaje quirúrgico se observa mejoría de la movilidad en ambos MMSS. La RM cervical 9 días tras el drenaje quirúrgico muestra resolución del absceso retrofaríngeo y la subluxación vertebral, sin signos de mielopatía. El paciente recupera de forma progresiva la movilidad de MMS siendo dado de alta 15 días después asintomático desde el punto de vista neurológico.

#### CONCLUSIONES

En todo paciente con sepsis bacteriana de foco desconocido con cuadro de focalidad neurológica aguda, es necesario descartar afectación neurológica central o periférica por compresión secundaria a un absceso en alguna de estas localizaciones

No ha sido financiado.



## **NG-11. UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE ADRENOLEUCODISTROFIA: CONCURRENCIA DE DOS ENFERMEDADES GENÉTICAS**

C. Ribacoba Díaz <sup>(1)</sup>, J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto <sup>(1)</sup>, A. Fernández Revuelta <sup>(1)</sup>,  
V. Cid Izquierdo <sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde <sup>(1)</sup>, M. Lara González <sup>(1)</sup>, E. López Valdés <sup>(1)</sup> y  
R. García-Ramos García <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La adrenoleucodistrofia (ADL) es una enfermedad rara ligada cromosoma X causada por la mutación en el gen ABCD1 que provoca un trastorno de la beta oxidación de los ácidos grasos de cadena muy larga en el peroxisoma. Tiene una incidencia baja, de 1/14.700 nacidos vivos. El síndrome de Klinefelter (SK) es la aneuploidía más frecuente en humanos, con una prevalencia del 0,2% de varones nacidos vivos. El 80% de los pacientes tienen cariotipo 47XXY.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de un varón con diagnóstico de SK que desarrolla un trastorno progresivo de la marcha.

### **RESULTADOS**

Varón de 62 años valorado por alteración de la marcha progresiva de 5 años de evolución. Diagnosticado a los 15 años de SK con cariotipo 47XXY. Hermano mayor fallecido a los 19 años de enfermedad neurodegenerativa no filiada de inicio a los 8 años y madre con trastorno de la marcha de debut a los 50 años. En la exploración neurológica destaca debilidad proximal en miembros inferiores con espasticidad Ashworth 2/4, hiperreflexia e hipopalestesia distal de ambas extremidades inferiores y marcha paretoespástica bilateral. Niega dolor y alteraciones esfinterianas.

Análítica sanguínea completa y RM craneal normal. RM cérico-dorsal con atrofia del cordón medular. Ante la sospecha de paraplejía espástica hereditaria se solicita panel genético dirigido en el que se detecta una mutación patogénica en heterocigosis del gen ABCD1 compatible con ADL. Posteriormente se cuantifican niveles elevados en rango patológico de AGCML.

### **CONCLUSIONES**

El paciente es diagnosticado de una ADL del adulto, siendo la presentación clínica compatible con una adrenomieloneuropatía. En este varón la presencia de dos cromosomas X debido al SK explica el debut de la enfermedad a una edad tardía y su curso evolutivo menos agresivo.



## NG-25. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL EEG URGENTE EN EL ESTUDIO DE ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

S. Ruhland Paulete<sup>(1)</sup>, T. Olmedo Mechen<sup>(1)</sup>, M. J. Abenza Abildua<sup>(1)</sup>,  
J. De Ojeda Ruiz De Luna<sup>(1)</sup>, F. J. Navacerrada Barrero<sup>(1)</sup>, A. Pérez Villena<sup>(2)</sup>,  
C. Algarra Lucas<sup>(1)</sup>, G. Cordero Martín<sup>(1)</sup>, S. Martínez Ubierna<sup>(1)</sup>,  
C. Jimeno Montero<sup>(1)</sup>, A. Miralles Martínez<sup>(1)</sup>, M. Martínez Martínez<sup>(1)</sup> y  
J. Fernández Travieso<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Pediatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid).

### OBJETIVOS

El electroencefalograma en la práctica clínica, se realiza tanto para las sospechas de epilepsia, pero también en otros casos como alteraciones del nivel de conciencia, sospecha de status epiléptico o encefalopatías. Analizamos la casuística de nuestro centro en las alteraciones del nivel de conciencia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, observacional, de pacientes consecutivos mayores de 16 años, a los que se ha realizado un EEG urgente en hospital de segundo nivel en el año 2022.

### RESULTADOS

Se registraron 418 pacientes a los que se ha realizado un EEG urgente. De los que 96 tenían alteración del nivel de conciencia subaguda o crónica. La edad media es de 73.52 años ( $\pm$  18.12), 45 (46.9%) son varones y 51 (53.1%) son mujeres. De los 96 pacientes seleccionados, los motivos de consulta: 27 (28.1%) pacientes con sospecha de status, 17 (17.7%) con somnolencia, 15 (15.6%) con síndrome confusional agudo, 15 (15.6%) con desconexión, 13 (13.5%) con encefalopatía, 8 (8.3%) con desorientación. De los 96 pacientes seleccionados, las alteraciones en EEG: 39 (40.6%) normal, 21 (21.6%) enlentecimiento difuso leve, 20 (20.8%) encefalopatía, 9 (9.4%) epilepsia estructural, 2 (2.0%) status generalizado, 1 (1.0%) status focal.

De los 96 pacientes seleccionados, el diagnóstico final: 25 (26.0%) encefalopatía, 18 (18.8%) síndrome confusional agudo, 8 (8.3%) trastorno no neurológico, 8 (8.3%) y otros.

### CONCLUSIONES

El 59.4% de los EEGs urgentes realizados en pacientes con alteración de nivel de conciencia muestran alteraciones, siendo la más frecuente enlentecimientos difusos o encefalopatías (42.4%), epilepsias o status un 5%. La tasa de epilepsias identificadas es baja, acorde a publicaciones previas, siendo más rentable en pacientes con sospecha de encefalopatías. Menos de un 10% son trastornos no neurológicos.

Sin conflicto de interés.



## Neuroinmunología-Neurooncología (NIO)

### NIO-02. VALORACIÓN DEL RIESGO ONCOLÓGICO DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTINEURONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA

A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, B. Martínez García<sup>(1)</sup>, D. Pérez Gil<sup>(1)</sup>, R. Pariente Rodríguez<sup>(2)</sup>, F. Rodríguez Jorge<sup>(1)</sup>, R. Sainz Amo<sup>(1)</sup>, N. García Barragán<sup>(1)</sup>, J. Buisán Catevilla<sup>(1)</sup>, I. Corral Corral<sup>(1)</sup>, Á. Carrasco Sayalero<sup>(2)</sup>, M. Villar<sup>(2)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup> y J. L. Chico García<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

#### OBJETIVOS

El uso extendido de los tests comerciales ha incrementado la detección de anticuerpos antineuronales relacionados con síndromes neurológicos autoinmunes (SNAs). Sin embargo, también han revelado anticuerpos de significado incierto (ASI), aparentemente no acompañados de un SNA. Nuestro objetivo es describir su asociación a tumores.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivas en el que se incluyeron pacientes con anticuerpos intracelulares o de superficie positivos en suero y/o LCR, obtenidos en un laboratorio de referencia entre 2014 y 2022. Se definió como ASI a los anticuerpos no acompañados de un SNA concordante. Clasificamos los anticuerpos según su riesgo paraneoplásico en alto/intermedio/bajo por criterios de Graus 2021. Se revisaron historias clínicas para recoger las neoplasias detectadas en fase aguda o durante dos años de seguimiento. Se comparó la tasa tumoral entre los pacientes con ASI y los pacientes con SNA típicos, del total y del subgrupo con anticuerpos de alto riesgo.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 116 pacientes (54,3% hombres, 61,6 ± 17,5 años). El anticuerpo más frecuente fue anti-Recoverina (20,7%). El SNA más frecuente fue la encefalitis autoinmune (9,5%). Del total, el 58 (50%) tenía anticuerpos de alto riesgo. Doce (10,3%) tenían un SNA de alto riesgo paraneoplásico, y 77 (66,4%) de riesgo bajo/indeterminado. Se identificaron 83 pacientes (71,6%) con ASI. Se halló un nuevo tumor en el 37,9% de la muestra global, siendo menos frecuente en el grupo con ASI (RR = 0,55, 0,36-0,85, p = 0,017). Considerando sólo los anticuerpos de alto riesgo, también los ASI presentaron menos asociación tumoral (RR = 0,4, 0,21-0,75, p = 0,005).

#### CONCLUSIONES

En nuestra cohorte, los ASI se asociaron menos a cáncer. La determinación e interpretación de los anticuerpos antineuronales debe ir dirigida por la clínica.

Este trabajo no ha sido financiado. Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.



## Trastornos del movimiento (TM)

### TM-02. RELACIÓN ENTRE CONGELACIÓN DE LA MARCHA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. RESULTADOS DE LA COHORTE COPPADIS

P. Iriarte<sup>(1)</sup>, L. López-Manzanares<sup>(1)</sup>, E. Casas<sup>(1)</sup>, I. Muro<sup>(1)</sup>, P. Paños<sup>(1)</sup>, C. Romero<sup>(1)</sup>, C. Borrue<sup>(2)</sup>, V. Gómez Mayordomo<sup>(3)</sup>, N. López Ariztegui<sup>(4)</sup>, J.C. Martínez Castrillo<sup>(5)</sup>, P. Martínez Martín<sup>(6)</sup>, C. Ordás<sup>(7)</sup>, P. Sánchez Alonso<sup>(8)</sup>, L. Vela<sup>(9)</sup>, A. Alonso Cánovas<sup>(5)</sup>, F. Alonso Frech<sup>(3)</sup>, E. Carabajal Pendón<sup>(1)</sup>, M. J. Catalán<sup>(3)</sup>, M. Gallego<sup>(1)</sup>, B. González García<sup>(1)</sup>, M. Kurtis<sup>(10)</sup>, M. Mata<sup>(2)</sup>, M. I. Morales Casado<sup>(4)</sup>, S. Novo Ponte<sup>(8)</sup>, I. Pareés<sup>(10)</sup>, Prieto Jurczynska<sup>(7)</sup>, N. Redondo Rfales<sup>(1)</sup>, G. Sánchez Díez<sup>(5)</sup>, J.C. Segundo Rodríguez<sup>(4)</sup>, C. Villanueva<sup>(3)</sup> y Santos<sup>(11)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid). <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(4)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

<sup>(5)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Carlos III. Madrid. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid). <sup>(8)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid). <sup>(9)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>(10)</sup>Neurología. Hospital Ruber Internacional. Madrid.

<sup>(11)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

## OBJETIVOS

La congelación de la marcha (FOG) es un síntoma incapacitante en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP). Se ha descrito mayor deterioro cognitivo (DC) en EP con FOG frente a aquella sin FOG, con peor nivel atencional, función ejecutiva, memoria del lenguaje y dominio visuoespacial. El objetivo de este estudio es describir la evolución cognitiva en 694 EP con y sin FOG a lo largo de 4 años de seguimiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se incluyeron 694 pacientes de la cohorte COPPADIS con seguimiento de 48 meses (5 visitas: V0-V12-V24-V36-V48). En cada visita se determinó la presencia de FOG (UPDRS y FOGQ) y la situación cognitiva de los pacientes (MMSE y PD-CRS).

## RESULTADOS

Se incluyeron 694 pacientes [60,2% mujeres, edad media 62,6 años (DE=8,9)]. Los pacientes con FOG inicial ( $\geq 1$ pt ítem 14 de UPDRSII) presentaron significativamente



mayor empeoramiento entre V0 y V48 en la función cognitiva [MMSE -2,5 vs -1,16 ( $p<0,01$ ); PDCRS<sub>total</sub> -10,9 vs -3 ( $p<0,01$ ); PDCRS<sub>frontosubcortical</sub> -8,22 vs -2,8 ( $p<0,01$ ); PDCRS<sub>corticalposterior</sub> -2,69 vs -0,22 ( $p<0,01$ )] así como peor atención mantenida [8 vs 8,5 ( $p=0,01$ )], copia de reloj [9,3 vs 9,6 ( $p=0,03$ )], frecuencia verbal alternante [10 vs 11,5 ( $p<0,01$ )], frecuencia verbal de acción [13 vs 14,9 ( $p<0,01$ )] y denominación por confrontación [16,9 vs 18,3 ( $p<0,01$ )]. El riesgo de desarrollar DC clínicamente significativo (MMSE $<24$ ) a los 48 meses fue acorde a la gravedad de FOG inicial [ $\geq 1$ pt ítem 14 de UPDRSII: OR 2,41 (1,09-5,32);  $\geq 2$ pt ítem 14 de UPDRSII: OR 5,91 (2,1-16,6)].

### **CONCLUSIONES**

Los pacientes con FOG presentaron mayor empeoramiento cognitivo con peor rendimiento atencional, ejecutivo y visuoespacial. El riesgo de desarrollo de DC clínicamente significativo fue mayor cuanto más grave era la FOG inicial.



## PÓSTERES SIN EXPOSICIÓN ORAL

### Cefaleas (C)

#### C-02. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE CEFALÉAS NUMULARES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

A. Sánchez Soblechero <sup>(1)</sup>, E. Luque Buzo <sup>(1)</sup>, A. Lozano Ros <sup>(1)</sup> y A. Guillem Mesado <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

#### OBJETIVOS

La cefalea numular (CN) es considerada una cefalea primaria. Infrecuentemente (<15%) se han descrito causas secundarias. Nuestro objetivo es determinar las características de las CN secundarias y comparar sus características con las primarias.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre una cohorte de pacientes (2002-2022) con diagnóstico de CN (Criterios CIC 3ªEd). Se recogen datos clínicos, resultados de pruebas complementarias y evolución con tratamiento. Se realiza análisis estadístico según la variable (X2 o t-student).

#### RESULTADOS

126 pacientes con edad media 51.8±16.9 siendo 83(65.9%) mujeres. En 91 ocasiones (77.8%), la CN fue el motivo de consulta en neurología, y 90 pacientes (71%) fueron atendidos en consulta de neurología general. 88 (69.8%) pacientes fueron diagnosticados de CN primaria y 38 (30.2%) de secundaria: 10 por alteraciones óseas, 9 post-TCE, 5 por quistes aracnoideos, 5 por tumores intracraneales, 4 por malformaciones vasculares, 3 por trastornos cutáneos y 2 por hipertensión.

La localización del dolor más frecuente fue parietal (60;47.6%), de morfología circular (94;75.8%), cualidad opresiva (42;39.6%), intensidad moderada (52;45.2%) o leve (51;44.3%) y duración de horas (30;35.3%) o minutos (25;29.4%). 78 pacientes (63.9%) presentaban disfunción sensitiva a la palpación. El tratamiento preventivo más usado fue la gabapentina (39;31%). 54 pacientes (54.1%) presentaron una forma crónica de la enfermedad, y 37(39.4%) una remisión espontánea. 14 pacientes (11.1%) tienen una recurrencia, tras al menos 12 meses de seguimiento (2-360).

Los pacientes con CN secundaria sufren con mayor frecuencia hipertensión (15;39.4%vs18;20.4%;p=0.026), cefalea previa (20;52.6%vs23;26.1%;p=0.008); y disfunción sensitiva local (29;76.3%vs49;55.6%;p=0.013). No hay diferencias en el resto de características clínicas ni en la evolución, salvo que la respuesta >50% al primer tratamiento preventivo es mayor en pacientes con CN secundaria (13;34.2%vs12;13.6%;p=0.018).



## **CONCLUSIONES**

La cefalea previa, hipertensión y presentar alteración sensitiva en la exploración física se asocia a CN secundaria. La respuesta al tratamiento es más favorable, debido al tratamiento específico de la causa.



### C-03. CEFALEA POSTCRANEOTOMÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOLUCIONES PARA UN PROBLEMA COMPLEJO

C. Estebas Armas<sup>(1)</sup> y J. Díaz De Terán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

Describir las características demográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes con cefalea persistente atribuible a craneotomía (CPAC) en seguimiento en una Unidad de Cefaleas e identificar factores asociados.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos. Se seleccionaron pacientes que cumplieran criterios diagnósticos de CPAC según la Clasificación internacional de cefaleas (ICHD-III) y al menos 12 meses de seguimiento, atendidos entre 2020-2022. Variables incluidas: demográficas, comorbilidades, características de la neurocirugía, características de la cefalea, tratamientos previos y actuales, efectos secundarios y respuesta al tratamiento (reducción de días de cefalea mensual de <30%, 30-50%, >50% o >70%).

#### RESULTADOS

n= 10 pacientes (70% mujeres, edad media 53,6 años). Semiología más frecuente: opresiva ipsilateral a la cirugía, de intensidad moderada-alta, de horas de duración y diaria, agravada en 4 (44,4%) con Valsalva, siendo en 1 desencadenado solo con Valsalva. 5 (50%) tenían síndrome ansioso-depresivo (SAD) y 4 (44,4%) migraña, siendo en ellos de fenotipo migrañoso. Tratamiento más utilizado: amitriptilina, con respuesta <30%. Otras opciones: neuromoduladores, antidepresivos o antihipertensivos. 9 recibieron OnabotulinumtoxinA con promedio de 3,8 tratamientos previos, 6 (66,7%) se infiltraron 155UI según PREEMPT (1 respuesta >70%), 5 precisaron 195UI para respuesta >50% (4 tuvieron >70%). 3 restantes 50 UI y 155UI perinicisionales (respuesta >70% en uno y 30-50% en el resto).

#### CONCLUSIONES

La CPAC suele ser opresiva, ipsilateral a la craneotomía, o fenotipo migrañoso si antecedentes, pueden empeorar con Valsalva y suele asociar SAD. Es resistente a tratamientos preventivos y puede tener respuesta a la infiltración de OnabotulinumToxinA.

Los autores no presentan conflicto de interés en este trabajo.



#### **C-04. EVALUACIÓN DE LA PRECISIÓN DEL MODELO PREDICTIVO DE RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CGRP EN PACIENTES CON MIGRAÑA MAYORES DE 65 AÑOS: ESTUDIO DE VALIDACIÓN EXTERNA**

C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>, J. Pagán<sup>(2)</sup>, I. Fernández-Lázaro<sup>(1)</sup>, J. S. Rodríguez-Vico<sup>(3)</sup>, A. Jaimes<sup>(3)</sup>, A. Gómez García<sup>(3)</sup>, J. Casas Limón<sup>(4)</sup>, J. Díaz de Terán<sup>(5)</sup>, M. Sastre-Real<sup>(5)</sup>, J. Membrilla<sup>(5)</sup>, G. Latorre<sup>(6)</sup>, C. Calle de Miguel<sup>(6)</sup>, S. Gil Luque<sup>(7)</sup>, C. Trevino-Peinado<sup>(8)</sup>, S. Quintas<sup>(1)</sup>, P. Heredia<sup>(1)</sup>, D. García Azorín<sup>(9)</sup>, A. Echavarría Íñiguez<sup>(7)</sup>, Á. Guerrero-Peral<sup>(9)</sup>, Á. Sierra Mencía<sup>(9)</sup>, N. González García<sup>(10)</sup>, J. Porta- Etessam<sup>(10)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. (Madrid). <sup>(2)</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universidad Politécnica de Madrid. (Madrid). <sup>(3)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid. <sup>(4)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (Madrid). <sup>(5)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(6)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>(7)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos. (Burgos). <sup>(8)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid). <sup>(9)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>(10)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Estudios previos realizados en nuestro grupo han desarrollado una herramienta predictora de respuesta a fármacos anti-CGRP en pacientes con migraña. Los pacientes mayores de 65 años han sido generalmente excluidos de los ensayos clínicos. Por ello, el objetivo del presente estudio fue valorar la utilidad del modelo de predicción de respuesta a anticuerpos anti-CGRP también en pacientes con migraña mayores de 65 años.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se incluyeron de forma retrospectiva pacientes mayores de 65 años procedentes de una cohorte independiente a la de generación del algoritmo. Se obtuvieron valores de sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) globales, área bajo la curva (AUC) y valor F1 ponderado.

# LIBRO DE COMUNICACIONES XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



## RESULTADOS

Se incluyeron 41 paciente, 34 (82,9%) mujeres, edad media 69,51 (DE: 3,76) años. En la valoración del algoritmo de respuesta global >50% a los 6 meses, la S fue del 81,4%, la E del 92,8%, el VPP 95,6% y el VPN 72,2%. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,872, CI [0,781-0,95]. El valor F1 ponderado fue del 85,7%.

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio de validación externa confirma que el modelo predictivo de respuesta anti-CGRP es útil en pacientes con migraña mayores de 65 años. Esta novedosa herramienta representa una ayuda para la toma de decisiones y una forma útil de enfocar un importante resultado de salud para una población especial.



### **C-09. ANÁLISIS DE LA TERAPIA CON ONABOTULINUMTOXINA Y ANTICUERPOS MONOCLONALES CONTRA EL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA EN MIGRAÑA CRÓNICA**

G. Latorre González<sup>(1)</sup>, L. Prieto Pérez<sup>(2)</sup>, E. Correas Callero<sup>(1)</sup>, C. Calle de Miguel<sup>(1)</sup>, M. I. Laespada García<sup>(1)</sup>, M. del Valle Loarte<sup>(1)</sup>, S. Labrador Marcos<sup>(1)</sup>, I. Fernández Barriuso<sup>(1)</sup>, O. Trabajos García<sup>(1)</sup> y M. Rabasa Pérez<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).*

#### **OBJETIVOS**

Los tratamientos de alta eficacia para el tratamiento de la migraña crónica son Onabotulinumtoxin-A (BoNT) y anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (AM-CGRP). En nuestro medio se encuentran financiados como segunda línea por motivaciones económicas. En los ensayos clínicos controlados se excluyeron los pacientes en tratamiento concomitante. Nos planteamos describir los patrones de uso en vida real y la seguridad del uso combinado de ambas terapias.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes con migraña crónica de la consulta monográfica de cefaleas de nuestro centro que estuvieran en tratamiento de forma combinada con BoNT y AM-CGRP. Se evalúan patrones de uso y tolerabilidad.

#### **RESULTADOS**

Pacientes, en todos ellos se inicia el tratamiento con un AM-CGRP combinado con inyecciones de BoNT, pudiendo reducir la dosis en un 19,69% de pacientes en una media de 20 semanas, y siendo posible retirar la misma en un 12,60% en una media de 22 semanas. No se reportaron efectos adversos graves con ninguno de los tratamientos, y se describe además, la mejora ya demostrada en otros estudios, de las escalas de impacto y discapacidad y de la media de días de migraña al mes post tratamiento.

#### **CONCLUSIONES**

El uso combinado de BoNT y AM-CGRP en pacientes con migraña crónica parece seguro y eficaz en un contexto de vida real. Es probable que en un subgrupo de pacientes aporte beneficio añadido. En un porcentaje pequeño pero significativo de pacientes, se consigue reducir la dosis de BoNT.



## C-12. COMORBILIDADES EN LA MIGRAÑA: IMPACTO EN LA CARGA Y SINTOMATOLOGÍA INTERICTAL

M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup>, A. Sánchez Huertas<sup>(1)</sup> y J. Díaz de Terán Velasco<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### OBJETIVOS

Analizar el impacto del tratamiento de la migraña respecto a la carga interictal (CI) así como evaluar predictores interictales de respuesta.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en Unidad de cefaleas. Se incluyeron pacientes con migraña que iniciaron tratamiento entre enero-febrero de 2023 y seguimiento a los 3 meses. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas como días de migraña mensual (DMM), consumo mensual de AINEs y triptanes y la CI (determinada mediante la Migraine Interictal Burden Scale-4 y un cuestionario ad-hoc, incluyendo sintomatología interictal) al inicio del tratamiento y a los 3 meses.

### RESULTADOS

Se estudiaron 72 pacientes, 62 mujeres (86%). (15% migraña episódica baja frecuencia; 21% alta frecuencia; 64% crónica). Se recogió el diagnóstico previo de ansiedad (28%), depresión (26,4%), insomnio (25,9%) y dolor crónico (13,9%).

No se observaron diferencias en CI, sintomatología interictal, DMM o consumo de AINEs y triptanes entre los pacientes que presentaban ansiedad, depresión o insomnio. En cambio, en los pacientes con síndrome de dolor crónico, destaca una menor CI inicial (6,72 vs. 11; 10,36; 9,61), menor consumo de triptanes (12,27 vs. 20,68; 18,71; 20,77) y menor efectividad de los mismos (27% vs. 57%; 63%; 44%) pese a similar DMM (19,54 vs. 21,89; 19,68; 21,33). Además, se objetivó, en estos pacientes se objetivó ausencia de alodinia (0% vs. 36,8%; 36,8%; 38,9%) y el predominio de la foto-sono-osmofobia (59% vs 21%; 21%; 38%) como síntomas interictales.

### CONCLUSIONES

La menor CI, la menor efectividad del tratamiento sintomático junto a la ausencia de alodinia y el protagonismo de la fofobia interictal en los pacientes con dolor crónico, podrían definir un perfil distintivo de la migraña en estos pacientes.



### **C-13. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE MEJORÍA DEL PACIENTE MEDIANTE “PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF IMPROVEMENT” (PGI-I) EN RELACIÓN CON LA TASA DE RESPUESTA COMO MEDIDA DE EFECTIVIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CGRP EN MIGRAÑA**

I. Fernández Lázaro <sup>(1)</sup>, A. Gonzalez-Martinez <sup>(1)</sup>, S. Quintas <sup>(1)</sup>, P. Heredia <sup>(1)</sup>, J. Vivancos <sup>(1)</sup> y A.B. Gago-Veiga <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Se ha demostrado que los fármacos anti-CGRP son tratamientos preventivos efectivos en pacientes con migraña y correlacionan con “Patient Reported Outcomes” (PROs) a los 3 meses. El objetivo de este estudio es cuantificar la respuesta a estos tratamientos desde la perspectiva del médico y del paciente a medio plazo.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, de cohorte retrospectivo, con pacientes con migraña en tratamiento con erenumab, galcanezumab y fremanezumab procedentes de una Unidades de Cefaleas de un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se evaluó la percepción de mejoría del paciente utilizando la escala “Patient Global Impression of Improvement” (PGI-I) y la tasa de respuesta del 50%.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 167 pacientes, 86,2% (145/167) mujeres, edad media 49,7 (DE: 12,4), 83,23% (139/167) migraña crónica, 34,7% (58/167) migraña con aura. Se observó una tasa de respuesta  $\geq 50\%$  en DCM y DMM de 52,4% (54/103) y 71% (64/89) a los 6 meses y de 63,8% (37/58) y 69,8% (37/53) a los 12 meses, respectivamente. La media de puntuación en PGI-I a los 6 meses fue de 2,7 (DE: 1,2) y 2,4 (DE: 1,2) a los 12, con distribución similar en los tres fármacos a los 6 meses (3; 3; 3) y a los 12 meses (2; 2; 2) respectivamente. La media en los pacientes respondedores fue de 2 (DE: 0,99) de mientras que la media de PGI en los pacientes no respondedores fue de 3,3 (DE: 1,04) ( $p < 0,0001$ ).

#### **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio en vida real a medio plazo confirma que la percepción de mejoría es mayor en los pacientes con mejor respuesta a los fármacos anti-CGRP, efectivos tanto desde la perspectiva del médico como desde la del paciente.



**C-14. UTILIZACIÓN DE LA ESCALA “INSOMNIA SEVERITY INDEX” (ISI) PARA LA EVALUACIÓN DEL INSOMNIO EN PACIENTES CON MIGRAÑA EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI-CGRP**

I. Fernández Lázaro<sup>(1)</sup>, A.B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>, S. Quintas<sup>(1)</sup>, P. Heredia<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**OBJETIVOS**

Estudios previos han demostrado que el insomnio es frecuente entre pacientes con migraña. Sin embargo, existe nula información sobre el impacto de las terapias anti-CGRP en el insomnio. Nuestro objetivo fue investigar el posible impacto de los anticuerpos anti-CGRP en el cuestionario validado sobre insomnio en pacientes con migraña, el “Insomnia Severity Index” (ISI).

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo en una cohorte prospectiva en pacientes con migraña con tratamiento con anti-CGRP atendidos en una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, clínicos y puntuaciones en la escala ISI durante las visitas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. El objetivo principal fue evaluar la puntuación ISI al inicio, a los 6 y 12 meses del tratamiento.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 28 pacientes, 82,14% (23/28) mujeres, edad media 49,29 (DE: 12,15), 89,28% (25/28) migraña crónica, número medio de tratamientos preventivos 8,71 (DE: 3,98). Hubo una mejora en la puntuación de la escala ISI en el 59,09% (13/22) de los pacientes a los 3 meses, el 63,63% (14/22) a los 6 meses y el 78,57% (11/14) a los 12 meses. Encontramos una reducción estadísticamente significativa en la media de puntuación ISI a los 12 meses [13,61 (DE: 6,43); 7,57 (DE: 4,95);  $p=0,019$ ], cambiando de insomnio por debajo del umbral (8-14) a insomnio no clínicamente significativo (0-7).

**CONCLUSIONES**

Según nuestro estudio, los anticuerpos anti-CGRP, además de efectivos en la reducción de los días de dolor, podrían mejorar comorbilidades habituales en los pacientes con migraña, como el insomnio.



## **C-15. ¿ES EFECTIVA LA TOXINA BOTULINICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA?**

D. González Antón<sup>(1)</sup>, C. Ruiz Lopez<sup>(1)</sup>, L. Fabia Polo<sup>(1)</sup>, B. Arribas Ballesteros<sup>(1)</sup>, N. De La Cruz Fernandez<sup>(1)</sup>, J. M. Contreras Peña<sup>(1)</sup>, J. Casas Limon<sup>(1)</sup>, C. Cordero Sánchez<sup>(1)</sup> y M. Barcenilla López<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Dado a que estudios recientes apuntan a la eficacia de la toxina botulinica A en la cefalea tensional crónica (CTC), presentamos una serie de casos de dicha patología tratados con toxina, describiendo efectividad y duración de la mejoría.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se seleccionan una serie de 19 casos de CTC, acorde a criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Cefaleas, que se infiltraron con toxina botulínica . Retrospectivamente a través de las historias clínicas se recoge información epidemiológica, comorbilidades psiquiátricas y otras cefaleas, meses de evolución, tratamientos previos, efectividad y efectos adversos.

### **RESULTADOS**

En nuestra serie de casos, la CTC es más frecuente en mujeres (89,48%) , edad media de 54 años, y tiempo de evolución medio de 141 meses. Se asocia con comorbilidad psiquiátrica frecuentemente (54%) especialmente al trastorno depresivo y en un 26% de los casos a síndrome miofascial.

Algunos casos presentan antecedente migrañoso previo, pero con escasa frecuencia de migrañas últimamente. De media habían recibido 3 tratamientos orales preventivos previos, especialmente Amitriptilina.

Un 68,4% de los pacientes infiltrados refirieron mejoría, con una duración media de 3,41 meses. Solo un 6% de los pacientes presentaron efectos adversos leves (dolor en trapecios, elevación de la ceja).

### **CONCLUSIONES**

La infiltración con toxina botulinica podría ser una alternativa efectiva en pacientes seleccionados con CTC. No obstante, se requieren ensayos controlados, con mayor tamaño muestral que determinen su eficacia en esta patología.



## C-16. EFECTIVIDAD DEL BLOQUEO ANESTÉSICO CON BUPIVACAINA EN CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA

D. González Antón<sup>(1)</sup>, C. Ruiz Lopez<sup>(1)</sup>, J. Casas Limón<sup>(1)</sup>, L. Fabia Polo<sup>(1)</sup>,  
M. Barcenilla Lopez<sup>(1)</sup>, J. M. Contreras Peña<sup>(1)</sup>, C. Cordero Sánchez<sup>(1)</sup>,  
B. Arribas Ballesteros<sup>(1)</sup> y N. de la Cruz Fernandez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

### OBJETIVOS

La cefalea tensional crónica es una cefalea primaria, poco frecuente, con una prevalencia estimada en nuestro medio del 3,3%. Recientemente, algunos estudios han reflejado eficacia de la infiltración con lidocaína en trigger points musculares inervados por C1-C3 y trigémino. Presentamos una serie de casos para estudiar la efectividad y su duración de la infiltración con bupivacaina en CTC.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de 10 casos con CTC según la Clasificación Internacional de Cefaleas que fueron infiltrados en los nervios occipitales mayores con bupivacaina. Se recoge información a través de las historias clínicas respecto a datos demográficos, comorbilidades (psiquiátricas, síndrome miofascial), antecedentes migrañosos, numero de tratamientos previos y efectos adversos.

### RESULTADOS

Los pacientes presentaron un edad media de 62,3 años, siendo el 80% mujeres, con antecedentes en un 60% de migrañas, poco sintomáticas últimamente. El 70% presenta comorbilidad psiquiátrica y la mitad síndrome miofascial asociado. De media han recibido 3,4 fármacos preventivos orales previos, siendo el más frecuente Amitriptilina, y un 80% recibieron infiltración con toxina botulinica previamente, siendo solo efectivo en un 25%. La infiltración con bupivacaina fue efectiva en el 80%, con una media de 1,8 infiltraciones, sin registrarse ningún efecto adverso tras la infiltración.

### CONCLUSIONES

n esta serie de casos, la infiltración se postula como tratamiento efectivo y seguro en la CTC, no obstante se requiere de estudios de mayor evidencia para universalizar su uso.



## **C-17. INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON FREMANEZUMAB EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

D. Díaz Fernández<sup>(1)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(1)</sup>, A. Guillem Mesado<sup>(1)</sup> y A. Sánchez Soblechero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Comparamos a pacientes que tras la interrupción de Fremanezumab al año de uso mantuvieron una buena respuesta con aquellos que requirieron reiniciarlo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se incluyen pacientes con migraña crónica y tratamiento de al menos un año con Fremanezumab (diciembre 2020 - abril 2023).

Se obtienen tres grupos: pacientes que mantienen la respuesta (F0), pacientes que requieren reiniciar el fármaco (F1) y pacientes que continúan su uso por más de un año (F2). Se analizan las características demográficas, escalas de discapacidad en migraña (MIDAS y HIT-6), días de cefalea al mes (DCM) y días de migraña al mes (DMM) trimestralmente. Se realiza un análisis descriptivo del total de la muestra y analítico entre F0 y F1 (X<sup>2</sup>, U de Mann-Whitney). Se compara la respuesta a fremanezumab inicial y en su reinicio en el grupo F1 (Wilcoxon).

### **RESULTADOS**

43 pacientes con edad media 52.93±10.4 años y edad de debut 17,4±4,3 años, mayoritariamente mujeres (86%). La mitad tenía migraña sin aura (53,5%), 23 pacientes (53%) presentaban depresión y/o ansiedad. Al inicio, la media de DMM fue 16,5±6,9, la puntuación media en HIT-6 era 67,7±6,6 y en MIDAS 97,5±55,1; la media de preventivos probados estaba en 5,6 y existía uso excesivo de medicación en el 86%. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos respecto a características demográficas, antecedentes o escalas basales.

Solo 8 pacientes prolongaron el tratamiento más allá de un año. De los 35 restantes, 21 (60%) lo reiniciaron posteriormente con una mediana de 5 meses hasta el reinicio. Tras el reinicio, la eficacia medida en DCM, DMM, escalas de discapacidad y consumo de analgésicos, fue similar.

### **CONCLUSIONES**

El 60% de los pacientes con migraña crónica de nuestra muestra tuvieron que reintroducir fremanezumab precozmente, recuperando su eficacia. Estos datos sugieren que la duración del tratamiento debería individualizarse.

No tenemos ningún conflicto de interés.



**C-18. REACCIÓN ADVERSA CUTÁNEA LOCAL TARDÍA TRAS ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CGRP. ¿ES POSIBLE CONTINUAR EL TRATAMIENTO?**

C. Romero del Rincón<sup>(1)</sup>, P. Paños Basterra<sup>(1)</sup>, F. Vega<sup>(2)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>,  
J. M. Serra Lopez-Matencio<sup>(3)</sup>, P. Heredia<sup>(1)</sup> y A.B. Gago-Veiga<sup>(1)</sup>

*(1)Neurología, (2)Alergología, (3)Farmacia. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid*

**OBJETIVOS**

Los anticuerpos anti-CGRP presentan como efecto adverso la aparición de reacciones cutáneas leves en el lugar de inyección. Menos habituales son las reacciones locales más intensas, pero su aparición puede suponer la suspensión del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos dos pacientes con importantes reacciones tardías en el lugar de inyección de diferentes antiCGRP (erenumab, galcanezumab y fremanezumab), en las que por mala tolerancia, se planteó el abandono de su administración a pesar de su eficacia antimigrañosa. Por ello, se diseñó un protocolo de premedicación, consistente en: Antiinflamatorios y antihistamínicos orales + frío local + corticoides tópicos pre- y post- inyección, priorizando la aplicación en zona abdominal.

**RESULTADOS**

Primer paciente: Mujer 53 años inicia tratamiento con erenumab 140 mg, que desde la segunda administración presenta placa dura eritematosa pruriginosa que reaparece en las administraciones sucesivas. Se suspende el fármaco por este efecto adverso y se inicia fremanezumab, presentando de nuevo reacción cutánea aunque de menor intensidad y mejor tolerado, ya que se comenzó directamente con el protocolo descrito.

Segundo paciente: Mujer 60 años inicia tratamiento con fremanezumab 225 mg mensual, tras la segunda administración del fármaco presenta reacción cutánea dolorosa. Se suspende el fármaco tanto por intolerancia como ineficaz e iniciamos galcanezumab, siendo en este caso efectivo, con el que presenta de nuevo reacción cutánea dolorosa más extensa que las previas, pero que mejora significativamente con el protocolo.

**CONCLUSIONES**

Las reacciones cutáneas locales intensas de hipersensibilidad tardías tras la administración de anti-CGRP pueden controlarse mediante aplicación de medidas antiinflamatorias, evitando tener que suspender un tratamiento eficaz.



## **C-20. EXPERIENCIA DE RETIRADA DE ANTICGRP TRAS MÁS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CEFALEA CRÓNICA**

S. Ruhland Paulete<sup>(1)</sup>, R. Lobato Rodríguez<sup>(1)</sup>, T. Olmedo Menchen<sup>(1)</sup> y S. Martínez Ubierna<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Analizar si el porcentaje de respuesta al tratamiento con antiCGRP influye en la probabilidad de recaída de cefalea crónica en los 6 primeros meses tras la retirada del tratamiento

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes a los que se les ha retirado el tratamiento preventivo con antiCGRP tras más de 12 meses de terapia. Se incluyen 29 pacientes en el estudio.

### **RESULTADOS**

Se analiza el porcentaje de respuesta al tratamiento comparando los días de migrañas al mes previo a iniciar tratamiento y los días de migraña al mes en el mes previo a la retirada de tratamiento. Se clasifica a los pacientes en: respuesta >50% al tratamiento (n=17) y respuesta >75% (n=12). En el grupo con >75% respuesta, 7 pacientes reinician tratamiento tras retirada y 3 no lo reinician; en el grupo con >50% respuesta, 15 pacientes reinician tratamiento y 4 no lo reinician. En el primer grupo la probabilidad de reinicio de tratamiento a los 6 meses es del 70%, y en el segundo del 73,33%.

### **CONCLUSIONES**

Se observa una tendencia similar en la probabilidad de recaída a los 6 meses de seguimiento tras la retirada del antiCGRP, entre aquellos pacientes con reducción de >50% de cefaleas al día y aquellos con reducción de >75% de cefaleas al día durante más de 12 meses de tratamiento. Se precisa ampliar estudios con posibilidad de análisis inferencial para demostrar que el porcentaje de respuesta a tratamiento con antiCGRP no influye sobre la probabilidad de recaída.

Sin conflicto de interés.



## C-21. SÍNDROME TRÓFICO DEL TRIGÉMINO TRAS DESCOMPRESIÓN MICROVASCULAR EN NEURALGIA REFRACTARIA DEL TRIGÉMINO

R. García Yu<sup>(1)</sup> y J. Díaz de Terán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Complejo Universitario La Paz. Madrid.

### OBJETIVOS

Describir el desarrollo de un síndrome trófico trigeminal (STT) como complicación infrecuente de una descompresión microvascular (DM) en un paciente con una neuralgia trigeminal (NT) refractaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso y revisión bibliográfica.

### RESULTADOS

Varón de 54 años en seguimiento en Unidad de cefaleas y dolor neuropático desde febrero 2016 por NT en V2 derecha con control analgésico insuficiente pese a tratamiento farmacológico a dosis máxima tolerada, por lo que se realiza DM en mayo 2020. Se consigue control completo del dolor, presenta anestesia y parestesias en región hemifacial derecha. En agosto de 2020 desarrolla lesiones pruriginosas que acaban ulcerándose en región de anestesia generando gran impacto funcional. Ante la sospecha de STT se inicia tratamiento tópico con corticoides y vitaminas conjuntamente con dermatología.

El STT es un trastorno infrecuente asociado a lesión del nervio trigeminal que condiciona anestesia y parestesias que llevan a la formación de úlceras con evolución tórpida por la manipulación del paciente. Son fundamentales la sospecha clínica y el minucioso diagnóstico diferencial, especialmente con etiologías infecciosas o neoplasias. El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar basado en la educación del paciente.

### CONCLUSIONES

El STT es una patología infrecuente en la que debemos pensar en pacientes con úlcera facial unilateral asociada a alteraciones sensitivas en territorio trigeminal, especialmente si existe lesión trigeminal conocida. La alta sospecha clínica resulta esencial para su abordaje terapéutico de cara a prevenir la mutilación y su progresión.

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.



## **C-22. EL IMPACTO DE LA CARGA INTERICTAL EN LA MIGRAÑA: UNA VISIÓN GLOBAL**

A. Sánchez Huertas<sup>(1)</sup>, M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup> y F.J. Díaz de Terán<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Estudiar el valor de la carga interictal y de los síntomas interictales como marcadores pronósticos en pacientes con migraña.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo observacional en una Unidad de cefaleas. Se incluyeron pacientes con migraña que iniciaron tratamiento entre enero-febrero de 2023 y tuvieron seguimiento trimestral. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas (la carga interictal se determinó mediante la Migraine Interictal Burden Scale-4 (MIBS-4) y un cuestionario ad-hoc) al inicio del tratamiento y a los 3 meses.

### **RESULTADOS**

72 pacientes (15% migraña episódica baja frecuencia (MEB); 21% alta frecuencia (MEA); 64% crónica (MC)). Se observó un incremento progresivo de la carga interictal en correlación a estas categorías de DMM(3,8; 7,5; 9,3). El mayor incremento de esta (de 1,5 a 8 puntos, máximo valor 12) se observó entre los 4 y 6 días de migraña mensual (DMM). Por encima de los 6 puntos, se observó un consumo medio >20 AINEs y >10 triptanes.

Los principales síntomas interictales fueron fotofobia (28%), alodinia (26%), bradipsiquia (17%) y astenia (7%). El 83% reconocieron presentar síntomas interictales. Según grupos, los SI más frecuentes fueron, en MEA: foto- sono-osmofobia (34%) y bradipsiquia (25%); en MC: alodinia (38%). Los síntomas interictales asociados con mayor carga interictales fueron la bradipsiquia (10,06) y alodinia (8,36).

### **CONCLUSIONES**

La carga interictal permitió detectar un deterioro diferencial en la calidad de vida entre los 4 y 6 DMM. Se observa como los síntomas interictales varían según la categoría diagnóstica y valor de la carga interictal que también se asocia a un mayor consumo de medicación sintomática. La carga interictal supone un valor añadido en la evaluación global del paciente con migraña.

No hay conflictos de interés ni financiación.



## Epilepsias (E)

### E-01. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE PERAMPANEL EN PACIENTES CON ESTADO EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>,  
M. Lara González<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, C. Lastras Fernández-Escandón<sup>(2)</sup>,  
P. Mayo Rodríguez<sup>(2)</sup>, B. Parejo Carbonell<sup>(2)</sup>, I. García Morales<sup>(2)</sup> y  
M. Romeral Jiménez<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Unidad de Epilepsia, Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia con perampanel en el tratamiento del estado epiléptico (EE) refractario y superrefractario.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie de 17 pacientes con EE tratados con perampanel en un hospital terciario entre mayo de 2019 y marzo de 2023.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes (70.6% hombres), con edad media de 66,7 años. El 41,2% fueron EE refractarios (EER) y el 58,8% superrefractarios (EESR). Según semiología fueron: 46,1% focal motor, 17,6% mioclónico, 23,5% EE no convulsivo (EENC) sin coma y el 11,8% EENC con coma. Las etiologías más frecuentes fueron: estructural (50%), encefalopatía hipóxico-isquémica (25%) y epilepsias generalizadas idiopáticas (18,8%).

Respecto al uso de perampanel, en el 23,5% se inició en las primeras 24 horas, 29,4% entre 24 y 48 horas, 11,8% entre 48 y 72 horas, y 35,3% pasadas 72 horas desde el inicio del EE. Previamente se habían administrado de media 4,53 medicamentos anticrisis. La mediana de dosis inicial fue 10mg/día (6-14mg/día), el 23,5% requirió subida de dosis posterior. El 64,7% (11/17) de los pacientes respondieron a perampanel: dos en la primera hora, siete en las primeras 12 horas, y otros dos entre 24 y 26 horas; siendo en éstos el último fármaco añadido, sin recurrencia posterior. Solamente uno sufrió efectos adversos leves (somnia, alteración cognitiva), en ninguno se suspendió el fármaco por los mismos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 23,5%.

#### CONCLUSIONES

El perampanel parece ser un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento del EER y EESR, aunque se necesitan estudios más amplios para confirmar dichos resultados.

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses.



### **E-03. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA EN EDAD ADULTA**

A. García Leal<sup>(1)</sup>, A. Gómez Moroney<sup>(2)</sup>, L. Sánchez Casado<sup>(1)</sup>, J. Granja Lopez<sup>(1)</sup>, J. Oliva Navarro<sup>(1)</sup>, M. J. Aguilar Amat Prior<sup>(1)</sup> y P. Alonso Singer<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Dentro de los pacientes que presentan epilepsia, se estima una proporción de epilepsia generalizada idiopática (EGI) en torno al 15-20%, en los que la respuesta a tratamiento difiere según el síndrome que presente.

Se analizan las características y control de crisis epilépticas (CE) en una muestra de pacientes adultos con EGI en una Unidad de Epilepsia de un hospital terciario

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se excluyeron pacientes sin diagnóstico sindrómico o electroencefalográfico claro. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, síndrome, tipo de CE, tratamiento previo y actual, motivo de suspensión y efectos adversos (EA), y libertad de crisis (global y de cada tipo de CE))

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 145 pacientes (edad media 33 años, 67% mujeres). De los cuales 40 % presentaban epilepsia mioclónica juvenil (EMJ), 23% crisis tónico-clónicas solamente (CTCs), 21% epilepsia ausencia juvenil (EAJ), 10% epilepsia ausencia infantil (EAI). El 84% se encontraban libres de CE, 73% en monoterapia (53% levetiracetam, 34% valproato). Levetiracetam se suspendió frecuentemente por EA (64%) y lamotrigina por ineficacia (50%). La presencia de ausencias, > 1 tipo de crisis, EAJ y lamotrigina se asoció a necesidad de politerapia de manera significativa; tratamiento con lamotrigina a mayor farmacoresistencia en análisis multivariante (31% frente 2%,  $p < 0,001$ ). De los pacientes tratados con valproato y/o levetiracetam, 90% presentaban control de CTCG y 95% de mioclonías en ambos, 90% y 92% de ausencias. Pacientes en tratamiento con lamotrigina presentaban control de 77% de CTCG, 68% de ausencias y 62% de mioclonías ( $p < 0,05$ ).

#### **CONCLUSIONES**

En general, se observó un buen control de CE en monoterapia en pacientes con EGI. La EAJ y tener más de un tipo de crisis se asoció a politerapia, y estar en tratamiento con lamotrigina a un peor control de CE en comparación con el resto, siendo el levetiracetam el fármaco peor tolerado.



#### **E-04. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO: MUTACIÓN DEL GEN SINTETIZADOR DEL FOSFATIDILINOSITOL GLICANO CLASE N (PIGN)**

L. Santos Sánchez De Las Matas<sup>(1)</sup>, F. López Grondona<sup>(2)</sup>, A. García Hernández<sup>(3)</sup>,  
A. Díez Barrio<sup>(4)</sup>, Á. Bonelli Franco<sup>(1)</sup>, D. A. Landaeta Chinchilla<sup>(1)</sup>, I. Llera López<sup>(1)</sup> y  
J. Martínez Poles<sup>(1)</sup>

*(1)Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). (2)Genética. Fundación Jiménez Díaz- Ute. Madrid. (3)Neurología. Hospital General de Villalba. Villalba (Madrid). (4)Neurología. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro (Madrid)*

#### **OBJETIVOS**

El diagnóstico genético en epilepsia es una herramienta fundamental para un tratamiento de precisión, también en pacientes adultos.

Presentamos una paciente con encefalopatía epiléptica y del desarrollo en relación con una mutación en el gen PIGN, en el que un diagnóstico temprano podría haber evitado tratamientos no indicados.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Caso clínico.

#### **RESULTADOS**

Mujer de 31 años que debuta a los seis meses con una encefalopatía epiléptica y del desarrollo con múltiples tipos de crisis (espasmos, crisis tónicas, crisis focales motoras, crisis hemiclónicas, crisis generalizadas) y discapacidad intelectual grave, sin regresión en el neurodesarrollo. En la exploración destaca un lenguaje escaso (únicamente emite algún monosílabo) y una cabeza caída, sin otros datos de parkinsonismo.

A lo largo de su evolución se han ensayado múltiples tratamientos anticrisis (felbamato, carbamazepina, lamotrigina, fenobarbital, levetiracetam, lacosamida, clobazam, topiramato). También ha probado dieta cetogénica y estimulador vagal (ineficaces).

En un vídeoEEG prolongado se observa lentificación focal frontal derecha, actividad epileptiforme parietocentral izquierda y se registra una crisis focal motora con un origen frontal izquierdo. Una RM cerebral fue normal. Fue evaluada fuera de España y, dado que no había desarrollado lenguaje, se realizó una lobectomía temporal izquierda, sin mejoría.

A su vuelta a España se realiza estudio genético (panel NGS) en el que se observa una variante genética en gen PIGN (c.1694G>T; p.Arg565Leu).

#### **CONCLUSIONES**

Un diagnóstico genético preciso es fundamental en pacientes con encefalopatía epiléptica de cara a optimizar el tratamiento farmacológico y evitar cirugías con poca probabilidad de éxito, incluso en la edad adulta.



## **E-06. EPILEPSIA EN LOS SÍNDROMES RELACIONADOS CON NALCN Y UNC80**

P. Parra-Díaz<sup>(1)</sup>, A. Monteil<sup>(2)</sup>, I. del Pino<sup>(3)</sup>, Á. Beltrán-Corbellini<sup>(1)</sup>, I. García-Morales<sup>(1)</sup>, R. Toledano<sup>(1)</sup> y A. Gil-Nagel<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Ruber Internacional. Madrid. <sup>(2)</sup>Biología Molecular. Institut de Génomique Fonctionnelle. Montpellier, Francia. <sup>(3)</sup>Biomedicina. Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia, España (Valencia)*

### **OBJETIVOS**

Alteraciones en NALCN, o su subunidad UNC80, conducen a síndromes clínicos asociados a ganancia (CLIFAHDD) o pérdida de función (IHPRF 1 y 2) del canal, que cursan con encefalopatía y crisis epilépticas, pero cuya frecuencia y gravedad se desconocen. Nuestro objetivo es caracterizar la epilepsia en estos pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Seleccionamos pacientes con epilepsia a partir de una cohorte procedente de un estudio de nuestro grupo acerca del fenotipado de estos síndromes. La información de la semiología de las crisis, edad de inicio, respuesta a fármacos y resultados de pruebas complementarias fue recogida mediante de la revisión de informes y entrevistas a los familiares.

### **RESULTADOS**

De 46 pacientes incluidos, el 34,8% tenían epilepsia, siendo más frecuente en los casos de IHPRF 1 (62,5%) e IHPRF 2 (87,5%) que CLIFAHDD (13,3%). La mediana de edad de inicio fue de 4,25 años (3 meses–17 años). El 62,5% eran refractarios, incluyendo todos los casos con inicio de las crisis antes de los 12 meses (43,75%), en los que predominaban las crisis tónicas y espasmos infantiles. Un 33,3% de los casos refractarios cumplían criterios de síndrome de Lennox-Gastaut. Seis pacientes estaban libres de crisis en monoterapia (mediana edad inicio 11 años; 50% recibían ácido valproico).

### **CONCLUSIONES**

La prevalencia de epilepsia en nuestra cohorte de pacientes con síndromes relacionados con NALCN/UNC80 es elevada, especialmente en los casos asociados pérdida de función, siendo la mayoría refractarios al tratamiento. El estudio muestra la importancia de realizar una evaluación adecuada para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en estos pacientes. Los autores declaran no presentar conflictos de intereses para la realización de este trabajo.



## Enfermedades cerebrovasculares (EC)

### EC-02. TIEMPO ES CEREBRO: INFARTO TALÁMICO BILATERAL POR OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA DE PERCHERON, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ POR RM CEREBRAL PARA PODER TRATAR PACIENTES

B. Salvador Sáenz<sup>(1)</sup>, M. García García<sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández<sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza<sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle<sup>(1)</sup>, R. Terrero Carpio<sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade<sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla<sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos<sup>(1)</sup>, P. Pagliarani Gil<sup>(2)</sup>, L. E. Landa Marin<sup>(2)</sup> y G. Martín Ávila<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

#### OBJETIVOS

Presentar un infarto talámico bilateral diagnosticado precozmente y con buena evolución tras fibrinólisis

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 53 años que presenta un cuadro de mareo, inestabilidad, vómitos y diplopía binocular de inicio al despertar. A la exploración destaca disartria leve, restricción a la ABD de OD y nistagmo vertical en supravversión (NIHSS 1). Se activa código ictus, realizándose estudio multimodal sin alteraciones. Una hora después de la valoración inicial, presenta un deterioro del nivel de conciencia brusco (GCS 8; NIHSS 12-afasia, reflejo amenaza negativo bilateral, mirada desconjugada y nistagmo vertical-). Se solicita nuevo TC y angioTC sin cambios y se realiza RM urgente que objetiva una restricción en secuencias en difusión en tálamo bilateral sin alteración de señal en FLAIR ni T2, sugerente de lesión isquémica aguda sin infarto establecido. Se decide entonces realizar fibrinólisis intravenosa.

#### RESULTADOS

Dentro del estudio etiológico, se realizó estudio cardiológico completo, estudio de autoinmunidad, estudio para descartar patología tumoral con PET-TC y estudio de trombofilia todos normales. Fue diagnosticada de diabetes mellitus (HbA1c >10%) con afectación microvascular retinopática y polineuropática. Se realizó estudio neurosonológico que mostró ateromatosis carotídea bilateral leve sin estenosis. Neurológicamente evolucionó favorablemente, con mejoría franca del nivel de conciencia, quedando como síntomas residuales apatía, limitación de supravversión y esotropía de OD (NIHSS 1, ERm 1).

#### CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz del infarto bitalámico por oclusión de la arteria de Percheron es fundamental para poder indicar tratamiento reperfusor. La realización en fase aguda de RM permitió indicar tratamiento en nuestra paciente.



### **EC-03. ASPERGILOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SÍNTOMAS FOCALES NEUROLÓGICOS AGUDOS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

A. Somovilla<sup>(1)</sup>, S. Feijoo<sup>(2)</sup>, A. Barbosa<sup>(3)</sup>, C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, C. Sanabria<sup>(1)</sup>, S. Trillo-Senin<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Hematología, <sup>(3)</sup>Neurorradiología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

La aspergilosis invasiva (AI) resulta de la diseminación sistémica de *Aspergillus* sp., ocurre predominantemente en pacientes inmunodeprimidos, alcanzando hasta al 10% tras un trasplante alogénico de células madre (TACM). El sistema nervioso central (SNC) se afecta en un 15% de los casos, con una mortalidad superior al 90%.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un nuevo caso y una revisión bibliográfica realizada en pubmed de ictus agudo asociado a AI. Describimos los datos demográficos, clínicos y pruebas complementarias.

#### **RESULTADOS**

La presentación de la AI como ictus se ha descrito en 10 pacientes, incluido el nuestro, con comorbilidad hematológica, siendo la leucemia mieloide aguda (LMA) el principal factor de riesgo (50%). La tomografía axial computarizada (TAC) mostró lesiones múltiples del SNC (80%) y pulmonares (100%). Ningún paciente recibió tratamiento de reperfusión vascular y el 70% falleció por AI.

Presentamos a un varón de 32 años con LMA (día +43 tras el tercer TACM), con un cuadro de inicio súbito de diplopía, disartria, parálisis facial y somnolencia. La exploración física reveló un exantema cutáneo por varicela. La TAC urgente evidenció infartos cerebrales múltiples supra e infratentoriales, nódulos tiroideos y pulmonares secundarios a embolias sépticas debidas a AI, confirmadas posteriormente mediante resonancia magnética. Al tratamiento antifúngico se añadió tratamiento empírico de vasculitis herpética (aciclovir, prednisona). Los estudios microbiológicos demostraron positividad del antígeno galactomanano. A pesar del tratamiento antifúngico dirigido, falleció 72 horas tras el evento cerebrovascular.

#### **CONCLUSIONES**

Se propone la AI con afectación del SNC como causa infrecuente de ictus y una presentación potencialmente mortal de la aspergilosis del SNC relacionada con la inmunosupresión; especialmente con la LMA (50%), según la revisión bibliográfica.

No existió financiación ni conflicto de intereses.



### EC-09. CAROTID STUMP SYNDROME CON OCLUSIÓN DE GRAN VASO: UNA LIMITACIÓN REAL DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA

J. Alcalá Torres<sup>(1)</sup>, C. Santos Martín<sup>(1)</sup>, C. Amarante Cuadrado<sup>(1)</sup>,  
M. González Arbizu<sup>(1)</sup>, D. Seoane Fernández<sup>(1)</sup>, P. Saura Lorente<sup>(2)</sup> y  
A. Martínez Salio<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurorradiología Intervencionista. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

#### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de carotid stump syndrome (CSS) con oclusión del segmento M1 de arteria cerebral media (ACM) ipsilateral, y las limitaciones de la trombectomía mecánica en este tipo de pacientes.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico.

#### RESULTADOS

Presentamos un varón de 87 años, con antecedentes de: hipertensión, dislipidemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular anticoagulada con apixabán, varios ictus de ACM derecha de etiología indeterminada (aterotrombótica, cardioembólica), tras el último de los cuales queda con una oclusión en ACI proximal derecha no revascularizable, e ingreso reciente por hematoma subdural agudo izquierdo traumático no drenado. Situación basal: mRS 2. Acude por un síndrome hemisférico derecho completo de forma brusca de 1 hora de evolución (NIHSS 20). En la neuroimagen urgente se objetiva una desdiferenciación insular y lenticular derecha (ASPECTS 8), oclusión crónica en ACI derecha ya conocida, y un stop en segmento M1 derecho, lo que sugiere el diagnóstico de CSS. El paciente no fue candidato a fibrinólisis por hemorragia intracraneal reciente. Tras evaluación conjunta con Neurorradiología Intervencionista, se decide no realización de trombectomía mecánica por elevado riesgo de hiperperfusión e imposibilidad de acceso por arteria comunicante anterior a través de circulación contralateral. El paciente ingresa en Unidad de Ictus y es trasladado a centro de rehabilitación, manteniendo tratamiento anticoagulante. A los 3 meses de seguimiento, el paciente permanece con una dependencia total (mRS 5).

#### CONCLUSIONES

El CSS es una causa infrecuente de ictus de repetición en pacientes con oclusiones crónicas de arteria carótida interna (ACI), por mecanismo ateroembólico. Si hay una oclusión de gran vaso, la trombectomía mecánica presenta limitaciones técnicas evidentes, tales como el elevado riesgo de hiperperfusión con la apertura de oclusión crónica de ACI, la dificultad de acceso por circulación colateral (arteria comunicante anterior o anastomosis de carótida externa), y el tamaño de los catéteres.



## **EC-11. TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE LA OCLUSIÓN AISLADA DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

J. Botía Barberá<sup>(1)</sup>, A.M. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup>, I. Alcobendas Liern<sup>(1)</sup>,  
B. Lucio Ceballos<sup>(1)</sup>, Á. Salinas Fernández<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alen<sup>(1)</sup>,  
F. Díaz Otero<sup>(1)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(1)</sup> y A. Gil Nuñez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Recientemente estudios observacionales concluyen que la trombectomía mecánica (TM) no debería ser recomendada de forma rutinaria en pacientes con oclusión aislada de arteria cerebral posterior (ACP) debido a posibles complicaciones. Dada la relevancia de estos hallazgos, describimos una muestra de pacientes de estas características tratados con TM en comparación con el mejor tratamiento médico (MTM).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de ictus isquémico y oclusión de ACP aislada tratados en la Unidad de Ictus de un hospital terciario, entre 2019-2023. Se recogieron variables demográficas, situación neurológica basal y al alta, variables radiológicas, eRm a los 3 meses, tasa de complicaciones y hemorragia intracraneal sintomática (HICS) relacionadas con el procedimiento.

### **RESULTADOS**

1429 ictus isquémicos entre octubre 2019 y mayo de 2023. 47 oclusión aislada ACP (3,2%). Edad media 70 años (DE, 61-81). 10 pacientes en el grupo de TM y 37 pacientes en el grupo de MTM. TIV: 40% en TM versus 21,6% en MTM. No diferencias en edad, sexo, FRCV entre grupos. Mediana NIHSS basal: 8 (RIQ, 3,8-17) en TM versus 2 (RIQ, 3,5-2) en MTM ( $p < 0,001$ ). 90% recanalización exitosa (TICI $\geq$ 2c). No se objetivaron muertes, complicaciones mayores ni HICS relacionadas con el procedimiento. ERm  $\leq$  2 a los 3 meses: 50% en grupo de TM versus 70,3% en grupo de MTM. (OR 1,4; IC 95%, 0,73-2,71;  $p=0,27$ ).

### **CONCLUSIONES**

La oclusión aislada de ACP es infrecuente. La TM no se relacionó con un mejor estado funcional a los tres meses en comparación con el grupo de MTM. Sin embargo, los pacientes tratados con TM presentaban mayor gravedad al ingreso. No se objetivaron complicaciones relevantes relacionadas con el procedimiento.

Probablemente sea un procedimiento seguro y eficaz en pacientes seleccionados.



## EC-12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RED CAROTÍDEA SINTOMÁTICA, A TRAVÉS DE UN CASO

R. López Rebolledo<sup>(1)</sup>, G. García Alcántara<sup>(1)</sup>, C. Moreno López<sup>(1)</sup>, C. Matute Lozano<sup>(1)</sup>, S. García Madrona<sup>(1)</sup>, A. de Felipe Mimbres<sup>(1)</sup>, R. Vera Lechuga<sup>(1)</sup> y J. Masjuán Vallejo<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### OBJETIVOS

La red carotídea constituye una de las principales causas de ictus isquémico en pacientes jóvenes. Se trata de una proyección en forma de plataforma del tejido fibroso de la íntima del bulbo de la arteria carótida interna que no suele producir estenosis grave; sin embargo, genera turbulencia del flujo sanguíneo, con elevado riesgo de tromboembolismo. El tratamiento óptimo de la red carotídea sintomática es incierto, entre ellos están el manejo médico (antiagregación) y el intervencionista (stent carotídeo y endarterectomía).

Se pretende exponer mediante un caso clínico la eficacia y seguridad del tratamiento quirúrgico de la red carotídea sintomática frente al endovascular, o médico con antiagregación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 50 años presenta episodio brusco de afasia. Se realiza TC multimodal en que se objetiva trombo en segmento M1 de ACM izquierda. Se trata mediante fibrinólisis intravenosa con alteplasa y trombectomía mecánica, con recanalización completa de la oclusión. La paciente queda asintomática. En TC body realizado durante el ingreso en Neurología como parte del estudio diagnóstico, se describe, por primera vez, estenosis focal en el origen de la ACI izquierda (placa de ateroma vs red carotídea con trombo asociado). Se realiza nuevo angio TC de troncos supraórticos y arteriografía, que determinan red carotídea con trombo asociado.

### RESULTADOS

Se decide realizar tratamiento quirúrgico de la lesión vascular mediante endarterectomía carotídea, con resección de la red vascular y colocación de parche. No ocurren incidencias intra ni postoperatorias. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con antiagregación simple. En la revisión a los tres meses permanece asintomática y sin incidencias.

### CONCLUSIONES

A pesar de que el tratamiento óptimo de la red carotídea sintomática es incierto, la endarterectomía supone una opción definitiva, segura y eficaz que previene las recurrencias de ictus isquémico asociado a esta etiología.

No se declaran conflictos de interés.



## **EC-14. PLAQUETOPENIA SEVERA AGUDA POR TIROFIBÁN EN PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Lara González<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, M. Alcalá Ramirez del Puerto<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, P. Simal<sup>(1)</sup>, J. Egido<sup>(1)</sup>, C. Pérez García<sup>(2)</sup>, A. López Frías<sup>(2)</sup> y C. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de Patología Cerebrovascular. Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Neurrorradiología Intervencionista. Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

La plaquetopenia aguda severa inducida por tirofiban es una reacción adversa infrecuente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un paciente con ictus isquémico agudo que desarrolla una plaquetopenia severa tras la administración de tirofiban.

### **RESULTADOS**

Varón de 86 años que ingresa por infarto bihemisférico puntuando 19 en la escala NIHSS, en relación a oclusión de segmento A3 de ACA ácidos por émbolo calcificado. Se realiza fibrinólisis IV y trombectomía mecánica con colocación de stent en rama pericallosa derecha con administración de bolo y posterior perfusión de tirofiban. El angioTC de control realizado 12 horas después, muestra permeabilidad del stent. Se inicia doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y clopidogrel, suspendiéndose tirofiban. El paciente presenta NIHSS 0 al tercer día. Al octavo día de ingreso, muestra empeoramiento clínico (NIHSS 11). En el angioCT urgente se observa oclusión del stent, decidiéndose reintroducir perfusión de tirofiban. Se realiza un hemograma 2 horas después, objetivándose una plaquetopenia de 3.000/mcL (niveles previos de 216.000/mcL). Ante la sospecha de reacción adversa disimmune al tirofiban, se suspende dicha medicación y se pautan inmunoglobulinas IV 80g/24h durante 2 días y dexametasona IV 40mg/24h durante 5 días. Se repite TC craneal urgente, observándose múltiples focos de hemorragia subaracnoidea, por lo que se realiza transfusión de un pool de plaquetas. En los días sucesivos presenta mejoría progresiva de la plaquetopenia (103.000/mcL plaquetas tras 4 días de tratamiento), sin nuevos eventos hemorrágicos.

### **CONCLUSIONES**

La reintroducción de tirofiban puede producir plaquetopenia severa aguda como efecto adverso infrecuente, de mecanismo disimmune. Son necesarios más estudios para esclarecer el tratamiento más adecuado en estos casos.

No hay conflictos de interés que declarar.



## EC-16. HEMATOMA CERVICAL EPIDURAL ESPONTÁNEO COMO CAUSA DE STROKE MIMIC

I. Lera Ramírez<sup>(1)</sup>, R. Olaizola Díaz<sup>(1)</sup>, A. Bonilla Tena<sup>(1)</sup>, Ó. Uriz Bacaicoa<sup>(1)</sup>,  
R. Leal Hidalgo<sup>(1)</sup> y Á. Rodríguez López<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### OBJETIVOS

El hematoma espinal epidural espontáneo es una patología poco frecuente (1 caso/millón de habitantes al año).

La presentación más habitual es dolor en columna vertebral que puede irradiarse a miembros y que puede asociar datos de mielopatía aguda. La sospecha clínica es esencial para realizar una prueba de imagen (preferiblemente RM) en las primeras horas ya que el tratamiento neuroquirúrgico precoz se asocia con mejor pronóstico funcional.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia. Avisan desde servicios de emergencias para activar código ictus por hemiparesia derecha. En la anamnesis a su llegada, la paciente insiste en importante dolor cervical irradiado a ambos miembros superiores iniciado hace 3 horas, seguido de paresia de miembro superior derecho (MSD) que posteriormente se extendió a miembro inferior derecho (MID).

### RESULTADOS

A la exploración, presenta plejía distal de MSD y paresia grave de MID, sin datos corticales ni de afectación troncoencefálica. Se realiza TC, AngioTC y TC de perfusión cerebrales, normales. Se amplía estudio con TC cervical que muestra hematoma epidural a nivel C2-C7 que comprime la médula anteriormente. La paciente es intervenida de manera urgente mediante laminectomía y evacuación del hematoma con buena evolución clínica hasta resolución completa de la hemiparesia.

### CONCLUSIONES

El hematoma espinal epidural espontáneo puede ser causa de stroke mimic. Es imprescindible una anamnesis dirigida que nos haga dudar del diagnóstico de ictus y permita un diagnóstico y un tratamiento precoz. En nuestro caso, la activación de código ictus fue fundamental para el manejo rápido que permitió la evolución favorable.



## **EC-20. ETIOLOGÍA, CLÍNICA, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE HOSPITALARIA**

V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, M. Lara González<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, P. Simal Hernández<sup>(2)</sup>, C. Pérez García<sup>(3)</sup>, M. Moreu<sup>(3)</sup>, S. Rosati<sup>(3)</sup>, A. López-Frías<sup>(3)</sup>, J. Egido<sup>(2)</sup> y C.I. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(2)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Unidad de Ictus, Neurología, <sup>(3)</sup>Neurroradiología Intervencionista, Radiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Realizar un análisis epidemiológico, clínico, etiológico y terapéutico de una serie de pacientes con trombosis venosa cerebral (TVC), así como de los principales factores pronósticos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de una serie retrospectiva, unicéntrica, de pacientes ingresados con TVC en un hospital terciario de Madrid, en el periodo de Julio 2008 a Diciembre 2022.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 75 pacientes (38 mujeres), con una mediana de edad de 59 años (36-74). Entre las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes se encontraron: cefalea (70,7%), déficits focales (42,7%), encefalopatía (32%) y crisis epilépticas (28%). La etiología más frecuente fue trombofilia (24%), seguido de causas neoplásicas e infecciosas (ambas 14,7%). El 78,7% presentaron afectación de dos o más senos. Hasta el 40% tuvieron un diagnóstico inicial erróneo. El 93,3% de los pacientes recibieron tratamiento antitrombótico (inicialmente 54,7% con heparina de bajo peso molecular; 32% no fraccionada), 28% durante 6 meses, 13,3% un año y 30,7% indefinido. El 5,5% requirió tratamiento neuroquirúrgico; en el 9,3% se realizó tratamiento endovascular (TEV), mayoritariamente por empeoramiento clínico. Los principales factores pronósticos asociados a mortalidad intrahospitalaria (que fue 9,3%) fueron edad, menor puntuación en escala GCS (Glasgow Coma Scale) y mayor NIHSS, y datos clínicos de hipertensión intracraneal (paresia VI par) y encefalopatía. El 69,3% fueron independientes a los 3 meses (escala modificada de Rankin  $\leq 2$ ) o mantuvieron su situación basal, con una tasa de mortalidad del 10,7%.

### **CONCLUSIONES**

La TVC es una etiología infrecuente de infarto cerebral que afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes, constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico. Es necesario desarrollar protocolos adecuados para evitar errores diagnósticos y establecer las indicaciones del tratamiento quirúrgico y endovascular.

**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



**FACTORES DE RIESGO CON ASOCIACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ( $p < 0,05$ )**

<b>FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA</b>	<b>FACTORES DE RIESGO DE DEPENDENCIA A TRES MESES</b>
Edad Baja puntuación en escala GCS Alta puntuación en escala NIHSS Hipertensión intracraneal (parálisis VI par craneal) Encefalopatía	Edad Sexo femenino Baja puntuación en escala GCS Alta puntuación en escala NIHSS Encefalopatía Crisis epilépticas Infarto venoso Hemorragia intracraneal Quimioterapia activa Tratamiento endovascular

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses.



## EC-21. RISA PATOLÓGICA DE CAUSA VASCULAR

L. Zaballa Pérez<sup>(1)</sup>, B. Cabal Paz<sup>(1)</sup>, P. Rábano Suárez<sup>(1)</sup>, P. Huimann<sup>(1)</sup>, R. Hernán Gómez<sup>(1)</sup>, M. Gómez Dunlop<sup>(1)</sup>, C. Martín De La Morena<sup>(1)</sup>, E. Pulido Martínez<sup>(1)</sup>, J. Carneado<sup>(1)</sup> y A. Parra Santiago<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Ictus. Laboratorio de Neurosonología. Servicio Neu. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid). <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

### OBJETIVOS

La “Fou Rire Prodromique” se define como un episodio de risa incontrolable, que precede a la aparición de una focalidad neurológica aguda, clásicamente una hemorragia pontina.

a. Se describe un caso de ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media (ACM) izquierda.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de “Fou Rire Prodromique” como debut de un ictus isquémico agudo en territorio de la arteria cerebral media (ACM) izquierda.

### RESULTADOS

Varón de 40 años, fumador y dislipémico que presenta un cuadro de inicio brusco de risa inmotivada e incontrolable de 15 minutos de duración. Inmediatamente después presenta ausencia en la emisión del lenguaje, hipoestesia y debilidad en mano derecha y asimetría facial. Acude al hospital objetivándose una afasia motora de predominio motor y paresia inferior derecha, puntuando 8 puntos en la escala de NIHSS. En la neuroimagen urgente se identifica una oclusión en M2 de ACM izquierda. Recibió fibrinólisis y se desestimó para trombectomía mecánica por mejoría de la clínica, quedando asintomático a las 24 horas. El electroencefalograma no mostró actividad epileptógena, se detectó un foramen oval permeable masivo como probable causa de ictus.

“Fou Rire Prodromique” ha sido clásicamente asociada a hemorragia pontina, excepcionalmente se han descrito lesiones supranucleares. Se ha propuesto la existencia de un centro supranuclear pontobulbar facio-respiratorio para el control de la risa, que conecta el núcleo facial, núcleo X par y el nervio frénico.

Es necesario distinguirla de una crisis epiléptica gelástica para un adecuado enfoque terapéutico. En este caso, quedaría en un segundo plano debido a la duración de la risa (más de 30 segundos), ausencia de pérdida de consciencia y de automatismos y un EEG no patológico.

### CONCLUSIONES

En resumen, conviene recordar la aparición brusca de risa patológica como posible heraldo de un ictus (pontino o en ACM izquierda), al tratarse de una condición potencialmente tratable.



**EC-23. DE LA CAVA A LA CARÓTIDA: ICTUS POR EMBOLISMO PARADÓJICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SAFF**

B. Lucio Ceballos<sup>(1)</sup>, J. Botía Barberá<sup>(1)</sup>, Á. Salinas Fernández<sup>(1)</sup>, I. Alcobendas Liern<sup>(1)</sup>, F. Díaz Otero<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alen<sup>(1)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>, A. M. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup> y A. Gil Núñez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**OBJETIVOS**

El síndrome antifosfolípido primario (SAFP) explica menos del 10% de los casos de infarto cerebral en sujetos menores de 45 años. Además se ha reportado una mayor prevalencia de foramen oval permeable (FOP) en pacientes con SAF, lo que puede contribuir al desarrollo de embolismo paradójico. Se describe un caso de ictus isquémico en paciente joven por trombosis venosa secundaria a sospecha de SAFP y embolismo paradójico asociado.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de una mujer de 29 años con ictus isquémico por mecanismo de embolismo paradójico con trombosis venosa extensa y anticoagulante lúpico positivo.

**RESULTADOS**

Mujer, 29 años. Antecedentes de tabaquismo y obesidad. Acude a Urgencias con clínica de síndrome hemisférico izquierdo incompleto. Se realiza neuroimagen con hallazgo de oclusión carotídea y vertebral izquierdas y posteriormente trombectomía mecánica con implantación de stent carotídeo. En el estudio etiológico se objetiva trombo en vena cava inferior con extensión a aurícula derecha y FOP, así como determinación de anticoagulante lúpico positivo. Se postula como primera posibilidad ictus isquémico por embolismo paradójico secundario a un posible SAFP. A nivel terapéutico se realizó succión del trombo por vía endovascular y posterior cierre de FOP y se inició tratamiento con doble terapia antitrombótica con antiagregación y anticoagulación.

**CONCLUSIONES**

La asociación de SAFP y FOP es infrecuente y puede causar ictus isquémicos en pacientes jóvenes por mecanismos poco habituales, como pueden ser la trombosis venosa con embolismo paradójico asociado, teniendo implicaciones considerables en el manejo clínico y siendo actualmente un reto terapéutico en este grupo de pacientes.



## **EC-26. TROMBO FLOTANTE EN ARTERIA CARÓTIDA INTERNA SECUNDARIO A PLACA DE ATEROMA ESTENOSANTE**

M. Barcenilla López <sup>(1)</sup>, N. de la Cruz Fernández <sup>(1)</sup>, D. González Antón <sup>(1)</sup>,  
B. Arribas Ballesteros <sup>(1)</sup>, L. Fabiá Polo <sup>(1)</sup>, C. Cordero Sánchez <sup>(1)</sup>, C. Ruiz López <sup>(1)</sup>,  
J. M. Contreras Peña <sup>(1)</sup>, L. Vela Desojo <sup>(1)</sup>, E. Cantador Pavón <sup>(1)</sup> y R. López Blanco <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Los trombos flotantes en circulación de la arteria carótida son una entidad poco frecuente y que normalmente representa una emergencia. Su manejo se basa en series de casos ya que tanto la historia natural como el tratamiento óptimo no son bien conocidos.

Mujer de 63 años con tabaquismo severo e hipercolesterolemia que presenta tres episodios autolimitados de disartria, acompañándose el último de torpeza en brazo izquierdo. A la exploración presentaba leve excavación de mano izquierda en antigravatorias.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza TC craneal y angioTC con defecto de repleción en M2 proximal derecha con repermeabilización distal y extenso defecto de repleción central en ACI derecha desde su origen compatible con trombo flotante. Se realiza ecografía doppler que confirma trombo flotante en carótida interna derecha y además identifica una importante ateromatosis que condiciona una estenosis en el origen de la ACI mayor al 70%. En la resonancia magnética craneal se evidencian múltiples lesiones isquémicas subagudas parcheadas corticales y subcorticales en territorio de ACM derecha.

### **RESULTADOS**

Se inicia tratamiento anticoagulante con enoxaparina. La paciente se mantiene sin focalidad neurológica y en los siguientes controles radiológicos se evidencia la resolución del trombo flotante, persistiendo una placa compleja con estenosis crítica en ACI derecha. Cirugía Vasculare realiza endarterectomía diferida de dicha placa.

### **CONCLUSIONES**

El diagnóstico de trombos flotantes carotídeos es cada vez más frecuente debido a las técnicas de imagen vascular no invasivas. Supone un alto riesgo de ictus a corto plazo, aunque todavía no hay consenso sobre su manejo debido a la baja calidad de los estudios.



## EC-28. SÍNDROME PERSON-IN-THE-BARREL “PLUS” COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE UN INFARTO BULBAR MEDIAL BILATERAL

Á. Salinas Fernández<sup>(1)</sup>, J. Botía Barberà<sup>(1)</sup>, B. Lucio Ceballos<sup>(1)</sup>, I. Alcobendas Liern<sup>(1)</sup>, C. J. De Miguel Sánchez de Puerta<sup>(1)</sup>, Á. Rodríguez López<sup>(1)</sup>, A. C. Gil Núñez<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(1)</sup>, A. M. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(1)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alén<sup>(1)</sup> y F. Díaz Otero<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### OBJETIVOS

El síndrome Person-in-the-Barrel se caracteriza por una paresia bilateral de miembros superiores cuyo mecanismo y topografía son muy variados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 89 años con infarto bulbar medial bilateral manifestándose como un síndrome de Person-in-the-Barrel Plus.

### RESULTADOS

Se trata de una mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II e ictus isquémico hemisférico izquierdo con leve afasia motora residual. Acude a nuestro centro por hemiparesia izquierda de inicio brusco mientras caminaba por la vía pública coincidiendo con traumatismo casual. Se activa código ictus, se realiza TC craneal sin observar signos precoces de infarto y angioTC sin oclusión de vaso mayor, tras las pruebas de imagen se administra alteplasa intravenosa a los 97 minutos de inicio de síntomas.

Transcurridas 5 horas tras la trombolisis la paciente asocia paresia de miembro superior derecho a la hemiparesia izquierda previa, sin cambios en nuevo TC y Angio TC. Los días posteriores se evidencia la aparición de disfagia y alteraciones en la fonación. Se realiza resonancia donde se objetivan dos lesiones que restringen la difusión en ambas olivas bulbares compatibles con infarto bulbar medial bilateral. La paciente recupera de manera completa la movilidad de miembro superior derecho persistiendo hemiplejía izquierda. Se traslada a hospital de zona para continuar rehabilitación.

### CONCLUSIONES

El síndrome de person-in-the-barrel plantea un diagnóstico diferencial muy extenso. Ante la aparición de un déficit neurológico bilateral de inicio brusco, no se debe descartar un mecanismo vascular.



## **EC-29. TROMBOSIS VENOSA SÉPTICA, UNA SERIE DE CASOS**

E. Cañada Lahoz<sup>(1)</sup>, R. Berbegal Serralta<sup>(1)</sup>, S. Lozano Veiga<sup>(1)</sup> y S. Trillo Senín<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La trombosis séptica de senos venosos (TSSV) es una patología grave con elevada morbimortalidad. El objetivo de este estudio es describir una serie de TSSV registradas en nuestro centro, estudiando la resolución o no de la trombosis y la morbilidad asociada.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo descriptivo que recoge los datos analíticos, radiológicos y microbiológicos, tratamiento, complicaciones y morbilidad de un grupo de 5 pacientes de nuestro hospital.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 5 pacientes diagnosticados de TSSV. Edad media 66,6a (DE 16,2). 80% varones. 1 de ellas secundaria a un absceso maxilar, 4 de ellas a meningitis/abscesos otógenos. En 2 se afectó el seno cavernoso ipsilateral, en otras 2 el seno transverso y en una el seno sigmoide y la vena yugular. En 3 el LCR fue compatible con meningitis bacteriana, en una no se realizó PL y en otra el LCR fue normal. Entre los gérmenes implicados se encontraron microorganismos anaerobios<sup>(2)</sup>, *S. pneumoniae*<sup>(1)</sup> y *Scedosporium apiospermum* complex. Las 5 requirieron ingreso en UCI debido a coma en 3 casos, shock séptico y status epiléptico. Todas fueron tratadas con antibioterapia y 4 recibieron anticoagulación con heparina sódica. Ninguna trombosis se resolvió en controles, 2 mejoraron. Ningún paciente falleció a los 6 meses aunque 3 sufrieron secuelas neurológicas leves.

### **CONCLUSIONES**

En nuestra serie todas las TSSV se asociaron a complicaciones graves de infecciones del área ORL. A pesar de persistir la trombosis tras el tratamiento no se evidenció mortalidad en nuestra serie. Proponemos la realización de una serie amplia de TSSV multicéntrica para aumentar el conocimiento de esta patología.



### EC-33. TETRAPARESIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL COMPLEJA

L. Santos Sánchez De Las Matas<sup>(1)</sup>, S.M. Pastor Yborra<sup>(2)</sup>, I. A. del Pozo Gallegos<sup>(3)</sup>, F. Baudraxler<sup>(3)</sup>, Á. Bonelli Franco<sup>(1)</sup>, D. A. Landaeta Chinchilla<sup>(1)</sup>, I. Llera López<sup>(1)</sup>, M. Guillán Rodríguez<sup>(1)</sup>, N. Barbero Bordallo<sup>(1)</sup> y J. C. Martínez Ramos<sup>(1)</sup>  
*(<sup>1</sup>Neurología, <sup>3</sup>Radiología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). <sup>2</sup>Neurología. Hospital General de Villalba. Villalba (Madrid).*

#### OBJETIVOS

Las mielopatías presentan un diagnóstico diferencial amplio, siendo necesarias una anamnesis y exploración detalladas. En general, las pruebas complementarias más útiles son la RMN y la determinación de anticuerpos en suero y LCR.

Presentamos un paciente con tetraparesia rápidamente progresiva secundaria a una fístula arteriovenosa dural espinal.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico.

#### RESULTADOS

Varón de 44 años que acude a urgencias por cuadro de tetraparesia progresiva de horas de duración, iniciado tras episodio de cefalea, náuseas y vómitos.

En la exploración destaca hipofonía, tetraparesia 2/5, reflejos exaltados, reflejo cutáneo-plantar (RCP) indiferente bilateral. No presentaba nivel sensitivo troncular, hipopalestesia o alteración de esfínteres.

Ante TAC craneal normal, se realizó RMN cervical urgente en la que se describieron hallazgos compatibles con mielitis de columna cervical alta con extensión al bulbo inferior, probablemente secundario a fístula/malformación vascular.

Tras comentar el caso con neurorradiología intervencionista, se realiza estudio angiográfico con hallazgos de fístula arteriovenosa dural compleja petrotentorial derecha (FAVD) grado V de Cognard, procediéndose a la embolización de la misma, con cierre completo posterior. Experimenta gran mejoría clínica, persistiendo como secuelas al alta reflejos exaltados y RCP extensor derecho.

#### CONCLUSIONES

Las mielopatías de origen vascular se caracterizan por un curso hiperagudo (<12 horas) o crónico (>21 días).

En pacientes con FAV es característico el empeoramiento clínico tras el esfuerzo, punción lumbar y la administración de corticoides. La angiografía es el “gold standard”, y la embolización el tratamiento de elección. Se observa mejoría en un 40% de los casos, siendo la gravedad clínica antes del tratamiento el dato más importante de cara al pronóstico.



## **EC-37. UN CULPABLE OCULTO: DEBUT DE UN TUMOR GINECOLÓGICO MALIGNO COMO INFARTOS CEREBRALES MULTITERRITORIALES**

N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup> y C. Gómez Escalonilla<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Ante un ictus agudo que se presenta con fiebre (especialmente con isquemia en múltiples territorios), la endocarditis es un diagnóstico que no puede olvidarse. Aunque mucho menos frecuente que la bacteriana, la endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB) tiene también potencial embólico. Presentamos un caso de ETNB secundaria a neoplasia ginecológica que debutó con infartos cerebrales multiterritoriales.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 57 años, hipertensa, traída Urgencias por afasia global de aparición brusca, paresia facial derecha y temperatura de 37.6°C.

### **RESULTADOS**

Se realizan TC craneal basal y angioTC multifase, que muestran lesiones hipodensas en regiones occipital y temporoparietal derechas y parietal izquierda, sin oclusiones vasculares. Se inicia antibioterapia empírica ante sospecha de endocarditis bacteriana. Un ecocardiograma transesofágico detecta vegetaciones en válvula mitral. Una vez superada la fase aguda del ictus, la paciente es trasladada a Cardiología para finalizar el curso antibiótico. Un mes después, la paciente presenta nueva focalidad neurológica. En el nuevo TC craneal realizado, se objetiva una lesión isquémica subaguda en hemisferio cerebeloso izquierdo. Dada la negatividad de los hemocultivos y la recidiva isquémica, se plantea el diagnóstico de ETNB. En la búsqueda de neoplasias ocultas, se detecta una masa ovárica compatible con adenocarcinoma. En los días posteriores, la paciente desarrolla sepsis grave por sobreinfección del tumor y fallece.

### **CONCLUSIONES**

La endocarditis es una patología grave que puede debutar en forma de ictus agudo. El diagnóstico de la ETNB requiere una alta sospecha, puesto que se trata de una entidad infrecuente con mal pronóstico dada su frecuente asociación con neoplasias en estadios avanzados.

Sin conflicto de interés.



**EC-38. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO CON HEMORRAGIA HIPERAGUDA IPSILATERAL CONCOMITANTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

J. Alonso Maroto<sup>(1)</sup>, E. Casas<sup>(1)</sup>, J. Vega<sup>(2)</sup>, E. Capilla<sup>(2)</sup>, E. Paz<sup>(2)</sup>, P. Albert<sup>(3)</sup>,  
C. Alvargonzález<sup>(3)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y A. Gonzalez-Martinez<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología, <sup>(3)</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

**OBJETIVOS**

La trombectomía mecánica (TM) es el gold standard de manejo del ictus con oclusión de gran vaso (LVO). Sin embargo, a pesar de su efectividad y seguridad en ensayos clínicos, su papel en el ictus con hemorragia cerebral aguda concomitante es controvertido.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de una paciente con ictus con LVO y hemorragia hiperaguda ipsilateral que se sometió a TM. Revisamos la imagen multimodal inicial y de seguimiento y su evolución. Realizamos una revisión de casos similares y discutimos los beneficios y riesgos de la TM en esta situación.

**RESULTADOS**

Una mujer de 68 años con HTA bajo antiagregación plaquetaria, vista última vez bien 8 horas antes, fue llevada a nuestro centro. Presentaba bajo nivel de conciencia (GCS 10) con síndrome hemisférico izquierdo (NIHSS 28). En la imagen se encontró una hemorragia de 13,5cc en el núcleo lentiforme izquierdo, con síntomas que excedían estos hallazgos, así como una hipodensidad isquémica en caudado e ínsula, lo que llevó a realizar un angio-TC en el que se observó una oclusión de M1 proximal, en relación con transformación hemorrágica hiperaguda o hemorragia derivada de hipertensión compensatoria. El TC perfusión mostró un ASPECTS- perfusión de 8 con mismatch favorable. Por ello, se derivó para TM, con recanalización exitosa TIC1 3. Después de su paso por UCI, fue dada de alta con NIHSS 11, con mRS a 3 meses de 3.

**CONCLUSIONES**

Hasta donde sabemos, este es el primer caso reportado de TM en contexto de ictus con LVO con hemorragia ipsilateral hiperaguda.



## **EC-39. COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA**

J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, M. Lara González<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, A. López-Frías López-Jurado<sup>(2)</sup>, C. Pérez García<sup>(2)</sup>, S. Rosati<sup>(2)</sup>, M. Moreu<sup>(2)</sup>, P. Simal Hernández<sup>(3)</sup>, J. Egido Herrero<sup>(3)</sup> y C. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(3)</sup>

*<sup>(1)</sup>Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Neuro-radiología Intervencionista, <sup>(3)</sup>Unidad de Patología Cerebrovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Las complicaciones cardiológicas en pacientes ingresados por ictus isquémico provocan una relevante morbi- mortalidad. A pesar de ello, existen pocos estudios que determinen la frecuencia y su relación con el pronóstico funcional en los pacientes sometidos a trombectomía mecánica (TM). Presentamos nuestra experiencia en este tipo de pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de pacientes ingresados por un ictus isquémico con oclusión de gran vaso, sometidos a TM en nuestro centro en el periodo de enero 2017 a abril 2023. Se evaluaron los factores asociados al desarrollo de complicaciones cardiológicas, su tasa aparición durante el ingreso, su asociación con la mortalidad intrahospitalaria y la evolución clínica a los 90 días.

### **RESULTADOS**

862 pacientes fueron sometidos a TM en el periodo de estudio, presentando una complicación cardiológica 91 de ellos (10,56%). Las más destacables fueron: insuficiencia cardíaca grave (31), fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (26), insuficiencia cardíaca leve-moderada (21), daño miocárdico por estrés (7), infarto de miocardio (6), tromboembolismo pulmonar (3) y miocardiopatía tipo Tako-Tsubo (3). Su incidencia está relacionada con la edad, antecedentes de cardiopatía previa, gravedad clínica al ingreso y un mayor volumen lesional en el TC craneal control de 24h. Los pacientes con complicaciones cardiológicas presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (25,27% vs 10,23%) y a los 3 meses (39,08% vs 18,02%), así como peor tasa de independencia funcional a 90 días (54,34% vs 24,14%).

### **CONCLUSIONES**

La tasa de complicaciones cardiológicas en los pacientes sometidos a TM es significativa, conllevando una mayor mortalidad y peor pronóstico funcional.

No existen conflictos de intereses.



## EC-42. SÍNDROME DE ISQUEMIA OCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA: NO TODO ES AMAUROSIS FUGAX

C. A. López Reyes<sup>(1)</sup>, C. Serra Smith<sup>(1)</sup>, E. Díaz Fernández<sup>(1)</sup>, L. del Pino Tejado<sup>(1)</sup>,  
A. García Pastor<sup>(1)</sup>, A. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup>, Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>,  
M. Vales Montero<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alen<sup>(1)</sup>, F. Díaz Otero<sup>(1)</sup> y A. Gil Nuñez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### OBJETIVOS

El síndrome de isquemia ocular (SIO) engloba múltiples manifestaciones visuales secundarias a hipoperfusión ocular. Se asocia a estenosis u oclusión carotídea, con mecanismo etiopatogénico distinto a la amaurosis fugax (AF).

Describimos las características clínicas, neuro-oftalmológicas y pronósticas de una serie de casos de SIO.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos retrospectiva de pacientes con SIO y enfermedad carotídea “asintomática” (sin ictus/AF ipsilateral previos).

### RESULTADOS

Diez pacientes, mediana de edad 71 años, todos varones. Cinco pacientes (5/10) presentaban estenosis carotídea grave (>80%) y en el resto (5/10) oclusión carotídea ipsilateral. La presentación oftalmológica más frecuente fue pérdida progresiva de agudeza visual (AV) en (5/10), seguida de episodios autolimitados de fotopsias y visión borrosa en dos casos, visión tubular monocular (1/10), y claudicación retiniana (1/10). La exploración oftalmológica evidenció pérdida de AV ipsilateral (8/10), Rubeosis iridis (3/10), glaucoma neovascular (4/10) y otras alteraciones patológicas en el fondo de ojo (5/10), en 1 de los casos se objetivó inversión de flujo de la arteria oftálmica. El pronóstico visual fue malo, presentando en 6 pacientes una AV  $\leq 0.1$  con una mediana de seguimiento de 2 años. Se realizó tratamiento revascularizador en un solo paciente con estenosis carotídea asintomática de alto riesgo que tras la intervención desarrolló glaucoma neovascular sin mejoría visual.

### CONCLUSIONES

El SIO es una entidad poco conocida por los neurólogos que asocia un pronóstico visual desfavorable. Son necesarios estudios que aclaren si la revascularización precoz de la estenosis carotídea puede mejorar el pronóstico de estos pacientes.



### **EC-43. ¿ALTERACIÓN DE CONSCIENCIA INEXPLICABLE?, PIENSA EN SU TÁLAMO**

L. Barrios Álamo<sup>(1)</sup>, B. De La Puente Garrido<sup>(1)</sup>, F. Barez Sagasti<sup>(1)</sup> y C. Barrios Álamo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

Presentación de un caso que comienza con hipersomnolencia y alteración fluctuante del nivel de consciencia que, tras descartar etiologías frecuentes, se confirma lesión isquémica talámica bilateral aguda.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

La arteria de Percherón es una variante de la normalidad en la cual una única arteria tálamo-perforante irriga a ambos núcleos talámicos (además puede irrigar el mesencéfalo). La oclusión de esta arteria es una entidad infrecuente (0.6% de ACV). Los trastornos del nivel de consciencia, oculomotores y cognitivo-conductuales constituyen la tríada de presentación típica.

En este caso, varón de 68 años que acude a urgencias por hipersomnolencia con alteración del nivel de consciencia fluctuante. Tras valoración inicial, se realiza TC craneal y angio TC que descarta etiología vascular de gran vaso, y despistaje de causa infecciosa (LCR), metabólica y carencial (tiamina parenteral sin mejoría), se sospecha lesión isquémica aguda en localización estratégica en diencefalo-troncoencéfalo, afectando a estructuras implicadas en el mantenimiento de la vigilia. En la exploración, objetivamos oftalmoplejía internuclear bilateral y ptosis palpebral predominantemente derecho, lo que apuntala la sospecha inicial, que podría corresponder con una oclusión de la arteria del Percherón, dada la bilateralidad y la intensa somnolencia. La RM cerebral confirma lesión isquémica aguda tálamo-centro mesencefálica bilateral.

#### **RESULTADOS**

Ante un paciente cuyo síntoma principal es una alteración del nivel de consciencia de inicio súbito y se descartan las causas más frecuentes, se debe pensar en un ictus isquémico de localización estratégica. En este caso, en tálamo y mesencéfalo bilateral, que podría corresponder con una oclusión de arteria de Percherón, que, con diversas variantes anatómicas, irriga simultáneamente ambos tálamos.

#### **CONCLUSIONES**

Ante un paciente con alteración del nivel de consciencia aguda no explicada por las causas más frecuentes, debemos reexplorar y pensar en etiología vascular correspondiente a las zonas profundas cerebrales que mantienen la vigilia.

No hay conflicto de interés.



## Enfermedades desmielinizantes (ED)

### ED-02. BIOMARCADORES BASALES PREDICTORES DEL EMPEORAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON UN SÍNDROME CLÍNICO AISLADO

E. Monreal<sup>(1)</sup>, J. I. Fernández Velasco<sup>(2)</sup>, S. Sainz de la Maza<sup>(1)</sup>, N. Villarrubia<sup>(2)</sup>, M. Espiño<sup>(2)</sup>, F. Rodríguez Jorge<sup>(1)</sup>, J. L. Chico García<sup>(1)</sup>, R. Sainz Amo<sup>(1)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup>, L. Costa-Frossard<sup>(1)</sup> y L. M. Villar<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

#### OBJETIVOS

Analizar el impacto de los distintos factores clínicos, radiológicos y de biomarcadores basales en el empeoramiento de la discapacidad asociada o independiente de brote (RAW o PIRA respectivamente, por sus siglas en inglés) y en el riesgo de EDSS 3 en pacientes con un síndrome clínico aislado (SCA).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo incluyendo pacientes con un SCA con estudio de líquido cefalorraquídeo y suero obtenidos entre 1–12 meses desde el primer brote. El estudio de las bandas oligoclonales de IgM lipido-específicas (BOCMLE) fue con isoelectroenfoque e inmunoblotting y el análisis de los neurofilamentos de cadena ligera en suero (NFLCs) fue con SIMOA, con un punto de corte de 10 pg/ml. Se utilizaron modelos de regresiones de Cox multivariante.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 274 pacientes: 188 (68,6%) mujeres, con una mediana (rango intercuartílico) de edad inicial de 34,9 (27,7–43,2) años. Las BOCMLE se asociaron a un mayor riesgo de RAW (HR 4,93, IC 95% 1,97–12,3; P=0,001), mientras que una mayor proporción de tiempo con tratamientos modificadores de la enfermedad (TME), especialmente de alta eficacia (TME-AE), redujo el riesgo. El riesgo de PIRA fue mayor en pacientes con mayor edad al primer brote (HR 1,04, IC 95% 1,00–1,07; P=0,04) y con NFLCs >10pg/ml (HR 2,93, IC 95% 1,37–6,26; P=0,006). Los TME no redujeron el riesgo de PIRA. Múltiples variables se asociaron a un mayor riesgo de EDSS 3: un primer brote medular o multifocal, un EDSS basal mayor, las BOCMLE y los NFLCs >10pg/ml. Los TME y los TME-AE redujeron el riesgo de EDSS 3.

#### CONCLUSIONES

Biomarcadores como las BOCMLE o los NFLCs basales pueden identificar pacientes en riesgo de una EM agresiva, candidatos a TME-AE de inicio precoz.

Los autores no tienen conflictos de interés relevantes para el trabajo actual.



### **ED-03. SWITCHING PARADIGM: RELEVANCIA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA DESMIELINIZANTE**

B. Salvador Sáenz<sup>(1)</sup>, M. García García<sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández<sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza<sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle<sup>(1)</sup>, B. Pilo de la Fuente<sup>(1)</sup>, M. T. Montalvo Morales<sup>(3)</sup>, G. Martín Ávila<sup>(1)</sup>, M. T. Corbalan Sevilla<sup>(2)</sup>, Y. Aladro Benito<sup>(1)</sup> y A. Méndez Burgos<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).  
<sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

Presentar un caso clínico que refleja la relevancia clínica de la secuencia de SWI (susceptibilidad magnética) en el diagnóstico diferencial de la esclerosis múltiple (EM).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 62 años diagnosticada de enfermedad autoinmune (EAI) indefinida (artromialgias, panuveitis recurrente con vasculitis y afectación renal). Ha recibido tratamiento con varios inmunosupresores entre ellos infliximab, y desde agosto 2020 adalimumab (anti-TNFa). En abril del 2021 desarrolla síndrome medular subagudo con déficit sensitivo en MMII sin nivel, piramidalismo y dolor neuropático. En la RM cráneo-cervical se observan múltiples lesiones sugestivas de placas desmielinizantes (supratentoriales, infratentoriales y cervicales) y en el LCR bandas oligoclonales IgG.

#### **RESULTADOS**

Recibió tratamiento con corticoides y carbamacepina con resolución completa del cuadro. En los 2 años de seguimiento no ha presentado otros brotes. Se realiza nueva RM con secuencias de SWI que no identifica lesiones con la característica disposición perivenular ni lesiones con halo hipointenso.

#### **CONCLUSIONES**

Los signos de la vena central (SVC) y del anillo hipointenso en secuencias de SWI tienen un papel importante en el diagnóstico diferencial con otras EAI, un umbral del 40% de lesiones con SVC indicaría EM con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 89%. Su papel en el diagnóstico diferencial de las lesiones secundarias a neurotoxicidad por anticuerpos anti-TNFa no es conocido. Como ilustra este caso, su ausencia podría distinguir entre solo efecto neurotóxico y el desenmascaramiento de una EM “silente”. Son necesarios más estudios que analicen el valor diagnóstico de estos signos en estos pacientes, lo que permitiría dirigir la actitud terapéutica.



**ED-05. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DE TIXAGEVIMAB Y CILGAVIMAB (EVUSHELD) COMO PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20**

A. Somovilla<sup>(1)</sup>, L. Reguero<sup>(2)</sup>, C. Aguirre<sup>(1)</sup>, C. Díaz-Pérez<sup>(1)</sup>, C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, C. Sanabria<sup>(1)</sup>, J. Vivancos<sup>(1)</sup> y V. Meca<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Medicina Preventiva. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**OBJETIVOS**

Estudios publicados durante las primeras fases de la pandemia SARS-CoV-2 sugieren que pacientes con esclerosis múltiple (pcEM) tratados con anticuerpos monoclonales anti-CD20 (Ac.anti-CD20) presentarían una menor seroconversión post-vacunal y un mayor riesgo de infección grave, en particular aquellos con mayor grado de discapacidad.

Por ello, se diseñó un protocolo con Tixagevimab-Cilgavimab(Evusheld), dos anticuerpos (Ac) humanizados neutralizantes del SARS-CoV-2. Se incluyeron exclusivamente pcEM tratados con Ac.anti-CD20 mayores de 60 años o con título de Ac inferior a 250BAU/ml. El objetivo es describir nuestra experiencia con Evusheld en este subgrupo pcEM.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pcEM que recibieron Evusheld entre noviembre de 2022 y marzo de 2023.

**RESULTADOS**

52 pacientes (edad media 46,86 años[DE 9,01]; 61,5% mujeres) diagnosticados de EM remitente recurrente (60%), EM primariamente progresiva (17%) y EM secundariamente progresiva (4%) con una EDSS media de 4,2(DE 0,29), tratados con Ac.anti-CD20 (90,4% Ocrelizumab; 9,6% Rituximab), recibieron Evusheld.

A pesar de haber recibido pauta vacunal completa frente a SARS-CoV-2 (86,6%≥3 dosis), todos revelaron una respuesta atenuada de Ac en las pruebas basales (título medio 27,21BAU/ml[DE 7,08]), probablemente influido por la depleción farmacológica de linfocitos-B(LB) (LB-CD19 representaron el 0,37%[DE 0,16] del recuento linfocitario). Tras la inyección de Evusheld, se obtuvieron niveles superiores de Ac y únicamente cuatro pacientes (2,08%) desarrollaron infección por SARS-CoV-2, de carácter leve (75%) o moderado (25%), sin precisar ingreso. No se registraron brotes ni progresión de enfermedad. Los efectos secundarios fueron infrecuentes (2,08%) y leves (reacción local a la inyección, síntomas gripales).

**CONCLUSIONES**

Nuestra experiencia clínica propone el tratamiento con Evusheld como una profilaxis eficaz y segura contra la infección por SARS-CoV-2 en pacientes tratados con Ac.anti-CD20.

No existieron conflictos de intereses.



## **ED-06. ESTUDIO PARA LA DETERMINACIÓN DEL CUT-OFF DEL ÍNDICE KAPPA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

V. Peña Blanco<sup>(1)</sup>, O. Calabia González<sup>(1)</sup>, A. García Cabello<sup>(1)</sup>, S. M. Pastor Yvorra<sup>(3)</sup>, I. Moreno Torres<sup>(2)</sup>, A. Orviz García<sup>(2)</sup> y R. Téllez Pérez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Inmunología, <sup>(2)</sup>Neurología. Fundación Jiménez Díaz-Ute. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario General Villalba. Villalba (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Establecer el cut-off del índice-K en una cohorte de pacientes, comparando los resultados con la técnica goldestándar (BOC) en el diagnóstico diferencial de EM.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo sobre muestras de suero y LCR para estudio de BOC desde marzo-diciembre/2022. Se realizó: BOC (Inmuno-isoelectroenfoque, HydrasysFocusing, Sebia), cuantificación de albúmina (COBAS8000®, Roche/Hitachi) y KFLC (Turbidimetría, Optilite, Bindingsite). Se utilizó la fórmula Índice-K = (KFLC-LCR x sAlb)/(sKFLC x Alb-LCR).

Para curvas ROC se consideraron casos aquellos con diagnóstico de EM/CIS y controles aquellos con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, inflamatorias e infecciosas. En el análisis BOC los casos eran pacientes con BOC positivas:  $\geq 2$  bandas aisladas en LCR y “patrón mayor que”

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 143 pacientes. En el análisis del índice-K según diagnóstico EM/CIS: 64 casos [75% mujeres, media 39 años (15-66)] y 79 controles [47% mujeres, media 45 años (13-83)]. En el de BOC: 66 casos [70% mujeres, media 39 (15-75)] y 77 controles [51% mujeres, media 44 (13-83)]. Mediana Índice-K EM/CIS significativamente más elevada respecto controles (63,71 vs 3.94,  $p < 0.0001$ ). El 46,15% presentaban BOC positivas y niveles superiores índice-K (63,71 vs 3.93,  $p < 0.0001$ ).

La curva ROC mostró buen rendimiento índice-K para diagnóstico EM/CIS (AUC=0,9430) y discriminación de pacientes BOC positivos vs negativos (AUC=0,9583). El cut-off óptimo para EM/CIS=9,86, sensibilidad 89,06% (IC95% 79,10-94,60) y especificidad 89,87% (IC95% 84,40-96,47). Para BOC es 9,57, sensibilidad 93,94% (IC95% 85,43-97,62) y especificidad 94,81% (IC95% 87,39-97,96).

### **CONCLUSIONES**

El cut-off de nuestra cohorte concuerda con lo publicado (rango 3.045-10.62). La sensibilidad y especificidad del índice-K aporta valor añadido para el diagnóstico de EM y puede apoyar el diagnóstico en casos con elevada sospecha que no presentan BOC.



**ED-07. EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO SOBRE RESULTADOS DE SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADOS CON OCRELIZUMAB**

L. del Pino Tejado<sup>(1)</sup>, R. Leal Hidalgo<sup>(1)</sup>, J. M. García Domínguez<sup>(1)</sup>, R. Olaizola Díaz<sup>(1)</sup>, J. P. Cuello<sup>(1)</sup>, Y. Higuera Hernández<sup>(2)</sup>, A. Meldaña Rivera<sup>(2)</sup>, H. Goicochea Briceño<sup>(1)</sup> y M. L. Martínez Ginés<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**OBJETIVOS**

Ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal contra células B CD20+ indicado para esclerosis múltiple (EM) remitente recurrente (RR), formas primaria y secundaria progresivas (PP y SP). Describimos perfil de seguridad en relación con alteraciones inmunológicas en práctica clínica habitual.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo unicéntrico, descriptivo, en unidad especializada de enfermedades desmielinizantes. Incluimos características demográficas, clínicas, niveles séricos basales y previos a cada infusión de linfocitos e inmunoglobulinas (en pacientes con al menos 12 meses de seguimiento), infecciones y eventos adversos ocurridos durante todo el periodo. Valores de referencia en nuestro laboratorio: IgG 670,0-1640,0mg/dL; IgM 55,0-338,0mg/dL; IgA 78,0-430,0mg/dL.

**RESULTADOS**

Desde noviembre de 2017 inician Ocrelizumab 89 pacientes, 51 mujeres (57%), edad media 43 años (DS 9). 66% con diagnóstico de EMRR, 21% EMPP, 13% EMSP. Se incluyen 25 pacientes naive (28%), resto tratados de media con 1,46 terapias previas (DS 0,7). El seguimiento medio fue 26 meses (DS 14).

Globalmente, los niveles séricos medios de linfocitos e inmunoglobulinas se mantuvieron normales: linfocitos 1,66x10<sup>3</sup>/mL (DS 0,63); IgG 1037,2mg/dL (DS 211,9); IgM 99,5 mg/dL (DS 63,4); IgA 228,0mg/dL (DS 98,8).

Desarrollaron hipogammaglobulinemia 17 pacientes (19%) (13 IgM, 2 IgM-IgG y 1 IgG). Presentaron linfopenia mantenida en 2 o más determinaciones 25 pacientes (28%). Seguimiento medio 31 meses (DS 11).

Tuvieron infecciones 27 pacientes (30%), 4 (4,5%) consideradas moderadas-severas (incluyendo 2 COVID); de estos cuatro, 2 tuvieron linfopenia y 1 hipogammaglobulinemia IgM. Interrumpieron el tratamiento 3 pacientes, logrando una persistencia del 97%.



## **CONCLUSIONES**

Ocrelizumab es un fármaco con buen perfil de seguridad en pacientes con EM. Las hipogammaglobulinemias observadas fueron fundamentalmente IgM, persistentes y desarrolladas desde el inicio. No se interrumpió en ningún caso el tratamiento por infecciones moderadas-graves.

Este trabajo no ha sido financiado parcial o totalmente y los autores no presentan conflicto de intereses.



## ED-08. EXPERIENCIA EN EL USO DE OCRELIZUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

N. de la Cruz Fernández<sup>(1)</sup>, M. Barcenilla López<sup>(1)</sup>, B. M. Arribas Ballesteros<sup>(1)</sup>, D. González Antón<sup>(1)</sup>, C. Ruiz López<sup>(1)</sup>, J. M. Contreras Peña<sup>(1)</sup> y L. Borrega Canelo<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

### OBJETIVOS

El objetivo principal fue realizar un estudio descriptivo para conocer las características de los pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento con ocrelizumab en nuestro hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS

En el estudio se incluyeron aquellos pacientes de nuestro centro con diagnóstico de esclerosis múltiple, que hubieran recibido tratamiento con ocrelizumab. Se recogieron los principales datos sobre estos pacientes, tanto variables demográficas como variables relacionadas con la propia enfermedad. Finalmente se realizó el análisis descriptivo de los datos recogidos

### RESULTADOS

En total, 46 pacientes conformaron el estudio. La edad media fue de 49,29 años. El 62,22% eran mujeres, y el 37,78%, varones. El 32,61% de los pacientes presentaban esclerosis múltiple primaria progresiva, el 65,22%, recurrente-remitente, y el 2,17%, secundaria progresiva. De los pacientes con esclerosis múltiple recurrente-remitente, el 23,33% presentaron algún brote clínico tras iniciar ocrelizumab. En los pacientes con esclerosis múltiple primaria progresiva, la EDSS promedio justo antes de comenzar con el tratamiento era de 3,37, y la EDSS promedio actual es de 4,2.

El promedio de tiempo en tratamiento con ocrelizumab es de 2,3 años. 1 paciente ha suspendido temporalmente el tratamiento, por detección de enfermedad neoplásica tras el inicio de ocrelizumab; el resto de pacientes mantiene el tratamiento actualmente. El 17,78% de estos pacientes tuvo algún evento adverso, siendo en todos los casos eventos leves; la complicación más frecuente fue la reacción infusional tras la administración del fármaco

### CONCLUSIONES

En nuestro centro, el ocrelizumab fue un fármaco utilizado predominantemente en pacientes con esclerosis múltiple recurrente-remitente, de los cuales el 23,33% presentaron brotes clínicos tras el inicio del tratamiento. Fue un fármaco bien tolerado, produciendo escasos efectos adversos; el 97,8% de pacientes mantiene el tratamiento actualmente.

Pacientes que han recibido tratamiento con ocrelizumab según tipo de esclerosis múltiple



Tipo Esclerosis Múltiple	Nº Pacientes por tipo esclerosis múltiple	Promedio Edad	Promedio EDSS pre-Ocrelizumab	Promedio EDSS actual	Pacientes con brotes clínicos tras Ocrelizumab	Nº pacientes con efectos adversos	Nº pacientes que mantienen ocrelizumab
1ª progresiva	15	54,20	3,37	4,20	-	2	14
Recurrente-remitente	30	46,75	3,12	3,40	7	6	30
2ª progresiva	1	52,14	8,00	8,50	1	0	1
Total	46	49,29	3,30	3,78	8	8	45



**ED-09. PAPEL DE LA HORMONA ANTIMÜLLERIANA Y LOS NEUROFILAMENTOS DE CADENA LIGERA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO CASO-CONTROL**

J. P. Cuello <sup>(1)</sup>, E. Monreal Laguillo <sup>(2)</sup>, J. M. García Domínguez <sup>(1)</sup>, A. Meldaña Rivera <sup>(1)</sup>, A. Gómez Lozano <sup>(3)</sup>, A. M. García Cano <sup>(3)</sup>, J. I. Fernández-Velasco <sup>(4)</sup>, L. Costa-Frossard <sup>(2)</sup>, H. Goicochea <sup>(1)</sup>, Y. Higuera <sup>(1)</sup>, J. de León-Luis <sup>(5)</sup>, V. Ortega-Abad <sup>(5)</sup>, S. Sainz de la Maza <sup>(2)</sup>, N. Villarrubia <sup>(3)</sup>, I. Arribas Gómez <sup>(4)</sup>, I. Ruiz Perez <sup>(1)</sup>, M. L. Martínez Ginés <sup>(1)</sup> y L. M. Villar <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(5)</sup>Ginecología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología, <sup>(3)</sup>Bioquímica, <sup>(4)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**OBJETIVOS**

Introducción:

La hormona antimülleriana (AMH) se utiliza como marcador de reserva ovárica. En mujeres con esclerosis múltiple (EM), el deseo de embarazo futuro puede influir en la elección del tratamiento modificador de la enfermedad.

Objetivos:

Explorar la utilidad de la hormona antimülleriana (AMH) y los neurofilamentos de cadena ligera (snfL) en pacientes EM, para facilitar una planificación familiar personalizada.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio caso-control. Se incluyeron 95 pacientes EM naïve y 61 controles sanas (HCW). Los snfL y AMH se midieron mediante ensayos automatizados.

**RESULTADOS**

La edad correlacionó negativamente con los niveles de AMH entre las pacientes EM y los controles, sin encontrar diferencias significativas en ningún rango de edad. No obstante, hubo una ligera tendencia hacia una reserva ovárica disminuida en pacientes EM ( $\rho$  EM-0,67,  $p$ :<0,0001;  $\rho$  HCW-0,43,  $p$ :0,0006). En este sentido, 27 (29%) pacientes EM tenían [AMH]<0,7 ng/ml, lo que indica una reserva ovárica baja. Cuatro (14,8%) de ellas estaban en el grupo de 36-40 años y seis (22,2%) tenían menos de 35 años. Otras seis pacientes (6,3 %) EM menores de 40 años mostraron AMH entre 0,7-0,9 ng/ml, lo que indica un riesgo de insuficiencia ovárica prematura. Por otro lado, al evaluar los snfL en el grupo EM, no hubo variación significativa en sus concentraciones entre los intervalos de edad estudiados.

**CONCLUSIONES**

Los niveles de AMH y snfL al inicio de la EM pueden predecir la reserva ovárica y el curso de la enfermedad que las pacientes EM podrían tener, respectivamente. Su medición puede ayudar a personalizar la planificación familiar y el enfoque terapéutico en pacientes en edad fértil.



Trabajo no financiado.

Autores declaran que no hay conflictos de interés.



## ED-10. PERFIL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE QUE INICIAN FUMARATO DE DIROXIMEL EN NUESTRO MEDIO

C. Aguirre<sup>(1)</sup>, F. Rodríguez<sup>(2)</sup>, J.L. Chico-García<sup>(2)</sup>, P. Montero<sup>(3)</sup>,  
J. M. García-Domínguez<sup>(4)</sup>, L. Costa-Frossard<sup>(2)</sup>, O. Sánchez<sup>(5)</sup>, A. J. Castellano<sup>(6)</sup>,  
V. Galán<sup>(7)</sup>, C. Díaz-Pérez<sup>(1)</sup> y V. Meca-Lallana<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de EM. Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>(2)</sup>Unidad de EM. Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(3)</sup>Unidad de EM. Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(4)</sup>Unidad de EM. Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(5)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ntra. Sra. Del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). <sup>(6)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real). <sup>(7)</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

### OBJETIVOS

Diroximel-fumarato (DRF) es una nueva terapia para Esclerosis Múltiple (EM) que ha demostrado presentar eficacia y seguridad similares a las de dimetil-fumarato (DMF), reduciendo sus efectos adversos(EAs) gastrointestinales. DRF parece una alternativa prometedora a DMF y otras terapias de primera línea.

Presentamos el perfil de pacientes que inicia DRF en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico realizado en 7 hospitales de Madrid y Castilla-La-Mancha. Recogimos datos de pacientes que inician DRF en práctica clínica, describiendo características demográficas, clínicas, radiológicas y motivo de inicio de DRF.

### RESULTADOS

N=40, 29(72.5%) mujeres, edad media 39.4 años(DE: 10.38). Mediana duración enfermedad: 5 años(0-31). Mediana EDSS: 1.5(0-6.5). Mediana fármacos modificadores de la enfermedad (FME) previos: 1(0-4). 10 pacientes(25%) eran naïve, 7(17.5%) recibían inyectables, 2(5%) teriflunomida y 20(50%) DMF. 13 pacientes(32.5%) habían tenido al menos un brote el año previo. Media de brotes año previo a DRF: 0.36 (DE: 0.57). 17 pacientes(43.6%) tenían < 10 lesiones enT2 en RM basal y 21(53.8%) entre 10 y 50. 12 pacientes(30.8%) tenían lesiones captantes; 19(47.5%) lesiones medulares. El motivo de inicio de DRF fue cambio de DMF por EAs en 20 pacientes(50%), la mayoría(16/20: 84.2%) gastrointestinales; el flushing fue el EA principal en 4/20 pacientes(15.8%). Otros motivos para iniciar DRF: fracaso a FME previo en 3(7.5%), planificación gestacional en 2(5%), EAs relacionado con FME previo(diferente a DMF) en 5(12.5%) y 10 pacientes(25%) eran naïve.



## **CONCLUSIONES**

En nuestra serie, se considera DRF en pacientes con EM con actividad moderada, siendo la intolerancia a DMF el principal motivo de inicio, seguido de pacientes naïve. Pretendemos ampliar el estudio con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

El trabajo no ha sido financiado total ni parcialmente.

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses en relación a este trabajo.



**ED-11. DIFERENCIAS DE PRESENTACIÓN ENTRE LA ENCEFALOMIELITIS AGUDA  
DISEMINADA (ADEM) EN EDAD ADULTA Y PEDIÁTRICA: SERIE DE 14 PACIENTES**

J. Alcalá Torres<sup>(1)</sup>, M. González Arbizu<sup>(1)</sup>, C. Santos Martín<sup>(1)</sup>,  
C. Amarante Cuadrado<sup>(1)</sup>, A. Hernández Laín<sup>(2)</sup>, A. Martínez de Aragón<sup>(3)</sup>,  
J. González de la Aleja Tejera<sup>(1)</sup>, N. Núñez Enamorado<sup>(1)</sup>, A. Camacho Salas<sup>(1)</sup> y  
A. Gómez López<sup>(4)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Anatomía Patológica, <sup>(3)</sup>Radiodiagnóstico. Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid. <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos.  
Móstoles (Madrid).*

**OBJETIVOS**

Describir las diferencias epidemiológicas, presentación clínica y hallazgos en pruebas complementarias de la encefalomiélitis aguda diseminada (ADEM) entre la población adulta y pediátrica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo (2013-2023) sobre un registro de pacientes con diagnóstico de ADEM probable o confirmado en un hospital terciario.

**RESULTADOS**

Fueron incluidos 14 pacientes, 10 pediátricos (71,4%, 6 varones, media 5,7 años) y 4 adultos (28,6%, 2 mujeres, media 32,7 años). El antecedente infeccioso/vacunal ocurrió en el 100% del grupo pediátrico frente 50% de adultos, siendo el citomegalovirus el más frecuente. La alteración de consciencia (80% vs 50% adulto), clínica troncoencefálica (50-25%) y crisis epilépticas (50-25%) fueron más frecuentes en la población pediátrica, mientras que en adultos destacó la clínica deficitaria cortical (afasia, déficit motor). Sólo una paciente pediátrica presentó anticuerpos anti-MOG positivos. La actividad epileptiforme, ritmo de base y asimetrías electroencefalográficas fue similar en ambos grupos. Los hallazgos radiológicos predominantes fueron lesiones hiperintensas supratentoriales (predominio yuxtacortical) y afectación de ganglios basales y tálamo. La captación de contraste fue más frecuente en adultos. Se detectaron 2 variantes hemorrágicas (una con biopsia confirmatoria) y 2 mielitis longitudinalmente extensas. El 100% de pacientes recibió corticoterapia intravenosa, en combinación o no con inmunoglobulinas intravenosas (60%-50%) o plasmaféresis (0%-25%). El uso de antiepilépticos fue más frecuente en niños (60% vs 25%). La estancia media hospitalaria fue mayor en adultos (45,5 días vs 12,3 días en niños), sin registrarse éxitos. Funcionalmente, los pacientes pediátricos mostraron una tendencia a la mejoría según una estimación de escala EDSS.



## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a la literatura, el antecedente infeccioso/vacunal fue más frecuente en pacientes pediátricos, así como las crisis epilépticas y alteración de consciencia. Ambos grupos recibieron tratamientos similares, sin embargo, la hospitalización y la recuperación funcional fue peor en adultos.



**ED-12. LAS FORMAS ATÍPICAS DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONSTITUYEN UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, B. Salvador Saenz <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(4)</sup>, C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup>, B. Pilo de la Fuente <sup>(1)</sup>, Y. Aladro Benito <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Universitario de Getafe . Getafe (Madrid)

**OBJETIVOS**

Presentar el caso de una paciente con enfermedad desmielinizante pseudotumoral recurrente y ausencia de criterios diagnósticos que permitan su clasificación.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés, que ha presentado 3 episodios de afectación neurológica, marzo del 2019 (vértigo y hemicerebelo derecho), junio del 2019 (crisis tónico-clónica generalizada) y octubre del 2020 (hemianopsia homónima izquierda). En los tres episodios la RM mostraba solo las lesiones sintomáticas, las cuales siempre se comportaron radiológicamente como lesiones pseudotumorales, expansivas con restricción en difusión, realce con gadolinio. En el 3º brote la lesión se extendía al esplenio del cuerpo calloso, mostró crecimiento pese al tratamiento pero sin aumento de la actividad metabólica en el PET.

**RESULTADOS**

La bioquímica, hemograma, coagulación, marcadores tumorales, perfil autoinmune (incluido varias determinaciones de anticuerpos anti-AQP4 y anti-MOG) y serologías fueron normales y/o negativas. El PET-TC y el estudio ginecológico fueron negativos para neoplasia oculta. El LCR mostraba solo una banda oligoclonal IgG. El material de biopsia de dos lesiones, analizado por 2 neuropatólogos de centros distintos, excluye malignidad y vasculitis y proporciona el diagnóstico de enfermedad desmielinizante indefinida que no permitía diferenciar entre enfermedades asociadas a anti-AQP4, anti-MOG o esclerosis múltiple. Ante la agresividad de las lesiones se indica tratamiento con rituximab con buena evolución.

**CONCLUSIONES**

Las enfermedades desmielinizantes del SNC con presentación atípica y ausencia de marcadores diagnósticos radiológicos, serológicos o licuorales, hace del diagnóstico y del tratamiento un desafío e impredecible la respuesta terapéutica.



### ED-13. CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ¿CÓMO INTERACCIONA CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ESPTEIN-BARR Y DEL HERPESVIRUS HUMANO 6A/B?

R. Álvarez-Lafuente<sup>(1)</sup>, M. I. Domínguez-Mozo<sup>(1)</sup>, C. Rodríguez-García<sup>(2)</sup>, Y. Aladro<sup>(3)</sup>, B. Pilo<sup>(3)</sup>, I. Casanova- Peño<sup>(4)</sup>, M. L. Martínez-Ginés<sup>(5)</sup>, J. M. García-Domínguez<sup>(5)</sup>, I. González-Suárez<sup>(6)</sup>, I. Ortega-Madueño<sup>(2)</sup>, V. Portolés<sup>(1)</sup>, M. Á. García-Martínez<sup>(1)</sup> y R. Arroyo<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Grupo de Investigación de Factores Ambientales en Enfermedad, <sup>(2)</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Instituto de Medicina del Lab. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>(3)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

<sup>(4)</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz (Madrid).

<sup>(5)</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>(6)</sup> Unidad de enfermedades desmielinizantes. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo (Pontevedra). <sup>(7)</sup>Departamento de Neurología. Hospital Quirón Madrid. Pozuelo de Alarcón (Madrid).

#### OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de los anticuerpos IgG e IgM frente a Citomegalovirus (CMV) en pacientes de esclerosis múltiple (EM) y controles sanos (CS) para conocer cómo afectan a: 1) la prevalencia y títulos de anticuerpos de otros herpesvirus humanos relacionados con la EM (virus del Epstein-Barr [EBV] y herpesvirus humano 6A/B [HHV-6A/B]); 2) la evolución de la enfermedad.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se recogieron muestras de suero de 694 pacientes de EM (65.1% mujeres; edad media: 40 años) y 343 CS (66.0% mujeres; edad media: 39 años). Se analizaron los anticuerpos IgG e IgM frente a CMV y HHV-6A/B e IgG frente a EBNA-1 y VCA de EBV mediante kits de ELISA comerciales, siguiendo las instrucciones del fabricante, en un equipo automático DS2. Se recogieron datos clínicos y demográficos al reclutamiento. De 213 pacientes de EM teníamos datos clínicos después de dos años de seguimiento y de 70 pacientes de EM, después de 5 años.

#### RESULTADOS

Cuando comparamos pacientes de EM y CS: prevalencia de EBNA-1 más elevada en pacientes (96.1% vs. 90.6%;  $p=0.0007$ ) y la de CMV en CS (72.1% vs. 60.6%;  $p=0.0003$ ). Cuando estratificamos los pacientes por la serología de CMV: prevalencia de HHV-6A/B más alta en pacientes CMV- (92.9% vs. 84.8%;  $p=0.002$ ), más pacientes infectados por EBV y HHV-6A/B al mismo tiempo en CMV- (92.3% vs. 79.6%;  $p<0.00001$ ), los pacientes CMV- iniciaron antes la enfermedad (mediana, 29.0 vs. 32.0 años;  $p=0.0001$ ). Más pacientes CMV+ progresaron tras 5 años de seguimiento: 25/58 (43.1%) vs. 15/56 (26,8%) pacientes CMV- ( $p=0.07$ ).

# LIBRO DE COMUNICACIONES XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



## CONCLUSIONES

La infección por CMV se asoció con una menor prevalencia de infecciones por otros herpesvirus y con una edad de comienzo de la enfermedad más tardía. Se requieren más investigaciones para clarificar el potencial papel del virus en el posible desarrollo y progresión de la EM.



## **ED-14. FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ESTUDIO FRAMES**

R. Álvarez-Lafuente<sup>(1)</sup>, M. I. Domínguez-Mozo<sup>(1)</sup>, V. Portolés<sup>(1)</sup>, F. García Del Carrizo<sup>(2)</sup>, M.Á. García-Martínez<sup>(1)</sup> y R. Arroyo<sup>(3)</sup>

*<sup>(1)</sup>Grupo de Investigación de Factores Ambientales en Enfermedad. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurology Service. Salford Royal NHS Foundation Trust. Salford, United Kingdom. <sup>(3)</sup>Departamento de Neurología. Hospital Quirón Madrid. Pozuelo de Alarcón (Madrid).*

### **OBJETIVOS**

Identificar factores ambientales de riesgo en la esclerosis múltiple (EM).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó una encuesta a 204 pacientes de EM y 253 controles sanos (CS). El cuestionario incluía: datos demográficos (género, mes de nacimiento, lugar de nacimiento,...), datos relacionados con su propia gestación (medicación de la madre durante el embarazo, edad de los padres,...), hábitos dietéticos durante la infancia y adolescencia (lactancia materna, cereales, ingesta de carne y pescado,...), infecciones en la infancia y adolescencia (sarampión, varicela, rubeola, mononucleosis infecciosa,...), escolarización y actividad laboral suya y de sus padres, estrógenos en las mujeres (anticonceptivos,...), exposición solar durante la infancia y adolescencia, hábito tabáquico de ellos y de sus padres, y otras enfermedades autoinmunes diagnosticadas a otros miembros de su familia.

### **RESULTADOS**

Prevalencia de EM mayor entre los que no recibieron lactancia materna (58% vs. 42.7%  $p=0.019$ ); los CS recibieron lactancia materna más tiempo ( $8.3 \pm 5.5$  vs.  $5.9 \pm 4.9$  meses,  $p=0.0004$ ). Prevalencia de EM mayor entre aquellos que tuvieron rubeola (64% vs. 41.8%,  $p=0.0003$ ), y mononucleosis infecciosa (64.5% vs. 43.7%,  $p=0.025$ ). La prevalencia de EM aumentaba con el grado de educación de los padres: padre (sin estudios: 28.4%, graduado escolar: 42.1%, bachillerato/FP: 50%; universitarios: 59.5%;  $p=0.00002$ ); madre (sin estudios: 30.3%, graduado escolar: 43.6%, bachillerato/FP: 60.8%; universitarios: 52%;  $p=0.0002$ ). Prevalencia de EM más baja al realizar actividades al aire libre con  $\leq 20$  años: laborales (19% vs. 48.1%,  $p=0.00003$ ), de ocio (40.5% vs. 1.3%,  $p=0.017$ ). Prevalencia de EM más baja entre aquellos que no fumaron con  $\leq 18$  años (39.5.3% vs. 49.7%,  $p=0.03$ ).

### **CONCLUSIONES**

Se han descrito varios factores ambientales asociados con el riesgo de padecer EM, y que podrían estar relacionados con: la microbiota intestinal, la teoría de la higiene y las infecciones virales, los niveles de vitamina D y el hábito tabáquico.



### **ED-15. EXPERIENCIA EN ENFERMEDAD ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MOG EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

I. Alcobendas Liern<sup>(1)</sup>, B. Lucio Ceballos<sup>(1)</sup>, Á. Salinas Fernández<sup>(1)</sup>, J. Botía Barberá<sup>(1)</sup>, M. L. Martínez Ginés<sup>(1)</sup>, J. P. Cuello<sup>(1)</sup>, H. Goicochea<sup>(1)</sup> y J. M. García Domínguez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

La enfermedad asociada a anticuerpos anti-glicoproteína de la mielina del oligodendrocito (MOGAD) es una enfermedad desmielinizante del SNC recientemente descrita, cuyas características fenotípicas están empezando a ser definidas. Nuestro objetivo fue revisar los casos de MOGAD en nuestro centro y comparar con la literatura existente.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se identificaron los pacientes con MOGAD diagnosticados en nuestro centro mediante revisión retrospectiva de historias clínicas entre los años 2010 y 2023. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra. Se determinó la positividad de anti-MOG mediante técnica basada en células.

#### **RESULTADOS**

Encontramos 7 pacientes. Cuatro de ellos, mujeres. La edad mediana fue 45. Cinco pacientes son caucásicos y dos latinos. La clínica en 4 de los pacientes fue neuritis óptica con características atípicas para Esclerosis Múltiple, y en los 3 restantes, mielitis, con afectación parcheada en 2 de 3 y signo de la H en la misma proporción. El EDSS al nadir tuvo una mediana de 4; 4 de 7 pacientes presentaron recaídas. Ningún paciente presentó Bandas Oligoclonales. La RM craneal fue normal en 2 de 7 pacientes.

Todos nuestros pacientes fueron tratados con bolos de corticoides y uno de ellos requirió recambio plasmático. Dos de ellos reciben tratamiento crónico con rituximab. La RM de control no mostró lesiones en 2 de 4 pacientes, y sólo un paciente no mejoró clínicamente, siendo la EDSS mediana final de 2.

#### **CONCLUSIONES**

Los fenotipos del MOGAD aún se están describiendo. En nuestra serie observamos que, de forma general, la evolución, la clínica y los hallazgos de pruebas complementarias son similares a los descritos en la literatura.



## **ED-16. TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-CD20 EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE PREVIAMENTE TRATADOS CON ALEMTUZUMAB EN UN CENTRO DE REFERENCIA**

D. Pérez Gil<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, E. Rodríguez Martín<sup>(2)</sup>, M. Espiño Martínez<sup>(2)</sup>, J. I. Rodríguez Velasco<sup>(2)</sup>, A. Rodero Romero<sup>(2)</sup>, B. E. Martínez García<sup>(1)</sup>, P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, R. Sáinz Amo<sup>(1)</sup>, F. Rodríguez Jorge<sup>(1)</sup>, E. Monreal Laguillo<sup>(1)</sup>, S. Sainz De La Maza Cantero<sup>(1)</sup>, M. Villar<sup>(1)</sup>, L. Costa-Frossard França<sup>(1)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup> y J. L. Chico García<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Describir nuestra experiencia en pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recidivante (EMRR) tratados con un anticuerpo monoclonal anti-CD20 tras alemtuzumab.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de pacientes con EMRR de alta actividad que recibieron un anticuerpo monoclonal anti- CD20 tras alemtuzumab en un centro de referencia. Se revisaron datos clínicos y paraclínicos basales (incluyendo porcentaje de linfocitos B (LB) y neurofilamentos de cadena ligera en suero (NFLs), a los 6 meses y al año. Se definió un umbral de LB elevados >15% respecto a linfocitos totales y de NFLs >10 pg/ml.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 13 pacientes (76,9% mujeres) con una mediana (RIC) de 39,3 (28,0-42,8) años. Tres pacientes eran naive antes de alemtuzumab. El resto habían recibido entre 1 y 6 tratamientos modificadores previos. En 12/13 se suspendió alemtuzumab por ineficacia; en 1/13 por anafilaxia. En todos los casos se inició un anti- CD20 por reactivación grave de la enfermedad (radiológica y/o en brotes). Diez pacientes recibieron ocrelizumab, 2 ofatumumab y 1 rituximab. 4/11 (36,4%) tenían lesiones con realce de gadolinio en la RM basal [mediana de 5,5 (1,8-12,3)]. 10/11 tenían BOC IgM lipidoespecíficas y 6/13 tenían >15% de LB (datos de actividad de LB). 4/10 (40%) tenían NFLs basales >10pg/ml, que se normalizaron a los 6 meses. 7/13 completaron un año de seguimiento. Ninguno desarrolló hipogammaglobulinemia o infecciones graves. De ellos, 3 pacientes presentaron lesiones nuevas (sin realce), uno con un brote, debido a gran actividad de LB basal. Ninguno experimentó progresión confirmada de la discapacidad. 4/7 (57,1%) estaban en NEDA3.

### **CONCLUSIONES**

Los anticuerpos monoclonales anti-CD20 pueden ser una alternativa efectiva y segura a corto plazo en pacientes con EMRR con fracaso de alemtuzumab mediado por actividad de LB. El trabajo no ha sido financiado y los autores declaran no tener conflicto de intereses.



### ED-17. ANÁLISIS DE QUEJAS DISEJECUTIVAS DE PACIENTES Y FAMILIARES DE PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y BAJOS NIVELES DE DISCAPACIDAD

F. García Vaz<sup>(1)</sup>, J. Sabin Muñoz<sup>(1)</sup>, O. Rodríguez de la Fuente<sup>(1)</sup>, R. García Hernández<sup>(1)</sup>, L. Fuster<sup>(1)</sup> y R. Blasco Quilez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

#### OBJETIVOS

(i) Comparar las diferencias en motivación, control ejecutivo, atención, conducta social y regulación emocional reportadas por los pacientes con esclerosis múltiple (EM) y bajo nivel de discapacidad y por sus familiares (FAM); (ii) comparar las diferencias entre los pacientes al inicio de la enfermedad con síndrome clínico aislado, (CIS) y con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR); (iii) analizar los valores predictivos de las quejas disejecutivas para esta muestra de pacientes con EM.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra: 62 pacientes con EM (48 mujeres; edad media 42 años; 16 años de escolaridad; puntuación EDSS media 1,5). CIS y EMRR se emparejaron por edad, nivel educativo y EDSS. Se realizó valoración neuropsicológica según el consenso nacional español (2022). Se llevó a cabo un análisis estadístico para analizar los resultados.

#### RESULTADOS

(i) Se encontraron diferencias significativas en atención, conducta social y gestión emocional ( $p < 0,05$ ) entre EM y FAM; (ii) Se encontraron diferencias significativas en atención y control ejecutivo ( $p < 0,05$ ) entre CIS y RRMS; (iii) F medida por MFSS predijo motivación ( $R^2 = -.204 + .299MFSS$ ); mientras que atención, control ejecutivo, regulación emocional y conducta social pudieron predecirse por una combinación de FC, SEM y F.

#### CONCLUSIONES

Los pacientes con EM y bajos niveles de discapacidad detectan los síntomas disejecutivos antes que sus familiares. Por otro lado, CIS y RRMS muestran diferencias significativas en atención y control ejecutivo a pesar de que no existen diferencias significativas en la escala EDSS. Los datos confirman que los síntomas cognitivos pueden estar presentes desde el comienzo de la enfermedad, independientemente de la puntuación EDSS y destacan el papel de la fatiga como mediador de las quejas disejecutivas en pacientes con EM y bajos niveles de discapacidad.

Fabiola García Vaz ha recibido honorarios por charlas, asesoría o asistencia a congresos de Biogen-Inc, Merck, Teva, Novartis, BMS, Roche and Sanofi-Genzyme en los últimos cinco años.



## **ED-18. EL CONTENIDO DE ANTICUERPOS DEL VIRUS EPSTEIN-BARR EN LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES DE LA SANGRE CORRELACIONA CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CON EL VOLUMEN DE LAS ESTRUCTURAS CEREBRALES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

M. López-Molina<sup>(1)</sup>, L. Botella<sup>(1)</sup>, G. Torres Iglesias<sup>(1)</sup>, B. Chamorro<sup>(1)</sup>, F. Laso-García<sup>(1)</sup>, I. Puertas<sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup>, L. Lacruz<sup>(1)</sup>, A. Frank<sup>(1)</sup>, E. Díez-Tejedor<sup>(1)</sup>, L. Otero-Ortega<sup>(1)</sup> y M. Fernández-Fournier<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Ciencias Neurológicas y Cerebrovascular, Serv. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Analizar la posible correlación entre el contenido de anticuerpos anti-virus Epstein-Barr (anti-VEB) de las vesículas extracelulares (VE) circulantes, con parámetros clínicos y anatómicos en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este es un estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó 60 pacientes de EM remitente recurrente y 28 controles sanos. Las VE de la sangre fueron aisladas y su contenido de anticuerpos anti-VEB fue medido mediante los ELISAs anti-EBVca y anti-EBNA1. Se analizó la posible correlación entre el título de anticuerpos con: el tiempo de diagnóstico; la actividad de la enfermedad (del inglés, EDA) evaluada mediante evidencia de brotes clínicos o nuevas lesiones en resonancia magnética; el deterioro cognitivo y motor (escala EDSS, test de símbolos y dígitos y test de los 9 palitos); el volumen de las estructuras cerebrales mediante análisis volumétrico.

### **RESULTADOS**

Se encontraron mayores niveles de anti-VEB en las VE en pacientes de EM comparados con los controles sanos ( $p < 0.001$ ) y una correlación negativa con respecto al tiempo de diagnóstico ( $p = 0.02$ ). Los pacientes sin actividad de la enfermedad (del inglés, NEDA3) mostraron menores niveles de anti-VEB en las VE, que los pacientes con enfermedad activa (EDA) ( $p = 0.017$ ). Se mostró una correlación negativa entre los niveles de anti-VEB en VE y el volumen del parénquima cerebral ( $p = 0.026$ ), el volumen de la sustancia blanca ( $p = 0.025$ ) y el volumen del tálamo ( $p = 0.026$ ). No se encontró correlación entre los niveles de anticuerpos con el deterioro motor y cognitivo.

### **CONCLUSIONES**

Este estudio mostró una buena correlación entre el contenido de anticuerpos anti-VEB de las EV circulantes y los parámetros clínicos y anatómicos de la EM, que podrían indicar un posible papel del contenido de anticuerpos de las EV en la fisiopatología de la enfermedad. Este trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación PI21/00918 del ISCIII. Los autores no presentan conflictos de intereses.



**ED-19. FACTORES PREDICTORES DE DETERIORO COGNITIVO LONGITUDINAL EVALUADO MEDIANTE EL PROCESSING SPEED TEST DE LA APLICACIÓN COGEVAL® EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, F. Rodríguez Jorge<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>, R. Sainz Amo<sup>(1)</sup>, D. Pérez Gil<sup>(1)</sup>, S. Sainz De La Maza<sup>(1)</sup>, B. E. Martínez García<sup>(1)</sup>, J. L. Chico García<sup>(1)</sup>, G. García Alcántara<sup>(1)</sup>, R. López Rebolledo<sup>(1)</sup>, C. Moreno López<sup>(1)</sup>, L. Costa-Frossard<sup>(1)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup> y E. Monreal<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**OBJETIVOS**

El deterioro cognitivo es altamente prevalente en la esclerosis múltiple (EM) con una importante repercusión en la calidad de vida y a nivel socio-económico. Nuestro objetivo fue evaluar longitudinalmente los factores predictores de un deterioro en el Processing Speed Test (PST) realizado con la aplicación CogEval®.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes con EM con evaluaciones mediante PST cada 3-6 meses desde octubre de 2019 hasta mayo 2023. Se definió un deterioro significativo del PST como descensos de  $\geq 10\%$  del valor absoluto respecto al valor basal en cada año. Se realizaron regresiones logísticas multivariante por cada año de seguimiento.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 881 pacientes con seguimiento de  $\geq 1$  año: 604 (68,6%) mujeres, con una media (DE) de 45,3 ( $\pm 11,41$ ) años en el primer test. La mayoría (79,8%) fueron EM remitente-recurrente. Se completó el seguimiento a dos y tres años en 455 y 65 pacientes, respectivamente. Un empeoramiento en el EDSS, secundario a brote o independiente del mismo, se asoció significativamente a deterioro del PST en todos los modelos, incrementándose en cada año: OR 1,85, IC 95% 1,03 -3,32, P=0,04 en el primer año; OR 2,01, IC 95% 1,1 -3,69, P=0,02 en el segundo año; y OR 4,25, IC 95% 1,02 -17,6, P=0,046 en el tercer año. Otros factores no se asociaron a deterioro cognitivo de forma consistente en todos los modelos.

**CONCLUSIONES**

El deterioro cognitivo medido por PST en pacientes con EM es frecuente, asociándose con el empeoramiento del EDSS, independientemente del fenotipo clínico, forma de adquisición de la discapacidad y tratamientos recibidos.



## **ED-20. VESÍCULAS EXTRACELULARES CIRCULANTES DERIVADAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO Y DEL SISTEMA NERVIOSO: POTENCIAL BIOMARCADOR MÍNIMAMENTE INVASIVO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

G. Torres Iglesias <sup>(1)</sup>, M. Fernández-Fournier <sup>(1)</sup>, D. Piniella <sup>(1)</sup>, M. López <sup>(1)</sup>, L. Botella <sup>(1)</sup>, B. Chamorro <sup>(1)</sup>, S. Sánchez Velasco <sup>(1)</sup>, F. Laso-García <sup>(1)</sup>, M. C. Gómez-De Frutos <sup>(1)</sup>, A. Montero-Calle <sup>(2)</sup>, I. Puertas <sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco <sup>(1)</sup>, E. Díez-Tejedor <sup>(1)</sup>, M. Gutiérrez-Fernández <sup>(1)</sup> y L. Otero-Ortega <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Neurología. Instituto de Investigación IdiPAZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(2)</sup>Unidad de proteómica funcional, Programa enfermedades crónica. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Disponemos de un gran número de fármacos modificadores de la enfermedad (DMT) para el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM), pero se desconoce el beneficio de cada tratamiento para el paciente individual.

Nuestro objetivo es investigar si las VE derivadas del sistema nervioso e inmunológico podrían tener un papel como biomarcadores de respuesta al tratamiento en pacientes con EM.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se aislaron VE derivadas de neuronas (VE-N), oligodendrocitos (VE-O), linfocitos B (VE-B) y T (VE-T) de la sangre de 60 pacientes por inmunoprecipitación, antes del inicio del tratamiento y a los 3 meses. A los 12 meses, se evaluó la respuesta al tratamiento midiendo los siguientes parámetros: 1) actividad de la enfermedad; 2) progresión de discapacidad motora y cognitiva independiente de brote (PIRA); 3) progresión asociada a brote (RAW) y 4) atrofia cerebral.

### **RESULTADOS**

Los pacientes sin actividad de la enfermedad mostraron mayores niveles de VE-O ( $p=0,045$ ). En los pacientes con PIRA motora se objetivaron VE-B de mayor tamaño ( $p=0,047$ ) y aquellos con PIRA cognitiva mostraron mayores niveles de VE-B ( $p=0,026$ ) y mayor tamaño de VE-B ( $p=0,039$ ) y de los VE-O ( $p=0,042$ ). Los pacientes con RAW cognitiva manifestaron menor tamaño de VE-B ( $p=0,044$ ). El volumen de la lesión y la atrofia del tálamo se correlacionó con el tamaño de las VE-N ( $p = 0,44$ ;  $R = 0,899$ ;  $p = 0,18$ ;  $R = -0,940$ ). La atrofia de sustancia blanca se correlacionó con los niveles de VE-T ( $p = 0,026$ ;  $R = 0,864$ ) y con el tamaño de VEO ( $p = 0,16$ ;  $R = 0,894$ ).

**LIBRO DE COMUNICACIONES**  
**XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



**CONCLUSIONES**

Las VE circulantes pueden jugar un papel importante como biomarcadores de respuesta al tratamiento en pacientes con EM.

Este trabajo ha sido financiado por los proyectos de investigación CP20/00024 y PI21/00918 del ISCIII y cofinanciadas por la Unión Europea



## **ED-21. LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES DE LOS LINFOCITOS B PERIFÉRICOS PODRÍAN CONTRIBUIR A LA PATOGÉNESIS Y SER UN BIOMARCADOR DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

G. Torres Iglesias <sup>(1)</sup>, M. Fernández-Fournier <sup>(1)</sup>, D. Piniella <sup>(1)</sup>, F. Laso-García <sup>(1)</sup>, M. C. Gómez-de Frutos <sup>(1)</sup>, M. López <sup>(1)</sup>, L. Botella <sup>(1)</sup>, B. Chamorro <sup>(1)</sup>, S. Sánchez Velasco <sup>(1)</sup>, A. Montero-Calle <sup>(2)</sup>, I. Puertas <sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco <sup>(1)</sup>, E. Díez-Tejedor <sup>(1)</sup>, M. Gutiérrez-Fernández <sup>(1)</sup> y L. Otero-Ortega <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>*Departamento de Neurología. Instituto de Investigación IdiPAZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid.* <sup>(2)</sup>*Unidad de proteómica funcional. Programa enfermedades crónica. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Investigar si las vesículas extracelulares (VE) median en el intercambio de anticuerpos autorreactivos de mielina de los linfocitos B periféricos al SNC y si los anticuerpos de mielina contenidos en estas vesículas podrían actuar como biomarcador diagnóstico para la Esclerosis Múltiple (EM).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Los VE circulantes derivados de linfocitos B (VE-LB) de la sangre y el líquido cefalorraquídeo (LCR) se aislaron mediante inmunoprecipitación. El contenido de anticuerpos de mielina VE-LB se midió por ELISA. Se estudió in vitro el efecto de los autoanticuerpos circulantes derivados de VE sobre la desmielinización. Se evaluó si los anticuerpos de mielina transportados por VE alcanzan los oligodendrocitos. Se examinó la influencia de la actividad de la enfermedad y las terapias modificadoras de la enfermedad en el contenido de anticuerpos en los VE-LB sanguíneas de pacientes con EM.

### **RESULTADOS**

Se estudiaron 136 pacientes con EM y 39 controles. Se identificaron anticuerpos de mielina autorreactivos contra VE-LB en sangre de pacientes con EM, pero no en LCR. Identificamos un valor de corte de 3,95 ng/ml de autoanticuerpos MBP en VE-LB de sangre periférica (sensibilidad: 95,2 % y especificidad: 88,2 %) que permiten diferenciar a pacientes con EM de controles. Estas vesículas cargadas de anticuerpos de mielina indujeron desmielinización en oligodendrocitos in vitro. Se encontraron anticuerpos de mielina derivados de VE en oligodendrocitos de pacientes con EM. La actividad de la enfermedad o los tratamientos no afectaron el contenido de anticuerpos en los VE-LB de pacientes con EM.

# LIBRO DE COMUNICACIONES XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



## CONCLUSIONES

Los VE-LB de sangre periférica podrían estar involucrados en la patogénesis de la EM a través del intercambio de anticuerpos autorreactivos de mielina con el SNC. Los anticuerpos de mielina derivados de estas vesículas podrían usarse como un biomarcador diagnóstico en la EM.

Trabajo financiado por los proyectos de investigación CP20/00024 y PI21/00918 del ISCIII y cofinanciadas por la Unión Europea.



## **ED-22. POSIBLE PAPEL DE LAS VESÍCULAS EXTRACELULARES CIRCULANTES COMO BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO DE TUMOR EN SÍNDROME NEUROLÓGICO PARANEoplÁSICO**

G. Torres Iglesias<sup>(1)</sup>, M. López<sup>(1)</sup>, L. Botella<sup>(1)</sup>, C. Del Fresno<sup>(2)</sup>, P. Nozal<sup>(3)</sup>, J. L. Chico<sup>(4)</sup>, A. Llanes<sup>(4)</sup>, A. Carrasco<sup>(4)</sup>, M. Fernández-Fournier<sup>(1)</sup>, L. Lacruz<sup>(1)</sup>, A. Chavarría<sup>(5)</sup>, D. Sánchez<sup>(6)</sup>, A. Montero-Calle<sup>(7)</sup>, I. Puertas<sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup>, E. Díez-Tejedor<sup>(1)</sup>, M. Gutiérrez-Fernández<sup>(1)</sup> y L. Otero-Ortega<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio Neurología. IdiPAZ, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Inmunomodulación. IdiPAZ,

<sup>(3)</sup>Servicio Inmunología. IdiPAZ, <sup>(4)</sup>Servicio de Oncología. IdiPAZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>(5)</sup>Departamento de Neurología. IRYCIS. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(6)</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>(7)</sup>Unidad de Proteómica Funcional. Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Los síndromes neurológicos paraneoplásicos (SNP) son enfermedades inmunomediadas que afectan al sistema nervioso y ocurren en pacientes con cáncer. Nuestro objetivo fue estudiar el posible papel de las vesículas extracelulares (VE) circulantes en sangre como un biomarcador diagnóstico poco invasivo que permita una detección temprana del cáncer en pacientes con SNP

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio multicéntrico que incluye 33 pacientes con SNP asociado a un cáncer (principalmente de mama o pulmón), 18 con síndrome neurológico inmunomediado sin tumor, 35 portadores de un cáncer de mama o pulmón sin desarrollar SNP y 32 controles sanos. Se aislaron las VE totales de la sangre por precipitación y aquellas procedentes de linfocitos B y neuronas por inmunoaislamiento. Se compararon los niveles y el tipo de VE (exosomas o microvesículas) entre los cuatro grupos de estudio y se identificaron aquellas relacionadas con la presencia de tumor en pacientes con síndrome neurológico mediante una curva ROC.

### **RESULTADOS**

Los pacientes con SNP y cáncer mostraron mayores niveles de VE totales ( $p=0.028$ ) que aquellos con síndrome neurológico sin tumor, identificando un punto de corte de  $2,10 \times 10^{10}$  VE con un 80% de sensibilidad y 87% de especificidad. Los linfocitos B de estos pacientes liberaron una población de VE mayoritariamente compuesta por exosomas ( $p=0.016$ ). Entre los grupos de pacientes con cáncer, aquellos enfermos que desarrollaron SNP manifestaron mayores niveles de VE derivados de linfocito B ( $p=0.001$ ) y neurona ( $p=0.001$ ) que los pacientes sin SNP.

# LIBRO DE COMUNICACIONES XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



## CONCLUSIONES

Las VE totales y aquellas procedentes de linfocito B podrían actuar como biomarcador de tumor en pacientes con SNP. Entre los pacientes con cáncer, el perfil de VE procedentes de linfocitos B y de neurona podría ser un biomarcador de aquellos que desarrollan SNP

Este trabajo ha sido financiado por los proyectos de investigación CP20/00024 y PI21/00918 del ISCIII y cofinanciadas por la Unión Europea.



## **ED-23. RETO TERAPÉUTICO: MANEJO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA. EXPERIENCIA EN TRES CENTROS**

L. Santos Sánchez de las Matas<sup>(1)</sup>, P. Nieto González<sup>(1)</sup>, J. C. Martínez Ramos<sup>(1)</sup>, C. González Ávila<sup>(2)</sup>, L. Rubio Flores<sup>(3)</sup> y S. M. Pastor Yborra<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

<sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General de Villalba. Villalba (Madrid).

### **OBJETIVOS**

La esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) y la espondilitis anquilopoyética (EA) pueden coexistir. No existen recomendaciones de tratamiento conjunto, y el uso de fármacos antiTNF en la EA puede precipitar un evento desmielinizante del sistema nervioso central. Presentamos el manejo terapéutico de cuatro pacientes con EMRR y EA.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Serie de casos.

### **RESULTADOS**

Caso-1: mujer de 26 años con EA tratada con adalimumab. A las seis semanas presenta una neuritis óptica, diagnosticándole una EMRR. Se suspende adalimumab y se inicia secukinumab alcanzando control en 1 año de la EA, pero con alta actividad radiológica de la EMRR, por lo que se inicia rituximab en monoterapia sin nuevos eventos clínico/radiológicos a los seis meses.

Caso-2: mujer de 39 años con EMRR tratada con ocrelizumab que 1 año después debuta con EA. Se plantea añadir secukinumab pero declina esta opción por deseos genésicos.

Caso-3: mujer de 49 años con EA estable sin tratamiento que 7 años después debuta con EMRR. Se inicia interferonbeta-1A, con remisión clínico/radiológica.

Caso-4: mujer de 32 años con EA tratada con secukinumab con buen control quien 3 años más tarde debuta con EMRR, se añade dimetilfumarato a su tratamiento, alcanzando estabilidad.

### **CONCLUSIONES**

En nuestra experiencia los fármacos antiCD20, el interferonbeta-1A y el dimetilfumarato podrían ser eficaces en el manejo de la EMRR (sin precipitar empeoramiento de la EA), sin embargo, se requieren más estudios con rigor científico para adecuar el manejo de ambas entidades sin incurrir en polifarmacia, dado que la asociación de fármacos inmunomoduladores aumentaría la probabilidad de efectos adversos.



**ED-25. REMIBRUTINIB: UN NUEVO IBTK EN DESARROLLO PARA EM CON UN PERFIL DE SEGURIDAD FAVORABLE EN VARIAS PATOLOGÍAS AUTOINMUNES**

I. Sánchez-Vera<sup>(1)</sup>, M. Williams<sup>(2)</sup>, L. Airas<sup>(3)</sup>, T. Chitnis<sup>(4)</sup>, S. Saini<sup>(5)</sup>, M. Hide<sup>(6)</sup>, G. Sussman<sup>(7)</sup>, J. Nakahara<sup>(8)</sup>, R. Bermel<sup>(9)</sup>, T. Dörner<sup>(10)</sup>, B. Loop<sup>(11)</sup>, M. Ziehn<sup>(12)</sup>, R. Willi<sup>(12)</sup>, B. C. Kieseier<sup>(12)</sup>, I. Nikolaev<sup>(12)</sup>, S. Haemmerle<sup>(12)</sup>, A. Zharkov<sup>(12)</sup>, R. Siegel<sup>(13)</sup>, B. Cenni<sup>(13)</sup>, H. Wiendl<sup>(14)</sup>, M. Maurer<sup>(15)</sup>, A. Giménez-Arnau<sup>(16)</sup> y X. Montalban<sup>(17)</sup>

<sup>(1)</sup>Novartis Farmacéutica SA. Barcelona. <sup>(2)</sup>Joi Life Wellness Group. Atlanta, GA, Estados Unidos. <sup>(3)</sup>Turku University Hospital and University. Finlandia. <sup>(4)</sup>Brigham and Women's Hospital, Department of Neurology. Boston, MA, Estados Unidos. <sup>(5)</sup>Johns Hopkins Asthma and Allergy Center. Baltimore, MD, Estados Unidos. <sup>(6)</sup>Hiroshima City Hiroshima Citizens Hospital. Hiroshima, Japón. <sup>(7)</sup>University of Toronto. Toronto, Ontario, Canadá. <sup>(8)</sup>Department of Neurology, Keio University School of Medicine. Tokyo, Japón. <sup>(9)</sup>Mellen Center for MS, Cleveland Clinic. Cleveland, OH, Estados Unidos. <sup>(10)</sup>Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Charité Universitätsmedizin Berlin; DRFZ. Berlín, Alemania. <sup>(11)</sup>Novartis Pharmaceutical Corporation. Cambridge, MA, Estados Unidos. <sup>(12)</sup>Novartis Pharma AG. Basilea, Suiza. <sup>(13)</sup>Novartis Institutes for Biomedical Research. Basilea, Suiza. <sup>(14)</sup>Department of Neurology with Institute of Translational Neurology, University of Münster. Münster, Alemania. <sup>(15)</sup>Urticaria Center of Reference and Excellence (UCARE), Institute of Allergology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin; Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Phar. Berlín, Alemania. <sup>(16)</sup>Department of Dermatology, Hospital del Mar - IMIM, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. <sup>(17)</sup>Department of Neurology-Neuroimmunology, Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat), Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**OBJETIVOS**

**Remibrutinib**, inhibidor de tirosina quinasa de Bruton, es un fármaco oral, altamente selectivo, potente y enlace covalente que se investiga actualmente en ensayos clínicos (EECC) fase 3 para tratar la Esclerosis Múltiple (EM; NCT05147220/NCT05156281).

El objetivo es mostrar datos de seguridad de remibrutinib de EECC fase 2 en varias enfermedades autoinmunes.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Esta revisión de seguridad muestra datos de ensayos fase 2 en urticaria crónica espontánea (CSU), síndrome de Sjögren (SjS) y asma, y un análisis intermedio de la extensión abierta (OLE) en CSU. Las evaluaciones de seguridad incluyeron AA, incluidos AA graves y de especial interés (AESI), signos vitales, ECG y parámetros de laboratorio.

## **RESULTADOS**

En total, se incluyeron 363 pacientes (267 con CSU; 49 con SjS; 47 con asma) que recibieron varias dosis (10-100 mg q.d./b.i.d.) durante 12-52 semanas. La seguridad de remibrutinib en la parte principal (PP) fue comparable entre las distintas dosis. En la OLE, la seguridad de remibrutinib 100mg b.i.d. fue comparable a cualquier dosis de la PP. Los AA agrupados más reportados (>10%) fueron infecciones e infestaciones, alteraciones cutáneas, subcutáneas, gastrointestinales y sistema nervioso. En general, los AA fueron comparables a placebo en las PP, excepto para las alteraciones cutáneas donde los brotes (flares) de CSU estaban desbalanceados. AESI incluyendo hemorragias, infecciones y citopenias permanecieron estables a largo plazo.

No hubo problemas de seguridad en el análisis de parámetros de laboratorio, ECG ni signos vitales.

## **CONCLUSIONES**

Remibrutinib demostró un perfil de seguridad favorable y fue bien tolerado en todas las dosis en ensayos fase 2 y en OLE (hasta 100mg b.i.d.), apoyando su desarrollo en ensayos fase 3 en EM.

Este estudio ha sido financiado por Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza. Los autores no tienen conflictos de interés que repercutan en el trabajo que se presenta.



## ED-26. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO EN ESCLEROSIS

### MÚLTIPLE: ESTUDIO CASO-CONTROL

A. Meldaña Rivera <sup>(1)</sup>, Y. Higuera Hernández <sup>(1)</sup>, M. L. Martínez Ginés <sup>(3)</sup>,  
E. Rodríguez-Toscano <sup>(2)</sup>, J. M. García Dominguez <sup>(3)</sup>, E. M. Alba Suárez <sup>(3)</sup>,  
H. Goicochea Briceño <sup>(3)</sup> y J. P. Cuello <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. (Madrid).

<sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>(2)</sup>Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

### OBJETIVOS

La velocidad de procesamiento (VP) es una de las medidas neuropsicológicas más utilizadas en personas con esclerosis múltiple (EM), ya que es el síntoma cognitivo más prevalente y temprano en la EM. Nuestro objetivo fue explorar la VP durante el embarazo en pacientes con EM y mujeres sanas (MS).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron consecutivamente 39 pacientes con EM embarazadas y 41 MS entre 2018 y 2022. Para la evaluación de VP, se empleó la versión escrita del test Symbol Digit Modalities Test (SDMT) en el primer trimestre (1T), segundo (2T), tercer trimestre (3T) y post parto (PP) del embarazo. El análisis estadístico se realizó con el Análisis de Varianza (ANOVA).

### RESULTADOS

No se observaron diferencias en edad y nivel educativo entre EM y MS. Las puntuaciones medias en el SDMT en el primer trimestre fueron similares entre EM (57 (DT:11,6) y MS (60,12 (DT:9,35)). En el segundo trimestre y tercer trimestre no encontramos diferencias significativas entre grupos: 2T EM 54,51 (SD:10,7) y 59,19 (DT: 6,96) para MS; 3T EM 55,6 (DT:12,9) y en MS 60,7 (DT: 8,4). Asimismo, en el post parto no encontramos diferencias significativas en ninguno de los dos grupos (EM 58,8 (DT: 13,3)); MS 62,7 (DT: 9,6)). Realizamos un subanálisis de aquellos casos que disminuyeron una puntuación significativa de al menos 4 puntos en el SDMT entre el 1T y 2T, los datos mostraron que esta situación ocurrió en el 28 % de los casos con EM, siendo solo un 17 % en las MS.

### CONCLUSIONES

La VP es una medida muy sensible del rendimiento cognitivo. Las mujeres embarazadas con EM, pese a encontrarse en una situación de vulnerabilidad, se comportan igual que en una situación normal. Esto podría deberse a una compensación por parte del cerebro en esta población.

El trabajo ha sido financiado por Biogen.



## **ED-27. VESÍCULAS EXTRACELULARES SANGUÍNEAS DERIVADAS DEL SISTEMA INMUNE COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ALTA ACTIVIDAD**

G. Torres Iglesias<sup>(1)</sup>, M. López<sup>(1)</sup>, L. Botella<sup>(1)</sup>, B. Chamorro<sup>(1)</sup>,  
M. Fernández-Fournier<sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup>, E. Díez-Tejedor<sup>(1)</sup>,  
M. Gutiérrez-Fernández<sup>(1)</sup>, L. Otero-Ortega<sup>(1)</sup> y I. Puertas<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Servicio de Neurología. Instituto Investigación IdiPAZ. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

La Esclerosis Múltiple (EM) de alta actividad presenta un peor pronóstico por lo que la identificación de biomarcadores en esta situación podría ayudar a un diagnóstico precoz y a un tratamiento más dirigido. Nuestro objetivo fue analizar el papel de las vesículas extracelulares (VE) sanguíneas procedentes de células B, T, oligodendrocitos y neuronas como biomarcador en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) de alta actividad en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluye pacientes de EM de diagnóstico reciente y que no hayan recibido tratamiento previo. Se aislaron las VE de la sangre procedentes de células B, T, oligodendrocitos y neuronas por inmunoprecipitación. Se analizó la posible correlación entre los niveles y el tamaño de las vesículas con la condición de cumplir al menos dos de los siguientes criterios de mal pronóstico:  $\geq 10$  lesiones en resonancia magnética (RM),  $\geq 2$  en médula espinal por RM, alto ratio de brotes ( $\geq 2$  brotes/año),  $\geq 3$  en EDSS.

### **RESULTADOS**

En este estudio se incluyeron 34 pacientes de reciente diagnóstico, de los cuales 14 mostraron alta actividad. Las vesículas procedentes de células B y T mostraron menores niveles ( $p=0.030$ ) y un menor tamaño ( $p=0.021$  y  $p=0.041$ ) en los pacientes con EM de alta actividad frente aquellos con menor actividad. No encontramos diferencias significativas ni en los niveles ni en el tamaño de las vesículas procedentes del sistema nervioso.

### **CONCLUSIONES**

Las VE circulantes derivadas del sistema inmune podrían actuar como un biomarcador precoz en pacientes con EM de alta actividad y diagnóstico reciente, ayudando así a la toma de decisiones para iniciar el tratamiento más adecuado.

Este trabajo ha sido financiado por los proyectos de investigación CP20/00024 y PI21/00918 del ISCIII y cofinanciadas por la Unión Europea.



**ED-28. ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE POR ANTICUERPO ANTI-GLICOPROTEINA DE LA MIELINA DEL OLIGODENDROCITO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES**

I. Gómez-Estévez<sup>(1)</sup>, H. Poderoso López<sup>(2)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, J. A. Quezada Sánchez<sup>(1)</sup>, E. M. Alba Suárez<sup>(1)</sup> y C. Oreja Guevara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(2)</sup>Medicina. Universidad Complutense de Madrid. (Madrid).

**OBJETIVOS**

En 2023 se han publicado los primeros criterios para establecer el diagnóstico de los pacientes con enfermedad desmielinizante por anticuerpo anti-glicoproteína de la mielina del oligodendrocito (MOGAD)

Objetivos: Analizar las características clínicas y radiológicas de los pacientes con criterios MOGAD

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se analizaron 35 pacientes de nuestra cohorte de pacientes con enfermedades desmielinizantes del espectro de neuromielitis óptica. 6 pacientes cumplían criterios MOGAD

**RESULTADOS**

De los 6 pacientes MOGAD, 5 mujeres, 1 hombre, con una edad media de: 40 (28-51). El tiempo medio de enfermedad fue 6 años (1-17). 1º brote fue troncocefálico en un paciente y el resto neuritis óptica (3 unilateral y 2 bilateral) con una buena recuperación visual en todos los pacientes tras el primer brote (VA 0,8-1). Todos los pacientes tenían BOC IgG negativas en LCR. La TAR en los pacientes fue de 0,4 (0,2-0,7). 4 de estos pacientes tuvieron un único brote Dos pacientes han tenido 7 brotes y son corticodependientes y presentan atrofia en la capa de fibras nerviosas retinianas RNFL y en la capa de células ganglionares en la OCT.

En 4 pacientes se encontró afectación en la RM cerebral observándose lesiones subcorticales y en la fibra U. En dos pacientes había lesiones en T1 y en una paciente se observó una lesión tumefactiva. En dos pacientes se observaron cambios en las RM de seguimiento una lesión en T1 y aumento de lesiones en T2.

4 pacientes tenían afectación en la RM de órbita, 2 con afectación posterior (uno de manera bilateral), 1 anterior y en uno en ambos tramos de manera bilateral.

**CONCLUSIONES**

La RM y la OCT podrían ser una buena herramienta para la caracterización de los pacientes del primer brote. Se debería valorar la realización de MOG en pacientes con un primer brote especialmente de NO que no cumplan criterios radiológicos de EM.



## **ED-29. ANÁLISIS DE LA SEROPREVALENCIA Y SEROCONVERSIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-JCV EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE**

I. Gómez-Estévez<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, E. M. Alba Suárez<sup>(1)</sup>, C. Bullón Sánchez<sup>(1)</sup> y C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Analizar la incidencia de positividad del VJC tras la primera prueba en una cohorte de pacientes con EM y el tiempo hasta la seroconversión durante el seguimiento en los pacientes con EM tratados con natalizumab.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes sometidos a cribado de anticuerpos anti-JCV mediante la prueba STRATIFY-JCV™. Se analizaron diversas variables para encontrar una asociación con el riesgo de seroconversión.

### **RESULTADOS**

383 pacientes han sido testados para el VJC en los últimos 6 años. El 66,48% mujeres. El 60,21% fueron JCV positivos con un index medio de 1,8 (0,21-4,91). La edad media de VJC+ fue 43 años y 39,80 en los negativos. Se mostró una asociación significativa entre la edad y la presencia o no de los anticuerpos del VJC ( $p=0,0003$ ,  $r=0,185$ ) y una asociación entre el sexo y los anticuerpos del JCV ( $p=0,008$ ) siendo el valor positivo de JVC más persistente en varones (69,5%). No encontramos correlación entre la edad y el índice de VJC ( $p=0,562$ ). 80 pacientes están en tratamiento con Natalizumab (70% mujeres), edad media basal 36 años. 24 pacientes eran VJC positivos, 12 desde el inicio y 12 seroconvirtieron en el seguimiento de seis años. El tiempo medio hasta la seroconversión fue de 27,8 meses (10-71). No encontramos una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el tiempo hasta la seroconversión ( $p=0,176$ ) o el sexo ( $p=0,646$ ), entre la seroconversión y el número de tratamientos previos ( $p=0,979$ ).

### **CONCLUSIONES**

En nuestra cohorte, encontramos que la edad avanzada y el sexo masculino se asocian con un incremento de anticuerpos JCV positivos. No encontramos ninguna asociación de seroconversión una vez iniciado el tratamiento.



### ED-30. EXPERIENCIA CLÍNICA CON OZANIMOD: PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES

I. Gómez-Estévez<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, E. M. Alba Suárez<sup>(1)</sup>, C. Bullón Sánchez<sup>(1)</sup> y C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### OBJETIVOS

Ozanimod está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con formas recurrentes de esclerosis múltiple con enfermedad activa definida conforme a las características clínicas o estudios de imagen. Es un modulador altamente selectivo de los receptores de esfingosina-1-fosfato (S1P-1). Se comercializa en España desde junio 2022.

Objetivos:

Objetivo: analizar las características clínicas de nuestra cohorte de pacientes con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) en tratamiento con ozanimod, así como analizar la seguridad en los primeros meses de uso.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en el que se analizan pacientes EMRR en tratamiento con ozanimod.

#### RESULTADOS

De los 11 pacientes analizados, 6 son mujeres. La edad media al inicio del tratamiento fue de 42 años (35-51). Puedes poner las edades y rangos de hombre sy mujeres para que se vea la diferencia.

El tiempo medio de evolución antes de ozanimod fue de 10.2 (0-25) años. La EDDS media fue de 2.5 (0-3,5). El número medio de tratamientos previos fue 1.6 (1-3). El 18 % de los pacientes eran naive y el 63% venían de fármacos plataforma. El motivo para el cambio a ozanimod fue actividad clínica y/o radiológica en 66.6%. El tiempo medio con ozanimod es de 3 meses (1-7). La media del recuento basal de linfocitos fue de  $1,4 \cdot 10^3/uL$  (0,87-2,27), al mes del inicio del tratamiento los pacientes han mostrado una un recuento medio de linfocitos de  $0,86 \cdot 10^3/uL$  (0,27-1,04).

Ningún paciente ha presentado efectos adversos moderados o graves hasta la fecha tras el inicio de ozanimod. No se ha descrito ninguna linfopenia de grado 4.

#### CONCLUSIONES

Ozanimod es un fármaco muy bien tolerado en nuestra cohorte de pacientes. La eficacia y seguridad está siendo similar a la descrita en los ensayos clínicos. No hemos tenido efectos adversos importantes y ningún paciente ha presentado linfopenia grado 4.



### **ED-31. ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA FUNCIÓN VISUAL EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

J. Quezada-Sánchez<sup>(1)</sup>, E. Alba-Suárez<sup>(1)</sup>, I. Gómez-Estévez<sup>(1)</sup>, E. Santos-Bueso<sup>(2)</sup>, J. Rouco-Maseda<sup>(3)</sup> y C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(3)</sup>Ciencias de la Computación y Tecnologías de la Información. Universidad de Coruña. A Coruña.

#### **OBJETIVOS**

La neuritis óptica (NO) es habitual en la esclerosis múltiple (EM) y produce alteraciones en la visión. Objetivo: analizar longitudinalmente la función visual en EM con y sin NO previa.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se exploraron pacientes de EMRR con más de seis meses de seguimiento y estables. Se hizo un examen ocular al inicio (V1) y al año (V2).

La agudeza visual (AV), AV2.50% y AV1.25% se midió con el test ETDRS y de bajo contraste. El color con test Ishihara y Farnsworth-Munsell D28 (FM-D28). La sensibilidad al contraste con test Pelli-Robson.

Comparamos ojos con y sin NO previa.

#### **RESULTADOS**

Se reclutaron 32 pacientes (22 mujeres, 10 hombres). Edad media 43. Duración media de enfermedad 16.91 (2-34). EDSS media 1.9 (0-6.5). 20 ojos con NO previa y 40 sin.

La AV, AV2.50%, AV1.25% y sensibilidad al contraste mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (NO vs no NO) en la V1 y V2 ( $p < 0.05$ ).

Comparamos mismos ojos al año obteniendo empeoramiento significativo en todas las variables ( $p < 0.05$ ) del grupo sin NO. El grupo con NO mostró reducciones significativas en AV1.25% ( $p = 0.005$ ) y sensibilidad al contraste ( $p = 0.000$ ).

El test Ishihara en V1 y V2 mostró valores normales en 95.5% y 4.5% alterados en el grupo sin NO. El otro grupo mostró 90% de valores normales y 10% alterados.

El grupo sin NO mostró 43.2% valores alterados de FM-D28 en V1 y en V2 un 47.7%. El grupo con NO mostró 80% de valores alterados en V1 y en V2 un 85%.

#### **CONCLUSIONES**

Pruebas de AV y sensibilidad al contraste están alteradas en pacientes con EM y empeoran con la evolución de la enfermedad. Las alteraciones cromáticas se pueden evaluar de forma más específica y precisa con el test de Farnsworth-Munsell D28 que con el test Ishihara. Además permite diferenciar ojos con y sin neuritis óptica.



### ED-32. EXPERIENCIA CLÍNICA CON ALEMTUZUMAB A LARGO PLAZO

L. García Vasco <sup>(1)</sup>, I. Gómez Estévez <sup>(1)</sup>, E.M. Alba Suárez <sup>(1)</sup>, J. Quezada Sánchez <sup>(1)</sup> y C. Oreja Guevara <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### OBJETIVOS

Analizar la evolución a largo plazo de pacientes tratados con Alemtuzumab en una cohorte de EM.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo para analizar datos demográficos, tratamientos previos y posteriores, cambios en escala EDSS y datos de seguridad de pacientes tratados con Alemtuzumab entre enero 2009 y mayo 2023.

#### RESULTADOS

Se estudiaron 37 pacientes (73% mujeres, edad media 42 años, mediana EDSS 6.0). Cinco pacientes estuvieron incluidos en ensayos clínicos (3 en MS-CARE y 2 en EMERALD). La mediana de tratamientos previos fue 2 (0-5), siendo estos: Natalizumab <sup>(20)</sup>, Fingolimod <sup>(9)</sup>, Dimetilfumarato <sup>(4)</sup>, Teriflunomida <sup>(1)</sup> e Interferon <sup>(1)</sup>, y 2 pacientes naive. La duración media de tratamiento con Alemtuzumab fue 7,1 años (2.03-14.25). Ocho pacientes (22%) recibieron un tercer ciclo (mediana 2.15 años tras segundo ciclo [1,11-8,15]). 27 pacientes (73%) siguen sin recibir tratamiento actualmente (mediana 6,9 años [2.03-14.25]), incluyendo 5 pacientes (63%) que recibieron tres ciclos. Ocho pacientes han cambiado a otros tratamientos (2 Ocrelizumab, 3 Siponimod, 1 Rituximab y 2 Siponimod/Rituximab), de los cuales 3 habían recibido un tercer ciclo. Hubo mejoría en escala EDSS (0,5-3,5 puntos) en 10,8% tras dos años, y un empeoramiento (0,5-3 puntos) en 24,3% tras cuatro años. Como eventos adversos, aparecieron alteraciones tiroideas en 13 pacientes tras 5 años (35,1%), así como infecciones infrecuentes por *Listeria Monocytogenes* y *Blastocystis hominis*, y un zoster generalizado. Dos pacientes fallecieron por infección covid y por sepsis respiratoria, respectivamente.

#### CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes tratados con Alemtuzumab en nuestra cohorte permanecen sin tratamiento tras 7 años de evolución. Únicamente un quinto recibió un ciclo adicional del fármaco. Las alteraciones tiroideas fueron los efectos adversos observados más frecuentes.



### **ED-33. EXPERIENCIA CLÍNICA CON PONESIMOD: PERFIL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES**

E. M. Alba Suárez<sup>(1)</sup>, I. Gómez Estévez<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, C. Bullón Sánchez<sup>(1)</sup>, P. Salgado Cámara<sup>(1)</sup> y C. Oreja Guevara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Definir las características clínicas de una cohorte de pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR) en tratamiento con Ponesimod y analizar la seguridad en los primeros meses de uso.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo observacional de una cohorte de 14 pacientes con EMRR en tratamiento con Ponesimod según práctica clínica habitual. Se realiza análisis descriptivo de sus características demográficas, perfil clínico y análisis de seguridad.

#### **RESULTADOS**

De los 14 pacientes, 9 fueron mujeres con una edad media al inicio de Ponesimod de 47.6 años. EDSS media 1.9 y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 14,4 años siendo el 21% de los pacientes naive, viniendo el 28 % de los pacientes de un tratamiento previo de alta eficacia. En el 64 % de los pacientes el motivo de cambio fue respuesta subóptima. La media del recuento basal de linfocitos fue de  $1.3 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Al mes del inicio del tratamiento se objetivó una disminución media de  $0.52 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Un solo paciente mostró una linfopenia grado 4. Ningún paciente presentó efectos adversos graves ni aumento de la tasa de infecciones.

#### **CONCLUSIONES**

Ponesimod es un fármaco bien tolerado por los pacientes de nuestra cohorte de pacientes siendo su eficacia y seguridad similar a la descrita en ensayos pivotales. Hasta la fecha no se han detectado problemas de seguridad ni tolerabilidad y ningún paciente ha tenido que suspender el tratamiento.



#### **ED-34. POSTPARTO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: REDUCCIÓN EFECTIVA DE BROTES Y LESIONES EN RESONANCIA MAGNÉTICA**

C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>, C. Camacho Grande<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, E. Alba Suárez<sup>(1)</sup>,  
C. Bullón Sánchez<sup>(1)</sup>, N. Izquierdo Méndez<sup>(2)</sup>, N. Pérez Pérez<sup>(2)</sup> y I. Gómez Estévez<sup>(1)</sup>  
*(1)Neurología, (2)Obstetricia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

#### **OBJETIVOS**

El aumento de brotes en el postparto en pacientes con EM hace que algunas pacientes decidan no quedarse embarazadas.

Objetivo: Analizar los factores antes y durante el embarazo que influyen en el postparto y proponer nuestra estrategia para reducir la actividad en el postparto.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo longitudinal en pacientes embarazadas con EM desde 2015. Análisis de las características demográficas, clínicas y radiológicas previas al embarazo, en embarazo y en el postparto. Se implementa una estrategia para reducir los brotes en el postparto basada en iniciar tratamiento DMT postparto en pacientes activas y realizar una RM craneal a los dos meses del parto instaurando tratamiento si había actividad radiológica.

#### **RESULTADOS**

128 mujeres fueron analizadas: edad media 35 años (25-47). 28,3% habían tenido un brote en los 2 años previos al embarazo, 28,3 % lesiones nuevas en T2 y 21,6% lesiones captantes de gadolinio; 10% tuvieron un brote durante el embarazo. El 31,5% no tenían DMT previo, el 16% había hecho reproducción asistida y 24% parto por cesárea.

Solo el 7% tuvo un brote y 12% lesiones nuevas en T2 en los 6 primeros meses del postparto. El 36% recibieron tratamiento DMT a los quince días post parto y 8% después de la RM postparto mostrando actividad.

Tener brotes (p: 0,004), número de brotes (p: 0,03) y presencia de lesiones captantes (p: 0,001) previos al embarazo fueron los factores que correlacionaban significativamente con los brotes postparto. Los anticonceptivos, la reproducción asistida, la edad y el tratamiento previo no correlacionaban con la actividad clínica postparto.

#### **CONCLUSIONES**

La baja tasa de brotes postparto en nuestra cohorte es debida a que la mayoría de nuestras pacientes estaban estables los dos años previos y a que 36% fueron tratadas a los 15 días del postparto.

No conflicto de intereses.



## **ED-35. UTILIDAD DEL SIGNO DE LA VENA CENTRAL EN PACIENTES CON LESIONES HIPERINTENSAS EN T2 EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA**

C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>, I. Gómez Estévez<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, P. Salgado Cámara<sup>(1)</sup>, J. Quezada Sánchez<sup>(1)</sup>, J. Alvarez-Linera<sup>(2)</sup> y E. Alba Suárez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Ruber Internacional. Madrid.

### **OBJETIVOS**

El signo de la vena central (CVS) es un signo novedoso que se detecta en la secuencia SWI en resonancias de alto campo (3 T) que muestra una vena cruzando la lesión hiperintensa y que se evidencia en la esclerosis múltiple (EM).

Objetivo: Estudiar si el signo de la vena central puede ser útil para el diagnóstico diferencial de pacientes con lesiones hiperintensas en T2 , usando la secuencia SWI en la Resonancia magnética cerebral.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo. Se realizan RM craneales con las secuencias habituales y la secuencia SWI a pacientes con Esclerosis Múltiple confirmada y a pacientes con diagnóstico incierto que presentan lesiones hiperintensas en T2 en la RM craneal. Se recogen las variables clínicas, de LCR y de OCT en los casos de diagnóstico incierto.

### **RESULTADOS**

Se analizan 10 pacientes : 5 con diagnóstico incierto y 5 con EM confirmada con RM cumpliendo criterios de McDonald y BOC de IgG en LCR positivas. Los pacientes de EM tienen entre 90-100% de lesiones hiperintensas en T2 que muestran CVS en la secuencia SWI. Los 5 de diagnóstico incierto muestran BOC de IgG en LCR negativas. 2 de ellos no tienen ninguna lesión con CVS : uno que se acaba de diagnosticar de migraña y enfermedad de pequeño vaso y otra paciente que es MOG positivo. Otros dos tienen hasta 20% de CVS y se acaban de diagnosticar de NMOSD doble negativo. Una paciente con cefalea muestra un 80% de lesiones con CVS y por ello se van a repetir todas las pruebas diagnósticas. Resumiendo 4 de los 5 pacientes con diagnóstico incierto no tienen CVS o muy pocas y por tanto se podría descartar la EM.

### **CONCLUSIONES**

El signo de la vena central podría ser útil para descartar el diagnóstico de EM en pacientes con diagnóstico incierto.

Sin conflictos de intereses.



### ED-36. CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRAS TRATAMIENTO CON CLADRIBINA. UNA SERIE DE CASOS

A. García Leal<sup>(1)</sup>, I. Puertas Muñoz<sup>(1)</sup>, L. Lacruz Ballester<sup>(1)</sup>, G. Torres Iglesias<sup>(1)</sup> y A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

Cladribina, fármaco indicado para el tratamiento de esclerosis múltiple (EM) remitente activa, supone un cambio de paradigma de tratamiento por su forma de administración (dos pulsos en dos años). Se analiza la eficacia y seguridad de tratamiento con Cladribina (pacientes que han completado dos años de tratamiento) en una Unidad de EM de un hospital terciario.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con EM tratados con Cladribina (dos años). Se analizan perfiles de pacientes, seguridad y eficacia.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes. 69% Mujeres. 46 años ( $\pm$  8,24), EDSS inicio 3 (RI 7). 14% Naive. 86% con tratamientos previos (uno 28%, dos 24%, tres o más 24%). Tratamientos previos: 20% natalizumab, 7% fingolimod, 4% alemtuzumab, 14% teriflunomida, 14% dimetilfumarato, 17% interferones, 10% glatiramero.

Años transcurridos desde primer ciclo: 24% 5 años, 4% 4 años, 41% 3 años, 31% 2 años. 4 pacientes (14%) tuvieron brotes a los 30, 12, 11 y 10 meses (tratamiento previo 2 Natalizumab, 1 Alemtuzumab, 1 Fingolimod). 4 pacientes (14%) tuvieron lesiones nuevas en Resonancia Magnética (RM) (tratamientos previos: 2 Natalizumab, 1 Alemtuzumab, 1 teriflunomida). No hubo infecciones ni efectos adversos. 7% retrasaron el 2º ciclo por linfopenia ( $< 0.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ ). 3 pacientes (10%) cambiaron de tratamiento.

#### CONCLUSIONES

La eficacia de Cladribina en nuestra serie disminuye en pacientes que provienen de terapias de alta eficacia, manteniendo control de enfermedad en 2/3 de los pacientes. Es necesario más tiempo de seguimiento para conocer porcentaje de pacientes que necesitan cambio de tratamiento y/o nuevo ciclo.



## **ED-37. EXPERIENCIA CLÍNICA CON OFATUMUMAB: PERFIL DEL PACIENTE Y SEGURIDAD**

C. Oreja-Guevara<sup>(1)</sup>, L. García Vasco<sup>(1)</sup>, E. Alba Suárez<sup>(1)</sup>, P. Salgado Cámara<sup>(1)</sup>,  
C. Bullón Sánchez<sup>(1)</sup> y I. Gómez Estévez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

El ofatumumab es el primer anticuerpo monoclonal aprobado que se puede usar en pacientes navie con enfermedad activa clínica o radiológica. Es un nuevo anticuerpo antiCD20 subcutáneo comercializado en noviembre 2022 que se aplica una vez al mes.

Objetivo: Analizar las características del perfil de pacientes que inicia tratamiento con ofatumumab y la seguridad en los primeros 7 meses de tratamiento.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo. Análisis de las características demográficas, los tratamientos previos y los motivos del cambio de pacientes que inician ofatumumab . Se analizan los efectos secundarios a corto y medio plazo.

### **RESULTADOS**

31 pacientes (19 mujeres) fueron estudiados con una edad media en los hombres de 42 años (24-65) y en mujeres de 41 (25-60). El 23% eran naïve, 23% cambios de tratamientos de primera línea y el 54% desde tratamientos de segunda línea: 9% ocrelizumab, 22% fingolimod, 9% cladribina, 6% natalizumab, 3% alemtuzumab, y 6% ensayos clínicos. Los motivos del cambio fueron la actividad clínica y radiológica 25% , la actividad clínica 25% , la actividad radiológica 19% , la seguridad 2% , preferencias del paciente 19% , y otros 10% . En cuanto a seguridad: solo dos pacientes experimentaron un síndrome pseudogripal moderado en la primera inyección. Durante los 7 meses de experiencia con este tratamiento no se han observado infecciones oportunistas, ni aumento de las enzimas hepáticas, ni linfopenia de grado 4.

### **CONCLUSIONES**

La indicación de este tratamiento favorece iniciar el tratamiento de la EM con fármacos de alta eficacia y en nuestro caso ha supuesto un 23% de todos los tratados con ofatumumab. El principal motivo para cambiar es la actividad clínica. El perfil de pacientes difiere del perfil de otros anticuerpos monoclonales usados de forma más tardía. El perfil de seguridad es bueno.



### ED-38. EXPERIENCIA INICIAL CON PONESIMOD

R. Leal Hidalgo<sup>(1)</sup>, Y. Higuera Hernández<sup>(2)</sup>, M. L. Martínez Ginés<sup>(1)</sup>,  
A. Meldaña Rivera<sup>(2)</sup>, J. P. Cuello<sup>(1)</sup>, H. Goicoechea Briceño<sup>(1)</sup> y J. M. García Domínguez<sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

#### OBJETIVOS

Ponesimod es un modulador selectivo de esfingosina-1-fosfato. Presentamos los primeros pacientes incluidos en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de experiencia con Ponesimod en práctica clínica habitual en unidad especializada. Describimos características basales demográficas, clínicas, radiológicas, neuropsicológicas (Brief Repeatable Battery ampliada con el Trial Making Test) y de calidad de vida incluyendo Multiple Sclerosis Quality of Life 54 (MSQoL54), Multiple Sclerosis Fatigue Severity Scale (MFIS) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de pacientes que inician Ponesimod con datos de seguridad y tolerancia en seguimiento inicial.

#### RESULTADOS

Inician Ponesimod 7 pacientes (4 mujeres) EMRR. Al inicio de Ponesimod mediana 7 años evolución (RIC 3,16). Mediana de EDSS 1.5 (RIC 0, 2), ningún paciente EDSS >3. Tres pacientes (43%) 1 TME, cuatro (57%) 2 TME previos. Motivo cambio: no eficacia: 4; seguridad: 2; efectos adversos: 1. En año previo, 4 sin brotes, 2 un brote, 1 dos. RM basal: 6 (86%) carga lesional moderada, 1 elevada, ninguno lesiones captantes de gadolinio.

Tres (43%) DCL (1 amnésico, 2 disejecutivo). Estos dos últimos mala percepción de calidad de vida. Dos (29%) reportaron impacto de fatiga en vida cotidiana (1 sin deterioro cognitivo, 1 DCL). Percepción de calidad de vida general buena en todos los pacientes.

En 31 meses de exposición 1 caso de infección respiratoria, ninguno grave. En pacientes con seguimiento >3 meses<sup>(4)</sup> no alteraciones hepáticas ni linfopenia severa.

#### CONCLUSIONES

Los pacientes con Ponesimod son jóvenes con discapacidad leve, baja actividad clínica el año previo y carga lesional moderada. La mayoría cambió por falta de eficacia o fallos en tolerancia/seguridad. Son pacientes sin deterioro cognitivo o con DCL, la mayoría sin afectación importante en calidad de vida, fatiga, ansiedad o depresión.

No existen conflictos de intereses por parte de los autores.



## **ED-39. IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS VESICALES E INTESTINALES EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

V. Meca-Lallana<sup>(1)</sup>, M.J. Arriaza<sup>(2)</sup>, E. Bermejo<sup>(3)</sup>, B. Del Río<sup>(1)</sup>, I. Perez<sup>(5)</sup>, M. D. L. A. Vidal<sup>(5)</sup>, S. Matarranz<sup>(5)</sup> y L. Lopez-Fando<sup>(4)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de EM. Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, <sup>(3)</sup>Cirugía General y Digestivo, <sup>(5)</sup>Enfermería, <sup>(4)</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Los síntomas de vejiga e intestino son muy comunes en pacientes con esclerosis múltiple (EM). Alrededor del 95% de los pacientes con EM presentarán problemas de vejiga e incontinencia, y hasta el 70% experimentarán problemas intestinales, como estreñimiento y/o pérdidas intestinales. El manejo diagnóstico y terapéutico de estas alteraciones debe ser multidisciplinario. Crear una ruta asistencial eficiente en un hospital de tercer nivel para el diagnóstico y tratamiento precoz y multidisciplinar de los trastornos vesicales e intestinales en pacientes con EM, y evaluar su utilidad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para el diseño de la vía se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por: neurólogo, urólogo, coloproctólogo, médico especialista en medicina física y rehabilitación, enfermera especialista en EM y enfermera especialista en intestino y vejiga. Se realizaron 3 fases: Fase 1: Identificación de documentos relevantes en estos temas; Fase 2: identificación de la ruta de atención actual; Fase 3 identificación de la vía de atención ideal.

### **RESULTADOS**

Se estableció una vía de atención para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos vesicales e intestinales en pacientes con EM. Se incluyeron diferentes escalas para el manejo del paciente para la identificación temprana de síntomas y medición de la calidad de vida. Se establecieron sesiones multidisciplinarias como punto de encuentro para incrementar la comunicación entre los profesionales. Se iniciará un proceso de auditoría externa para evaluar el cumplimiento.

### **CONCLUSIONES**

El manejo multidisciplinar es esencial para los trastornos de la vejiga y el intestino en pacientes con EM. Durante la creación de la ruta, el aumento de la comunicación se tradujo en una mejor gestión de los pacientes incluso antes de la implementación de la ruta de atención. Estos procesos estandarizados mejoran la calidad de atención de los pacientes. Financiado parcialmente por Wellspect.



#### ED-40. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-MOG

V. Peña Blanco<sup>(1)</sup>, O. Calabia González<sup>(1)</sup>, A. García Cabello<sup>(1)</sup> y R. Téllez Pérez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Inmunología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

#### OBJETIVOS

La enfermedad asociada a anticuerpos anti-MOG (MOGAD) abarca un amplio espectro de manifestaciones clínicas que pueden superponerse con otras enfermedades desmielinizante. Estudiamos las características clínicas y analíticas de los pacientes con anticuerpos anti-MOG diagnosticados en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una serie de pacientes en los que se detectó anticuerpos anti-MOG durante el periodo 2019-2023. Se realizó determinación de anticuerpos anti-MOG (células transfectadas, IIFT NMOSD, Euroimmun®) y los datos clínicos y demográficos se obtuvieron por revisión sistemática de las historias clínicas.

#### RESULTADOS

Se analizaron 54 muestras correspondientes a 27 pacientes con anticuerpos anti-MOG positivos [59% mujeres, edad media 44 (9-72)].

El 22% de las muestras correspondían a un positivo claro (título  $\geq 1/100$ ), el 17% fueron catalogadas como positivas de forma cualitativa y el 44% eran positivos débiles (título entre  $1/10$  y  $<1/100$ ). El 17% de las muestras fueron informadas como no detectable.

Los fenotipos clínicos observados fueron: NO (n=8, el 38% recurrente), mielitis (n=2), CRION (n=1), sintomatología overlap de mielitis y NO (n=2), no concluyente (n=3) y síndrome del cono medular (n=1). No se obtuvo información clínica de 8 pacientes.

En 12 de los pacientes se monitorizaron niveles de anticuerpos anti-MOG durante una media de 11 meses (2-42), observando persistencia de estos anticuerpos hasta en 7 pacientes.

De los 17 pacientes a los que se realizó determinación de BOC, sólo 3 fueron positivos (patrón 2). Dos de ellos correspondían a pacientes con positividad débil o borderline con diagnóstico no concluyente y uno era MOGAD.

#### CONCLUSIONES

Los pacientes con anticuerpos anti-MOG positivo claro mostraban eventos clínicos de NO y/o mielitis. En aquellos pacientes informados como positivos sin título de anticuerpos, es fundamental conocer los datos clínicos para poder realizar el diagnóstico de MOGAD.

Los pacientes con anticuerpos positivo débil o borderline negativizaban los anticuerpos anti-MOG en muestras sucesivas.



## **ED-41. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VIRTUAL EN LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ESTUDIO REHAVBR): DATOS INICIALES DE RECLUTAMIENTO**

V. Meca-Lallana<sup>(1)</sup>, C. Aguirre<sup>(1)</sup>, B. del Rio<sup>(1)</sup>, P. Spottorno<sup>(2)</sup>, L. García<sup>(2)</sup>, N. Medrano<sup>(3)</sup>, C. Díaz<sup>(1)</sup>, J. Mauriño<sup>(3)</sup> y A. Vázquez<sup>(2)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de EM. Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(3)</sup>Roche. Roche España. (Madrid).*

### **OBJETIVOS**

Se ha demostrado que la rehabilitación cognitiva y física tienen efectos positivos sobre la movilidad, la cognición, la fatiga y la calidad de vida en Esclerosis Múltiple, aunque la evidencia está limitada por la dificultad en el diseño de ensayos clínicos aleatorizados en Rehabilitación. No todos los pacientes pueden acceder a los programas de rehabilitación. La rehabilitación de realidad virtual (VR) se propone como una herramienta para superar inconvenientes. Aunque los programas de entrenamiento basados en RV muestran resultados prometedores en enfermedades neurológicas, hay poca evidencia de su utilidad en la EM. El objetivo primario fue la satisfacción de los pacientes con EM con un programa VRR. Presentamos datos preliminares sobre las peculiaridades de reclutamiento.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo, simple ciego, de un solo centro. El diseño del estudio incluyó dos evaluaciones de satisfacción con el programa VRR. Debido a las características del diseño del estudio, se realizó un cálculo del tamaño de la muestra para el objetivo primario, así como un cálculo del tamaño de la muestra para los objetivos secundarios. Se consideró un tamaño de muestra que serviría de base para futuras investigaciones con un tamaño de muestra mayor.

### **RESULTADOS**

Aunque se esperaba reclutar 48 pacientes, solo 33 pacientes se incluyeron en el estudio. Las dificultades de reclutamiento incluyeron: limitaciones para aceptar el programa debido al trabajo, responsabilidades familiares, las distancias del hospital y la presencia de la pandemia de COVID-19. En cuanto a la adherencia, una vez reclutados, la mayoría de los pacientes realizaban todas las sesiones. Estos resultados sugieren que la motivación para realizar la rehabilitación fue alta.

### **CONCLUSIONES**

Existen pocos ensayos clínicos aleatorizados en Rehabilitación de la Esclerosis Múltiple. Una de las razones es la dificultad en el diseño, pero también en el reclutamiento de pacientes. En nuestro ensayo observamos estas dificultades a pesar del diseño novedoso y la gran aceptación inicial de los pacientes.

Financiación total por Roche.



**ED-42. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON CLADRIBINA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE MÁS ALLA DE LOS 4 AÑOS. FACTORES PRONÓSTICOS PARA RE TRATAMIENTO**

V. Meca-Lallana<sup>(1)</sup>, C. Aguirre<sup>(1)</sup>, C. Diaz<sup>(1)</sup>, B. del Rio<sup>(1)</sup>, J. Millán<sup>(2)</sup> y J. E. Meca-Lallana<sup>(2)</sup>

*(1)Unidad de EM. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa.*

*Madrid. (2)Unidad e EM. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).*

**OBJETIVOS**

Describir nuestra población de pacientes con Esclerosis Múltiple tratados con Cladribina: Perfil clínico/radiológico/inmunofenotípico de pacientes más allá del cuarto año. Establecemos posibles factores de riesgo para nueva actividad de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo y observacional de práctica clínica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS, IBM Corp) 25.0.

**RESULTADOS**

92 pacientes. Edad media 42,8 (DE10,3), tiempo medio desde la enfermedad 8,7 (DE7). Número medio de tratamientos previos 0,8 (DE 0,9).Tasa de brotes0,7 (DE 0,7), EDSS basal 2,3 (DE1), lesiones Gd medias 1,3 (DE 0,8).De los pacientes que llegan al año 4 (N:31) y 5 (N:12) (n:43),presentaron actividad 17:7 en los años 4 y 5; 6 en el año 3;3 en el año 2 y 1 en el año 0. De los 49 pacientes restantes (año 0-3),solo un paciente presentó actividad en el año 3.Mejoramos el perfil del paciente para cladribina a lo largo de los años: tratamiento temprano, menos lesiones Gd+ y menos lesiones de la médula espinal. Los pacientes que presentaron actividad en los años 4 y 5 tenían más lesiones captantes de Gd (media 0,7DE1,8vs03DE0,6), más lesiones medulares (75%vs57%) y eran más jóvenes (43DE9vs47DE12) Los pacientes que presentan actividad en el año 3 en comparación con los pacientes sin actividad: eran más jóvenes (35DE7vs46 DE10,6), tenían menor tiempo de enfermedad (6años-DE4,7-vs10,2años-DE7,8) y más lesiones captantes en RM basal (media2DE2vs0.4DE0,7). Únicamente en pacientes sin actividad más allá del año 5 mantienen linfopenia relativa por debajo del 20%.

**CONCLUSIONES**

Encontramos un mejor perfil de pacientes para cladribina: tratamiento temprano, menos lesiones Gd+,menos lesiones en médula espinal. Los pacientes más jóvenes, con más actividad de resonancia magnética y lesiones de la médula espinal tienen un mayor riesgo de presentar actividad en el año 4/5(podría ser un subgrupo para retratamiento en año 4).Cambios sutiles en el inmunofenotipo para predecir la actividad.



### **ED-43. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON OFATUMUMAB EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRIMEROS MESES DE USO**

V. Meca-Lallana<sup>(1)</sup>, C. Aguirre<sup>(1)</sup>, C. Díaz<sup>(1)</sup>, M. Domínguez<sup>(1)</sup>, B. del Río<sup>(1)</sup> y J. Vivancos<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad de EM. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

#### **OBJETIVOS**

Ofatumumab es un IgG1Ab humano con doble unión al receptor CD20. Su vía de administración es subcutánea. Produce depleción selectiva y rápida de linfocitos B. Presentamos nuestra experiencia en primeros meses de uso

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional prospectivo de práctica clínica diaria. Describimos características demográficas, características de la enfermedad, seguridad y subpoblaciones linfocitarias

#### **RESULTADOS**

14 pacientes, 64% mujeres, edad media 35,3 (DE 9,3), tiempo de evolución de la enfermedad 7,5 (DE 6), 22% pacientes naïve. Número medio de tratamientos previos 1,6 (DE 1,3), el 72 % de los cambios se debieron a una respuesta subóptima, 43% venían de tratamientos orales plataforma. Tasa de brotes basal 0,9 (DE 0,7), EDSS inicial 2,4 (DE 0,7). 12 pacientes tenían lesiones GD+, número medio de lesiones captantes 1,4 (DE 1). 12 pacientes presentaron reacciones sistémicas después de la primera inyección 6 horas de media tras la inyección. Estas reacciones disminuyeron progresivamente: 4 pacientes las presentaron después de la segunda inyección y 2 después de la tercera. Reacciones más frecuentes: cefalea y síndrome pseudogripal (92%) fiebre (75%). No reacciones locales. Tras la primera dosis (semana 1) el porcentaje medio de CD19+ fue 0,55%, tras la segunda dosis (semana 2) 0,27%, tras la cuarta dosis (mes 1) 0,04% y tras la sexta dosis (mes 3) 0,09%

#### **CONCLUSIONES**

La tolerabilidad de ofatumumab es buena. Observamos reacciones sistémicas tardías frecuentes después de la primera inyección, pero leves y disminuyen con el tiempo. Observamos rápida reducción de CD19+. Necesitamos más datos y un seguimiento a largo plazo.



## Enfermedades neuromusculares (EN)

### EN-01. ¿ES LA IMAGEN UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VARIANTES DE CIDP?

M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, M. Díaz Del Valle <sup>(1)</sup>,  
C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup>,  
E. Escolar Escamilla <sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade <sup>(1)</sup>, B. Martínez Menéndez <sup>(1)</sup>,  
R. Terrero Carpio <sup>(1)</sup> y A. B. Pinel González <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

#### OBJETIVOS

Demostrar la importancia de la neuroimagen de plexo en el diagnóstico diferencial de las variantes de CIDP.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos pacientes con clínica subaguda y progresiva de debilidad y déficit sensitivo asimétrico de extremidad superior de larga evolución sugerentes de variantes de CIDP.

#### RESULTADOS

Paciente 1: mujer de 52 años con clínica de 6 años de evolución de debilidad y parestias en musculatura dependiente de raíces C8-T1 izquierdas. El ENG muestra datos de plexopatía braquial izquierda incompleta. Se realiza RMN de plexo que muestra engrosamiento de plexo braquial izquierdo homogéneo, así como antigangliósidos positivos. Se establece el diagnóstico de variante focal de CIDP y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas iv periódicas con mejoría.

Paciente 2: varón de 19 años con clínica de 1 año de evolución consistente en disartria, debilidad y parestias en 4º y 5º dedo de mano derecha, junto con arreflexia universal y fasciculaciones linguales exploratorias. El ENG muestra datos sugerentes de PNP sensitivomotora y desmielinizante con bloqueos en sitios inhabituales. La RMN de plexo muestra afectación bilateral asimétrica. Se establece el diagnóstico de variante multifocal de CIDP y se inician inmunoglobulinas ineficaces, replanteando el diagnóstico; por lo que se solicita biopsia de nervio sural demostrándose asimetría de fibras mielínicas interfascicular compatible con MADSAM. Se inician megadosis de esteroides con mejoría progresiva.

#### CONCLUSIONES

La imagen de plexo nos ayuda a caracterizar mejor las variantes de la CIDP, en un intento de adecuar la inmunoterapia de primera línea y su mantenimiento en el tiempo para evitar recidivas.



## EN-02. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS NEUROMUSCULARES POR FÁRMACOS INHIBIDORES DEL CHECKPOINT

C. Moreno López<sup>(1)</sup>, J. L. Chico García<sup>(1)</sup>, G. García Alcántara<sup>(1)</sup>,  
R. López Rebolledo<sup>(1)</sup>, B. E. Martínez García<sup>(1)</sup>, G. Cabañas Ingenios<sup>(1)</sup>,  
N. García Barragán<sup>(1)</sup>, B. Zarza Sanz<sup>(1)</sup>, Í. Corral Corral<sup>(1)</sup>, R. Álvarez Velasco<sup>(1)</sup> y  
F. J. Buisan Catevilla<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### OBJETIVOS

El diagnóstico y tratamiento de los efectos adversos neuromusculares (NMiEA) asociados a los inhibidores del punto de control inmunológico (ICI) sigue siendo controvertido. Describimos nuestra experiencia con los efectos adversos neuromusculares tipo miositis, miastenia gravis (MG) y síndromes overlap miositis-MG.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye a pacientes con NM-iEA atendidos en nuestro centro entre 2015-2022.

### RESULTADOS

Trece pacientes fueron incluidos, 4 (30,8%) presentaron miositis, 7 (53,8%) MG y 2 (15,4%) overlap. Ninguno presentaba síntomas neurológicos previo al inicio del fármaco. El 84,6% recibieron inhibidores de PD1 y el 15,4% una combinación de PD1+CTLA4, con una mediana (RIC) de 49 (30-225) días entre la primera dosis y el inicio de los síntomas. La clínica más frecuente fueron las formas bulbares y las generalizadas. Seis pacientes (46,1%) presentaron anticuerpos contra el receptor de acetilcolina (AChR) y otros 6 anticuerpos antimúsculo estriado. El 92,3% interrumpió el ICI. El 92,3% recibió piridostigmina, el 76,9% corticoides. Los más graves recibieron inmunoglobulinas (46,2%) y recambio plasmático (30,8%). Solo un paciente recibió Rituximab. Tres (23%) requirieron ventilación mecánica, pero fallecieron por fracaso respiratorio (todos manifestaron síntomas bulbares graves al inicio). El resto tuvo una respuesta neurológica favorable. Un paciente mostró negativización de los anticuerpos AChR.

### CONCLUSIONES

Los efectos adversos neurológicos de los ICP no son muy frecuentes, pero son potencialmente mortales. Se necesitan más estudios para clarificar el manejo de estas complicaciones. Probablemente el diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo con inmunoterapia puedan ser la clave.

No existen conflictos de interés.



### EN-03. AFECTACIÓN NEUROPÁTICA EN LA AMILOIDOSIS POR TRANSTIRRETINA ESPORÁDICA

N. Morato Martín<sup>(1)</sup>, M. Ballesteros Sánchez<sup>(1)</sup>, L. Martínez Vicente<sup>(2)</sup> y L. Galán Dávila<sup>(2)</sup>

*(1)Estudiante de Medicina, (2)Unidad de Neuromuscular del Hospital. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

#### OBJETIVOS

La amiloidosis por transtirretina esporádica (ATTRwt) es una enfermedad multisistémica por depósitos amiloides. Tradicionalmente, ha sido considerada una patología preeminentemente cardiológica. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la afectación neurológica en la ATTRwt es más importante de lo que se creía. En este trabajo, se ha realizado un estudio neurológico exhaustivo con el objetivo de contribuir a una mejor caracterización epidemiológica, clínica y funcional de la neuropatía.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre abril de 2022 y febrero de 2023, se reclutaron 14 pacientes con ATTRwt en el Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Los participantes respondieron a varios cuestionarios clínicos destinados a evaluar los síntomas neuropáticos y su impacto funcional y en la calidad de vida. También se sometieron a una exploración neurológica, a pruebas funcionales y a una medición de conductancia electroquímica cutánea (CEP). Además, se consultaron sus datos analíticos y electroneurográficos (ENG).

#### RESULTADOS

La cohorte incluyó 14 varones con una edad media de 83,07 años (DE 6,39). Un 71,4 % tenía datos ENG de neuropatía, principalmente axonal y sensitivo-motora. La puntuación mediana fue de 8 (RI 8) en la Neuropathy Impairment Score (NIS) y de 1 en los estadios FAP (Familial Amyloid Polyneuropathy) y PND (Polyneuropathy Disability Score). Un 85,7 % tenía síndrome del túnel carpiano bilateral. La CEP estuvo alterada en el 64,3 %, aunque con escasa repercusión en las escalas COMPASS-31 (Composite Autonomic Symptom Score; mediana 12) y SAS (Survey of Autonomic Symptoms; mediana 7,5). Un 69,2 % reportó disminución de su calidad de vida según la escala Norfolk.

#### CONCLUSIONES

La neuropatía de fibra gruesa y la disautonomía son frecuentes en la ATTRwt. Aunque su impacto clínico y funcional es leve-moderado, suponen una merma en la calidad de vida de los pacientes. Este hecho arroja luz sobre la enfermedad y abre la puerta a nuevas alternativas terapéuticas.



### Datos electroneurográficos (ENG)

<b>Afectación sensitiva</b>	71,4 % (n = 10)
<b>Afectación motora</b>	50 % (n = 7)
<b>Neuropatía axonal</b>	75 % (n = 6)
<b>Neuropatía desmielinizante</b>	25 % (n = 2)
<b>Síndrome del túnel carpiano</b>	85,7 % (n = 12)

### Conductancia electroquímica de la piel (CEP)

<b>CEP alterada en manos (&lt;60 <math>\mu</math>S)</b>	50 % (n = 7)
<b>CEPp alterada en pies (&lt;70 <math>\mu</math>S)</b>	64,3 % (n = 9)
<b>CEP media en manos (<math>\mu</math>S)</b>	57,71 (DE 19,12)
<b>CEP media en pies (<math>\mu</math>S)</b>	53,93 (DE 18,38)



**EN-04. OFTALMOPLEJIA AGUDA CON PTOSIS PALPEBRAL Y MIDRIASIS BILATERAL  
ARREACTIVA EN EL SÍNDROME DE MILLER-FISHER. A PROPÓSITO DE UN CASO**

V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, L. Palliotti<sup>(1)</sup>, P. Gutiérrez Bedia<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>,  
L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, E. M. López Valdés<sup>(1)</sup>, A. Marcos Dolado<sup>(1)</sup>,  
R. C. Ginestal López<sup>(1)</sup>, M. N. Gómez Ruiz<sup>(2)</sup>, P. Mayo Rodríguez<sup>(1)</sup>, V. Gajate García<sup>(1)</sup>  
y A. Horga Hernández<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Radiología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**OBJETIVOS**

El síndrome de Miller-Fisher constituye una variante rara del síndrome de Guillain-Barré, que cursa con oftalmoparesia, ataxia y arreflexia. El objetivo es presentar un caso que adicionalmente presenta ptosis palpebral y midriasis fija bilateral.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de un varón de 57 años con un cuadro compatible con síndrome de Miller-Fisher que como hallazgo inhabitual asocia ptosis palpebral y midriasis bilateral arreactiva con realce de ambos nervios oculomotores en la resonancia magnética (RM).

**RESULTADOS**

Varón de 57 años, sin antecedentes, que consulta por cuadro agudo de inestabilidad de la marcha, visión borrosa y dolor cervical, varios días después de una infección respiratoria leve. A la exploración, presenta pupilas midriáticas no reactivas a luz ni acomodación, oftalmoplejia completa con afectación de todos los movimientos oculares, ptosis palpebral bilateral, debilidad de la musculatura facial bilateral, arreflexia generalizada y marcha atáxica, sin pérdida de fuerza. Se realiza análisis de líquido cefalorraquídeo con disociación albúmino-citológica y RM cerebral en la que se visualiza realce difuso postcontraste en el trayecto cisternal de ambos nervios oculomotores (III par craneal). Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, con mejoría progresiva de la ataxia y afectación pupilar (con pupilas medias reactivas al alta), y en menor grado de la oftalmoparesia.

Tras el alta se realiza estudio electromiográfico que confirma ausencia de reflejo H bilateral, y el paciente continúa evolucionando favorablemente.

**CONCLUSIONES**

La afectación pupilar en el síndrome de Miller-Fisher es un hallazgo inhabitual, habiéndose descrito tanto pupilas tónicas con disociación cerca-luz como midriáticas fijas. Nuestro paciente presenta midriasis fija arreactiva (además de oftalmoplejía y ptosis) en probable relación con afectación parasimpática a nivel preganglionar por inflamación de ambos nervios oculomotores demostrada en RM.

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses.



## **EN-05. MANIFESTACIÓN LEVE DE UNA MIOPATÍA NEMALÍNICA ASOCIADA A NEBULINA: UN CASO ATÍPICO DE INICIO JUVENIL**

C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>,  
C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, E. Sanz Barbero <sup>(2)</sup>, B. Gil Fournier <sup>(3)</sup>,  
S. Ramiro León <sup>(3)</sup> y A. Pinel González <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurofisiología Clínica, <sup>(3)</sup>Genética. Hospital Universitario de Getafe.  
Getafe (Madrid).

### **OBJETIVOS**

Las miopatías nemalínicas (MN) son una forma rara de miopatía. Forman un grupo heterogéneo de enfermedades congénitas, con mutaciones descritas en más de 12 genes. En la mayoría de casos son enfermedades rápidamente progresivas y discapacitantes que pueden implicar ventilación mecánica y nutrición enteral. Presentamos un caso clínico de inicio juvenil y curso leve.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 21 años de ascendencia marroquí, en estudio desde la adolescencia por uveítis intermedia inactiva, aftas orales, acné y artralgias. Diagnosticada de posible síndrome de Behçet aunque con HLA-B51 negativo y elevación de ECA, planteándose el diagnóstico alternativo de sarcoidosis. Está en tratamiento con colchicina.

Desde los 19 años presenta mialgias y debilidad para ejercicio, subida de escaleras y manipulación, sin impacto significativo en su vida diaria. En analítica presenta elevación de CK y aldolasa. En EMG hay datos de miopatía leve-moderada en musculatura proximal, sin datos de PNP. La RMN muscular y cerebral son normales. Se realiza autoinmunidad general y panel para miopatías inflamatorias que resultan negativos.

### **RESULTADOS**

La paciente tiene antecedentes de una abuela con dificultades para la deambulación desde la juventud. Se realiza estudio genético, detectándose una mutación en homocigosis en NEB, no descrita previamente en bases poblacionales (pendiente del estudio de segregación familiar). La biopsia muscular es compatible con MN.

### **CONCLUSIONES**

Presentamos un caso de NM por mutación en homocigosis en NEB, no descrita previamente en bases poblacionales. Aunque las NM de inicio juvenil se asocian a un curso más benigno, el curso lento y sin discapacidad es atípico en mutaciones de NEB.



## EN-06. SÍNDROMES NEUROMUSCULARES ASOCIADOS A NEOPLASIAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>,  
L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, A. Guerrero Sola<sup>(1)</sup> y A. Horga Hernández<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes con sNM (síndromes neuromusculares) asociados a neoplasias estudiados en un centro hospitalario español de tercer nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron historias clínicas de pacientes evaluados en planta de hospitalización de Neurología y en consultas de la Unidad de Neuromuscular de un hospital de tercer nivel desde el año 2019 hasta el presente. Se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de un sNM (neuropatías y polirradiculoneuropatías, trastornos de la unión neuromuscular y miopatías) en dicho intervalo de tiempo y que, bien presentaban antecedente de neoplasia reciente, bien esta se objetivó a raíz del diagnóstico.

### RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes (9 mujeres, 31-80 años; tiempo al diagnóstico del cáncer respecto al del sNM (-5)-2 años), conformando los siguientes grupos (por orden de frecuencia): neuropatías asociadas a neoplasias hematológicas (7, 36.8%), miastenia gravis asociada a timoma (5, 26.3%), sPNP (síndromes paraneoplásicos) clásicos (3, 15.7%, todos neuronopatías sensitivas). Además, se localizaron 4 casos de asociaciones no establecidas (sPNP “posible” según la PNS-Care Score): adenocarcinoma de recto (sin tratamiento inmunoterápico) y miastenia gravis de presentación atípica (sin afectación oculomotora ni bulbar), miopatía asociada a mesotelioma maligno, síndrome miasteniforme bulbar asociado a carcinoma de células de Merkel y polineuropatía sensitiva distal asociada a adenocarcinoma enteroide de recto.

### CONCLUSIONES

Entre nuestros pacientes con sNM asociados a neoplasias, las asociaciones más frecuentes fueron neuropatías y neoplasias hematológicas y miastenia gravis y timoma, con relativa infrecuencia de los sPNP “clásicos”. Además, describimos varios pacientes con sPNP “posible”, que podrían contribuir a ampliar el conocimiento sobre este espectro de patologías.

Sin conflictos de intereses.



## **EN-07. INESTABILIDAD DE LA MARCHA EN ADULTO CON QUISTE CEREBELOSO. PAPEL DE LA ANAMNESIS DIRIGIDA Y LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA**

R. García Yu <sup>(1)</sup>, R. J. Martínez Marin <sup>(1)</sup>, F.J. Rodríguez de Rivera Garrido <sup>(1)</sup> y C. Hervás Testal <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Descripción de caso de paciente con inestabilidad crónica de la marcha.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Exposición del caso y revisión bibliográfica.

### **RESULTADOS**

Varón de 42 años que consulta por inestabilidad de la marcha de 20 años de evolución. Antecedente de quiste aracnoideo retrovermiano en RM de estudio inicial, al que se atribuyó la sintomatología. El paciente es valorado por primera vez por Neurología de forma telefónica, dada la situación de pandemia por SARS-COV2, solicitando nueva RM craneal y derivación a Neurocirugía. Se indica consultar con Neurología urgente en caso de progresión.

Acude a Urgencias por empeoramiento de mes de evolución. En anamnesis no hay claros cambios en sintomatología, existiendo posibilidad de antecedentes familiares. En exploración destaca ataxia de la marcha con signos de afectación cerebelosa, alteración propioceptiva-palestésica y RCP extensor bilateral.

Ingresa en planta de Neurología y se realiza: pruebas de laboratorio y punción lumbar con resultados anodinos; RM cráneo-cervical sin hallazgos a destacar, salvo quiste cerebeloso previo estable; estudio electroneuromiográfico con neuropatía sensitiva grave y signos de afectación moderada de primera motoneurona de cuatro extremidades; ecografía de nervio con valores en límite bajo de la normalidad a nivel distal de miembros superiores. Finalmente, en estudio genético, se determina expansión de repeticiones GAA del gen FXN, compatible con ataxia de Friedreich.

### **CONCLUSIONES**

La ataxia de Friedreich es la ataxia hereditaria más frecuente, suele iniciar en etapa infanto-juvenil, y se caracteriza por ataxia progresiva, debilidad motora y alteraciones en la sensibilidad. El diagnóstico se basa en la confirmación genética y no disponemos de tratamiento curativo actualmente.

Los autores niegan presentar conflicto de intereses.



## EN-08. SECUELAS ULTRASONOGRÁFICAS DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: EXAMEN DE UNA COHORTE

R. González Sarmiento<sup>(1)</sup>, S. Gómez Anca<sup>(2)</sup>, L. Lacruz Ballester<sup>(1)</sup>,  
M. Alonso de Leciñana<sup>(1)</sup>, F. J. Rodríguez de Rivera<sup>(1)</sup> y R. J. Martínez Marín<sup>(1)</sup>  
*(1)Neurología, (2)Pediatria. Hospital Universitario la Paz. Madrid.*

### OBJETIVOS

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) se caracteriza por daño de etiología autoinmune a los nervios periféricos particularmente en su región proximal, que se traduce en un correlato clínico habitualmente reversible y, entre otros, en un correlato morfológico actualmente menos estudiado. Esta evolución morfológica del daño nervioso se puede medir mediante la ecografía. El objetivo de este trabajo es describir las secuelas morfológicas de los nervios de pacientes con antecedentes de SGB clínicamente recuperados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una exploración neurológica motora mediante la escala MRC y posteriormente ecografía de nervios en pacientes con historia de SGB precisando hospitalización. Se midieron una serie de nervios en diferentes puntos estandarizados (mediano, cubital y sural del lado más sintomático, plexos braquiales y nervios vagos bilaterales), comparando el grosor obtenido con el valor de referencia de cohortes europeas.

### RESULTADOS

Participaron 14 pacientes con historia previa de SGB tratada, el 73% eran hombres, con edad media 50 años y mediana de tiempo entre hospitalización y ecografía de 12 meses. En el momento de la ecografía, la media de la escala MRC era 58'15. Se objetivó al menos una medición patológica en 13 pacientes, siendo los puntos más engrosados el nervio mediano a nivel axilar (30% engrosado, media 8'48mm<sup>2</sup>), plexos braquiales en región interescalénica (50% engrosados, media 21'4mm<sup>2</sup>) y nervios vagos (63% engrosados, media 2'25mm<sup>2</sup>).

### CONCLUSIONES

Se describen secuelas patológicas en el grosor de los nervios de pacientes con historia de hospitalización por SGB, incluso tras meses de haber superado la fase aguda y permanecer con escasos síntomas motores. Puede ser relevante determinar si la magnitud de estas secuelas se correlacionan con la gravedad clínica del episodio agudo.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.



## **EN-09. POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA ASOCIADA A INFUSIÓN DE DUODOPA INTESTINAL. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE NUESTROS CASOS**

J. M. Alcalá Ramírez del Puerto <sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo <sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde <sup>(1)</sup>, M. Lara González <sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz <sup>(1)</sup>, A. Fernández Revuelta <sup>(1)</sup>, E. López Valdés <sup>(2)</sup>, R. García Ramos <sup>(2)</sup>, V. Gajate García <sup>(3)</sup> y A. Horga Hernández <sup>(3)</sup>

*<sup>(1)</sup>Servicio de Neurología, <sup>(2)</sup>Unidad de Trastornos del Movimiento, <sup>(3)</sup>Unidad de Enfermedades Neuromusculares. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Cada vez más pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada son candidatos al tratamiento con infusión intestinal de Duodopa, siendo la polineuropatía periférica una complicación conocida de este tratamiento. Consideramos de interés analizar su prevalencia en nuestro centro, así como definir las características de estos pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo descriptivo (valoración clínica, analítico-nutricional y electromiográfica) de los casos de polineuropatía periférica diagnosticados al consultar por síntomas compatibles de los 98 pacientes en los que se ha instaurado tratamiento con perfusión de Duodopa intestinal en nuestro centro desde 2007 hasta abril de 2023.

### **RESULTADOS**

Se registraron dos casos (2.04% del total), ambos de presentación subaguda. El primero, hombre de 56 años tras 60 meses en tratamiento con Duodopa (DC 2,9 mL, DE 2,2, DM 6), EMG con afectación sensitivo-motora axonal y desmielinizante, LCR sin alteraciones y niveles elevados de homocisteína. El segundo, mujer de 75 años (4 meses de Duodopa, DC 4.2 mL, DE 2, DM 13), EMG con afectación sensitivo-motora axonal y desmielinizante, LCR con disociación albumino-citológica (0 células, proteínas 57 mg/dL) y déficit de vitamina B12. En ambos se suspendió el tratamiento con duodopa, recibieron complejos multivitamínicos y, el segundo, inmunoglobulinas intravenosas.

### **CONCLUSIONES**

La polineuropatía asociada al tratamiento con Duodopa puede tener una presentación variable (incluido aguda con disociación albumino-citológica) y secundaria a diversas causas (mecanismo disimmune, déficit de B12 e hiperhomocisteína). A pesar su severidad clínica, los casos han mejorado con aporte polivitamínico y retirando la Duodopa. Sugerimos realizar un despistaje de polineuropatía en todo paciente candidato al tratamiento con duodopa intestinal.

No existe conflicto de intereses. El trabajo no ha sido financiado.



## Neurología cognitiva y de la conducta (NC)

### NC-01. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: RIESGO DE RECURRENCIAS Y DESARROLLO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS

C. Corral Quereda<sup>(1)</sup>, A. Mena Bravo<sup>(1)</sup>, M. Martínez Martínez<sup>(1)</sup>, A. Ugalde Canitrot<sup>(2)</sup>, J. Oliva Navarro<sup>(1)</sup>, J. Fernández Travieso<sup>(1)</sup>, G. Ruiz Ares<sup>(1)</sup>, J. Medina Báez<sup>(1)</sup>, E. Díez Tejedor<sup>(1)</sup> y B. Fuentes Gimeno<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurofisiología clínica. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

#### OBJETIVOS

Evaluar el riesgo de recurrencias y desarrollo de ictus, epilepsia y deterioro cognitivo a largo plazo en pacientes con un primer episodio de AGT.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluar el riesgo de recurrencias y desarrollo de ictus, epilepsia y deterioro cognitivo a largo plazo en pacientes con un primer episodio de AGT.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes y 8 controles, sin diferencias en distribución por sexo y con una mediana de edad de 78,5 años y una media de seguimiento de 13.5 años. El 14% de los casos presentaron al menos una recurrencia de AGT. Se realizaron un total de 39 test de MoCA (2 controles y 37 casos) con resultado inferior a la normalidad en el 79,5% (mediana (RIC): 23 (20;26) en casos y 16 (14;-) en controles. No se observaron diferencias significativas en el desarrollo de ictus (1 control y 5 casos), epilepsia (0 controles y 2 casos) o diagnóstico de deterioro cognitivo (2 controles y 6 casos).

#### CONCLUSIONES

Este estudio reporta un mayor número de recurrencias que las descritas en la literatura, pero no podemos concluir sobre un posible incremento del riesgo de desarrollo de otras enfermedades neurológicas a largo plazo.



## NC-02. IMPACTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y DEL COMPORTAMIENTO EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

A. Adán Gurpegui<sup>(1)</sup>, J. García Castro<sup>(1)</sup>, C. Bautista Villavicencio<sup>(1)</sup>,  
G. Zmork Martínez<sup>(1)</sup>, M. Hernández Barral<sup>(1)</sup>, A. Frank García<sup>(1)</sup> y Á. Martín Montes<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### OBJETIVOS

Los trastornos cognitivos se acompañan frecuentemente de trastornos afectivos y del comportamiento (TAyC), para los que no existe tratamiento farmacológico con indicación específica. Este estudio analiza la frecuencia de uso de fármacos para estos síntomas y la evolución del deterioro cognitivo en dichos pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional de cohortes retrospectivo en una unidad monográfica de trastornos cognitivos y del comportamiento de un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico, síntomas afectivos y del comportamiento agrupados en síndromes y fecha de aparición, fármacos empleados y pronóstico (velocidad de progresión en escalas de cribado, mortalidad y frecuencia de complicaciones: caídas, infecciones y/o ingresos hospitalarios).

### RESULTADOS

Se han analizado historias clínicas de 104 pacientes (60,6% de ellos mujeres, con una mediana de edad en primera consulta de 75 años). El diagnóstico más frecuente fue Enfermedad de Alzheimer probable (45,2%). Un 73,1% desarrolló TAYC, con una mediana de tiempo de 6,22 meses desde la primera consulta, siendo el síndrome psicótico el más frecuente (30,3%), seguido del síndrome depresivo (21,1%). La progresión del deterioro cognitivo de los pacientes con estas manifestaciones fue significativamente peor en la escala de deterioro global (GDS): 0,47 (RIC=0,63) frente a 0 (RIC=0,56) puntos/año,  $p=0,004$ . Se empleó una mediana de 2 fármacos para el control de los síntomas. Los más empleados fueron los antidepresivos (40,4%), seguidos de neurolépticos (30,8%). El número de fármacos se correlacionó positivamente con el aumento en puntos/año en GDS ( $p<0,001$ ) y con el número de complicaciones registradas durante el seguimiento ( $p=0,017$ ).

### CONCLUSIONES

La progresión desfavorable del deterioro cognitivo y la frecuencia de complicaciones se correlacionan con el número de fármacos utilizados para el tratamiento sintomático de los trastornos afectivos y del comportamiento en pacientes con demencia.

# LIBRO DE COMUNICACIONES XXI REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)

5 Y 6 OCTUBRE 2023

HOTEL SANTO DOMINGO • MADRID



Pronóstico y evolución del deterioro cognitivo en pacientes con y sin desarrollo de TAYC

	Desarrollo de TAYC	No desarrollo de TAYC	Valor de p
<b>Número total de TAYC, mediana (RIC)</b>	2,00 (2,00)	0,00 (0,00)	<0,001
<b>Primer TAYC</b>	Síndrome psicótico (30,3%)	-	-
<b>Tiempo hasta primer TAYC (meses), mediana (RIC)</b>	4,41 (20,95)	-	-
<b>Complicaciones durante el seguimiento, n (%)</b>	46 (60,5%)	10 (37,0%)	0,035
<b>Número total de complicaciones, mediana (RIC)</b>	1,00 (5,00)	0,00 (2,00)	0,075
<b>GDS inicial, mediana (RIC)</b>	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	0,026
<b>GDS final, mediana (RIC)</b>	5,00 (1,00)	3,00 (1,00)	<0,001



### **NC-03. EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DE LA MENTE EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA MEDIANTE EL TEST STORY-BASED EMPATHY TASK**

J. M. Alcalá Ramírez del Puerto <sup>(1)</sup>, M. J. Gil Moreno <sup>(1)</sup>, M. Vallés Salgado <sup>(1)</sup>,  
A. Delgado Álvarez <sup>(1)</sup>, J. López Carbonero <sup>(1)</sup>, C. Delgado Alonso <sup>(1)</sup>,  
J. Matias-Guiu Guía <sup>(1)</sup> y J. Matias-Guiu Antem <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Es conocido que en diversas enfermedades neurodegenerativas podemos encontrar una alteración en la teoría de la mente (ToM) cognitiva y afectiva, siendo uno de los principales dominios cognitivos alterados junto con otros aspectos de la cognición social en la demencia frontotemporal variante conductual. A día de hoy hay escasos estudios que hayan evaluado esta afectación en personas con enfermedad de Alzheimer prodrómica.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio transversal donde se han explorado 20 pacientes con enfermedad de Alzheimer prodrómica y otros 40 sujetos control o con quejas subjetivas de memoria (en los que previamente se había excluido la presencia de neurodegeneración mediante biomarcadores en LCR) mediante la administración del test Story-Based Empathy task (SET). Este test permite distinguir entre la afectación de la ToM cognitiva (capacidad de inferir intenciones) y afectiva (de inferir emociones) mediante el uso de diferentes tareas y utilizando una condición de control (inferir causalidad). Finalmente se ha realizado una comparación de medias y cálculo del tamaño del efecto.

#### **RESULTADOS**

Hemos observado que los pacientes con enfermedad de Alzheimer prodrómica mostraron una menor puntuación total en SET ( $p=0,022$ ,  $d=0,610$ ), especialmente en la puntuación respecto de la inferencia de emociones ( $p=0,002$ ,  $d=0,921$ ). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la inferencia de intenciones ni en la condición de control.

#### **CONCLUSIONES**

Nuestros hallazgos sugieren que pueden existir alteraciones en la ToM en fases precoces de la enfermedad de Alzheimer. Estos resultados tienen implicaciones en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurodegenerativas así como con las quejas subjetivas de memoria.

No conflicto de intereses. No financiación.



#### NC-04. ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN ATN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER UTILIZANDO MACHINE-LEARNING NO SUPERVISADO (CLUSTERING)

J. M. Alcalá Ramírez del Puerto <sup>(1)</sup>, L. Hernández Lorenzo <sup>(2)</sup>, M. J. Gil Moreno <sup>(1)</sup>,  
I. Ortega Madueño <sup>(3)</sup>, M. Cruz Cárdenas <sup>(3)</sup>, M. Vallés Salgado <sup>(1)</sup>, A. Delgado Álvarez <sup>(1)</sup>,  
C. Delgado Alonso <sup>(1)</sup>, M. Díez Cirarda <sup>(1)</sup>, M. Palacios Sarmiento <sup>(1)</sup>, J. Matias-Guiu Guía <sup>(1)</sup>,  
S. Corrochano Sánchez <sup>(1)</sup>, J. L. Ayala Rodrigo <sup>(2)</sup> y J. Matias-Guiu Antem <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Departamento de Arquitectura de Computadores y Automática. U,

<sup>(3)</sup>Servicio de Análisis clínicos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### OBJETIVOS

En los últimos años el uso de biomarcadores ha revolucionado la investigación clínica en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA), siendo el sistema ATN uno de sus principales logros, permitiendo una mejor caracterización de los pacientes y ayudando a definir su curso clínico. No obstante, diversos trabajos han planteado desafíos en su aplicación clínica. Las técnicas de inteligencia artificial, como el aprendizaje automático no supervisado, pueden ayudar a facilitar su aplicación.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

165 pacientes de nuestro centro se han clasificado como queja cognitiva, deterioro cognitivo leve (DCL) temprano secundario a EA, DCL tardío debido a EA y DCL no degenerativo según el patrón clínico, la evaluación neuropsicológica y los biomarcadores de LCR. Se han comparado con la cohorte ADNI (n=421). Se agruparon biomarcadores juntos y por separado usando el algoritmo KMeans (algoritmo de clustering “Machine Learning” no supervisado) para cada cohorte y se compararon en términos de diagnóstico, sistema ATN, distribución de valores de biomarcadores y riesgo de progresión a demencia.

#### RESULTADOS

El número óptimo de grupos para la mayoría de los biomarcadores agrupados por separado fue dos. No obstante, al combinarlos, el número óptimo de conglomerados fue de tres. Estos tres grupos diferían significativamente en ambas cohortes según el diagnóstico, las categorías de ATN, la distribución de valores de biomarcadores y la progresión a la demencia. Hemos observado que la distribución de biomarcadores de amiloide era más dicotómica, mientras que los biomarcadores de Tau eran más continuos.

#### CONCLUSIONES

A raíz de nuestros resultados, se podría considerar una nueva clasificación de 3 grupos. Esta nueva clasificación, desarrollada con un enfoque basado en datos, representa una perspectiva novedosa para evaluar el riesgo de conversión a demencia de una forma más sencilla y es complementaria a la clasificación del sistema ATN.

No existen conflictos de intereses. No hay financiación.



## Neurología general (NG)

### NG-02. TERMOANESTESIA AISLADA DE LA MANO POR INFARTO BULBAR LATERAL

L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>,  
L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, A. Fernández Revuelta<sup>(1)</sup>, A. Marcos Dolado<sup>(1)</sup>,  
E. López Valdés<sup>(1)</sup> y R. Ginestal Lopez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

#### OBJETIVOS

El síndrome lacunar hemisensitivo puro es una manifestación común del infarto talámico pero puede ocurrir también en el infarto del troncoencéfalo o parietal. Una pequeña lesión bulbar lateral podría producir alteración de la temperatura y dolor, que afecta a cara ipsilateral y cuerpo contralateral. Sin embargo, nunca se ha descrito un caso que afecte solo a la mano.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un varón de 58 años con antecedentes de diabetes e hipercolesterolemia no tratada, que al calentar un vaso de leche en el microondas lo notaba frío en su mano derecha. En la exploración destacaba hipoestesia térmica y algésica afectando solo a la mano derecha, con vibración y función motora conservadas.

#### RESULTADOS

En cuanto a la topografía, la primera sospecha fue afectación cervical, por lo que se solicitó una RMN de columna que fue normal. La RMN cerebral reveló una lesión en el bulbo lateral en difusión (Figura). También se vieron infartos lacunares crónicos subcorticales antiguos. Los estudios de trombofilia, autoinmunidad y serología fueron negativos. La ecografía Doppler de troncos supraaórticos mostró ateromatosis difusa sin estenosis significativa. El electrocardiograma y la ecocardiografía fueron normales. Se prescribieron AAS y estatinas.

#### CONCLUSIONES

La termoanestesia aislada de la mano de causa vascular es inusual. Sin embargo, este caso sugiere que el déficit sensorial puro de la mano conlleva un amplio espectro de topográfico. Por tanto, se debe considerar un posible infarto bulbar cuando un paciente con factores de riesgo vascular, se presenta con anestesia para dolor y temperatura en un miembro. Destacamos la importancia de realizar una resonancia magnética.



### NG-03. SÍNDROME CEREBELOSO PROGRESIVO: ¿LA CLAVE ESTARÁ EN LA GENÉTICA?

L. del Pino Tejado<sup>(1)</sup>, I. Catalina Álvarez<sup>(1)</sup>, A. L. Alungulese<sup>(1)</sup>, A. Lozano Ros<sup>(1)</sup>,  
J. R. Pérez Sánchez<sup>(1)</sup> y J. L. Muñoz Blanco<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

#### OBJETIVOS

Las ataxias espinocerebelosas (SCA) son un grupo de enfermedades neurodegenerativas que se transmiten con patrón de herencia AD, con inicio sintomático en torno a la quinta década de la vida. Presentan una amplia heterogeneidad con un espectro genotipo-fenotipo complejo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 53 años que inicia cuadro de inestabilidad y alteraciones visuales. Posteriormente progresa desarrollando disartria escándida, ocular pursuit lento, limitación para la superversión de ambos ojos, dismetría y disdiadococinesia en extremidades, temblor intencional y postural, ataxia importante con inestabilidad para la marcha y deambulación imposible, todo ello compatible con un síndrome pancerebeloso de evolución lenta sin signos piramidales ni parkinsonismo asociados.

#### RESULTADOS

Se realiza amplio estudio diagnóstico, incluyendo analítica extensa (vitaminas, serologías, autoinmunidad con anticeliaquía), punción lumbar, anticuerpos antineuronales (suero y LCR), bandas oligoclonales y proteína 14-3-3 sin alteraciones. En RM cerebral se objetiva atrofia vermiana y de ambos hemisferios cerebelosos. SPECT DAT-SCAN sin hallazgos patológicos y PET con moderado hipometabolismo global más llamativo en corteza frontotemporal y cerebeloso difuso. Estudio genético inicial de ataxias (técnica de alelos expandidos) para SCA 1, 2, 3, 6, 7 y DRPLA negativo. Se concluye realizando exoma ampliado que muestra una variante de significado incierto en el gen TTBK2:c.3731G>A,p.Arg1244Lys, en heterocigosis.

#### CONCLUSIONES

Hasta la fecha se han identificado 28 individuos afectados de SCA11, pertenecientes a 6 familias.

Este caso podría tratarse del primer caso de SCA11 descrito en España, ilustrando la importancia de realizar un extenso estudio diagnóstico de cara a plantear un asesoramiento genético en caso de ser necesario y la inclusión en futuros estudios terapéuticos, además de ampliar nuestro conocimiento sobre una enfermedad poco frecuente.

Este trabajo no ha sido financiado parcial o totalmente y los autores no presentan conflicto de intereses.



#### **NG-04. ICTUS DE REPETICIÓN Y LIVEDO RACEMOSA COMO PRESENTACIÓN DE UN SÍNDROME DE SNEDDON GENÉTICAMENTE PECULIAR**

L. del Pino Tejado<sup>(1)</sup>, A. Chacón Pascual<sup>(2)</sup>, M. C. Miranda Herrero<sup>(2)</sup>, M. Vázquez López<sup>(2)</sup>, C. J. de Miguel Sánchez de Puerta<sup>(1)</sup>, M. González Sánchez<sup>(1)</sup> y P. Castro Castro<sup>(2)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Neurología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

#### **OBJETIVOS**

La livedo racemosa y los ictus de repetición son los dos componentes que definen clínicamente el síndrome de Sneddon (SS). Aunque la población afectada suelen ser mujeres adultas, se han descrito casos de inicio en edad pediátrica. Las alteraciones cutáneas pueden preceder en años a los eventos cerebrovasculares.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 13 años, con antecedentes de ictus talámico izquierdo 5 años antes con estudio etiológico negativo (sin secuelas), cefalea y mareos de repetición. Fue diagnosticada de cutis marmorata en periodo lactante. Acudió a urgencias por cuadro brusco de mareo y ptosis derecha. En la exploración destacaba de manera aislada parálisis incompleta del III par craneal derecho.

#### **RESULTADOS**

La RM cerebral mostró lesión isquémica aguda en mesencéfalo derecho, sin alteraciones en vasculatura extra ni intracraneal. El resto de pruebas complementarias fueron negativas. Dermatología evidenció máculas violáceas con patrón reticular interrumpido diseminadas por tronco y extremidades, con morfología patognomónica de livedo racemosa.

El análisis genético reveló dos variantes en el gen ADA2. El estudio de segregación confirmó que ambas mutaciones se heredaron con un patrón de heterocigosis compuesta. Se inició tratamiento con Etanercept como prevención de ictus recurrentes.

#### **CONCLUSIONES**

La deficiencia de ADA2 (DADA2) es un enfermedad autoinflamatoria sistémica con un fenotipo muy variado, manifestándose clínicamente como un SS en esta paciente. El reconocimiento de las lesiones cutáneas fue clave para orientar el caso. La identificación temprana puede ayudar a completar el screening a otros niveles y evitar secuelas neurológicas. Se ha descrito el uso de fármacos anti-TNF en pacientes con DADA2, aunque la experiencia es anecdótica.

Este trabajo no ha sido financiado parcial o totalmente y los autores no presentan conflicto de intereses.



**NG-05. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR EN SITUACIÓN DE EISENMENGER COMO FACTOR PREDISPONENTE DE FORMACIÓN DE ABSCESO CEREBRAL EN UN PACIENTE ADULTO**

N. de la Cruz Fernández<sup>(1)</sup>, M. Barcenilla López<sup>(1)</sup>, B. M. Arribas Ballesteros<sup>(1)</sup>, D. González Antón<sup>(1)</sup>, C. Ruiz López<sup>(1)</sup>, J. M. Contreras Peña<sup>(1)</sup>, M. E. Novillo López<sup>(1)</sup> y G. González Ortega<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid).

**OBJETIVOS**

El riesgo de formación de abscesos cerebrales puede verse incrementado por ciertas condiciones médicas, como las cardiopatías congénitas cianóticas

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se presenta el caso de un varón de 35 años, con Comunicación Interventricular no corregida, con shunt derecha- izquierda en situación de Eisenmenger. Acudió a Urgencias tras presentar dos episodios sugestivos de crisis epilépticas. Se realizó TC craneal, observándose una masa en lóbulo temporal derecho; dado el antecedente de cardiopatía congénita se inició tratamiento antibiótico empírico. Durante el ingreso se realizó estudio con electroencefalograma, que mostró numerosas anomalías epileptiformes de expresión generalizada, así como resonancia magnética craneal, que fue compatible con absceso cerebral, por lo que el paciente fue trasladado para intervención quirúrgica. En la muestra obtenida tras la cirugía se aisló *Streptococcus milleri*.

**RESULTADOS**

En la actualidad, la detección y reparación precoces de las cardiopatías congénitas han reducido sensiblemente el número de pacientes que llegan a situación de Eisenmenger. Sin embargo, en los pacientes que no han sido intervenidos y llegan a dicha situación, existe un riesgo aumentado de formación de abscesos cerebrales, debido al shunt derecha-izquierda que presentan. Más frecuentemente ocurrirá en la infancia, pero el aumento de la supervivencia de estos pacientes en los últimos años hace que se pueda observar cada vez más en adultos. El manejo del absceso cerebral en estos pacientes será igual que en el resto de la población, pero debemos tener en cuenta que su riesgo quirúrgico es considerablemente mayor debido a su cardiopatía subyacente. Por tanto, deberemos considerar detenidamente si está indicada o no la cirugía, y cuál es la técnica quirúrgica más apropiada.

**CONCLUSIONES**

En pacientes con una lesión cerebral y antecedente de cardiopatía congénita cianótica, debemos sospechar un posible absceso cerebral, para poder así iniciar tratamiento de forma precoz.



## **NG-06. ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CON HALLAZGOS SUGESTIVOS EN UNA RESONANCIA CRANEAL 2 AÑOS ANTES DEL DEBUT SINTOMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

S. Moreno García<sup>(1)</sup>, J. Ramírez Sánchez-Ajofrín<sup>(1)</sup>, D. Pérez Rangel<sup>(1)</sup> y S. Bellido Cuéllar<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Las prionopatías son enfermedades raras. La más frecuente es la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). Aunque se han descrito algunos casos en los que existen anomalías en resonancia craneal en estadios tempranos e incluso en fase asintomática en familiares de pacientes afectados de ECJ, se desconoce en qué momento pueden aparecer dichas anomalías siendo lo más habitual una RM normal en fases precoces. Describimos un caso particular de ECJ con anomalías en resonancia muy sugestivas de ECJ dos años antes de las primeras manifestaciones clínicas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Descripción de un caso clínico.

### **RESULTADOS**

Mujer de 72 años valorada en 2016 por migraña. En aquel momento se realizó una RM craneal que mostraba una restricción cortical en difusión afectando al margen posterior de hemisferios cerebrales y un realce giral cerebeloso derecho, sugestivo de probable ECJ. No tenía antecedentes familiares de demencia ni otros síntomas.

En los años siguientes se realizó un seguimiento con resonancias seriadas y exploraciones cognitivas. Se mantuvo neurológicamente asintomática hasta agosto de 2022, presentando un cuadro rápidamente progresivo de demencia, rigidez e inestabilidad postural, alucinaciones visuales y mioclonías multifocales, con desenlace fatal en pocos meses. En el estudio realizado destacó una RM craneal con “restricción de la difusión en putámenes, caudados, tálamos y corteza parietal y occipital bilateral”; un EEG congruente y un análisis RT-QuIC positivo en concordancia con la sospecha clínica de ECJ.

### **CONCLUSIONES**

Aunque infrecuente, hay descritos casos con anomalías radiológicas sugestivas de ECJ en pacientes aún asintomáticos, lo que puede ser interesante para realizar un seguimiento y un diagnóstico precoz tanto en pacientes con hallazgos radiológicos incidentales como en familiares de pacientes con ECJ.

No existen conflictos de interés.



**NG-07. EL TÁLAMO ES CAPAZ DE TODO. PSEUDOPARÁLISIS DEL VI PAR, NISTAGMO Y VÉRTIGO EN INFARTO TALÁMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, A. Méndez Burgos <sup>(1)</sup> y A. Rueda Marcos <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

**OBJETIVOS**

El tálamo es una estructura compleja donde se integran funciones sensitivas, motoras y conductuales. Los infartos talámicos pueden presentarse con muchos síndromes siendo las alteraciones oculares poco frecuentes. El objetivo es revisar la literatura publicada sobre estos síntomas asociados a lesiones isquémicas talámicas a propósito de un caso clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso clínico de un varón de 75 años con factores de riesgo vascular, antecedente de fibrosis retroperitoneal con enfermedad renal obstructiva crónica, queratouveitis herpética derecha (con amaurosis y midriasis fija del ojo derecho) que debutó con un cuadro de vértigo y dificultad para la abducción del ojo izquierdo (evidenciada por familiares).

**RESULTADOS**

En la exploración física destacaba un tilt cefálico derecho, ptosis leve del ojo derecho, nistagmo evocado por la mirada, cambiante e intenso, restricción completa de la abducción del ojo izquierdo (se aportarán videos), disimetría dedo-nariz izquierda y marcha ligeramente atáxica. Se completa estudio con análisis sanguíneo completo inicialmente incluyendo estudio de LCR, anticuerpos antineuronales, ECA e IgG4, todos normales. Se realiza RM cerebral que muestra lesión isquémica aguda en núcleos laterales del tálamo derecho.

**CONCLUSIONES**

Hasta el momento, son pocos los casos descritos sobre vértigo, nistagmo central y pseudoparálisis del VI par craneal asociados a lesiones isquémicas talámicas, siendo el tálamo ventral lateral la localización más frecuentemente relacionada. Presentamos el caso clínico de un paciente con una lesión isquémica aguda en núcleos laterales del tálamo que cursó con pseudoparálisis del VI craneal izquierdo, vértigo y nistagmo.

No existen conflictos de interés.



## **NG-08. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CEREBRAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

J. Ramírez Sánchez-Ajofrín<sup>(1)</sup>, D. Pérez Rangel<sup>(1)</sup> y S. Moreno García<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Destacar la importancia de un estudio completo con valoración de la función tiroidea ante un caso de trombosis venosa cerebral (TVC) de causa desconocida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentación de un caso clínico.

### **RESULTADOS**

Varón de 45 años con antecedente de TVP complicada con un TEP en 2020. Ingresó en nuestro servicio en noviembre de 2022 tras una crisis epiléptica tónico-clónica, destacando en el estudio de neuroimagen una trombosis cerebral de seno transversal izquierdo y de la vena de Labbé ipsilateral, con un infarto venoso temporal izquierdo asociado. Tras un estudio analítico inicial completo con autoinmunidad, serologías y estudio de trombofilia normal, llama la atención una alteración del perfil tiroideo con TSH > 0,05 mcUI/ml, T4L de 6,88 ng/dL y T3L de 19,9 pg/mL, con anticuerpos Anti TSH negativos pero anticuerpos antiTPO y antiTG positivos. La ecografía tiroidea fue compatible con enfermedad de Graves (hasta un 14% de Enfermedad de Graves pueden tener anticuerpos antiTSH negativos). La evolución del paciente con tratamiento ha sido adecuada, permaneciendo asintomático en la actualidad.

### **CONCLUSIONES**

El hipertiroidismo es una causa infrecuente de TVC (0,5/1000). Diversos estudios prueban que la tirotoxicosis supone un factor protrombótico por varios motivos. La respuesta a tratamientos convencionales (antiagregación, anticoagulación, trombectomía) suele ser peor que en las trombosis de otras etiologías, siendo fundamental normalizar los valores de las hormonas tiroideas, para lo cual no hay que olvidar esta posible causa de trombosis en el estudio etiológico de los pacientes.

No existen conflictos de interés.



## NG-09. PREDICTORES DE RESPUESTA AL INTERVENCIONISMO EN LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

A. Martínez-Salio<sup>(1)</sup>, F. Ostos Moliz<sup>(1)</sup>, P. Pérez Doblado<sup>(2)</sup>, N. Sanzo Esnaola<sup>(1)</sup>,  
A. Gil García<sup>(3)</sup>, M. Enguñanos Parra<sup>(1)</sup> y C. H. Salazar Zamorano<sup>(2)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, <sup>(3)</sup>Rehabilitación.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

### OBJETIVOS

Uno de los objetivos de la consulta de Neurología dentro de una Unidad del Dolor es la indicación del mejor tratamiento posible para los pacientes con dolor neuropático, de la que la neuralgia postherpética es un cuadro frecuente. En el parche de capsaicina al 8% son predictores de buen resultado, en nuestra serie: la respuesta al parche de lidocaína y la exploración con alodinia e hipoestesia. Analizamos si podemos hacer una selección individualizada de los pacientes buscando predictores de respuesta al tratamiento intervencionista periférico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los pacientes tratados en la unidad y valorados en la consulta de Neurología de dicha unidad del dolor a lo largo de tres años. Se recogen variables demográficas, del dolor, exploración y respuesta a otras terapias (neuromoduladores, opioides, parche de lidocaína y capsaicina). Se considera una respuesta favorable la reducción de un 50% en la intensidad del dolor a las 4 semanas.

### RESULTADOS

Se incluyeron 12 intervencionismos, 9 varones y tres mujeres, con una mediana de edad de 75 años, respuesta favorable en 5 pacientes (40 %). Se realizaron 7 radiofrecuencias de raíces torácicas, 5 bloqueos farmacológicos y 2 aplicaciones de toxina botulínica. No hubo relación alguna con edad, sexo, duración del dolor, dolor crónico previo, comorbilidad psiquiátrica, con la exploración neurológica (perfiles de hipoestesia, hiperalgesia o alodinia) ni con la respuesta previa a neuromoduladores, opioides, parche de lidocaína ni capsaicina o tipo de tratamiento intervencionista.

### CONCLUSIONES

diferencia del parche de capsaicina, no hemos podido encontrar predictores de respuesta favorable al intervencionismo periférico ni con las características del paciente, la exploración o la respuesta a otros tratamientos. El bajo número de pacientes y el hecho de que el manejo sea escalonado (llegando solo a intervencionismo aquellos que no han obtenido una buena respuesta mantenida en el tiempo con terapias farmacológicas), puede haber condicionado estos resultados.



## **NG-10. HIPOMAGNESEMIA SEVERA Y STROKE MIMIC: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

G. Cabañas Ingenios<sup>(1)</sup>, C. Moreno López<sup>(1)</sup>, M. Campos Jiménez<sup>(1)</sup>, R. Pastor González<sup>(1)</sup>, N. Mena García<sup>(1)</sup>, J. L. Chico García<sup>(1)</sup>, A. de Felipe Mimbbrera<sup>(1)</sup>, R. Vera Lechuga<sup>(1)</sup>, N. García Barragán<sup>(1)</sup> y F. J. Buisán Catevilla<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>*Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Los “stroke mimic” suponen el 30-50% de las sospechas iniciales de ictus. Una de las causas menos estudiadas es la hipomagnesemia, que puede cursar con gran variedad de alteraciones neurológicas incluyendo déficits focales. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en casos de focalidad neurológica aguda producida por hipomagnesemia.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Serie de casos de pacientes atendidos en nuestro centro entre octubre de 2017 y mayo de 2023 con focalidad neurológica aguda secundaria a un déficit severo de magnesio.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 7 pacientes (28,6% mujeres), con edades comprendidas entre los 56 y 86 años. Tres de los pacientes presentaron cuadros hemisféricos completos, dos un síndrome vestibular agudo, uno se manifestó con un síndrome cerebeloso agudo y uno presentó un cuadro brusco de mioclonías distales y opsoclonus. En todos ellos los niveles de magnesio fueron menores de 0.8 mg/dL en el momento de aparición de la clínica. Como factores predisponentes de la hipomagnesemia, 5 pacientes (71,4%) presentaron diarrea en los días previos al ingreso, y todos ellos se encontraban en tratamiento habitual con inhibidores de la bomba de protones. Tras descartar otras posibles etiologías, en todos los pacientes se inició la reposición de magnesio vía parenteral, desapareciendo por completo la clínica a 24-48 horas.

### **CONCLUSIONES**

La hipomagnesemia severa puede cursar con déficits neurológicos agudos que simulen un ictus. Nuestra experiencia junto con la literatura ya existente refuerza la necesidad de incluir la determinación de los niveles de magnesio en el protocolo básico de los déficits neurológicos agudos.



## NG-12. ¿ES LA CEREBELITIS AGUDA UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA?

M. Díaz del Valle <sup>(1)</sup>, C. Romero Plaza <sup>(1)</sup>, B. Salvador Sáenz <sup>(1)</sup>, M. García García <sup>(1)</sup>,  
C. Piquero Fernández <sup>(1)</sup>, G. Martín Ávila <sup>(1)</sup>, E. Escolar Escamilla <sup>(1)</sup>, C. Sáenz Lafourcade <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología . Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid)

### OBJETIVOS

Presentar un caso de cerebelitis aguda parainfecciosa en relación con cuadro de gastroenteritis poco frecuente.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 76 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo e ictus sin secuelas, que acude a urgencias con cuadro de diarrea por posible intoxicación alimentaria tras ingesta de huevos y cinco días después inicia un cuadro progresivo de vértigo, disartria y ataxia de la marcha con MOC positiva a la derecha y vHIT con ganancias normales en la exploración.

### RESULTADOS

Se activa protocolo vértigo, y en la RM craneal se evidencia lesión difusa con aspecto edematoso, hipointensa en T1 con marcada hiperintensidad en T2-FLAIR, restricción a la difusión y realce heterogéneo tras la administración de contraste centrada en vermis y ambas amígdalas cerebelosas que orienta a cerebelitis aguda.

En la punción lumbar presenta hiperproteíorraquia. Se completa estudio con estudio microbiológico con serologías, estudio de autoinmunidad, anticuerpos antignagliósidos, onconeuronales y antiGAD, siendo todo ello negativo. No fue posible la recogida de coprocultivo por ausencia de deposición. Se inicia tratamiento con megadosis de corticoides con mejoría clínica y radiológica. Ante la ausencia de otros hallazgos que sugieran un diagnóstico etiológico alternativo, se considera cuadro compatible con cerebelitis parainfecciosa tras cuadro de gastroenteritis probablemente debido a infección por Salmonella spp, habiéndose asociado más a Salmonella typhi, entidad poco prevalente en nuestro medio.

### CONCLUSIONES

La cerebelitis aguda parainfecciosa se trata de un cuadro poco frecuente, menos aún en pacientes adultos, siendo muy importante la RM para la aproximación diagnóstica dentro de un cuadro clínico compatible.



### **NG-13. PRES, PORFIRIA Y EPILEPSIA. ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD?**

J. Alcalá Torres<sup>(1)</sup>, P. Iriarte Uribe-Echeverría<sup>(2)</sup> y J. González de la Aleja Tejera<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Describir la infrecuente asociación entre porfiria aguda intermitente (PAI) y el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

#### **RESULTADOS**

Mujer de 26 años, diagnosticada de PAI desde 2013, con más de 10 ingresos en UCI por crisis de porfiria (dolor abdominal, polineuropatía desmielinizante aguda, insuficiencia respiratoria, hiponatremia e hipertensión arterial), que precisaron de administración de hematina. La paciente había presentado crisis tónico-clónicas generalizadas (no estudiadas) en al menos 4 ingresos, y por las que no tomaba tratamiento. Antes de alguna de ellas, la paciente describe visión de estrellas de colores en hemicampo izquierdo tras los cuales perdía la consciencia. Exploración neurológica: debilidad distal simétrica e hipopalestesia con gradiente congruente con polineuropatía sensitivo-motora leve, sin otra focalidad. La RM cerebral mostró lesiones subcorticales parietales bilaterales sugestivas de PRES pasado. El vídeo-EEG resultó normal. Como tratamiento se decidió incrementar la dosis de pregabalina pautada para el tratamiento del dolor neuropático.

#### **CONCLUSIONES**

Los pacientes con PAI pueden desarrollar PRES por neurotoxicidad directa de los precursores porfirínicos sobre la barrera hematoencefálica y fallo en la autorregulación de la circulación posterior. Las crisis epilépticas en PAI pueden ocurrir durante una crisis aguda de porfiria, en ocasiones como crisis sintomáticas agudas por alteraciones hidroelectrolíticas propias de las crisis de porfiria; en estos casos no precisan tratamiento fuera de la fase aguda. Si las crisis son de inicio focal con semiología de cuadrante posterior, se debe considerar la existencia de un PRES subyacente. Si hay que pautar tratamiento anticrisis se deben evitar los fármacos que puedan favorecer un ataque agudo de porfiria (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, lamotrigina y valproato).



#### **NG-14. EMBOLIA FIBROCARILAGINOSA COMO ETIOLOGÍA DE ISQUEMIA MEDULAR, ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO**

M. Enguídanos Parra<sup>(1)</sup>, A. Martínez Salio<sup>(1)</sup>, M. Gutiérrez Sánchez de la Fuente<sup>(1)</sup>, D. Pérez Rangel<sup>(1)</sup>, J. Ramírez Sánchez-Ajofrín<sup>(1)</sup>, N. Sanzo Esnaola<sup>(1)</sup> y P. Calleja Castaño<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

Dentro de las etiologías de isquemia medular, la embolia fibrocartilaginosa ocupa un porcentaje relevante, sin embargo confirmar esta causa precisa de la realización de autopsia, de ahí que hayan surgido algunos criterios clínicos para tratar de llegar a su diagnóstico de presunción.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se seleccionan los casos de isquemia medular probablemente secundarios a embolia fibrocartilaginosa atendidos en nuestro centro entre 2006 y 2023, con los siguientes criterios: isquemia medular evidenciada mediante RM, paciente con 1 o menos factores de riesgo cardiovascular, presencia de desencadenante físico reciente y ausencia de otras causas más probables.

#### **RESULTADOS**

Del total de isquemias medulares registradas (25), 3 casos (edad media 39,33 años, 100% varones) cumplieron los criterios expuestos.

2 eran fumadores; sin otros antecedentes de interés. El cuadro clínico se presentó con dolor cérvico-torácico en todos los casos, previo al déficit neurológico. El déficit motor fue de predominio en miembros superiores en los 3 casos, asociando en 1 de los casos paresia de miembros inferiores y en los otros 2 hipoestesia sensitiva suspendida en miembros superiores.

En los 3 casos se realizó RM medular urgente, sin secuencias de difusión, informadas 1 como normal y 2 como dudosas. Se repitió la RM pasadas más 24 horas, mostrando hiperintensidades medulares en secuencias T2 con restricción en difusión en los 3 casos. 1 de los pacientes recibió tratamiento con corticoides, sin mejoría evidente. Todos recibieron ácido acetil-salicílico y estatinas como prevención secundaria.

Al alta, 2 pacientes eran dependientes (escala de Rankin modificada  $\leq 3$ ); al año de seguimiento 1 de ellos mantenía esa situación.

#### **CONCLUSIONES**

Son necesarios estudios para evaluar la incidencia real de la embolia fibrocartilaginosa como causa de isquemia medular; así como nuevas técnicas para llegar a su diagnóstico in vivo. Sus características clínico-radiológicas no parecen diferir de otras etiologías.



## **NG-15. ALUCINACIONES VISUALES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN INFARTO CEREBELOSO**

M. Blanco Fuentes<sup>(2)</sup>, A. Herrera Muñoz<sup>(1)</sup>, F. Gilo Arrojo<sup>(1)</sup> y B. Anciones Rodríguez<sup>(1)</sup>  
*(2)Neurología. Hospital de la Zarzuela. Madrid. (1)Neurología. Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

Descripción de un caso de infarto cerebeloso con presentación clínica atípica y discusión de posibles mecanismos patogénicos.

Las alucinaciones visuales consisten en la percepción de un estímulo visual externo inexistente. Las pedunculares son secundarias a lesiones en el tronco y tálamo.

El cerebelo tiene aferencias desde la corteza, médula y núcleos del tronco. Sus fibras eferentes discurren en los axones de las células de Purkinje, hacen sinapsis en núcleos los profundos, van a la corteza vía mesencéfalo- tálamo y a núcleos vestibulares. Su papel en habilidades motoras y equilibrio es bien conocido pero hay otras funciones que son menos conocidas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisión de un caso.

### **RESULTADOS**

Mujer de 64 años con factores de riesgo vascular, tras la colocación de un stent en la subclavia izquierda presentó alucinaciones visuales simples que se fueron convirtiendo en escenas complejas, a menudo grotescas, como extremidades pasando, animales, incluso lo describe como “una feria en la cabeza”. La resonancia mostró un infarto en hemisferio cerebeloso izquierdo. No presentaba ataxia ni disimetría.

### **CONCLUSIONES**

En la alucinosis peduncular se ha involucrado a la Formación Reticular Ascendente (FRA). Las vías eferentes del cerebelo hacen sinapsis en esta estructura, así la vía fastigiorreticular está formada por axones de neuronas del núcleo fastigio que discurren a través del pedúnculo cerebeloso inferior y hacen sinapsis en la FRA. La vía dentro-rubro-talámica cuyos axones parten del núcleo dentado, también hace sinapsis en la FRA.

De forma que, estando la lesión primaria en el cerebelo, las alucinaciones podrían ser el resultado de la interrupción de las complejísimas conexiones neuronales existentes entre el cerebelo-troncocerebral (FRA)-tálamo-corteza.

No hemos encontrado ningún caso publicado de alucinaciones visuales como forma de presentación de un Ictus cerebeloso.



#### **NG-16. ENCEFALOPATÍA ASOCIADA A GRIPE A TRATADA MEDIANTE PLASMAFÉRESIS**

B. de la Puente Garrido<sup>(1)</sup>, B. Cabal Paz<sup>(1)</sup>, F. Báez Sagasti<sup>(1)</sup>, L. Barrios Álamo<sup>(1)</sup>,  
C. Barrios Álamo<sup>(1)</sup> y P. Gómez Porro<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

Describir un caso infrecuente de encefalopatía asociada a gripe A tratada mediante plasmaféresis.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 59 años acude a urgencias por cuadro rápidamente progresivo de bradilalia y confusión, precedido por infección de vías respiratorias altas, coincidiendo con el diagnóstico de gripe A en su marido.

#### **RESULTADOS**

En las pruebas complementarias realizadas destacan linfopenia y PCR de gripe A en exudado nasofaríngeo positiva. Se realizan TC y RM cerebral que no muestran hallazgos reseñables. En la punción lumbar destaca la presencia de hiperproteínorraquia y elevación de niveles de IL-6, en ausencia de pleocitosis. Las PCR de patógenos habituales, incluyendo gripe A, son negativas en LCR. El estudio de anticuerpos onconeuronales y antineuronales de superficie es negativo en sangre y LCR.

Dada la negatividad de datos de inflamación en RMN, se descarta el diagnóstico de encefalitis, por lo que se establece el diagnóstico de encefalopatía. Ante negatividad de estudio de causas habituales de encefalopatía, se establece por exclusión el diagnóstico de encefalopatía asociada a gripe A. Se inicia oseltamivir 150mg/12h y metilprednisolona 1g durante 5 días. Dado el empeoramiento clínico y la aparición de alucinaciones visuales, se inicia plasmaféresis. Tras dos sesiones, la paciente experimenta mejoría franca con vuelta a su situación basal previa.

#### **CONCLUSIONES**

Este caso ilustra la importancia de considerar la encefalopatía como una complicación neurológica rara pero posible asociada a infección por gripe A. Se trata de una patología descrita mayoritariamente en población pediátrica, aunque existen varias series de casos descritas en adultos. Se especula un posible mecanismo inmunomediado parainfeccioso en su fisiopatología. La plasmaféresis puede ser una opción terapéutica beneficiosa en casos de encefalopatía grave o refractaria.



## **NG-17. RECUPERANDO LA CALIDAD DE VIDA: IMPACTO DE PITOLISANT EN CATAPLEJÍAS REFRACTARIAS**

M. Lorenzo Diéguez<sup>(1)</sup> y M. J. Aguilar-Amat Prior<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Describir las nuevas alternativas farmacológicas disponibles a propósito de un caso de Narcolepsia tipo 1, que cursó con cataplejías refractarias y altamente incapacitantes

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 36 años, diagnosticada en 2004 de narcolepsia tipo 1, acude a consulta en abril de 2014 por persistencia somnolencia diurna grave (Epworth 24) y cataplejías semanales pese a tratamiento con metilfenidato y venlafaxina. A pesar de múltiples esquemas terapéuticos, incluyendo asociaciones con oxibato sódico, venlafaxina, modafinilo y pramipexol (que se incluyó tras detección de comorbilidad de síndrome de piernas inquietas), no se observó mejoría clínica.

En este contexto, en 2018, mediante un programa de acceso temprano, se decidió iniciar tratamiento con pitolisant, observándose una clara y progresiva mejoría clínica. Actualmente, la paciente se encuentra a tratamiento exclusivamente con pitolisant, libre de cataplejías y sin somnolencia (Epworth 5), habiendo podido recuperar su actividad normal a nivel laboral, social y familiar.

### **RESULTADOS**

La narcolepsia tipo 1 supone un grave deterioro para la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos convencionales incluyen estimulantes, antidepresivos y oxibato de sodio, pero algunos pacientes no responden adecuadamente a estos fármacos, lo que suele desembocar en una calidad de vida nefasta. En este caso clínico mostramos la eficacia del Pitolisant en esta situación, pero la ampliación del arsenal terapéutico en narcolepsia no se queda aquí. En los últimos años se han desarrollado nuevas alternativas terapéuticas que se encuentran, sólo pendientes de su comercialización en España, como el Solriamfetol, o bien en fase de investigación y desarrollo como los agonistas orexígenos orales.

### **CONCLUSIONES**

Afortunadamente, el tratamiento de la narcolepsia está evolucionando rápidamente, surgiendo nuevos fármacos que pueden permitirnos rescatar a pacientes con ausencia de respuesta a los tratamientos convencionales y un importante deterioro de su calidad de vida. Es importante conocer estos avances para poder ofrecer a los pacientes las mejores opciones de tratamiento.



### NG-18. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

M. Barcenilla López <sup>(1)</sup>, N. de la Fernández <sup>(1)</sup>, D. González Antón <sup>(1)</sup>,  
B. Arribas Ballesteros <sup>(1)</sup>, L. Fabiá Polo <sup>(1)</sup>, C. Cordero Sánchez <sup>(1)</sup>, C. Ruiz López <sup>(1)</sup>,  
J. M. Contreras Peña <sup>(1)</sup>, L. Vela Desojo <sup>(1)</sup> y M. E. Novillo López <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

#### OBJETIVOS

El papiledema y la hipertensión intracraneal (HTIC) se han asociado en ocasiones al Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Mujer de 28 años presenta cefalea de 4 meses de evolución con primer estudio normal. Inicia cuadro de diplopía e hipoestesia en hemicara izquierda y dedos de ambas manos. Presenta endotropía de ambos ojos en posición primaria de la mirada, restricción para la abducción, hipoestesia en V3 izquierdo y claudicación de ambas extremidades inferiores con reflejos osteotendinosos abolidos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza TC craneal con fase venosa sin alteraciones y EMG/ENG con datos de polineuropatía motora desmielinizante segmentaria aguda. En la punción lumbar la presión de apertura es 47cmH<sub>2</sub>O, con 5 leucocitos y proteínas normales. El fondo de ojo muestra papiledema severo bilateral. La resonancia magnética evidencia neuropatía craneal de ambos nervios ópticos y ambos III pares craneales. Estudio de autoinmunidad pendiente de resultados.

#### RESULTADOS

Se inician inmunoglobulinas por la polineuropatía, Acetazolamida y punciones evacuadoras por la HTIC. Ante la no mejoría, se administra tratamiento empírico con corticoides y así como manitol, pero finalmente requerirá colocación de derivación ventricular para manejo de la hipertensión.

#### CONCLUSIONES

La asociación de papiledema y SGB ha sido descrita en la literatura, aunque en la mayoría de casos se presentaba una vez establecido el cuadro de debilidad, en relación con perproteínorraquia. No obstante, también se han reportado unos pocos casos de HTIC idiopática asociados a SGB. Esto hace pensar que la hiperproteínorraquia no sea el único mecanismo por el que se pueda producir un aumento de la presión intracraneal en estos pacientes.



## NG-19. VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y OTRAS COMPLICACIONES

### GRAVES DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA

L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, M.J. Gil Moreno<sup>(3)</sup>, M. Romeral Jiménez<sup>(4)</sup>, M. Moreu Gamazo<sup>(2)</sup>, A. Fernández Revuelta<sup>(5)</sup> y P. Mayo Rodríguez<sup>(4)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(3)</sup>Unidad de Neurología Cognitiva, <sup>(4)</sup>Unidad de epilepsia, <sup>(2)</sup>Unidad de Neurorradiología intervencionista, <sup>(5)</sup>Unidad de trastornos del movimiento. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

### OBJETIVOS

La meningitis neumocócica es una enfermedad asociada a gran morbimortalidad. En el transcurso de la enfermedad pueden desarrollarse complicaciones graves que afectan al sistema nervioso central (SNC) y empeoran el pronóstico. Presentamos una paciente con múltiples complicaciones del SNC secundarias a meningitis por Neumococo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 63 años con historia de otitis media aguda recurrente, valorada en urgencias por bajo nivel de conciencia tras inicio de otalgia el día anterior. En la exploración presenta fiebre, somnolencia y automatismos orales. Se inicia antibioterapia ante la alta sospecha de infección del SNC, así como medicamentos anticrisis (MACs).

### RESULTADOS

Se demuestra bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae*. El angio-TAC muestra otomastoiditis y trombosis bilateral de senos venosos. Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos. Se inicia anticoagulación, retrasando la realización de la punción lumbar. Se realiza trombectomía venosa consiguiendo recanalización parcial sin mejoría clínica. Posteriormente, presenta crisis con evolución tónico-clónicas generalizada con empeoramiento neurológico. Se realiza video-electroencefalograma urgente que muestra patrón de estatus epiléptico no convulsivo. A pesar de realizar escalada antibiótica y la optimización de MACs, permanece en coma. Se realiza punción lumbar objetivándose hiperproteniorraquia, hipoglucorraquia, cultivo bacteriológico negativo y filmarray positivo. La RM cerebral muestra lesiones isquémicas bilaterales extensas corticales y afectación de tálamo, protuberancia, y hemisferios cerebelosos, sugiriendo vasculitis del SNC. Ante estos hallazgos se modifica la antibioterapia y se administran altas dosis de corticoides intravenosos, sin mejoría clínica, falleciendo la paciente pocos días después.

### CONCLUSIONES

La meningitis neumocócica puede asociarse a múltiples complicaciones del SNC, como trombosis de senos venosos, vasculitis y crisis epilépticas. El diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para mejorar el pronóstico.

Declaro no tener conflictos de intereses.



## NG-20. SÍNDROME DE COLA DE CABALLO DEBIDO A INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZOSTER: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, M. García Ruiz<sup>(1)</sup>, M. Lara González<sup>(1)</sup>, E. M. López Valdés<sup>(2)</sup>, A. Marcos Dolado<sup>(3)</sup>, R. C. Ginestal López<sup>(1)</sup> y A. Fernández Revuelta<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Unidad de trastornos del movimiento, <sup>(3)</sup>Unidad de Neurología Cognitiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### OBJETIVOS

La infección por virus varicela zoster (VVZ) puede presentarse como diferentes síndromes clínicos dependiendo de la región del sistema nervioso afectada, siendo infrecuente que curse como síndrome de cola de caballo, especialmente en pacientes inmunocompetentes. Presentamos dos pacientes con polirradiculopatía lumbosacra aguda por VVZ.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La primera es una mujer de 61 años, inmunodeprimida tras trasplante renal. Acude a urgencias por lesiones cutáneas dolorosas en área genital. Posteriormente, comienza con paraparesia asimétrica, hiporreflexia e hipoestesia en miembros inferiores. Más tarde refiere disfunción de esfínteres, cumpliendo el diagnóstico clínico de síndrome de cola de caballo. La segunda paciente es una mujer de 76 años, inmunocompetente, que acude al hospital por dolor, debilidad e hipoestesia de la pierna derecha. Durante la exploración se observa hiporreflexia rotuliana derecha y lesiones cutáneas en dermatomas L2-L3.

### RESULTADOS

Topográficamente, el diagnóstico más probable fue el síndrome de cola de caballo. En ambos casos, la punción lumbar mostró pleocitosis linfocitaria con hiperproteínorraquia e hipoglucoorraquia, con PCR positiva para VVZ en líquido cefalorraquídeo. La RM espinal mostró realce de raíces lumbosacras. Se administró precozmente Aciclovir intravenoso (10 mg/kg/día). La primera paciente fue dada de alta con paraparesia residual, con recuperación de la función esfinteriana. La segunda presentó una recuperación prácticamente completa.

### CONCLUSIONES

El síndrome de cola de caballo por VVZ es una afectación infrecuente. Puede desarrollarse tanto en pacientes inmunodeprimidos como inmunocompetentes. Es de vital importancia una rápida sospecha clínica, ya que el diagnóstico y tratamiento precoces aumentan la probabilidad de conseguir un mejor pronóstico funcional.

Declaro no tener conflictos de intereses.



## **NG-21. SIDEROSIS SUPERFICIAL INFRATENTORIAL Y UN HALLAZGO ATÍPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>,  
L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, C. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(1)</sup> y  
A. Fernández Revuelta<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La siderosis superficial infratentorial es una entidad producida por la extravasación crónica de sangre al espacio subaracnoideo, que causa toxicidad progresiva. Se asocia a defectos de la duramadre, cirugías espinales, traumatismos previos, tumores o malformaciones vasculares, y también se ha relacionado con hipotensión intracraneal. Las manifestaciones neurológicas típicas son hipoacusia, ataxia y mielopatía.

Presentamos un caso de siderosis superficial con un hallazgo asociado atípico.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 43 años sin antecedentes de interés que consulta por cefalea occipital desencadenada horas después de realizar ejercicio físico intenso. Los episodios de cefalea duran menos de 24 horas y remiten con analgesia de primer escalón. El paciente niega otros síntomas y carece de antecedentes traumáticos o quirúrgicos.

La exploración neurológica y un análisis de sangre que incluye marcadores cardiacos no revelan alteraciones.

### **RESULTADOS**

Se realiza RM craneal que muestra siderosis superficial extensa en folias superiores de ambos hemisferios cerebelosos y superoposteriores del vermis, así como un pequeño depósito puntiforme de hemosiderina en hemiprotuberancia izquierda. Una arteriografía craneal y medular descarta la presencia de malformaciones vasculares, shunts o aneurismas.

En la RM medular se objetiva un quiste perirradicular lobulado en el foramen de conjunción T11-T12 derecho con nivel hematocrito, sugestivo de sangrado previo. Además, el cordón medular está rodeado a ese nivel por una leve hipointensidad de señal en T2 que podría corresponder con siderosis superficial.

### **CONCLUSIONES**

En el proceso diagnóstico de la siderosis superficial infratentorial es imprescindible realizar un estudio de imagen del neuroeje completo. El origen del sangrado puede estar alejado en el SNC, siendo el quiste perirradicular un hallazgo asociado atípico.



## NG-22. CEFALEA Y SÍNTOMAS VISUALES EN PACIENTE DE ORIGEN ASIÁTICO

P. Garay Albízuri<sup>(1)</sup>, D. Pérez Gil<sup>(1)</sup>, B. E. Martínez García<sup>(1)</sup>, A. Llanes Ferrer<sup>(1)</sup>,  
F. J. Buisán Catevilla<sup>(1)</sup>, N. García Barragán<sup>(1)</sup>, M. Serrador García<sup>(2)</sup>,  
J. J. González López<sup>(2)</sup>, J. Masjuan<sup>(1)</sup> y B. Zarza Sanz<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Oftalmología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### OBJETIVOS

La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad autoinmune sistémica, con afectación de úvea, oído interno, meninges y sistema tegumentario. En su fase aguda, se presenta con un cuadro de coroiditis que puede precederse de sintomatología neurológica y auditiva. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes asiáticos e hispanoamericanos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico.

### RESULTADOS

Mujer de 38 años de origen chino, sin antecedentes personales de interés. Valorada inicialmente por Oftalmología por visión borrosa bilateral de 48 horas de evolución, con diagnóstico de uveítis y derrames serosos bilaterales. Consultan con Neurología por asociar simultáneamente cefalea opresiva de predominio nocturno, que empeora con el decúbito. Sin fiebre ni otros síntomas.

Se realiza punción lumbar, que muestra un líquido con presión de apertura y aspecto normales, con 156 células/mm<sup>3</sup> (leucocitos de predominio linfocitario), 56 mg/dL de glucosa y 54.60 mg/dL de proteínas. Durante el ingreso, se completa el estudio con una RMN craneal, sin alteraciones. Dada la sospecha clínica, se realiza también audiometría, que muestra una hipoacusia neurosensorial leve en frecuencias graves en ambos oídos.

Ante la afectación a nivel de retina, sistema nervioso central y oído interno, se diagnostica de enfermedad de VKH.

La paciente recibió corticoterapia y posteriormente azatioprina como inmunosupresor ahorrador de corticoides, presentando importante mejoría clínica.

### CONCLUSIONES

La enfermedad de VKH debe sospecharse ante un cuadro de uveítis bilateral asociado a manifestaciones neurológicas, auditivas y dermatológicas. El tratamiento precoz, prolongado y agresivo con inmunosupresores es esencial.



## **NG-23. PSEUDOPARÁLISIS PERIFÉRICA DE ETIOLOGÍA VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Á. Salinas Fernández<sup>(1)</sup>, B. Lucio Ceballos<sup>(1)</sup>, I. Alcobendas Liern<sup>(1)</sup>, J. Botía Barberà<sup>(1)</sup>, Á. Rodríguez López<sup>(1)</sup>, F. Díaz Otero<sup>(1)</sup>, A. C. Gil Núñez<sup>(1)</sup>, A.M. Iglesias Mohedano<sup>(1)</sup>, M. Vales Montero<sup>(1)</sup>, A. García Pastor<sup>(1)</sup>, P. Vázquez Alén<sup>(1)</sup> e Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>  
*(1)Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

La pseudoparálisis periférica constituye una debilidad distal, que afecta predominantemente a la mano, secundaria a una lesión en el Sistema Nervioso Central. Diferenciarla de una patología de nervio periférico es muy importante por sus implicaciones terapéuticas. Para ello nos basaremos en los antecedentes, signos de la exploración neurológica y las pruebas complementarias adecuadas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un caso de un varón de 60 años con ictus isquémico cursando como una pseudoparálisis periférica.

### **RESULTADOS**

Varón de 60 años exfumador con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad e infarto de miocardio agudo antiguo con disfunción de ventrículo izquierdo. Acude por debilidad en la mano derecha del despertar. En la exploración se objetiva mano caída con déficit en la prensión, debilidad en la flexión de los cinco dedos y abducción del pulgar limitada, con extensión de la muñeca con el cierre de la mano, dato exploratorio a favor de origen central de la debilidad. No alteraciones sensitivas. Dado que el déficit no es congruente con un único territorio de nervio periférico se activa código ictus. Se realizan tomografía computarizada (TC) craneal y AngioTC sin alteraciones agudas. En resonancia magnética se observa una lesión isquémica en giro precentral izquierdo (Signo de Omega) confirmándose la sospecha diagnóstica.

### **CONCLUSIONES**

La afectación motora aislada de la mano como manifestación de ictus es infrecuente, pero se tiene que contemplar esta posibilidad por la repercusión terapéutica que implica. Los datos de la exploración son fundamentales para apoyar la sospecha clínica.



## NG-26. ALTERACIÓN DEL LENGUAJE BRUSCA A ESTUDIO. CÓDIGO ICTUS SIN DATOS DE ISQUEMIA AGUDA EN TC Y ANGIO-TC CRANEAL

P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, L. López Trashorras<sup>(1)</sup>, A. Aldaz Burgoa<sup>(1)</sup>, N. Rodríguez Albacete<sup>(1)</sup>, L. Franco Rubio<sup>(1)</sup>, A. Marcos Dolado<sup>(1)</sup>, C. I. Gómez-Escalonilla Escobar<sup>(1)</sup>, R. Ginestal López<sup>(1)</sup>, E. López Valdés<sup>(1)</sup> y P. Abizanda Soler<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>(2)</sup>Geriatría. Hospital Virgen del Perpetuo Socorro. Albacete (Albacete).

### OBJETIVOS

Determinar las características clínico-radiológicas y las posibilidades etiológicas de pacientes con afasia brusca sin datos de isquemia aguda en pruebas de neuroimagen urgentes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de pacientes ingresados en las plantas de Neurología general y Unidad de ictus entre marzo de 2022 y abril de 2023 por presentar afasia aguda sugerente de origen vascular que motivó la activación de código ictus, con TC y Angio-TC craneal sin alteraciones.

### RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (77% mujeres) con una mediana de edad de 80 años (RIC: 83,5-75,5). Se realizó TC de perfusión en Urgencias en el 45% de ellos (ninguno con claro patrón de isquemia).

Durante el ingreso se realizó EEG (74%), RM craneal (61%) y punción lumbar (45%). El 35% de los EEG mostró actividad epiléptica focal, un 26% de las RM craneales mostró isquemia aguda y un 15% de los LCR objetivó resultados sugerentes de infección del SNC.

En urgencias se instauró tratamiento anticrisis en el 65%, cobertura antibiótica-antiviral en el 48% y fibrinólisis intravenosa en un 13%.

Al alta, etiológicamente el 39% se consideró causa epiléptica, el 19% vascular, el 10% infección del SNC, el 10% encefalopatía hipertensiva/PRESS, el 10% otros diagnósticos y un 12% causa indeterminada.

En el 81% de los pacientes se resuelve la clínica neurológica al alta.

### CONCLUSIONES

El cuadro de alteración del lenguaje aguda sin alteraciones relevantes en la neuroimagen inicial, constituye un importante reto diagnóstico-terapéutico por su heterogeneidad, representado un motivo frecuente de activación de código ictus. Conocer más acerca de su etiología podría llevarnos a un mejor diagnóstico, evitando posible iatrogenia.



## **NG-27. MENINGITIS ASÉPTICA EN CONTEXTO DE FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA GRAVE. UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR ENTRE LAS MENINGITIS LINFOCITARIAS EN ZONAS ENDÉMICAS**

J. M. Alcalá Ramírez Del Puerto<sup>(1)</sup>, C. Ribacoba Díaz<sup>(1)</sup>, B. Hidalgo Valverde<sup>(1)</sup>, V. Cid Izquierdo<sup>(1)</sup>, M. Lara González<sup>(1)</sup>, A. Maruri Pérez<sup>(1)</sup>, P. Abizanda Saro<sup>(1)</sup>, M. E. Urbano<sup>(2)</sup>, A. Muñoz Gómez<sup>(2)</sup> y V. Gajate García<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **OBJETIVOS**

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Rickettsia conorii*, transmitida por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus*, endémica en la cuenca mediterránea, con una incidencia en España de 0.36/100.000. De curso generalmente leve, puede tener complicaciones graves en el 10% de los pacientes, con elevada morbimortalidad sin tratamiento adecuado. Aunque la afectación neurológica es muy rara, hay varios casos descritos en las últimas décadas en España.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Describimos un caso de una meningitis aséptica en el contexto de un episodio confirmado de FBM atendido en nuestro centro.

### **RESULTADOS**

Se trata de un hombre de 61 años procedente de medio rural en contacto con perros que consulta por cuadro de una semana consistente en fiebre, artromialgias, dolor abdominal e intensa cefalea. En la exploración se observó una lesión costrosa de coloración negra en cuello, exantema maculopapular incluyendo palmas y plantas e intensos signos de irritación meníngea. En la analítica destaca PCR de 270 mg/L y elevación de transaminasas. El análisis del LCR mostró 27 células (100% linfocitos) y 112 proteínas, sin consumo de glucosa. El LCR resultó aséptico, incluyendo la PCR de virus. Ante la sospecha de meningitis aséptica en el seno de FBM (mancha negra, exantema, afectación sistémica grave y hepatitis) se inició tratamiento con Doxiciclina 100mg/12 horas, con recuperación completa en una semana. Dos semanas después se confirmó la sospecha siendo positivos los anticuerpos IgM contra *R. conorii*.

### **CONCLUSIONES**

A pesar de su baja incidencia, hay que considerar el diagnóstico de FBM en pacientes con meningitis aséptica, presencia de lesiones cutáneas compatibles y procedentes de áreas endémicas.

No conflicto de intereses ni financiación.



## Neuroinmunología-Neurooncología (NIO)

### NIO-01. ENCEFALITIS LÍMBICA Y ATAXIA CEREBELOSA: DOS SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS SEPARADOS EN EL TIEMPO EN UN MISMO PACIENTE

E. Cañada Lahoz<sup>(1)</sup>, C. Sánchez-Rodríguez<sup>(1)</sup>, S. Lozano Veiga<sup>(1)</sup>,  
R. Berbegal Serralta<sup>(1)</sup> y S. Quintas<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

#### OBJETIVOS

Los síndromes neurológicos paraneoplásicos son un grupo heterogéneo de trastornos de interés creciente. Los anticuerpos antiHu, frecuentemente asociados con el carcinoma microcítico de pulmón, se han relacionado con varios de estos síndromes, entre ellos la encefalitis límbica y la ataxia cerebelosa.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso y los hallazgos de las pruebas complementarias de un paciente con carcinoma microcítico de pulmón y positividad de anticuerpos anti-Hu que presentó una encefalitis límbica al diagnóstico y una ataxia cerebelosa diez meses después.

#### RESULTADOS

Varón de 68 años que consultó por deterioro cognitivo rápidamente progresivo de dos meses de evolución. En el estudio complementario destacaron CEA elevado en suero, hiperproteínorraquia leve en líquido cefalorraquídeo(LCR) y Ac anti-Hu positivos en suero y LCR, así como nódulo pulmonar y adenopatías con resultado anatomopatológico de carcinoma microcítico de pulmón. Ante encefalitis límbica paraneoplásica asociada a anticuerpos anti-Hu, se realizó plasmaféresis y se inició tratamiento con quimio-radioterapia con mejoría del cuadro neurológico y respuesta parcial mantenida a nivel oncológico.

Diez meses después del cuadro inicial, presentó un síndrome cerebeloso agudo progresivo. Se realizaron RM cerebral que mostró atrofia cerebelosa leve, y TC de tórax y PET-TC cérvico-tóraco-abdominal, que descartaron progresión de la enfermedad oncológica. Ante alta sospecha de etiología paraneoplásica se trató con megabolas de metilprednisolona y plasmaféresis, con estabilización clínica.

#### CONCLUSIONES

Hasta el momento, no se habían descrito en un mismo paciente dos síndromes neurológicos paraneoplásicos diferentes y separados en el tiempo. La persistencia de la enfermedad oncológica subyacente, a pesar de mejoría con el tratamiento quimioradioterápico, podría justificar esta presentación inhabitual.



### **NIO-03. MONONEURITIS MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS**

C. Barrios Álamo<sup>(1)</sup> y P. Huimann<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

#### **OBJETIVOS**

Describir el recorrido diagnóstico de la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) a partir de una mononeuritis múltiple.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 74 años que consulta en enero de 2023 por parestesias y debilidad en ambas manos y pie derecho. La exploración neurológica muestra afectación sensitivo-motora de ambos nervios cubitales y del peroneo común izquierdo. Analíticamente destaca leve elevación de reactantes de fase aguda y eosinofilia importante ( $>7000/\text{microL}$ ,  $>44\%$ ), con estudio inmunológico y serológico normal. El LCR no muestra signos de inflamación, infección o células malignas. La EMG confirma polineuropatía sensitivo-motora, asimétrica axonal y distal, compatible con mononeuritis múltiple. En anamnesis; tos crónica de larga evolución y antecedentes de alergia a metales, lo que condujo a ampliación de estudio neumológico intrahospitalario, diagnosticándose asma eosinofílica con aumento de grosor bronquial en TC. Se solicitó valoración otorrinolaringológica debido a episodios recurrentes de sinusitis, y se diagnostican pólipos nasales y sinusitis crónica. En conjunto con el equipo médico de enfermedades autoinmunes, se realizó biopsia del nervio sural, evidenciándose vasculitis de pequeños vasos.

#### **RESULTADOS**

La combinación de mononeuritis múltiple, vasculitis de pequeño vaso, eosinofilia sanguínea, junto al asma y los pólipos nasales, confirma el diagnóstico de GEPA según criterios de ACR.

#### **CONCLUSIONES**

Este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario para abordar un síndrome neurológico con una etiología altamente variable. Asimismo, se enfatiza la necesidad de sospechar la presencia de GEPA en pacientes con mononeuritis múltiple, especialmente si presentan síntomas respiratorios y eosinofilia.

El diagnóstico precoz permitió iniciar un tratamiento inmunosupresor profiláctico temprano evitando complicaciones multiorgánicas significativas.

No se presenta conflicto de interés.



**NIO-04. SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD ASOCIADO A TERAPIA COMERCIAL  
CON CÉLULAS T DE RECEPTORES QUIMÉRICOS DE ANTÍGENOS ANTI-CD19  
COMO TRATAMIENTO DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA EN UN  
HOSPITAL TERCIARIO**

C. Serra Smith<sup>(1)</sup>, M. Gómez Llobell<sup>(2)</sup>, D. Gómez Costas<sup>(3)</sup>, J. M. García Domínguez<sup>(1)</sup>,  
M. L. Martínez Ginés<sup>(1)</sup>, I. Gómez Centurión<sup>(2)</sup>, R. Bailén Almorox<sup>(2)</sup>,  
M. Martínez García<sup>(4)</sup> e Y. Fernández Bullido<sup>(1)</sup>

*(1)Neurología, (2)Hematología, (3)Farmacia Hospitalaria. Hospital General  
Universitario Gregorio Marañón. Madrid. (4)Departamento de Teoría de la Señal y  
Comunicaciones. Universidad Carlos III. Madrid.*

**OBJETIVOS**

La infusión de las terapias CART (chimeric antigen receptor T-cell) produce un estado proinflamatorio que puede provocar en 60-95% un CRS (cytokine release syndrome) y en 20-60% un síndrome neurotóxico (ICANS: Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome) variable tanto en fenotipo como en gravedad.

Describimos la experiencia de nuestro centro en ICANS.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio retrospectivo de pacientes infundidos con Axicabtagene-ciloleucel (Axi-cel) o Tisagenlecleucel (Tisa-cel) desde junio 2019 a marzo 2023 para tratamiento de linfomas B difusos de células grandes (LBDCG) y leucemia linfoblástica aguda (LLA). Se realizó un estudio univariante preliminar sobre el desarrollo de ICANS Sí/No mediante R.

**RESULTADOS**

Recogimos 101 pacientes. Un 93% de casos eran LDCG, un 7% de LLA.

Se infundieron 58% Axi-cel. Registramos 91% de CRS y 36% ICANS. Un tercio de ICANS alcanzaron grados 3-4. El 75% de ICANS habían recibido Axi-cel. Tiempo hasta ICANS: 6 días. Duración de ICANS: 3 días. La necesidad de UCI fue mayor en pacientes con ICANS (42%) vs pacientes sin ICANS (9%).

Clínicamente, 69% de ICANS mostraron algún grado de encefalopatía, siendo frecuente algún déficit focal (39% afasia fluctuante, 28% disgrafia sin afasia). 3 pacientes sufrieron crisis epilépticas (1 status).

El tratamiento principal fueron los corticoesteroides a altas dosis. Otros tratamientos: siltuximab (64% de pacientes, la mitad como tratamiento de ICANS), anakinra (47% pacientes, 70% como tratamiento ICANS), antiepilépticos (39%), filtro de citocinas (17%), terapia intratecal (11%).

Un 17% de los ICANS fueron refractarios al tratamiento, registrándose 4 exitus por ICANS (letalidad ICANS 11%).



El estudio univariante destacó como variables significativas: tipo de CART, número de dosis tocilizumab previas, días infusión-CRS, valores de dímero D, LDH e IL-6 en días 0 y +3 ; IL-15 en día +3.

### **CONCLUSIONES**

En nuestra serie, 1/3 de los pacientes sufrieron ICANS, 1/3 graves. El ambiente proinflamatorio sistémico parece influir en su desarrollo.



## PIO-05. ASOCIACIÓN CON NEOPLASIA DE LOS SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INMUNOMEDIADOS

R. García Yu<sup>(1)</sup>, A. García Leal<sup>(1)</sup>, G. R. Zmork Martínez<sup>(1)</sup>,  
P. T. López-Grueiro Valcarce<sup>(1)</sup>, G. Torres Iglesias<sup>(1)</sup>,  
M. Fernández-Fournier Fernández<sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup> y L. Lacruz Ballester<sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup>Neurología. Complejo Universitario la Paz. Madrid.

### OBJETIVOS

Determinar la asociación del desarrollo de neoplasia en pacientes que debutan con síndromes neurológicos de origen inmunomediado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado a partir de la revisión de historias clínicas pacientes atendidos en centro terciario a los que se solicitó determinación de anticuerpos antineuronales (AAN). Se incluyeron casos con seguimiento de al menos 5 años tras el evento neurológico y se excluyeron pacientes menores de 14 años, con diagnóstico final de otra etiología no inmunomediada o con pérdida de seguimiento.

### RESULTADOS

De un total de 408, fueron incluidos 134 pacientes (59% correspondió a mujeres, la mediana de edad fue de 58 años (19-89)). Se excluyeron 42 pacientes menores de 14 años, 187 pacientes con diagnóstico definitivo alternativo y 45 pacientes con pérdida de seguimiento. Las entidades clínicas más frecuentes por lo que se solicitaron AAN fueron polineuropatías, mielitis y neuritis óptica. Solo 18 pacientes (13,4%) presentaron fenotipo de alto riesgo y 17 pacientes (12,7%), positividad a AAN. Se detectó neoplasia en 32 pacientes (23,9%) previa al SPN y en 14 pacientes (10,4%) posterior al SPN. La edad media fue mayor en el grupo con neoplasia (test U de Mann-Whitney  $p=0,004$ ) y hubo diferencias significativas ( $p=0,004$ ) con respecto a la positividad a AAN entre los pacientes que desarrollaron neoplasias (5/14) y los que no (7/82). No hubo diferencias en cuanto al sexo (test chi-cuadrado  $p=0,590$ ); ni con respecto a la presencia de fenotipo de alto riesgo de síndrome paraneoplásico (3/10 en grupo con neoplasia, 8/10 grupo sin neoplasia;  $p=0,255$ ).

### CONCLUSIONES

Debemos seguir estudiando sobre la posible asociación de los diferentes síndromes neurológicos inmunomediados con el cáncer y mejorar la caracterización de los fenotipos clínicos de riesgo alto e intermedio, para evitar retrasos diagnósticos o pruebas innecesarias. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



## **NIO-06. FENOTIPO CLÍNICO Y TIPO DE NEOPLASIA EN 17 PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI-NEURONALES DETECTADOS MEDIANTE INMUNOBLOT**

G. R. Zmork Martínez<sup>(1)</sup>, P. López-Grueiro Valcarce<sup>(1)</sup>, R. García Yu<sup>(1)</sup>, A. García Leal<sup>(1)</sup>, M. Fernández- Fournier Fernández<sup>(1)</sup>, A. Tallón Barranco<sup>(1)</sup> y L. Lacruz Ballester<sup>(1)</sup>

*(1)Neurología. Complejo Universitario la Paz. Madrid.*

### **OBJETIVOS**

El diagnóstico de los síndromes paraneoplásicos (SPN) está basado en el fenotipo clínico, el anticuerpo anti- neuronal (AAN) y la presencia o no de neoplasia. Nuestro estudio pretende describir la presentación clínica y el tipo neoplasia detectada en pacientes con AAN positivos y comparar los resultados con lo descrito en la literatura.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes con sospecha de SPN y seguimiento de 5 años, que fueron atendidos entre 2013 y 2018 en un hospital terciario. La recogida de datos se realiza mediante historia clínica electrónica. Los casos descritos presentan positividad en kit comercial de inmunoblot +/- sobre tejido.

### **RESULTADOS**

Se detectaron AAN en 17 de 134 pacientes estudiados (12.7%). Anti-ZIC4 positivo asociado a: 1) deterioro cognitivo rápidamente progresivo, sin desarrollo de neoplasia; 2) polineuropatía (PNP) y adenocarcinoma de colon; 3) síndrome miasteniforme y cáncer microcítico de pulmón anti-Hu+; 4) esclerosis múltiple, síndrome miasteniforme y tumor carcinoide bronquial. Anti-Yo positivo en: 1) dos pacientes con síndrome cerebeloso +/- encefalomiелitis y cáncer ginecológico y de recto; 2) un paciente con trastorno psiquiátrico y quiste benigno de ovario. Anti-recoverina positivo: 1) retinopatía y carcinoma microcítico; y 2) alteración sensitiva y síndrome de Lynch. Anti-SOX1 y antititina positivo en una paciente con síndrome miasteniforme y tumor de Whartin.

### **CONCLUSIONES**

La positividad de los AAN por inmunoblot no asegura el diagnóstico del SPN y debe ser confirmada con inmunohistoquímica para establecer una asociación correcta de los mismos con el fenotipo clínico y neoplasia objetivados. Asimismo, es necesario continuar realizando registros multicéntricos de casos.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



**NIO-07. REGISTRO UNICÉNTRICO DE LOS CASOS DE ENCEFALITIS AUTOINMUNES  
ATENDIDOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y TIEMPOS  
OPERACIONALES**

D. Pérez Rangel<sup>(1)</sup>, S. García-Bellido Ruiz<sup>(1)</sup>, N. Sanzo Esnaola<sup>(1)</sup>,  
M. Enguidanos Parra<sup>(1)</sup>, J. Ramírez Sánchez- Ajofrín<sup>(1)</sup>, A. Sánchez Soblechero<sup>(2)</sup> y  
G. Veliilla Alonso<sup>(3)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología, <sup>(2)</sup>Unidad Multidisciplinar de Neuro-Oncología. Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid. <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.*

**OBJETIVOS**

Analizar los casos de Encefalitis Autoinmunes (EA) en nuestro centro y el manejo realizado.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Registro retrospectivo creado mediante revisión de los casos codificados en CMBD como encefalitis en nuestro centro desde 2002 hasta 2022. Se revisó la historia clínica electrónica, incluyendo únicamente los pacientes que cumplían criterios de EA.

**RESULTADOS**

De 398 codificados como encefalitis, 56 cumplieron criterios de EA, edad mediana de 36.9 años. 29 casos fueron idiopáticos, 4 paraneoplásicos, 16 postinfecciosos, 7 iatrogénicos. La presentación más frecuente incluía síntomas cognitivos (35) y crisis epilépticas (29). 50 recibieron tratamiento dirigido incluyendo como primera línea 44 de ellos corticoides, 9 plasmaféresis y 30 IG IV.

El tiempo mediano de duración del ingreso fue de 19 (rango intercuartílico 10.25-28.75) días, desde el inicio de los síntomas hasta la realización de la punción lumbar (PL) 7 (2.25-18.75) días, el tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento 11 (5-44) días, entre contacto sanitario y tratamiento 5 (1-13) días, entre valoración por neurología e inicio de tratamiento 3 (1-14) días.

En los pacientes que no respondieron de manera adecuada al tratamiento inmunosupresor durante el ingreso se tardó más en realizar la PL (5 (2-13) vs 1 (0-6) días,  $p < 0.05$ ), mientras que aquellos en los que se tardó más en iniciar el tratamiento desde ser atendidos o desde el contacto con Neurología mostró una correlación directa con la diferencia entre el Rankin basal y después del ingreso ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES**

Las EA son un grupo de entidades heterogéneas para las que debemos tener un alto índice de sospecha pues el inicio temprano de terapia inmunosupresora ofrece mejor pronóstico.



## Trastornos del movimiento (TM)

### TM-01. DISCINESIAS Y ADHERENCIA A SAFINAMIDA Y OPICAPONA EN PACIENTES FLUCTUANTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

P. Lorenzo Barreto<sup>(1)</sup>, I. Parées Moreno<sup>(1)</sup>, P. Pérez Torre<sup>(1)</sup>, S. Fanjul Arbós<sup>(1)</sup>, J. L. López-Sendón Moreno<sup>(1)</sup>, E. Pérez Trapote<sup>(1)</sup>, A. Sáez Marín<sup>(1)</sup>, E. S. Stiauren Fernández<sup>(1)</sup>, Á. Patiño Patón<sup>(1)</sup>, J. C. Martínez Castrillo<sup>(1)</sup> y A. Alonso Cánovas<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

#### OBJETIVOS

Estudiar las diferencias en la aparición o empeoramiento de discinesias tras la introducción de safinamida (SA) u opicapona (OP) en pacientes con enfermedad de Parkinson fluctuante (EPF), y la probabilidad de discontinuación por este motivo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EPF (2016-200) a los que se empezó tratamiento con SA u OP. Se recogieron las variables clínicas basales y demográficas, así como la aparición de discinesias o el empeoramiento de previas y la adherencia al tratamiento en la primera visita de seguimiento (13-15 semanas).

#### RESULTADOS

Se incluyeron 60 pacientes con SA y 29 pacientes con OP (seguimiento de 13-15 semanas), con similar duración de la enfermedad y proporción por sexos, pero mayor edad en el grupo de SA (73, RI 67-79 vs. 65, RI 54-76,  $p=0,03$ ). No hubo diferencias significativas en la aparición o empeoramiento de discinesias (13% vs 17%,  $p=0,750$ ), tampoco en la discontinuación del fármaco (22 vs 35%,  $p=0,196$ ), siendo las discinesias el motivo de la discontinuación en un único caso de SA y de ninguno en OP ( $p=1,00$ ). No se encontraron diferencias significativas para la probabilidad de discontinuación en función del tratamiento usado (OR 0,53, IC 0,20-1,40,  $p=0,199$ ) ni para la tasa de discontinuación (HR 1,21,  $p=0,800$ ), aunque hubo una tendencia a mayor adherencia con SA.

#### CONCLUSIONES

En pacientes con EPF tanto SA como OP fueron bien tolerados, con una baja proporción de aparición o empeoramiento de discinesias o discontinuación por este motivo, sin diferencias significativas entre grupos.

#### BIBLIOGRAFÍA

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.



### TM-03. FERTILIDAD Y DESEO GENÉSICO EN PERSONAS CON DISTONÍA:

#### ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRANSVERSAL

E. Cañada Lahoz<sup>(1)</sup>, R. Berbegal Serralta<sup>(1)</sup>, S. Lozano Veiga<sup>(1)</sup>, M. Campos<sup>(2)</sup>,  
G. Cabañas<sup>(2)</sup>, R. Pastor<sup>(2)</sup>, N. Mena<sup>(2)</sup>, A. Alonso Cánovas<sup>(2)</sup>, L. López Manzanares<sup>(1)</sup>,  
I. Muro<sup>(1)</sup> y E. Casas Peña<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

#### OBJETIVOS

El impacto de la distonía sobre la reproducción humana no está bien definido.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios autoaplicados en pacientes con distonía de dos Unidades de Trastornos del Movimiento y la Asociación Distonía Española-ALDE.

#### RESULTADOS

Se analizó una muestra de 119 pacientes con distonía, 75 mujeres (63%), y edad media 55 años (DE 12,2). 10,7% presentaron distonía generalizada, 50,7% segmentaria y 38,7% focal. De esta muestra, 64% de las mujeres fueron diagnosticadas antes de la menopausia. El 10,4% de estas mujeres vieron afectada su fertilidad (imposibilidad para conseguir embarazo o miedo a no poder cuidar bien a sus hijos), al igual que el 15,8% de los hombres (dificultad para encontrar pareja o miedo a transmitir la enfermedad a sus hijos). 9 de las pacientes con distonía (6 segmentaria, 2 focal y 1 generalizada) consiguieron embarazos tras el diagnóstico, produciéndose 12 embarazos en total. 6 no presentaron cambios en su distonía, 2 mejoraron y 1 empeoró. Siete permanecieron sin tratamiento durante el embarazo y una de ellas, que presentaba distonía segmentaria, continuó con toxina botulínica. De 12 embarazos 2 sufrieron abortos.

#### CONCLUSIONES

Los resultados sugieren una tendencia no significativa a mayor afectación subjetiva de la fertilidad en los hombres con distonía, aunque la dificultad para encontrar pareja referida por ellos pudo actuar como factor confusor. El 12% de las pacientes tuvo embarazos, con frecuencia de complicaciones similar a la general (10-20% de abortos) y mayoritariamente no presentaron cambios en la distonía ni recibieron tratamiento durante el embarazo.



#### **TM-04. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA POSIBLE INFLUENCIA DEL CICLO MENSTRUAL EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE DISTONÍA**

R. Berbegal Serralta <sup>(1)</sup>, S. M. Lozano Veiga <sup>(1)</sup>, E. Cañada Lahoz <sup>(1)</sup>, M. Campos <sup>(2)</sup>, G. Cabanas <sup>(2)</sup>, R. Pastor <sup>(2)</sup>, A. Alonso <sup>(2)</sup>, L. López Manzanares <sup>(1)</sup>, I. Muro García <sup>(1)</sup> y E. Casas Peña <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

<sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

#### **OBJETIVOS**

La distonía es un trastorno del movimiento que puede alterar la calidad de vida a diferentes niveles. Se cree que el ciclo menstrual (CM) puede influir negativamente en los síntomas de distonía en las mujeres; no obstante, no existe suficiente evidencia que las respalde.

Nuestro objetivo es estudiar si el CM influye en la sintomatología percibida por las mujeres diagnosticadas de distonía.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal por comparación de medias basado en un cuestionario online autorellenado por pacientes, enviado desde dos Unidades de Trastornos del Movimiento españolas y la Asociación Distonía España- ALDE.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 75 mujeres, con media de edad de 55 años, diagnosticadas de distonía focal (41%), segmentaria (48%) o generalizada (10%). La mayoría tratadas con toxina botulínica en monoterapia (48%) o junto a medicación oral (38,6%). Sólo 48 fueron diagnosticadas en edad fértil (64%). De éstas, el 79,1% no presentaron cambios en la sintomatología durante la menstruación, frente al 20,8% que consideró que empeoraban. Además, el 85,1% no refirieron variaciones en la clínica en función del CM, a diferencia del 14,9% que manifestó empeoramiento. Ninguna de las participantes refirió mejoría sintomatológica.

#### **CONCLUSIONES**

La mayoría de las pacientes no presentaron cambios en la sintomatología según el CM. Sin embargo, un número reducido refirió empeoramiento. Sería interesante la continuación y la inclusión de más pacientes en el estudio, para analizar si existen cambios significativos.



### TM-05. DISTONÍA Y MUJER: IMPACTO EN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN VITAL Y FACTORES PSICOSOCIALES

M. Campos Jiménez<sup>(1)</sup>, G. Cabañas Ingenios<sup>(1)</sup>, N. Mena García<sup>(1)</sup>,  
R. Pastor González<sup>(1)</sup>, R. Berbegal Serralta<sup>(2)</sup>, E. Cañada Lahoz<sup>(2)</sup>, S. Lozano Veiga<sup>(2)</sup>,  
Á. Patiño Patón<sup>(1)</sup>, E. Casas Peña<sup>(2)</sup> y A. Alonso Cánovas<sup>(1)</sup>  
*<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.*

#### OBJETIVOS

La distonía puede repercutir en la calidad de vida, este análisis pretende explorar si hay un perfil distintivo de afectación en la calidad y estilo de vida y elementos psicosociales en las mujeres con distonía respecto a los varones.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en curso basado en un cuestionario online suministrado en dos Unidades de Trastornos del Movimiento y en la Asociación Española de Distonía (Distonía España-ALDE). Para su análisis se utilizó la Escala de Satisfacción Vital (rango 5-25, más satisfacción a más puntuación).

#### RESULTADOS

Incluimos 75 mujeres y 44 hombres de edad media similar (55+/-DE vs 56+/-DE años), con distonía focal (42% mujeres, 36% hombres), segmentaria (46% mujeres, 50% hombres) o generalizada (10% mujeres, 13% hombres). Observamos similares tasas de tabaquismo (10% vs. 15%), consumo de alcohol (7% vs. 9%), ansiedad (30% vs. 40%), depresión (16% vs. 20%) y acontecimientos vitales traumáticos (37% vs. 34%), tratamiento con toxina botulínica (49% mujeres, 27% hombres), y fármacos orales (37% vs. 34%). La discapacidad era frecuente en ambos grupos (28% mujeres, 38% hombres), así como el impacto en la vida socio-familiar (34% mujeres, 43% hombres) y la percepción de estigmatización (55% mujeres, 74% hombres), pero la proporción de mujeres que negaban limitaciones en su vida derivadas de la distonía fue significativamente más alta (27% vs. 9%). El dolor era frecuente en ambos grupos (52% vs. 56%), mientras que los problemas de comunicación fueron ligeramente más frecuentes en hombres (20% vs 36%). La satisfacción vital fue similar (15+/-5 vs. 14+/-4), con puntuaciones intermedias en ambos grupos.

#### CONCLUSIONES

Observamos una alta repercusión de la distonía en la vida familiar, social, y laboral, sin diferencias significativas entre sexos.

#### BIBLIOGRAFÍA

Este estudio no ha requerido inversión económica y no existen conflictos de interés por parte de las autoras.



## **TM-06. ESTUDIO DE CONTINUIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS EN TRATAMIENTOS DE PERFUSIÓN PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (APOMORFINA SUBCUTÁNEA Y LEVODOPA INTESTINAL) EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO**

I. Muro<sup>(1)</sup>, J. Alonso Maroto<sup>(1)</sup>, E. Casas Peña<sup>(1)</sup>, B. González García<sup>(1)</sup>, E. Carabajal Pendón<sup>(1)</sup> y L. López Manzanares<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### **OBJETIVOS**

Determinar la tasa de discontinuidad de los tratamientos en perfusión para la enfermedad de Parkinson avanzada (EPA), en una unidad de trastornos del movimiento, los motivos de la misma y la frecuencia y temporalidad de efectos adversos (EA).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional de pacientes con EPA en tratamiento de perfusión con levodopa intestinal (LI) y/o apomorfina subcutánea (AS) entre enero 2010-enero 2023, mediante revisión retrospectiva de historias clínicas.

### **RESULTADOS**

80 pacientes, 46 grupo LI y 46 grupo AS. Edad media de inicio LI 70 años [44-85], AS 65 años [50-81]. El tiempo medio de tratamiento LI fue de 3.3 años y de AS de 1.8 años.

11 pacientes (23.9%) suspendieron LI: 4 por complicaciones del sistema, 4 por EA, 4 por progresión motora, 1 por progresión cognitiva. 35 pacientes (76.1%) suspendieron AS: 13 por EA, 7 fue terapia puente a ECP, 5 por empeoramiento cognitivo, 4 por complicaciones del sistema y 2 por ausencia de mejoría motora.

Los EA más frecuentes con LI fueron granulomas (23.4%) y eritema del estoma (21.28%), más frecuentes en los primeros dos años (58.3% vs 41.7%,  $p=0.002$ ; 63.6% vs 36.4%,  $p=0.001$ ). Los EA más frecuentes con AS fueron nódulos (56.5%) y somnolencia (21.7%), más frecuentes en los primeros dos años (92.3 vs 7.7%  $p<0.001$ ; 100% vs 0%).

### **CONCLUSIONES**

La terapia con LI se mantuvo durante más tiempo que AS. Los efectos secundarios ocurrieron sobre todo en los dos primeros años en ambos grupos y fueron en su mayoría leves, siendo más frecuentes en AS.

El trabajo no ha sido financiado, no existen conflictos de interés por parte de los autores.



**TM-07. DIFERENCIAS EN LA EJECUCIÓN DE PUZLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA CON SINTOMATOLOGÍA MOTORA DE PREDOMINIO EN HEMICUERPO DERECHO VS. IZQUIERDO. RESULTADOS DE LA COHORTE COPPADIS**

C. Romero del Rincón<sup>(1)</sup>, P. Paños Basterra<sup>(1)</sup>, E. Casas<sup>(1)</sup>, L. López Manzanares<sup>(1)</sup>, I. Muro<sup>(1)</sup>, D. Astrid Adarmes<sup>(2)</sup>, M. G. Alonso Losada<sup>(3)</sup>, A. Alonso Cánovas<sup>(4)</sup>, A. F. Fernando<sup>(5)</sup>, A. R. Rubén<sup>(6)</sup>, B. Carmen<sup>(7)</sup>, E. Carbajal Pendón<sup>(1)</sup>, F.J. Carrillo Padilla<sup>(8)</sup>, C. María José<sup>(5)</sup>, C. Esther<sup>(9)</sup>, O. De Fábregues-Coixar<sup>(10)</sup>, J. Dotor<sup>(11)</sup>, Escalante<sup>(12)</sup>, J. García Caldentey<sup>(13)</sup>, C. García Campos<sup>(11)</sup>, P. Iriarte<sup>(1)</sup>, J. M. García Moreno<sup>(11)</sup>, I. Gastón<sup>(14)</sup>, V. Gómez Mayordomo<sup>(5)</sup>, J. González Ardura<sup>(6)</sup>, B. González García<sup>(1)</sup>, J. Hernandez Vara<sup>(10)</sup>, J. Infante<sup>(15)</sup>, S. Jesús<sup>(2)</sup>, J. Kulisevsky<sup>(16)</sup>, Y. Macias<sup>(17)</sup>, M. Mata<sup>(7)</sup>, J. C. Martínez Castrillo<sup>(4)</sup>, S. Novo Ponte<sup>(18)</sup>, C. Ordás<sup>(19)</sup>, C. Prieto Jurczynska<sup>(19)</sup>, P. Sánchez-Alonso<sup>(18)</sup>, G. Sánchez Díez<sup>(18)</sup>, L. Vela<sup>(17)</sup>, C. Villanueva<sup>(5)</sup>, R. Pérez Noguera<sup>(11)</sup>, B. Pascual-Sedano<sup>(16)</sup>, I. Pareés<sup>(20)</sup>, M. Kurtis<sup>(20)</sup> y D. Santos García<sup>(21)</sup>

<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla (Sevilla). <sup>(3)</sup>Neurología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra). <sup>(4)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>(5)</sup>Neurología. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid. <sup>(6)</sup>Neurología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. <sup>(7)</sup>Neurología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid). <sup>(8)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife). <sup>(9)</sup>Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos. <sup>(10)</sup>Neurología. H. Universitari General de la Vall D'hebron. Barcelona. <sup>(11)</sup>Neurología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>(12)</sup>Neurología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona). <sup>(13)</sup>Neurología. Centro Neurológico Oms 42. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>(14)</sup>Neurología. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>(15)</sup>Neurología. Hospital de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>(16)</sup>Neurología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Vic (Barcelona). <sup>(17)</sup>Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>(18)</sup>Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid). <sup>(19)</sup>Neurología. Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. <sup>(20)</sup>Neurología. Hospital Ruber Internacional. Madrid. <sup>(21)</sup>Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.



## OBJETIVOS

Una característica fundamental en la enfermedad de Parkinson idiopática(EPI) es la asimetría en la afectación motora, pero algunos estudios también valoran su implicación en la progresión cognitiva. Investigamos si la afectación predominante derecha/izquierda influye en tareas cognitivas como la realización de un puzle de 16 piezas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se incluyeron pacientes con EPI de la cohorte COPPADIS con seguimiento de 48 meses. El hemicuerpo predominante se definió con las puntuaciones de los ítems de la UPDRS-III al inicio del estudio y se agruparon en izquierdo(PIZQ), derecho(PDCH), simétrico(PSIM). En cada visita se determinó el tiempo para la ejecución completa del puzle y las piezas colocadas por minuto(min): 1min, 2min, 3min, 4min y 5min. Se compararon medias con t-student entre PIZQ y PDCH.

## RESULTADOS

N=694; 60,2% mujeres, media edad 62,6 años(DE=8,9). Hemicuerpo: PIZQ 345(49,7%)/PDCH 307(44,2%)/PSIM 41(5,9%). No hubo diferencias significativas en el tiempo total de realización de puzle. Por piezas colocadas: en la visita 48 semanas, los pacientes PIZQ colocaron menos piezas de media en comparación con los PDCH [min1 2,53(DE=2,63)/3,20(DE=3,08)  $p=0,022$ ; min2 5,16(DE=4,70)/6,17(4,87)  $p=0,037$ ; min3 7,32(DE 5,72)/8,37(DE=5,46)  $p=0,06$ ; min4 8,77(DE=6,04)/9,97(DE=5,79)  $p=0,046$ ; min5 9,75(DE=6,17)/10,90(DE=5,78)  $p=0,058$ ].

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio, los pacientes con afectación predominante de hemicuerpo izquierdo colocaron menos piezas del puzle por minuto, por lo que los pacientes con EPI de predominio hemisferal izquierdo podrían presentar un riesgo mayor de afectación cognitiva en tareas ejecutivas.



**TM-08. ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES CON DISTONÍA, EN UNA COHORTE DE PACIENTES MULTICÉNTRICA DE MADRID**

S. Lozano<sup>(1)</sup>, R. Berbegal<sup>(1)</sup>, E. Cañada<sup>(1)</sup>, G. Cabañas<sup>(2)</sup>, M. Campos<sup>(2)</sup>, N. Mena<sup>(2)</sup>, R. Pastor<sup>(2)</sup>, A. Alonso<sup>(2)</sup>, I. Muro<sup>(1)</sup>, L. López<sup>(1)</sup> y E. Casas<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Neurología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>(2)</sup>Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**OBJETIVOS**

Se presupone una influencia de factores hormonales en la distonía, sin embargo, existe escasa bibliografía que evalúe el impacto de la menopausia sobre esta patología. El objetivo de este estudio es determinar la variación clínica y terapéutica en dicho periodo vital.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal basado en la información obtenida mediante un cuestionario autoaplicado en pacientes con distonía de las Unidades de Trastorno del Movimiento de dos hospitales madrileños y de la Asociación de Distonía España-ALDE.

**RESULTADOS**

Incluimos 73 mujeres, edad media de 55 años (DE 11,6) y edad media al diagnóstico de distonía de 45 años (DE 14,8). 41% de las pacientes presentaban distonía focal, 48% segmentaria y 10% generalizada. 45 pacientes fueron no valorables para nuestro objetivo dado que no habían pasado la menopausia aún, o su distonía apareció después de la menopausia. De entre las 28 pacientes restantes, 9 de ellas (32%) refirieron empeoramiento de su distonía tras la menopausia, 19 pacientes (67,8%) no manifestaron cambios en su distonía, y ninguna mostró mejoría clínica tras la menopausia. Solo una de las pacientes que refirieron empeoramiento, precisó aumento de dosis de su tratamiento (toxina botulínica y medicación oral) para la distonía (11,1%). De entre las pacientes que manifiestan empeoramiento de su distonía tras la menopausia, 2 (22,2%) describían además empeoramiento con la menstruación, retrospectivamente.

**CONCLUSIONES**

Nuestro estudio muestra una tendencia a la estabilidad en los síntomas y tratamientos de distonía en pacientes postmenopáusicas, no obstante, es preciso realizar estudios con mayor tamaño muestral para constatar esta hipótesis.

No existe conflicto de intereses en la realización de este estudio.





**S&H**  
MEDICAL  
SCIENCE  
SERVICE

**S&H Medical Science Service, S.L.**  
C/ Buganvilla, 5 - Planta 1ª - A. 28036 Madrid  
Tfno.: 91 535 71 83  
E-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)  
Página Web: [www.shmedical.es](http://www.shmedical.es)