SEXNE
Sociedad extremeña de neurología
XXVIII
REUNIÓN ANUAL
Sociedad Extremeña de Neurología
6-7 febrero
ZAFRA
Deutz Business School

COMITÉ DE HONOR

Preside:

Sra. Consejera de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura
Dña. Sara García Espada

Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Zafra
D. Juan Carlos Fernández Calderón

Sr. Presidente de la Sociedad Extremeña de Neurología
Dr. D. David Jesús Ceberino Muñoz

Sr. Presidente del Consejo de Colegios Profesionales de Médicos de Extremadura y Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
Dr. D. Pedro Hidalgo Fernández

Sr. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
Dr. D. Evelio Robles Agüero

Sr. Director Gerente del SES
D. Jesús Viles Piris

Sr. Gerente del Área de Salud de Llerena-Zafra. SES
D. Fernando de la Iglesia Ruiz

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. David Jesús Ceberino Muñoz
Vicepresidente: Dr. Pablo Macías Sedas
Secretario: Dr. Alberto González Plata
Tesorera: Dra. Rosa Velicia Mata
Vocales: Dra. Rosa Querol Pascual
Dra. Noelia Valverde Mata

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Víctor Eladio Pérez de Colosía Rama
Dra. Inés García Gorostiaga
Dra. Sara Banda Ramírez
Dr. Michele Dileone

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura

PROGRAMA

VIERNES 6 DE FEBRERO

17:00h Acreditación y entrega de documentación

17:15h Presentación de Comunicaciones Orales

Moderadores:
Dr. Víctor Eladio Pérez de Colosía Rama
Servicio de Neurología.
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
Dr. David Jesús Ceberino Muñoz
Servicio de Neurología
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
Hospital de Mérida

18:30h Inauguración oficial

19:00h Pausa café. Visita exposición científica

19:30h Simposio teórico-práctico. Patrocinado por: ucb Pharma

Encefalopatías Epilépticas y del Desarrollo: del miedo a la confianza. Claves prácticas en el manejo con fenfluramina

Moderador:
Dr. Vicente Villanueva Haba
Servicio de Neurología.
Hospital Universitario La Fe, Valencia

Ponentes:
Dra. Juana Rondón Rondón
Servicio de Neurología.
Hospital de Don Benito / Hospital Quirónsalud Clideba Badajoz
Dra. Montserrat Fuentes Guerrero
Servicio de Neuropediatría.
Hospital de Mérida

UCB en MG: "Más opciones, Menos limitaciones"

Moderador:
Dr. Ignacio Casado Naranjo
Servicio de Neurología.
Hospital Universitario de Cáceres

Ponentes:
Dra. Teresa Gómez Caravaca
Servicio de Neurología
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Dra. Lucía Galán Dávila
Servicio de Neurología
Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid

21:30h Fin del Simposio

22:00h Cena oficial en el Restaurante Huerta Honda
Entrega de Premios Mejor Comunicación y Publicación Científica

SÁBADO 7 DE FEBRERO

Neurología: entre la tradición clínica y la revolución digital

La Neurología clásica se cimenta en la semiología y exploración clínica, pilares del diagnóstico. La Inteligencia Artificial (IA) y las nuevas tecnologías transforman la práctica, ofreciendo mayor precisión y personalización. El reto es integrar estos avances sin desplazar el juicio clínico y el vínculo humano que ofrece la exploración tradicional. El futuro de la disciplina exige un diálogo ético para combinar la esencia clínica con la innovación tecnológica.

9:00h

Mesa de debate 1:

Moderador:

Dr. José María Ramírez Moreno
Departamento de Ciencias Biomédicas. Univ. de Extremadura.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Badajoz

Inteligencia Artificial en la práctica neurológica: herramientas actuales para el diagnóstico clínico

Dr. David Ezpeleta Echavarri
Servicio de Neurología
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
Enfoque: Revisión crítica de las plataformas y softwares de apoyo al diagnóstico

Modelos predictivos en enfermedades neurodegenerativas: ¿una nueva era diagnóstica?

Dra. María Esther Cubo Delgado
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Burgos
Enfoque: Machine learning aplicado a la predicción de evolución clínica y pronóstica

Integración de la IA en la consulta neurológica: retos, beneficios y dilemas éticos

Dr. David Pérez Martínez
Servicio de Neurología
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
Enfoque: Reflexión sobre los límites de delegar decisiones médicas en algoritmos

11:00h Pausa café

11:30h

Mesa de debate 2:

Moderador:

Dr. Ignacio Casado Naranjo
Jefe de Servicio de Neurología
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres

El valor insustituible de la semiología neurológica

Dr. Juan José Zarranz Imirizaldu
Catedrático emérito de Neurología por la Universidad del País Vasco
Enfoque: Casos clínicos donde la observación semiológica fue clave para el diagnóstico

Correlación neuroanatómica: un legado que perdura

Dr. Manuel Arias Gómez
Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Santiago
Enfoque: Confrontación entre la exploración tradicional y los dispositivos digitales emergentes

Neuroestética y mirada clínica: la belleza en el diagnóstico neurológico

Dr. Juan José Ruiz Ezquerro
Servicio de Neurología del Complejo Asistencial de Zamora
Enfoque: Paralelismo entre la percepción estética y la lectura semiológica; la exploración como ejercicio de sensibilidad científica y cultural

Sesión de Síntesis y Discusión Final: "Neurología: tradición clínica y revolución digital, ¿convergencia o ruptura?"

13:00h **Espacio abierto de debate entre ponentes y asistentes para confrontar perspectivas y buscar puntos de encuentro**

13:30h Asamblea de socios

14:00h Cóctel de clausura en Deutz Business School

COMUNICACIONES

PSEUDONORMOTENSIÓN INTRACRANEAL: MATICES EN LA VALORACIÓN DE UN PACIENTE

Autores:

Cueli Rincón B[1], Mauri Fábrega L[1], de la Torre Laviana FJ[1], Calzado Rivas ME[1], Menor Campos EM[2], García López MC[1], Forero Díaz L[1].

1.Unidad de Gestión Clínica de Neurología y Neurofisiología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

2.Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos:

El síndrome de hipertensión intracraneal se ha enfocado hacia la patología intracraneal (HIC), salvo en los casos relacionados con alteraciones del flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR) por el canal medular. Describimos a un paciente con dicho cuadro.

Material/Método:

Varón de 43 años, presentando cefalea, visión borrosa bilateral y diplopia binocular episódica, papiledema y antecedente de trombosis venosa profunda reciente de la pierna derecha, anticoagulado con heparina de bajo peso molecular, con lumbalgia de instauración hacía más de un mes, sospechando inicialmente una hipertensión intracraneal, sin datos radiológicos al ingreso de TEP ni trombosis de senos venosos cerebrales o alteración cerebral.

Resultados:

Presión de apertura del LCR de 23 cmH2O, con presencia inicial de líquido xantocrómico, hiperproteínorraquia superior a 800mg/dl, LDH de casi 4 veces su valor superior normal, glucorraquia normal, y leucorraquia de 26 de predominio mononuclear, con ausencia en el resto del estudio del mismo de origen infeccioso o malignidad. Posterior citometría de flujo negativa. Analíticas en suero anodinas. Se detectaron múltiples lesiones nodulares intradurales extramedulares a nivel de C6 y T9-T10; resto de la neuroimagen y del estudio de neoplasia oculta sin alteraciones relevantes; tras laminectomía, biopsia compatible con ependimoma (grado 2) intradural extramedular. Dadas las múltiples lesiones se indicó radioterapia paliativa del neuroeje.

Conclusiones:

En la investigación etiológica de la HIC, la punción lumbar y el análisis del LCR ocupan un lugar clave complementando y orientando los estudios de neuroimagen, más aún con sintomatología extracraneal acompañante presente, dado el vínculo poco habitual pero no desdeñable con patología medular.

VALOR PREDICTIVO DEL ESTADO NUTRICIONAL EVALUADO POR EL ÍNDICE CONUT SOBRE EL PRONÓSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES CON ICTUS GRAVES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Autores:

Blanco Ramírez P[1], Molina López M[1], Mesa Hernández M[1], Jiménez Arenas MS[1], Córdoba Bueno I[1], García Falcón M[1], Gómez Moreno J[1], Ceberino Muñoz DJ[1], Constantino Silva AB[1], Roa Montero AM[1], Gómez Baquero M[1], Martínez Acevedo M[1], Ramírez Moreno JM[1]

1.Servicio de Neurología. Hospital Univesitario de Badajoz

Introducción:

La desnutrición es frecuente en pacientes con ictus y puede afectar a la recuperación funcional. El índice CONUT (albúmina, colesterol total y linfocitos) es un marcador objetivo y fácilmente disponible para evaluar el estado nutricional al ingreso.

Objetivo:

Analizar la asociación entre el estado nutricional al ingreso, medido mediante CONUT, el pronóstico funcional y la mortalidad a 90 días en pacientes con ictus isquémico agudo tratados con trombectomía mecánica.

Métodos:

Estudio observacional de cohorte en 363 pacientes adultos con ictus isquémico sometidos a trombectomía. CONUT se evaluó como variable continua (CONUT_TOTAL) y categórica (CONUT_CAT: normal 0–1; leve 2–4; moderada 5–8; severa 9–12). El pronóstico funcional a 90 días se dicotomizó en buen resultado (mRS 0–2) y mal resultado (mRS 3–6). La mortalidad a 90 días se definió como evento dicotómico. Se realizaron regresiones logísticas multivariables ajustadas por edad, NIHSS al ingreso, ASPECTS, TICI final, rtPA, glucemia, sexo y colaterales según disponibilidad.

Resultados:

El aumento del CONUT se asoció con peor pronóstico funcional. En modelos multivariables, CONUT_TOTAL se relacionó de forma independiente con mal pronóstico funcional (OR ajustada por punto: 1,225; IC95%: 1,102–1,361; p<0,001) y CONUT_CAT mostró una tendencia lineal (OR por categoría: 1,793; IC95%: 1,310–2,455; p<0,001). Asimismo, CONUT_TOTAL se asoció con mayor mortalidad a 90 días (OR: 1,313; IC95%: 1,174–1,468; p<0,001).

Conclusiones:

Un peor estado nutricional al ingreso, medido mediante CONUT, se asocia de manera independiente con peor pronóstico funcional y mayor mortalidad a 90 días tras trombectomía mecánica. El CONUT constituye una herramienta simple para la estratificación de riesgo y subraya la importancia de la evaluación nutricional precoz.

CALPAINOPATÍAS (LGMD R1/CAPN3): REVISIÓN ACTUAL Y EXPERIENCIA EN UN ÁREA DE SALUD

Autores:

Jiménez Arenas MS[1], Marcos Toledano MM[1], Mesa Hernández M[1], Blanco Ramírez P[1], Córdoba Bueno I[1], García Falcón M[1], Gómez Moreno J[1], Molina López M[1].

1.Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción:

Las calpainopatías, causadas por variantes patogénicas en el gen CAPN3, constituyen una de las causas más frecuentes de distrofia muscular de cinturas (LGMD), especialmente en población europea. Se caracterizan por una marcada heterogeneidad clínica. La generalización del diagnóstico genético mediante técnicas de secuenciación masiva (NGS) ha permitido realizar un diagnóstico de una forma más rápida.

Objetivos:

Revisar las características clínicas y genéticas de las calpainopatías y describir la experiencia de nuestra área de salud a partir de una serie de pacientes con diagnóstico genético confirmado, comparando los resultados con los datos disponibles en la literatura.

Material y métodos:

Se realizó, en primer lugar, una revisión sistemática de la literatura reciente sobre las calpainopatías centrada en sus características clínicas, diagnósticas y genéticas. Posteriormente se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico genético confirmado de calpainopatía seguidos en nuestra área de salud. Se incluyeron pacientes con variantes patogénicas en el gen CAPN3 identificadas mediante técnicas de secuenciación masiva, con seguimiento clínico disponible en la historia clínica electrónica. Se recogieron variables demográficas, edad de inicio, fenotipo clínico, resultados de pruebas complementarias, hallazgos genéticos y situación funcional actual.

Resultados:

Se incluyeron 11 pacientes con diagnóstico genético de calpainopatía, 9 con patrón de herencia autosómica recesiva y 1 con la forma autosómica dominante. En la forma recesiva la edad media de inicio se situó en la infancia-adolescencia (10–12 años) y el fenotipo clínico más frecuente fue el pelvifemoral. En la forma dominante, 2 pacientes presentaron un fenotipo de hiperCKemia aislada. Globalmente, los pacientes mantienen una situación funcional variable según la edad y el tiempo de evolución.

Conclusiones:

Las calpainopatías representan una causa frecuente de LGMD con elevada variabilidad fenotípica. El diagnóstico genético constituye actualmente la piedra angular del abordaje clínico permitiendo una identificación precoz y reduciendo la necesidad de pruebas invasivas. Nuestra serie muestra hallazgos concordantes con los descritos en la literatura y pone de manifiesto la importancia de la sospecha clínica, el seguimiento multidisciplinar y la inclusión de estos pacientes en registros y futuros ensayos terapéuticos.

ATRAPADOS EN UNA RED: SERIE DE CASOS DE WEB CAROTÍDEOS

Autores:

García Falcón M[1], Mesa Hernández M[1], Blanco Ramírez P[1], Jiménez Arenas MS[1], Córdoba Bueno I[1], Gómez Moreno J[1], Molina López M[1].

1.Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Badajoz.

Objetivos:

El web carotídeoes una proyección intraluminal por hiperplasia de músculo liso y engrosamiento de la íntima arterial. Esto puede alterar el flujo hemodinámico, generando zonas de estasis que predisponen a la formación de trombos in situ. Se considera un factor emergente en la etiología de ictus isquémicos criptogénicos, especialmente en adultos jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares. El diagnóstico suele establecerse por angiografía por tomografía computerizada (angio-TC) y arteriografía digital. En este trabajo se presentan cuatro casos de ictus isquémicos asociados a webs carotídeospara discutir su relevancia clínica y terapéutica.

Material y métodos:

Estudio unicéntrico de casos de web carotídeo y revisión de la literatura.

Resultados:

Se revisa una serie de casos de webs carotídeos (n = 4). El 75 % de los casos eran mujeres, y el 25 %, varones. Un 50 % recibieron doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg y clopidogrel 75 mg, un 25 % monoterapia con AAS 300 mg, y otro 25 % monoterapia con AAS 100 mg. Un 50 % fueron tratados con stent, y en el 50 % restante se descartó tratamiento endovascular. Al alta, un 25 % mantuvo focalidad neurológica (NIHSS 1 punto).

Conclusión:

El ictus isquémico condiciona una notable morbimortalidad, especialmente cuando afecta a pacientes jóvenes. El web carotídeo, aunque infrecuente, se relaciona con ictus isquémicos. Un alto índice de sospecha en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares es esencial para una detección y tratamiento precoces.

ANGIOPATÍA AMILOIDE IATROGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Córdoba Bueno I[1], Mesa Hernández M[1], Jiménez Arenas MS[1], Blanco Ramírez P[1], García Falcón M[1], Gómez Moreno J[1], Molina López M[1], Ramírez Moreno JM[1].

1.Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción:

La angiopatía amiloide cerebral iatrogénica (AAC-i) es una entidad emergente, vinculada a la transmisión secundaria de proteína β-amiloide tras procedimientos neuroquirúrgicos en la infancia, especialmente mediante implantes de duramadre cadavérica.

Objetivo:

Describir un caso clínico de AAC-i, destacando sus manifestaciones clínicas y radiológicas, así como los criterios diagnósticos.

Material y Métodos:

Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Resultados:

Mujer, 46 años, con antecedente de craneotomía en la infancia por traumatismo craneoencefálico, que requirió implante de duramadre liofilizada. Debutó por cefalea frontoparietal bilateral refractaria a analgesia, sin focalidad neurológica. La tomografía computarizada craneal mostró tres hematomas lobares derechos. Tras mejoría clínica, fue dada de alta con corticoterapia. Dos años después presentó nuevo hematoma temporal izquierdo. La resonancia magnética cerebral evidenció múltiples macrosangrados lobares y siderosis cortical superficial. El estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) reveló disminución de proteína β-amiloide con niveles normales de proteína Tau. El estudio genético no fue concluyente. El genotipo APOE fue ε3/ε3. El PET-amiloide no mostró depósito patológico a nivel parenquimatoso. Posteriormente, requirió dos nuevos ingresos: uno por crisis epiléptica y otro por nuevo hematoma lobar. Actualmente, en tratamiento con corticoides y fármacos antiepilépticos; en seguimiento neurológico.

Conclusiones:

La AAC-i constituye un subtipo infrecuente de angiopatía amiloide, asociado a procedimientos neuroquirúrgicos. El diagnóstico se basa en la integración de hallazgos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, estudio del LCR y PET. Las proteínas del cadáver actuarían como “semillas” prión-like, induciendo depósito progresivo de β-amiloide en los vasos corticales y leptomeníngeos condicionando fragilidad de la pared.

PARAMNESIA REDUPLICATIVA COMO MANIFESTACIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:

Mendoza Jiménez L[1], López Gata L[1], Carbayo Agúndez D[1], Barneto Clavijo A[1], Corbacho Simón F[1], Morales Bacas E[1], Duarte Martín JJ[1], Gómez Gutiérrez M[1], Portilla Cuenca JC[1], Casado Naranjo I[1].

1.Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cáceres.

Objetivos:

La paramnesia reduplicativa (PR) es un síndrome de falsa identificación caracterizado por la creencia de que un lugar ha sido duplicado o reubicado. Se ha vinculado clásicamente a lesiones hemisféricas derechas y disfunción frontotemporal, siendo excepcional como síntoma inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA). Presentamos un caso de PR de lugar como manifestación precoz de la EA.

Material y métodos:

Mujer diestra de 83 años que presenta de forma subaguda síntomas cognitivos y conductuales de creencia delirante sobre la existencia de una copia de su casa situada “a una media hora” de la original, con los mismos muebles y decoración. Se realizó evaluación clínica neurológica y neuropsicológica, estudio de neuroimagen estructural (RMN cerebral) y funcional (SPECT) y biomarcadores plasmáticos de EA.

Resultados:

El estudio cognitivo mostró desorientación parcial (OT 2/5), deterioro atencional y ejecutivo severo (test del reloj 0/10), déficit visuoperceptivo-semántico y pérdida funcional moderada (FAQ 23, Barthel 55/100, GDS 4-5), compatible con un síndrome mnésico temporal con alteración fronto-subcortical. La RMN cerebral evidenció atrofia temporal bilateral, el SPECT mostró hipoperfusión difusa con predominio frontal derecho, y los biomarcadores plasmáticos confirmaron un aumento de p-Tau217 (0,36 pg/ml) y un descenso del ratio beta amiloide 1-42/1-40 (0,072). Estos hallazgos apoyan un síndrome de desconexión perceptivo-ejecutivo compatible con PR en el contexto de EA.

Conclusiones:

La PR puede constituir una forma de presentación inicial de la EA, reflejando una disfunción hemisférica derecha y alteración de las redes frontotemporales. Su adecuada identificación implica un estudio estructurado con fines etiológicos.

DETERIORO FIN DE DOSIS ASOCIADO A EPTINEZUMAB: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CEFALEAS

Autores:

Carbayo Agúndez D[1], Morales Bacas E[1], Portilla Cuenca[1], Mendoza Jiménez L[1], Barneto Clavijo A[1], Caba Hernández C[2], Pérez Puente P[2], García Gorostiaga I[1], Falcón García A[1], Casado Naranjo[1].

1.Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cáceres

2.Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Cáceres

Introducción/Objetivos

Los anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) han supuesto una revolución en el tratamiento de la migraña, habiendo demostrado su eficacia y seguridad tanto en ensayos clínicos como en vida real. Aunque infrecuente, se han descrito casos de pérdida de eficacia por deterioro de fin de dosis (DFD). Presentamos nuestra experiencia en una serie de pacientes tratados con eptinezumab.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de un registro de pacientes tratados con eptinezumab en la Unidad de Cefaleas de nuestro hospital.

Resultados

Se incluyeron 62 pacientes, de los que se disponía de datos completos para el análisis en 58.

Se confirmaron los resultados de eficacia y seguridad general asociados al tratamiento con eptinezumab.

Identificamos dos pacientes (3,4 %) que en diferentes periodos de la administración del fármaco se detectó un DFD, en un caso tras el seguimiento a los 15 y 18 meses y en el otro tras la segunda dosis de administración.

Conclusiones

En nuestra serie, la mayoría de pacientes que recibieron eptinezumab reportaron un beneficio clínico que se mantuvo durante el periodo de seguimiento. No obstante, en dos casos se registró DFD. Esta situación plantea cuestiones de manejo clínico respecto a acortar el intervalo de tiempo para su administración o plantear su suspensión ante el riesgo de recaída precoz.

NOTAS

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIONISMO CON STENT INTRAARTERIAL EN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Autores:

Barneto Clavijo A[1], Mendoza Jiménez L[1], Carbayo Agúndez D[1], Olea Ramírez LM[1], Chaviano Gragera J[2], Moyano Calvente S[2], Morales Bacas E[1], López Gata L[1], Casado Naranjo I[1], Portilla Cuenca JC[1].

1.Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Cáceres

2.Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Cáceres

Introducción:

El objetivo del tratamiento antitrombótico durante la implantación de un stent intracraneal en la reperfusión del ictus isquémico es prevenir la trombosis del stent minimizando el riesgo hemorragia intracraneal. En este contexto, en nuestro centro se aplica un protocolo específico para el manejo de la terapia antitrombótica. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y la seguridad de dicho protocolo.

Material y métodos:

Registro prospectivo de pacientes con ictus isquémico que requirieron implante de stent intracraneal como rescate durante la trombectomía fallida, tratados según el protocolo antitrombótico del centro. Se recogieron variables demográficas, gravedad del ictus (NIHSS), neuroimagen basal, segmento arterial afectado, complicaciones periprocedimiento y resultado angiográfico final (TICI). Se definieron como objetivos: la trombosis aguda del stent (TAS), la transformación hemorrágica sintomática (THS) precoz, la evolución clínica precoz y la mortalidad hospitalaria.

Resultados:

Se incluyeron 6 pacientes: 4 con afectación de M1, 1 de carótida interna terminal y 1 de basilar. La edad media fue 62 años (DE 21) y el NIHSS basal 10 puntos (DE 6). No se registraron complicaciones intraprocedimiento. TICI final 2b/3 en el 100%; 2 pacientes (33%) presentaron THS y 1 TAS. 4 pacientes (66,7%) mostraron evolución clínica favorable y la mortalidad intrahospitalaria fue del 16,7% (1 paciente).

Conclusiones:

La aplicación de un protocolo estructurado de tratamiento antitrombótico en el contexto de rescate con stent intracraneal tras trombectomía mecánica se asoció a baja tasa de TAS y resultados clínicos globalmente favorables, con una mortalidad hospitalaria limitada, aunque los datos deben interpretarse con cautela por el reducido tamaño muestral.

Patrocinador simposium

Patrocinadores

Colaboradores

Secretaría Técnica

OREXCO
ORGANIZACIÓN EXTREMEÑA DE CONGRESOS

670 05 48 22 / 927 629 404
orexco@orexco.net