



XVIII Reunión de la Sociedad Castellano-Manchega de Neurología

29 y 30 de marzo de 2019.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EL 29-03-2019 EN LA XVIII REUNION ANUAL DE LA SCMN

Primera sesión:

Moderadores:

- Dr. Carlos Marsal Alonso. Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud (Toledo). Presidente de la SCMN.
- Dra. María Ángeles Del Real Francia. Neuróloga. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

16:45 a 16:55 - Utilidad de la safinamida para la enfermedad de Parkinson idiopática en la práctica clínica diaria. Pérez Matos JA, Morales Casado MI, López Aríztegui N, Segundo Rodríguez JC, García Alvarado N, Ávila Fernández A, Jamilena López A, Gisbert Tijeras E, Tabar Comellas G, Sánchez Cano N, Marsal Alonso C. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

RESUMEN: OBJETIVOS: Estudiar el impacto del tratamiento con Safinamida en una serie de pacientes con enfermedad de párkinson idiopática. MATERIAL Y MÉTODOS: Serie de 45 pacientes con enfermedad de párkinson idiopática en los que se inicia el tratamiento con Safinamida por fluctuaciones (44 pacientes) u on-subóptimo (1 paciente). Dosis inicial 50mg, en 24 se mantiene, en 21 ascenso a 100mg en el primer mes manteniendo estas dosis durante el seguimiento. Evaluación a los 6 y 12 meses. Todos ellos en tratamiento con levodopa. Concomitantemente con agonistas en 35, con ICOMT 23. Con terapias avanzadas 9. Rasagilina previa en 22. RESULTADOS: Abandonan el tratamiento 2 pacientes de motu proprio por discinesias y mareo (n=43 a los 6 meses). Se retira a 4, uno por empeoramiento con respecto a Rasagilina, otro por mareo, 2 por aparición de discinesias importantes, por lo que completan el seguimiento a los 12 meses 39 pacientes. Disminución media en la escala UPDRS-III de 5,54ptos (p=0,002) (media inicial 25,19), siendo de 4,7ptos en el subgrupo de tratamiento previo con Rasagilina (p<0,05). No se modificó ningún otro tratamiento. No se objetivan variaciones significativas en la escala de Hoehn y Yahr. Descenso de significativo de wearing-off, acinesia matutina y trastorno del ánimo; no significativo de off impredecibles y apatía. No objetivamos empeoramiento de TCI, alucinaciones o deterioro cognitivo. Subjetivamente mejoría del 68,9%. CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos hablan a favor de un beneficio sintomático mantenido del tratamiento con Safinamida en pacientes con enfermedad de párkinson idiopática, sin aparición de efectos adversos importantes.

16:55 a 17:05 – Tratamientos de primera línea en la Esclerosis Múltiple. ¿Existe la EM benigna? Franco Salinas A, Ruiz- Escribano Menchén L, Villanueva Ruiz F, Camacho Nieto A, Martín Albo MC, Hernández González A, Gudín Rodríguez- Magariños MA, Corrales Arroyo MJ, Muñoz-Torrero Rodríguez JJ, Del Real Francia MA, Vaamonde Gamo J. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

RESUMEN: Actualmente el tratamiento inmunomodulador en EM persigue el objetivo de que el paciente esté libre de actividad de la enfermedad, y puede resumirse en dos tendencias: escalado terapéutico o tratamiento de inducción agresivo. Recogemos retrospectivamente datos de 250 pacientes. Se registran los casos que están en tratamiento de primera línea (tanto como tratamiento inicial o resultado de un cambio): 118 con IF B1a, 4 con IF B1b, 48 con Acetato de Glatirámico (AG), 6 con Teriflunomida, 26 con Dimetilfumarato (DMF). Los fármacos que más se indicaron como primera línea de tratamiento

fueron IF B1a y AG. El tiempo promedio de tratamiento con cada fármaco es: 12 años para IF B1a IM, 10 años para IF B1a sc, 3 años para IF B1a pegilado, 2 años para IF B1b, 5 años para AG, 4 años para DMF y 4 años para Teriflunomida. El promedio de EDSS actual está entre 0-1 para todos los grupos excepto para DMF (2-4). El número de brotes en los 2 últimos años es de 0 para todos los grupos, excepto de 1 para DMF. El concepto de EM benigna es controvertido, fundamentalmente por su definición, y por la evaluación de otras funciones no motoras, o mediante técnicas más sofisticadas. Destacamos el alto porcentaje de EM benigna en nuestro medio, permaneciendo un alto porcentaje con fármacos de primera línea. En nuestro caso, el 96% de los pacientes inician el tratamiento con un fármaco de primera línea y el 84,8% persisten con un tratamiento de la misma línea.

17:05 a 17:15 – Papel de la enzima de reparación del DNA “APNG” en la resistencia a la quimioterapia de los gliomas de alto grado. Romero Sánchez CR, Castro Robles B, Sandoval Valencia H, Serrano Heras G, Segura Martín T. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: Los gliomas de alto grado son los tumores cerebrales primarios malignos más frecuentes. Su tratamiento consiste en cirugía, radioterapia y quimioterapia con temozolomida (TMZ). Sin embargo, la eficacia de la TMZ resulta limitada debido a mecanismos moleculares de resistencia. Aunque numerosos estudios apuntan que la actividad de O6-metilguanina-DNA-metiltransferasa (MGMT) es uno de los principales mecanismos responsables de la quimiorresistencia tumoral, su expresión no predice con precisión la respuesta en la mayoría de gliomas. OBJETIVOS: Evaluamos el grado de resistencia a TMZ en cultivos primarios y su asociación con los niveles de expresión de las enzimas de reparación del DNA: MGMT y alquilpurina-DNA-N-glicosilasa (APNG). MATERIALES Y MÉTODOS: Se establecieron cultivos primarios de 6 gliomas de alto grado de pacientes intervenidos y se determinaron los niveles de expresión de MGMT y APNG mediante retro-transcripción-PCR-tiempo real. Los cultivos fueron expuestos a concentraciones crecientes de TMZ durante 5 días y se analizó la viabilidad celular por el ensayo MTT. RESULTADOS: El estudio de supervivencia reveló que los 6 cultivos celulares eran resistentes al tratamiento con TMZ (concentración-inhibitoria-50%: 400-700uM). Los experimentos moleculares mostraron que la expresión de MGMT era significativamente diferente en cada línea celular. Por el contrario, detectamos niveles altos y similares de mRNA de APNG en todos los cultivos primarios. CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que la actividad MGMT no es por sí sola determinante de la resistencia a TMZ de los gliomas de alto grado y que la actividad APNG está implicada en este proceso. Estos hallazgos apoyan el interés de APNG como diana en la búsqueda de terapias anti-resistencia.

17:15 a 17:25 – Congelación de la marcha: mismo síntoma, sustrato fisiopatológico diverso.

Camacho Nieto A, Franco Salinas A, Ruiz- Escribano Menchén L, Villanueva Ruiz F, Gallardo MJ, Cabello de la Rosa JP, Corrales Arroyo MJ, Vaamonde Gamo J. Hospital General Universitario de Ciudad Real

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han descrito diversos tipos de congelación de la marcha (CDM) definidos fundamentalmente por su respuesta o no al tratamiento con fármacos dopaminérgicos. Los episodios de CDM más frecuentes suelen aparecer durante el “off”, con mejoría al instaurar tratamiento dopaminérgico. Sin embargo, en algunos pacientes estos episodios aparecen exclusivamente durante el “on” o ante dosis elevadas de levodopa (CDM en “supra on”). También pueden no responder a dosis normales de levodopa, pero sí al forzar el tratamiento dopaminérgico (CDM en “pseudo on”). OBJETIVO: Discutir los subtipos menos frecuentes de CDM y la diferente fisiopatología de los mismos. MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una serie de 8 pacientes con CDM. Evaluamos la función motora utilizando la escala UPDRS parte motora bilateral. Se cuantificaron los episodios de CDM en diferentes situaciones: sin medicación, con medicación y con dosis elevadas de medicación. RESULTADOS: De los 8 pacientes con CDM, 3 respondían bien al tratamiento (CDM “off”), 1 paciente presentó CDM exclusivamente durante el “on”; 3 pacientes presentaron CDM con dosis elevadas de levo-dopa (“supra on”) y un paciente sólo respondió a dosis elevadas de levo-dopa (“pseudo on”). DISCUSIÓN: La CDM es un síntoma con respuesta variable al tratamiento. La CDM “off” responde al tratamiento dopaminérgico, como otros síntomas parkinsonianos. Algunos pacientes responden a dosis elevadas de tratamiento dopaminérgico, como en el caso del paciente con CDM “pseudo on”, siendo una cuestión de umbral de respuesta que puede ser mayor para los episodios de bloqueo que para otros síntomas parkinsonianos. En los episodios de CDM “on” y “supra-on” podrían intervenir estructuras que desbordan la sustancia negra y el sistema dopaminérgico. Esto podría explicar la falta de respuesta al tratamiento e incluso el empeoramiento por desequilibrio de los neurotransmisores en relación con la sobreestimulación dopaminérgica en otros núcleos implicados en el control postural y de la marcha.

17:25 a 17:35 – Un nuevo concepto de neurodegeneración: neuropatía sensitivo motora de inicio facial (FOSMN- Facial Onset Sensitive Motor Neuronopathy). Reyes Perera N, Muñoz Pasadas M. Hospital Gutierrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real).

RESUMEN: CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años, AP: fumadora de 20 cig/día. Epilepsia generalizada (sin tto). Con 58 años comenzó con una neuralgia del trigémino derecho rebelde a tto + hipoestesia en territorio V1-2, un año después apareció atrofia de la musculatura temporal derecha y debilidad de la musculatura facial (problemas para masticar). Se le realizaron RMN craneal y cervical, analítica completa, estudio de LCR y PET-TC sin hallazgos relevantes. El estudio neurofisiológico mostro una neuropatía del N. trigémino derecho con afectación neurógena crónica sobre los músculos dependientes del mismo y de ambos nervios espinales. No respuesta a Ig IV (2 ciclos). Evolución lentamente progresiva clínica (debilidad proximal de MMSS, disartria, inestabilidad, fasciculaciones y calambres) y electrofisiologicamente con signos de denervación en tres estadios evolutivos en los segmentos craneal, cervical y lumbar (predominio craneobulbar con una importante pérdida de unidades motoras). Cuadro compatible con afectación de segunda motoneurona de evolución lenta y predominio bulbar. La neuropatía sensitivo motora de inicio facial es una neuropatía de inicio bulbar poco frecuente y lentamente progresiva. Descrita en 2006, con muy pocos casos publicados a nivel mundial. Afecta a sujetos de edad media con clínica de alteraciones sensitivas en territorio trigeminal y debilidad motora facial y bulbar. Progresa lentamente (años) afectando también a MMSS y tronco. Principal diagnostico diferencial con enfermedad de motoneurona de inicio bulbar, pero en la FOSMN hay déficits sensitivos faciales con déficits motores posteriores, la evolución es lenta y rostro-caudal, no hay afectación de primera motoneurona y el pronóstico es mucho mejor. Los estudios histológicos, muestran pérdida neuronal inespecífica en los núcleos motores y sensitivos tronco-encefálicos, sin elementos inflamatorios ni acumulo de proteínas intra o extraneuronales (de ahí la falta de respuesta a inmunomoduladores e inmunosupresores).

Segunda sesión:

Moderadores:

- Dr. Tomás Segura Martín. Jefe de Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Vicepresidente de la SCMN.
- Dra. M Jesús Corrales. Neuróloga y Adjunto al Tutor de Residentes. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

18:05 a 18:15 – Utilidad de la determinación de cadenas ligeras libres kappa en el LCR en el diagnóstico de la EM. Del Valle Pérez JA, Alcahut Rodríguez C, Romero Sánchez CM, Martínez Martín A, Fernández Díaz E, Gracia Gil J, Ballesteros Gallar C, Mora Lucas C, Segura Martín T. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Sº de Neurología y Análisis Clínicos.

RESUMEN: INTRODUCCION: En esclerosis múltiple (EM) la determinación de bandas oligoclonales IgG (BOC) en LCR es la técnica de elección para demostrar inflamación intratecal. Las cadenas ligeras libres kappa (CLLK) son producto de la síntesis de inmunoglobulinas y se pueden medir tanto en suero como en LCR por turbidimetría, una técnica cuantitativa, automática, rápida, económica y accesible para la mayoría de los centros. Nuestro objetivo es analizar la utilidad de la determinación de CLLK en LCR en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. MÉTODOS: Serie unicéntrica de 53 pacientes, en la que se comparan tres grupos: EM (n=33), otras enfermedades inflamatorias (OEI, n=14) y enfermedades no inflamatorias (OENI, n=6). Se estudia la validez diagnóstica (la sensibilidad [S], especificidad [E] y valores predictivos [VPP, VPN]) de las CLLK y su índice (index-K) con respecto al diagnóstico de la EM, así como frente a las BOC. RESULTADOS: Existe una elevación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) de las CLLK y su index-K en pacientes con EM frente a los otros dos grupos. En el diagnóstico diferencial EM vs OEI, index-CLLK tiene valores similares a las BOC (S 90%, E 71%, AUC 0.8), sin embargo, EM vs OENI las BOC tienen una E superior (100%). Un valor inferior como punto de corte (PC) permite aumentar la sensibilidad de las CLLK al 100 % (utilidad como cribado previo a las BOC). CONCLUSIÓN: La determinación de CLLK y su índice es un marcador de síntesis intratecal de inmunoglobulinas, aumentado en la EM, útil para su uso en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central.

18:15 a 18:25 - Stroke Mimics: Meningoencefalitis por Criptococo Neoformans. Carvalho Monteiro G, Povedano Margarit B, Romero F, Celi Celi JM, Sánchez Herán I, Yusta Izquierdo A, Hernández Cristóbal J, Torralba González de Suso M. Hospital Universitario de Guadalajara.

TÍTULO: Stroke Mimics: Meningoencefalitis por Criptococo Neoformans”

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La criptococosis diseminada es una infección micótica grave, con un elevado índice de mortalidad en los pacientes con SIDA y la cuarta enfermedad oportunista que produce neumonía y meningitis. Su forma de presentación más frecuente es la Pulmonar pero en el SNC la forma más común es la meningitis, aunque de forma menos frecuente se puede presentar como meningoencefalitis y/o lesión pseudotumoral(formas gelatinosas perivasculares o criptococomas). CASO CLÍNICO: Varón de 74 años que presenta de forma brusca sobre las 7h de la mañana cuadro de alteración del lenguaje y desorientación temporo-espacial, activándose código ictus. Tras valoración sobre las 11:45h, pasadas >4,5h desde el inicio del cuadro, presenta NIHSS: 5 (Afasia + leve hemiparesia MSD). Se realiza TAC craneal y AngioTAC visualizándose área hipodensa en región limítrofe parietooccipital izquierda sin oclusión de grandes vasos desestimándose fibrinólisis y trombectomía. Posteriormente presenta pico febril de 38º realizándose PL (33 leucocitos, 95% monocitos, Proteínas 150, Glucosa en LCR/Glucosa plasma 0,36, láctico normal). Visualización de levaduras con tinta china, PCR LCR Positiva para Cryptococcus Neoformans, VIH 1 positivo y 50 CD4. Se confirma Meningoencefalitis fúngica iniciándose terapia de inducción con Anfotericina B liposomal +Flucitosina seguida 2 semanas después de terapia de mantenimiento con Fluconazol, empezándose más tarde la terapia antirretroviral. En RM cerebral se describe meningoencefalitis parietooccipital izquierda con engrosamiento leptomeningeo y edema vasogenico, además de pseudoquistes gelatinosos en espacios perivasculares sublenticulares. CONCLUSIÓN: Presentamos caso poco frecuente de Meningoencefalitis por Cryptococcus y afectación inhabitual de pseudoquistes sublenticulares

18:25 a 18:35 – Development of chronic pain in people with traumatic spinal cord injury: role of circulating levels of the chemokines CCL2 and CXCL10 in subacute stage. Mordillo Mateos L, Brocalero Camacho A, Rodríguez Gómez J, Rodríguez Carrión I, Oliviero A. Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

RESUMEN: STUDY DESIGN: Longitudinal study. OBJECTIVES: To assess the impact of spinal cord injury (SCI) on circulating levels of chemokines (CCL2 and CXCL10) and its relation with pain development. SETTING: National Hospital for SCI patients. METHODS: We longitudinally studied changes in the circulating levels of CCL2 and CXCL10 in 27 male patients with complete SCI who were evaluated in the early subacute phase and indeed 3 and 6 months after injury measuring at each time-point serum levels of CCL2 and CXCL10. Patients were telephonically interviewed about pain one year after SCI. RESULTS: In the early subacute phase, patients with pain showed higher CXCL10 and similar CCL2 levels as opposed to those without pain. Moreover, CCL2 concentrations were positively associated with pain intensity. The results obtained by analysing the temporal profile of the chemokines suggested that CXCL10 was inclined to decrease over time, while CCL2 increased over time. CONCLUSION: The results of this preliminary study, the first performed in humans with traumatic SCI, suggest a link between changes in the circulating chemokine profile and pain development in subacute SCI stage as well as with severity in a more chronic stage. Large series studies will evaluate whether the circulating chemokine status can be useful as a biomarker for assessing the patients' risk for pain development.

18:35 a 18:45 – Protocolo de monitorización con Doppler transcraneal en la cirugía de carótidas. Ávila Fernández A, Segundo Rodríguez JC, Lobato Casado P, Muñoz Escudero F, Morín Martín M, Lamarca Mendoza MP, García Alvarado N, Pérez Matos JA, Gisbert Tijeras E, Jamilena López A, Marsal Alonso C. Servicios de Neurología y de Cirugía Vascul. Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

RESUMEN: OBJETIVOS: Durante la cirugía carotídea (stents/endarterectomía) existe riesgo potencial de embolización arterial cerebral, lo que conlleva complicaciones neurológicas. Presentamos el Protocolo de Monitorización con Doppler Transcraneal (DTC) en colaboración con Cirugía Vascul, tratando de reducir el número de dichas complicaciones, identificando alteraciones en el patrón de flujo que obliguen a modificar algún aspecto de la cirugía, así como los pasos más conflictivos donde se observan frecuentemente dichas alteraciones. MÉTODOS: Aplicación del protocolo en pacientes que se someten a cirugía carotídea (3 modalidades), unificando y estandarizando actitudes desde punto de vista multidisciplinar (C. Vascul/Neurología/Anestesiología). El día previo a la cirugía realizamos un

test de reserva hemodinámica y neuroimagen para analizar la situación basal del paciente. Durante la intervención monitorizamos los cambios del patrón velocimétrico de flujo en ACM ipsilateral a la carótida intervenida, analizando la aparición de señales microembólicas, cambios hemodinámicos y la relación entre éstos y las complicaciones intra/postoperatorias. RESULTADOS: Presentación del abordaje multidisciplinar de los pacientes intervenidos en nuestro hospital, y del beneficio de realizarlo bajo este protocolo. Se pretende mostrar la experiencia adquirida en monitorización mediante DTC en estas intervenciones, permitiendo modificar la actitud quirúrgica y manejo anestésico intra/postoperatorio, de acuerdo a las condiciones hemodinámicas cerebrales del paciente. CONCLUSIONES: Desde la instauración del Protocolo hemos reducido de forma significativa los eventos cerebrovasculares asociados a la cirugía carotídea. Es una técnica no invasiva que aporta información valiosa y precoz que nos permite prevenir estas complicaciones. Debemos potenciar y mejorar esta técnica analizando los resultados y la experiencia obtenida a través de la práctica.

18:45 a 18:55 – Prevalencia y seguimiento a un año de pacientes con ESUS. Velayos Galán A, Santos Pinto A, Lomas Meneses A, Recio Bermejo M, Ortega Suero G, Del Saz Saucedo P, Huertas Arroyo R, Domingo Santos A, Botia Paniagua E, García Ruiz R. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La entidad clínica descrita como ictus embólico de origen indeterminado (ESUS) se define como un subgrupo de ictus criptogénico con criterios diagnósticos bien definidos en el que se sugiere una naturaleza embólica. Se han recogido tasas similares de recurrencia y mortalidad a los ictus cardioembólicos, pero mayor recurrencia que en ictus no cardioembólicos, planteándose actualmente el papel de la anticoagulación. OBJETIVOS: conocer la prevalencia de ESUS y el perfil tanto de factores de riesgo como de variables clínicas, recurrencia de ictus y otros eventos cardiovasculares en pacientes con ESUS en nuestra población y compararlo con otras etiologías de ictus isquémico. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y prospectivo en pacientes consecutivos diagnosticados de ictus isquémico en el H.G. Mancha Centro entre noviembre de 2014 y abril de 2016. RESULTADOS: de 248 pacientes reclutados, 32 (12,9%) cumplieron criterios de ESUS. En ellos el perfil de factores de riesgo fue similar a los cardioembólicos, presentando hipertensión el 71,9%, 80,3% y 93,5% de los ESUS, cardioembólicos y aterotrombóticos respectivamente y diabetes el 40,6%, 40,8% y 54,8%. La mediana para la NIHSS fue de 6, 5 y 4, la mortalidad del 15,6%, 28,2% y 41,9% y recurrieron el 19,5%, 17,2% y 20,0%. CONCLUSIONES: en nuestro medio, la prevalencia de ESUS es similar a la encontrada en estudios previos. El perfil de factores de riesgo, la severidad y tasa de recurrencias fue similar a la de los ictus cardioembólicos. La anticoagulación de los cardioembólicos podría justificar la mayor mortalidad (por contraindicación de fibrinólisis).

18:55 a 19:05 – Realidad virtual aplicada a rehabilitación en ictus. Gallego de la Sacristana Lopez-Serrano M, Rodríguez Hernández M, Galiana Ivars A, Vargas Fernández CC, Polonio López B, Sánchez del Valle Octavio. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La mejoría funcional de la extremidad superior es un objetivo fundamental en la rehabilitación después de un ictus. Existen múltiples líneas de fisioterapia aplicadas a este fin, con escasa evidencia actual sobre diferencias de eficacia entre las mismas. OBJETIVO: Evaluar la eficacia del dispositivo de realidad virtual Hand-Tutor para el entrenamiento distal del miembro superior en pacientes con ictus frente a la terapia rehabilitadora convencional. MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen pacientes con diagnóstico reciente de ictus y paresia limitante de extremidad superior, excluyendo situación previa de dependencia o deterioro cognitivo. Todos reciben 150 minutos de intervención en 15 sesiones (5días/semana). Grupo experimental:100 minutos de intervención convencional de rehabilitación+50 minutos de intervención experimental con dispositivo Hand-Tutor. Grupo control: 150 minutos de intervención convencional de rehabilitación. Son aplicadas herramientas de evaluación previas y posteriores a la intervención: espasticidad (escala Ashworth modificada), motricidad de la mano (ARA-T), equilibrio y marcha (escala Tinnetti), funcionalidad, comunicación, estado cognitivo y emocional (escala de impacto del ictus SIS3.0), calidad de vida relacionada con la salud (EuroQool-5L) y síndrome de heminegligencia (test de cancelación). La goniometría y la velocidad del movimiento (flexo-extensión de dedos y flexo-extensión de muñeca) son proporcionadas por el software de Hand-Tutor. RESULTADOS: Incluidos 10 pacientes (5 grupo experimental, 5 grupo control) con edad media de 67 años y diagnóstico de ictus isquémico lacunar (40%) y territorial de arteria cerebral media (60%). En el momento de la emisión de este resumen queda pendiente finalizar la intervención y posterior análisis de resultados para su comunicación.