



# Neurology perspectives



## 19685 - Utilidad del TC perfusión en pacientes con epilepsia y criterios de código crisis atendidos como código ictus

Valiente Gordillo, E.<sup>1</sup>; Sanabria, C.<sup>2</sup>; González-Martínez, A.<sup>2</sup>; Sánchez-Rodríguez, C.<sup>2</sup>; Ramos, C.<sup>2</sup>; Zhan, D.<sup>3</sup>; Collada, J.<sup>3</sup>; Alonso, C.<sup>3</sup>; Vega, J.<sup>3</sup>; Iriarte, P.<sup>2</sup>; Alonso, J.<sup>2</sup>; Vieira, A.<sup>2</sup>; Toledo, M.<sup>2</sup>; Ximénez-Carrillo, Á.<sup>2</sup>; Vivancos, J.<sup>2</sup>; Trillo, S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa.

### Resumen

**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 (CC), así como los hallazgos de TC-perfusión (TCP) en estos casos y su influencia sobre la administración de fármacos anticrisis (FAC).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de CI (enero/2015-diciembre/2021), con diagnóstico de CE y criterios de CC. 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 CC. N = 241. Edad media 73,2 (DE 14,6). Mujeres 125 (51,9%). Motivos de CC: estatus convulsivo 1 (0,4%), sospecha de estatus sutil 31 (12,9%) o no convulsivo 82 (34,02%) y focalidad no vascular 127 (52,7%). 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 FAC tras el TCP. La administración de FAC fue más frecuente en los casos de TCP alterado 87 (70,7%) vs. TCP normal (53,4%), p = 0,008.

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